

**ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI
KEJANG DEMAM DENGAN HIPERTERMI
DI RSUD Dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

**Karya Tulis Ilmiah
Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan**



SITI KHOMISATUN KHASANAH

A01401966

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

TAHUN AKADEMIK

2016/2017

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Siti Khomisantun Khasanah

NIM : A01401966

Program Studi : DIII Keperawatan

Institusi : STKES Muhammadiyah Gombong

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan karya tulis ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima saksi atas perbuatan tersebut.

Gombong, 14 Agustus 2017

Mengetahui:

Pembuat Pernyataan,



Siti Khomisantun Khasanah

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Siti Khomisatun Khasanah NIM: A01401966 dengan judul **"Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami Kejang Demam dengan Hipertermi Di RSUD Dr. Soedirman Kebumen"** telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Gombong, 7 Agustus 2017

Pembimbing



Ning Iswati, M.Kep



LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Siti Khomisatun Khasanah dengan judul **"Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami Kejang Demam dengan Hipertermi Di RSUD Dr. Soedirman Kebumen"** telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 14 Agustus 2017

Dewan Penguji

Penguji Ketua

Wuri Utami, M. Kep. Ns

(.....)

Penguji Anggota

Ning Iswati, M.Kep

(.....)

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan

Nurlaila, S.Kep.Ns M.Kep

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN DAFTAR ISI	v
HALAMAN KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
ABSTRAK	xii
ABSTRACT	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Studi Kasus.....	3
1.4 Manfaat Studi Kasus.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Tinjauan Pustaka.....	5
2.1.1 Asuhan Keperawatan dalam Hipertermi.....	5
2.1.1.1 Pengkajian.....	5
2.1.1.2 Diagnosa	7
2.1.1.3 Intervensi	7
2.1.1.4 Pelaksanaan	13
2.1.1.5 Evaluasi.....	14
2.1.2 Hipertermi pada Kejang Demam	15
2.1.2.1 Pengertian Hipertermi.....	15
2.1.2.2 Penyebab Hipertermi	15
2.1.2.3 Tanda dan Gejala Hipertermi.....	16
2.1.2.4 Dampak Hipertermi	17

2.1.2.5 Cara Penanganan Hipertermi di Rumah	17
2.1.2.6 Pengertian Kejang Demam	18
2.1.2.7 Etiologi Kejang Demam	19
2.1.2.8 Klasifikasi Kejang Demam.....	19
2.1.2.9 Gejala Kejang Demam.....	20
2.1.2.10 Patofisiologi Kejang Demam.....	20
2.1.2.11 Komplikasi Kejang Demam	22
2.1.2.12 Penanganan Kejang Demam	23
2.1.2.13 Bahaya Kejang Demam	25
2.2 Kerangka Konsep Studi Kasus	27
BAB III METODE STUDI KASUS	28
1) Jenis/ Design/ Rancangan.....	28
2) Subjek Studi Kasus.....	29
3) Fokus Studi Kasus	29
4) Definisi Operasional.....	29
5) Instrumen Studi Kasus.....	29
6) Metode Pengumpulan Data	29
7) Lokasi dan Waktu Studi Kasus	30
8) Analisa Data dan Penyajian Data	30
9) Etika Studi Kasus	30
BAB IV HASIL STTUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	32
4.1 Hasil Studi Kasus.....	32
4.1.1 Fokus Asuhan Keperawatan pada Pasien 1	33
4.1.2 Fokus Asuhan Keperawatan pada Pasien 2	36
4.2 Pembahasan	39
4.3 Keterbatasan Studi Kasus	45
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	47
5.1 Kesimpulan.....	47
5.2 Saran	48

DAFTAR PUSTAKA



KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah Yang Maha Pengasih dan Penyayang, yang memberi ilmu, inspirasi dan kemuliaan. Atas kehendak-Nya penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami Kejang Demam dengan Hipertermi Di RSUD Dr. Soedirman Kebumen”**.

Karya Tulis ini disusun untuk memenuhi sebagian dari persyaratan untuk mendapatkan gelar Amd. Kep.. Penulis menyadari bahwa terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan, bimbingan, dan pengarahan dari berbagai pihak. Untuk itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Orang tua (Puji Rahayu & Muhammad Dazuri) yang telah memberikan dukungan baik materiil maupun moral, dorongan semangat dan doa yang tiada henti.
2. Ibu Herniyatun, M.Kep.Sp.Mat selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.
3. Ibu Nurlaila, S.Kep.Ns.M.Kep Ketua Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.
4. Ibu Ning Iswati, M. Kep, yang selalu memberikan motivasi dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Bapak/ Ibu Dosen dan seluruh staf Jurusan DIII Keperawatan atas semua ilmu yang bermanfaat.
6. Teman-teman kelas 3C yang senantiasa mengisi hari-hari penulis selama di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong dengan penuh keceriaan, sukacita, selalu memberikan motivasi, dukungan dalam doa maupun tindakan, serta menjadi teman diskusi dan berbagi ilmu.
7. Teman-teman di Jurusan Kimia semua atas kebersamaan dan supportnya serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas semua bantuan, doa, dan restunya hingga selesainya penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis ini masih jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan penulis. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan

saran yang bersifat membangun demi hasil yang lebih baik lagi. Meskipun demikian, penulis berharap semoga laporan ini dapat bermanfaat dan memberikan tambahan ilmu bagi pembaca. Aamiin.

Gombong, 14 Agustus 2017

Penulis



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1: Kerangka Konsep Studi Kasus



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Informed Consent

Lampiran 2. Lembar Konsultasi Bimbingan Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 3. Standar Operasional Prosedur TWS

Lampiran 4. Standar Operasional Prosedur Kompres Hangat

Lampiran 5. Asuhan Keperawatan pada Pasien An. M

Lampiran 6. Asuhan Keperawatan pada An. A

Lampiran 7. Satuan Acara Penyuluhan Kejang Demam dan Teppid Water Sponge

Lampiran 8. Lembar Balik Kejang Demam dan Teppid Water Sponge

Lampiran 9. Leaflet Kejang Demam dan Teppid Water Sponge

Lampiran 10. Jurnal

Lampiran 11. Pengkajian DDST

Program Studi DIII Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong
KTI, Juli 2017

Siti Khomisantun Khasanah¹, Ning Iswati²

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI KEJANG DEMAM DENGAN HIPERTERMI DI RSUD DR. SOEDIRMAN KEBUMEN

Latar belakang: Kejang demam merupakan kelainan neurologis yang paling sering dialami anak, terutama anak di bawah usia 5 tahun. Kejang demam dapat menyebabkan kecacatan neurologis, gangguan perkembangan, kematian dan epilepsi.

Tujuan Penulisan: Menggambarkan asuhan keperawatan pasien kejang demam dengan hipertermi.

Metode Penulisan: Karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan.

Hasil: Setelah dilakukan asuhan keperawatan, didapatkan pengkajian data yang meliputi kenaikan suhu klien I 37,9°C, klien II 37, 6°C, kulit teraba hangat dan kemerahan. Masalah keperawatan yang muncul pada An. M yaitu hipertermi, defisiensi pengetahuan, dan resiko cedera. Sedangkan pada pasien An. A yaitu hipertermi dan risiko defisit volume cairan.

Pembahasan: Intervensi dan implementasi yang sudah dilakukan adalah kompres hangat, pemberian antipiretik, pendidikan kesehatan tentang kejang demam, dan penanganan kejang demam. Evaluasi yang dilakukan selama tiga hari menunjukkan bahwa hipertermi teratasi dengan kompres hangat dan pemberian antipiretik.

Kesimpulan: Pemberian kompres hangat terhadap pasien merupakan tindakan keperawatan yang efektif untuk menurunkan suhu pada pasien yang mengalami kejang demam.

Kata kunci: hipertermi, kompres hangat

1. Mahasiswa
2. Dosen Pembimbing

D III Program of Nursing Departement
Muhammadiyah Health Science Institute of Gombong
Scientific Paper, July 2017

Siti Khomisatun Khasanah¹, Ning Iswati²

ABSTRACT

THE NURSING CARE FOR PATIETS HAVING HYPERTHERMIC FEBRILE SEIZURE IN DR. SOEDIRMAN HOSPITAL OF KEBUMEN

Background: Febrile seizure is the most common neurologic abnormality in children, especially children under 5 years old. Febrile seizure can cause neurological disability, developmental disorder, epilepsy and death.

Objektive: Describing the nursing care for *hyperthermic* seizure patient.

Method: This scientific paper is a descriptive in the form of case study with nursing process approach.

Result: The obtained assesment includes an increase in temperature, i.e. 37,9°C (patient I) and 37,6°C (patient II), warm and reddish skin. The appearing problems in nursing care of patient M were hypertermia, knowledge deficiency, and injury risk. Meanwhile the problems of patient A were hypertemia and the risk of fluid volume deficit.

Discussion: Intervention and implementation that had been done were warm compress, giving antiseptic, health education about febrile seizure and handling of febrile seizure. The evaluations in three days showed that hypertermia was resolvable by warm compresses and antiseptic.

Conclusion: Giving warm compress is an effective nursing care for patients with febrile seizure in decreasing their body temperature.

Keywords: Hypertermia, warm compress

1. Student
2. Lecture

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan komponen utama dalam Index Pembangunan Manusia (IPM) yang dapat mendukung terciptanya sumber daya manusia yang cerdas, terampil dan ahli menuju keberhasilan pembangunan kesehatan. Pembangunan kesehatan adalah salah satu hak dasar masyarakat yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2011). Beberapa penyakit yang umum sering diderita bayi dan balita antara lain demam, infeksi saluran pernapasan, dan diare (Bulan A, 2013). Kejang bisa terjadi pada bayi yang baru lahir dan pada anak-anak. Pada bayi yang baru lahir, kejang bisa terjadi karena cedera saat persalinan, kekurangan oksigen, dan bayi kuning. Sedang pada anak-anak, kejang bisa terjadi karena infeksi otak, trauma kepala, kekurangan cairan karena diare atau muntaber, epilepsi atau ayun serta febris konvulsi atau kejang demam.

Kejadian kejang demam terjadi pada 2%-4% anak-anak, dengan insiden puncak pada usia 2 tahun, 30% kasus kejang demam akan terjadi kembali pada penyakit demam berikutnya, prognosis kejang demam baik, kejang demam bersifat benigna. Angka kematian akibat kejang demam mencapai 0,64%-0,75%. Sebagian besar penderita kejang demam dapat sembuh sempurna, dan sebagian berkembang menjadi epilepsi sebanyak 2-7%. Kejang demam dapat mengakibatkan gangguan tingkah laku serta penurunan intelegensi dan pencapaian tingkat akademik, 4% penderita kejang demam secara bermakna mengalami tingkah laku dan penurunan tingkat intelegensi. Insiden terjadinya kejang demam diperkirakan 4-5% dari jumlah penduduk di Amerika Serikat, Amerika Selatan, dan Eropa Barat. Menurut Hernal (2010) angka kejadian kejang demam lebih tinggi di Asia, seperti di Jepang dilaporkan antara 6-9% kejadian kejang demam dan 5-10% di India.

Angka kejadian balita yang mengalami kejang demam di Indonesia sebanyak 16% (Depkes RI, 2009). Di Indonesia dilaporkan angka kejadian kejang demam 3-4% dari anak yang berusia 6 bulan–5 pada tahun 2012-2013. Di provinsi Jawa Tengah mencapai 2-3% dari anak yang berusia 6 bulan–5 tahun pada tahun 2012-2013 (Depkes Jateng, 2013). Angka kejadian kejang demam yang disebabkan oleh infeksi saluran pernapasan terdapat 80% pada tahun 2008. Di Jawa Timur terdapat 2-3% dari 100 balita pada tahun 2009-2010 anak yang mengalami kejang demam. Angka kejadian di wilayah Jawa Tengah mencapai 2-3% pada anak usia 6 bulan sampai 5 tahun pada tahun 2012-2013 (Depkes Jateng, 2013). 25-50% kejang demam akan mengalami bangkitan kejang demam berulang (Gunawan, 2008).

Kejang demam adalah serangan kejang yang terjadi karena kenaikan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38°C) yang disebabkan oleh proses ekstrakranium (Riyadi & Sukarmin, 2009). Kejang demam merupakan kelainan neurologis yang paling sering dijumpai pada anak terutama golongan anak dibawah 6 bulan sampai 4 tahun (Sodikin, 2012). Kejang demam adalah kejang yang terjadi saat kenaikan suhu tubuh dari 38°C (suhu rektal atau dubur) yang disebabkan proses diluar otak, tanpa ada bukti infeksi otak (Ridha, 2014).

Serangan kejang demam pada anak yang satu dengan yang lain tidaklah sama, tergantung nilai ambang kejang masing-masing. Oleh karena itu, setiap serangan kejang harus mendapat penanganan yang cepat dan tepat, apalagi kejang yang berlangsung lama dan berulang. Sebab, keterlambatan dan kesalahan prosedur bisa menyebabkan gejala sisa pada anak, bahkan bisa menyebabkan kematian (Fida & Maya, 2012). Kejang yang berlangsung lama biasanya disertai apneu (henti nafas) yang dapat menyebabkan terjadinya hipoksia (berkurangnya kadar oksigen jaringan) sehingga meningkatkan permeabilitas kapiler dan timbul edema otak yang mengakibatkan kerusakan sel neuron otak. Akibat yang dapat terjadi apabila anak sering kejang, akan semakin banyak sel otak yang rusak dan mempunyai risiko menyebabkan keterlambatan perkembangan, retardasi mental,

kelumpuhan, dan juga 2-10% dapat berkembang menjadi epilepsi (Mohammadi, 2010).

Dengan demikian, penulis sangat tertarik untuk melakukan studi kasus dalam bentuk karya ilmiah dengan judul Asuhan Keperawatan Klien yang mengalami Kejang Demam di RSUD Kebumen. Penulis berharap dengan studi kasus ini mampu memberikan asuhan keperawatan dan mengimplementasikan sesuai dengan intervensi yang sudah direncanakan dapat memberikan manfaat yang signifikan bagi pasien kejang demam dan tidak menyebabkan komplikasi yang serius.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran asuhan keperawatan pasien kejang demam dengan hipertermi?

1.3 Tujuan Studi Kasus

Tujuan Umum

Menggambarkan asuhan keperawatan pasien kejang demam dengan hipertermi.

Tujuan Khusus

- 1.3.1 Mendiskripsikan pengkajian pada klien anak kejang demam dengan hipertermi.
- 1.3.2 Mendiskripsikan diagnosa keperawatan pada klien anak kejang demam dengan hipertemi.
- 1.3.3 Mendiskripsikan rencana keperawatan pada klien anak kejang demam dengan hipetermi.
- 1.3.4 Mendiskripsikan implementasi keperawatan pada pasien anak kejang demam dengan hipertermi.
- 1.3.5 Mendiskripsikan evaluasi pada pasien anak kejang demam dengan hipertermi.

1.4 Manfaat Studi Kasus

Studi kasus ini, diharapkan memberikan manfaat bagi

1) Masyarakat

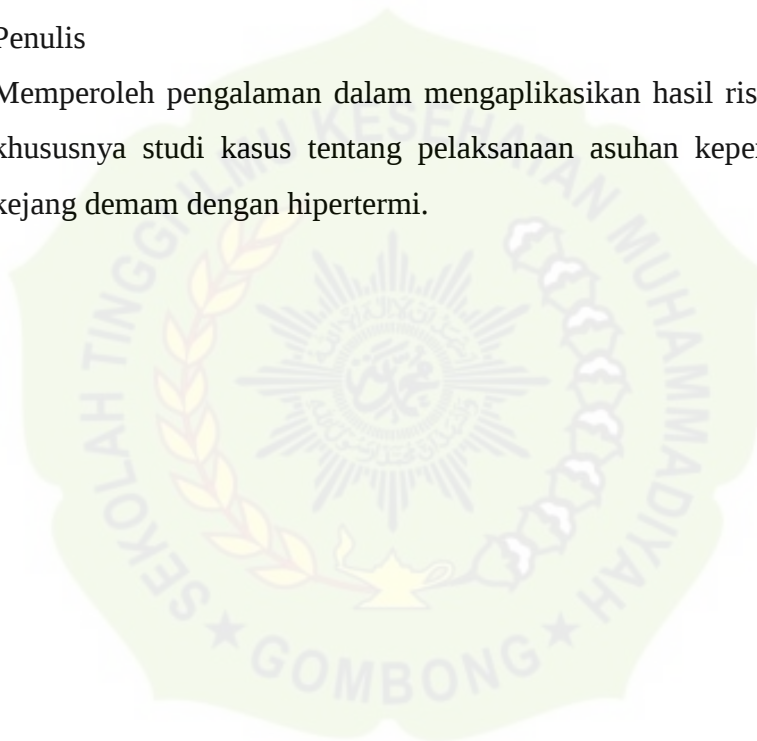
Meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam pengelolaan pasien kejang demam dengan hipertemi baik di RS maupun dirumah.

2) Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan

Menambah keluasan ilmu teknologi terapan bidang keperawatan dalam asuhan keperawatan pasien kejang demam dengan hipertermi.

3) Penulis

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan khususnya studi kasus tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pasien kejang demam dengan hipertermi.



DAFTAR PUSTAKA

- Amalia M, dan Bulan A. 2013. *Faktor Resiko Kejadian Kejang Demam Pada Anak Balita Diruang Perawatan Anak RSUD Daya Kota Makasar Volume 1.3 201*.
- Bulecheck M. Gloria, et. Al. 2015. *Nursing Intervention Clasification (NIC), Nurjanah Intansari, Roxana D Tumanggor (2016) (Alih Bahasa)* Yogyakarta: Mocomedia.
- Chung, S. 2014. *Febrile seizures. Korean Journal of Pediatrics*. 57, 9, 384-395.
- Departemen Kesehatan RI. 2013. *Laporan Tahunan Promkes Tahun 2006*. Jakarta: Depkes RI.
- Fauzie, Rifan, 2014. *Pengaruh Kejang Demam Pada Kecerdasan Anak*.
- Hernal. 2010. *Febrile Seizures*. 108 (1): 36-8,40-1November 2012
- Imaduddin K, Syarif I & Rahmat. 2013. *Jurnal Kesehatan Andalas: Gambaran Elektrolit dan Gula Darah Pasien Kejang Demam yang Dirawat Di Bangsal Anak RSUP Dr. M. Djamil 2(3): 122-131*
- Listautin & Lismawati. 2014. *Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Terhadap Penanganan Demam Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Payo Selincih Kota Jambi Tahun 2014*. Stikes Prima Jambi
- Kurnia, P., Anggraeni, L.D., & Rustika. 2015. *Analisis Perbedaan Faktor-Faktor pada Kejang Demam Pertama dengan Kejang Demam Berulang pada Balita di RSPI Puri Indah Jakarta, 2014*. Program studi keperawatan stik sint carolus: Jakarta.
- Lumbantobing, S.M. 2007. *Kejang Demam (Febrile Convulsions)*. FKUI: Jakarta.
- Maling, Bartolomeus., Sri Haryani., Syamsul Arif. 2012. *Pengaruh Kompres Tepid Sponge Hangat Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Umur 1-10 Tahun Dengan Hipertermia (Studi Kasus di RSUD Tugurejo Semarang)*. Semarang: STIKES Telogorejo
- Nurarif, Amin Huda & Kusuma Hardhi. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis Dan Nanda Nic – Noc Edisi Revisi Jilid 2*. Jogjakarta : Medication.
- Marwan, Roly. 2017. *Faktor Yang Berhubungan Dengan Penanganan Pertama Kejadian Kejang Demam Pada Anak Usia 6 Bulan – 5 Tahun Di*

Puskesmas. Universitas Muhammadiyah Banjarmasin: Program Studi S.1 Keperawatan, Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan.

Mewasingh LD. 2010. *Febrile Seizures: Clinical Evidence*. tinyurl.com/nketvst (Last accessed: April 17 2015.)

Mohammadi, M. 2010. *Febrile Seizures: Four Steps Alogarithmic Clinical Approach Iranian Journal of Pediatrics*, volume 20 (No 1), page 5-15.

Morais. 2010. *Febrile Seizure: Update on Diagnosis and Management. Association Medical Brazil*, 56(8): 489-92.

Moorhead Sue, et. Al. 2015. *Nursing Outcame Clasification (NOC)*, Nurjannah Intansari, Roxana D. Tumanggor (2006) (Alih Bahasa), Yogyakarta: Mocomedia.

Nanda International. 2010. *Diagnosa Keperawatan "Definisi dan Klaifikasi 2009-2011"*. Jakarta: EGC.

Ngastiyah. 2007. *Perawatan anak sakit, Edisi 2*. Jakarta: EGC

Paterson, Josephine G. 2015. *Management Of Febrile Convulsion In Children*. Eleanor Rogers Is Fourth-Year Medical Student At The University Of Bristol.

Potter & Perry. 2010. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan; Konsep Prose dan Praktek. Edisi 7. Volume 1*. Jakarta: EGC..

Ridha, N,H. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Riyadi, S & Sukarmin. 2009. *Asuhan Keperawatan pada Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu..

Seinfeld, S & Pellock. 2013. *Recent research on Febrile Seizures:A Review.J Neurol Neurophysiol*, 4(4).

Setiawati, Tia. 2009. *Pengaruh Tepid Sponge*. Jakarta: Fakultas Ilmu Kedokteran Universitas Indonesia.

Sodikin. 2012. *Prinsip Perawatan Demam pada Anak*. Jakarta: Pustaka Pelajar.

Suriadi & Yuliani Rita. 2012. *Buku Pegangan Praktis Klinik Asuhan Keperawatan pada Anak*. Edisi 2, Penerjemah Haryanto. Jakarta: EGC. Hal 122.

Wilkinson, M Judith. 2007. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan dengan Intervensi NIC dan Kriteria Hasil NOC. Edisi 9*. Alih Bahasa: Esty Wahyuningsih dkk. Jakarta: Buku kedokteran EGC. Hal 390-394.

INFORMED CONSENT
(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Siti khomisatun Khasanah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Klien Yang Mengalami Kejang Demam Dengan Hipertermi Di RSUD Dr. Soedirman Kebumen”**.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Saksi

Gombong, 13 Juli 2017

Yang memberikan persetujuan

Gombong, 10 Juni 2017

Peneliti



PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

LEMBAR KONSULTASI

BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Siti Khomisatur, Khasarah
NIM/ NPM : A01401966
NAMA PEMBIMBING : Nng Iswati, M. Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	22-05-2017	Konsul tema, mencari jurnal yang berkaitan dengan tema.	
2	29-05-2017	Konsul latar belakang, Bab I dan Bab II	
3	02-06-2017	Konsul judul, bab I, bab II	
4	06-06-2017	Konsul Bab III, revisi bab I, bab II	
5	10-06-2017	Konsul bab I, bab II, bab III	
6	19-06-2017	Revisi	
7	20-06-17	Ag Revisi proposal	

Mengetahui

Ketua Program Studi

NURLAYLA, S.Kep, Ns, M.Kep
NIDN : 0602118301

[illegible]

SOP TEPPID WATER SPONGE PADA BAYI DAN ANAK

Pengertian	Tindakan penurunan suhu tubuh dengan cara menyeka pasien dengan air hangat pada pasien yang mengalami peningkatan suhu tubuh.
Tujuan	Menurunkan suhu tubuh.
Kebijakan	Hipertermi dengan suhu 38 ⁰ C atau lebih.
Petugas	Perawat
Peralatan	1. Sarung tangan satu pasang 2. Perlak pengalas 3. Pakaian bayi/anak 4. Selimut mandi 5. Waslap/handuk kecil 6. Handuk besar 7. Baskom berisi air hangat
Prosedur Pelaksanaan	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada 2. Membawa alat di ekat pasien dengan benar B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Memperkenalkan diri dan menanyakan nama, tempat, tanggal, bulan dan tahun lahir pasien sambil melihat gelang pasien) 3. Menjelaskan tujuan & prosedur tindakan pada klien/keluarga 4. Menanyakan ksediaan klien sebelum kegiatan dilakukan.

	C. Tahap Keja 1. Membaca tasmiyah 2. Memberikan privasi klin dengan menutup korden 3. Mencuci tangan 4. Minta orang tua untuk mendampingi anak 5. Berikan alat permainan bila anak tidak kooperatif 6. Menutup sampiran/jendela 7. Memakai sarung tangan 8. Memasang perlak dan alasnya di bawah tubuh bayi/anak 9. Melepaskan pakaian bayi/anak 10. Memasang selimut mandi 11. Mencelupkan waslap/handuk kecil ke baskom dan mengusapkan ke seluruh tubuh 12. Melakukan tindakan di atas beberapa kali (setelah kulit kering) 13. Mengkaji perubahan suhu tubuh setiap 15-20 menit (komunikasi secara verbal) 14. Menghentikan prosedur bila suhu tubuh mendekati normal (komunikasikan secara verbal) 15. Mengeringkan tubuh dengan handuk 16. Merapikan kembali alat-alat dan membuang sampah 17. Melepas sarung tangan 18. Merapikan pasien 19. Menanyakan kenyamanan pasien
--	---

	D. Tahap Terminasi 1. Merapikan pasien 2. Melakukan evaluasi tindakan 3. Membaca tahmid dan berpamitan pada klien 4. Merapikan alat dan mencuci tangan 5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
--	---



STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

KOMPRES HANGAT

PENGERTIAN	Tindakan penurunan suhu tubuh dengan cara mengompres pasien pada daerah dahi, lipatan paha dan aksila dengan air hangat pada pasien yang mengalami peningkatan suhu tubuh.
TUJUAN	Menurunkan suhu tubuh
KEBIJAKAN	Hipertermi dengan suhu 38°C atau lebih
PETUGAS	Perawat
ALAT DAN BAHAN	1. Baskom bersih 2. Air hangat (40-46°C) 3. Handuk kecil/ waslap bersih 4. Kain pengalas
PROSEDUR PELAKSANAAN	1. Tahap Pra Interaksi a. Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada b. Membawa alat dan bahan didekat pasien 2. Tahap Orientasi a. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik b. Memperkenalkan diri dan menanyakan nama, tempat, tanggal lahir pasien (sambil melihat gelang identitas pasien) c. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan kepada klien dan keluarga d. Menanyakan kesediaan klien sebelum dilakukan 3. Tahap Kerja a. Membaca tasmiyah

	b. Memberikan privasi klien dengan menutup korden c. Mencuci tangan d. Memasang kain pengalas seperti handuk besar e. Mengisi baskom dengan air hangat sesuai dengan kebutuhan (40-46°C) f. Mencelupkan handuk kecil/waslap bersih kedalam baskom yang air berisi hangat g. Tempelkan pada daerah dahi, ketiak atau lipatan paha h. Ganti air kompres pada kain kurang lebih setiap 5 menit sekali dengan mencelupkan kain kembali ke dalam baskom yang berisi air hangat i. Mengkaji perubahan suhu setiap 30 menit 4. Tahap Terminasi a. Merapikan pasien b. Melakukan evaluasi tindakan c. Membaca tahmid dan berpamitan pada klien d. Merapikan alat dan mencuci tangan e. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
--	---

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. M DENGAN GANGGUAN
SISTEM PERSYARAFAN: KEJANG DEMAM DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN HIPERTERMI DI RUANG MELATI**

RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN

Tanggal Masuk	: 11 Juli 2017	Jam	: 08.41 WIB
Tanggal Pengkajian	: 11 Juli 2017	Jam	: 16.00 WIB
Nama Pengkaji	: Siti Khomisatun Khasanah		
Ruang	: Melati		

A. DATA SUBYEKTIF

a. Identitas Klien

Nama	: An. M
Tanggal lahir	: 20 Juli 201
Umur	: 11 bulan 11 hari
Jenis Kelamin	: laki-laki
BB	: 11 kg
PB/TB	: 86 cm
Alamat	: Buluspesantren
Agama	: Islam
Pendidikan	: -
Suku bangsa	: Indonesia
No. RM	: 346714
Diagnose Medis	: Kejang Demam Sederhana

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. Y
Umur	: 36 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Hubungan dengan klien	: Ibu

c. Keluhan Utama : Demam

d. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien An. M datang ke IGD dengan keluhan kejang. Pasien mengalami demam sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit. Pasien mengalami demam tinggi pada malam hari. Pasien mengalami kejang 1x, kejang terjadi pada kaki, tangan dan mata berputar-putar. Kejang terjadi kurang dari 5 menit. Saat demam ibu pasien memberikan paracetamol. Saat pengkajian S: 37, 9⁰C, N: 128x/menit, RR: 30x/menit. An. M sudah pernah dirawat di RS pada awal dan pertengahan puasa 2017 karena demam.

2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Ibu pasien mengatakan An.M pernah sakit pilek dan batuk. Keluarga pasien hanya membawa ke bidan atau dokter saat An. M sakit. Sebelumnya pasien belum pernah mengalami kejang.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu pasien mengatakan dalam keluarga dulu ada yang pernah mengalami kejang saat kecil yaitu neneknya. Keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit menurun seperti asma, DM, hipertensi maupun penyakit menular seperti HIV/AIDS , TBC, Hepatitis dll.

4. Riwayat Kehamilan

Anak laki-laki dari ibu G2 P2 A0. Ibu pasien mengatakan saat hamil ibu pasien mengalami mual muntah tetapi hanya pada trimester I dan biasanya hanya pada pagi hari. Pada Trimester ke III ibu mengalami nyeri punggung dan tulang belakang. Ibu pasien tidak pernah jatuh saat hamil pasien mengatakan rutin memeriksakan kehamilannya ke dokter kandungan yang dekat dari rumahnya dan melakukan imunisasi TT di dokter tersebut. Selama hamil ibu pasien mengatakan hanya mengkonsumsi obat-obatan yang diberikan oleh dokter dan tidak pernah mengkonsumsi jamu tradisional

5. Riwayat Persalinan

Ibu pasien mengatakan An. M lahir secara normal dan spontan dibantu oleh bidan. Tidak ada kelainan bawaan dan tidak mempunyai gangguan selama proses persalinan. Pasien lahir pada usia kehamilan 38 minggu, setelah lahir pasien langsung menangis, BBL : 3100 gram, PB:48 cm.

6. Riwayat Imunisasi

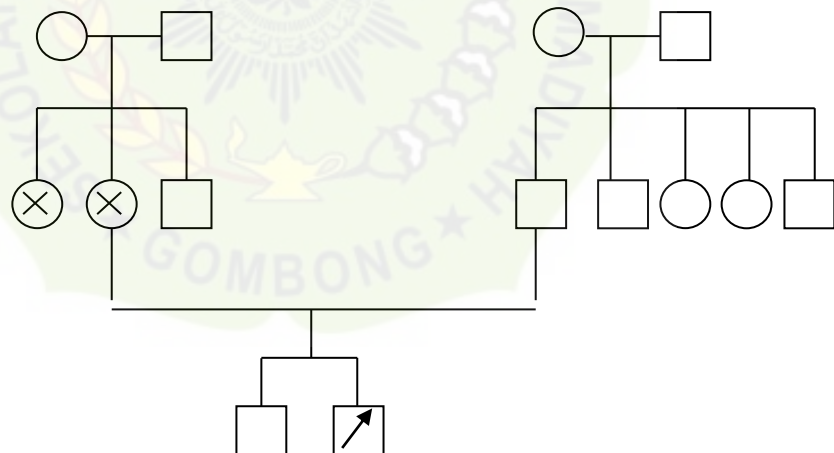
Pasien sudah mendapat imunisasi lengkap : hepatitis, campak, BCG, Polio I, II, III dan DPT I, II, III

7. Riwayat Tumbuh Kembang

Ibu pasien mengatakan pasien tidak mengalami keterlambatan dalam proses tumbuh kembang.

- Perkembangan motorik kasar : pasien mampu merangkak, duduk, latihan berjalan
- Motorik halus : mencorat-coret
- Bahasa : An. M dapat berbicara nggih, mbah, dan heh
- Perkembangan sosial : An. M mau bermain dengan pasin lain

8. Genogram



Keterangan:

- [] : Laki laki
- () : perempuan
- ↗ : pasien
- X : meninggal

9. Kebutuhan cairan

$$\text{Kebutuhan cairan klien} = 1000 + 50 \times (11 - 10)$$

$$\begin{aligned}
 &= 1000 + 50 \\
 &= 1050 \text{ cc/24 jam} \\
 &= 306,25 \text{ cc/7 jam}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 \text{Kenaikan suhu IWL} &= 30 - 1 \times 11 \times 0,4 \\
 &= 30 - 4,4 \\
 &= 25,6 \text{ cc/24 jam}
 \end{aligned}$$

10. Kebutuhan Kalori

Kebutuhan kalori klien

$$\begin{aligned}
 \text{Usia 1-3 tahun} &= 75-90 \text{ kkal/ kgBB/ hari} \\
 &= 75 \times 11 \text{ kg} \\
 &= 825 \text{ kkal} \\
 &= 90 \times 11 \text{ kg} \\
 &= 990 \text{ kkal}
 \end{aligned}$$

Jadi, kebutuhan kalori An.M yaitu 7825-990 kkal/hari

11. Pola Pengkajian Menurut Gordon

1. Pola Persepsi Kesehatan atau penanganan kesehatan

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan kesehatan memang penting dan jika ada salah satu anggota keluarganya termasuk anaknya sakit maka langsung membawanya ke bidan atau dokter untuk berobat sebagai penyembuhannya misalnya teratur minum obat, dan hindari pantangan yang dapat menyebabkan sakit

Saat sakit : Ibu pasien mengatakan khawatir akan kesehatan anaknya, untuk kesembuhannya yang demam tinggi dan disertai dengan kejang maka membawanya ke RS. Ibu pasien mengatakan belum mengetahui cara mengatasi anak kejang demam. Saat anaknya kejang demam ibu pasien memasukkan garam ke mulut pasien dan memencet ibu jari kaki pasien.

2. Pola Nutrisi / Metabolik

Sebelum sakit: Ibu pasien mengatakan An. M jarang nafsu makannya baik, An. M senang minum susu formula, air putih dan teh.

Saat dikaji : Pasien minum air putih 1-2 botol perhari, air teh 1 botol dan susu 2- botol perhari, dan makan 3x sehari

3. Pola Eliminasi

Sebelum sakit: BAB 1x sehari warna kuning konsistensi lembek berbau khas, BAK 6-7x perhari warna kuning jernih berbau khas.

Saat dikaji : Pasien BAB 1x kali sejak dirawat di RS, BAK 5x/hari, warna kuning berbau khas.

4. Pola Aktivitas / Latihan

Sebelum sakit : pasien dapat melakukan aktivitas sesuai kemampuannya dengan aktif.

Saat dikaji : pasien dibantu oleh ibunya dalam melakukan aktivitasnya, seperti mandi, makan, ganti baju ibu pasien mengatakan An. M begitu rewel

5. Pola Istirahat / tidur

Sebelum sakit : Pasien tidur $\pm$ 9-10 jam sehari, tidur siang $\pm$ 2 jam.

Saat dikaji : pasien susah tidur dan sering terbangun pada malam hari karena demam. Lama tidur 8 jam sehari dan tidur siang $\pm$ 2 jam

6. Pola Perseptif Kognitif

Sebelum sakit : pasien dapat melihat dengan normal dan bisa mendengarkan dengan jelas, menengok bila dipanggil, dalam pengecapan klien tidak ada masalah pasien bisa mengecap makanan dengan baik.

Saat dikaji : pasien dapat melihat dengan normal dan bisa mendengarkan dengan jelas, dalam pengecapan pasien tidak ada masalah, pasien bisa mengecap makanan dengan baik.

7. Pola Koping/Toleransi Stres

Sebelum sakit : ibu pasien mengatakan An. M mampu berinteraksi dengan lingkungannya.

Saat dikaji : pasien hanya tiduran dan apabila pasien kesakitan pasien menangis dan rewel sehingga ibu menggendongnya dan ketika.

8. Pola Konsep Diri

Ibu pasien mengatakan sangat khawatir dan cemas, terutama saat anaknya rewel dan demamnya naik serta kejang. Ibu pasien juga mengatakan khawatir kalau anaknya kejang kembali

9. Pola Seksual dan Reproduksi

Pasien berjenis kelamin laki-laki, dan tidak ada masalah dalam sistem reproduksi pasien.

10. Pola Peran / Hubungan

Sebelum sakit : Hubungan pasien dengan orangtua dan keluarga sangat baik.

Saat dikaji : pasien lebih nyaman ditemani oleh ibunya

11. Pola Nilai / Kepercayaan

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan pasien baru dilatih doa-doa pendek

Saat dikaji : Ibu pasien mengatakan pasien belum melakukan ibadah dan untuk kesembuhan anaknya ibu pasien melakukan sholat 5 waktu .

B. DATA OBYEKTIF

Pemeriksaan Fisik

1. TTV

Nadi : 128 x/menit

Suhu : 37.9°C

RR : 30 x/menit

2. Antropometri :

Lingkar Kepala : 48 cm

Lingkar Lengan atas : 14 cm

Lingkar dada: 48 cm

BB : 11 Kg

TB: 86 cm

3. Kepala : mesocephal, tidak ada benjolan maupun edema, rambut bersih dan berwarna hitam, ubun ubun sudah keras dan menyatu
4. Mata : konjungtiva anemis, sklera anikterik, refleks pupil dan penglihatan normal
5. Hidung : tidak ada polip, tidak terlihat pernafasan cuping hidung,
6. Mulut : Membran mukosa bibir tampak pucat, tidak ada kandidiasis pada lidah maupun rongga mulut, lidah dapat bergerak bebas, gigi 4.
7. Telinga : normal, bersih
8. Leher : Leher tampak simetris, tidak teraba adanya massa dan tidak ada pembesaran kelenjar limfe. Tidak ada kesulitan untuk menelan makanan atau minuman.

9. Dada

Paru

Inspeksi : tidak terdapat tarikan dinding dada ke dalam, dada simetris

Palpasi : vocal fremitus seimbang sinistra-dextra, pengembangan paru simetris

Perkusi : sonor

Auskultasi : tidak ada ronkhi

Jantung

Inspeksi : tidak tampak ictus cordis

Palpasi : tidak terdapat pembesaran jantung, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : pekak

Auskultasi : S1 dan S2 bunyi reguler, tidak ada suara tambahan

Abdomen

Inspeksi : bentuk cembung, tidak ascites, tidak ada benjolan

Auskultasi : bising usus 30 x/menit

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa, cubitan perut kembali cepat

Perkusi : timpani

10. Genetalia : laki-laki, tidak terpasang DC

11. Anus : ada lubang anus
12. Ekstremitas :
 Atas : akral hangat, CRT < 2 detik dan tidak ada gangguan gerak
 Bawah : tidak ada gangguan gerak.
13. Kulit : turgor kulit elastis
14. Pemeriksaan Penunjang

12 Juli 2017

Pemeriksaan	Hasil	Normal
Hematologi		
Paket Darah Otomatis		
Hemoglobin	11.3 g/dL	10.7-13.1
Leukosit	8.5 10 ³ /uL	60-17.5
Hematokrit	35%	35-43
Eritrosit	4.7 10 ⁶ /uL	3.60-5.20
Trombosit	L 149 10 ³ /uL	217-497
MCH	24 pg	23-31
MCHC	H 33 g/dL	28-32
MCV	L 73 g/fL	74-102
DIFF COUNT		
Eosinofil	L 0.80 %	1-5
Basofil	0.20 %	0-1
Netrofil	H 26.60 %	50-70
Limfosit	58.60 %	20-70
Monosit	H 13.80 %	1-11
Kimia Klinik		
Gula Darah Sewaktu	H 128 mg/dL	80-110
Sero Imunologi		
S. Typhi O	Negatif	Negatif
S. Typhi H	Negatif	Negatif
S. Paratyphy O-A	Negatif	Negatif
S. Paratypi O-B	Negatif	Negatif

--	--	--

15. Terapi Obat

Nama Obat	Dosis	Rute	Waktu Pemberian
IUVD KN 3B	10 tpm (makro)	IV	
Injeksi paracetamol	110 mg	IV	10.00, 22.00, 04.00
Diazepam	5,5 mg	IV	Bila kejang
Multivitamin	I cth	Oral	



ANALISA DATA

No	Waktu	Data Fokus	Problem	Etiologi
1.	Kamis, 13 Juli 2017 Jam 09.00 WIB	DS : - Ibu pasien mengatakan pasien demam sejak tanggal 10 Juli 2017 - Ibu pasien mengatakan, saat demam pasien langsung dibawa ke rumah sakit - Ibu pasien mengatakan saat di IGD pasien mengalami kejang 1x saat di jalan menuju RS DO : - Terjadi peningkatan suhu tubuh , S: 37,9°C - Kulit teraba hangat - Kulit tampak kemerahan - Pasien tampak kejang pada tangan	Hipertermi	Penyakit
2.	Kamis, 13 Juli 2017 Jam 09.00 WIB	DS: - Ibu pasien mengatakan belum tahu penyakit anaknya - Ibu pasien mengatakan saat An. M kejang, ibu pasien memasukan garam ke mulut anaknya - Ibu pasien mengatakan belum tahu penanganan kejang demam	Defisiensi pengetahuan	Kurang informasi

		DO : - Ibu pasien tampak bingung saat ditanya penanganan kejang demam - Ibu pasien tampak bertanya tentang penyakit anaknya kepada tim medis		
3.	Kamis, 13 Juli 2017 Jam 09.00 WIB	DS : - Ibu pasien mengatakan selama pasien mengalami kejang 1x - Ibu pasien mengatakan saat kejang mata An. M berputar-putar, kaki dan tangan kejang DO : - An. M tampak kejang, terjadi pergerakan pada tangan - An. A tampak rewel	Risiko cedera	Aktivitas kejang

Prioritas Diagnosa Keperawatan

1. Hipertermi b.d Efek dari sirkulasi endotoksin pada hipotalamus
2. Defisiensi pengetahuan b.d kurang informasi
3. Risiko cedera b.d aktivitas kejang

INTERVENSI KEPERAWATAN

No Dx	Hari/Tanggal	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi																		
1.	Selasa, 11 Juli 2017 Jam 09.00	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x7 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil Thermoregulation (0800) <table><tr><td>Indicator</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Suhu tubuh dalam rentang normal</td><td>☐</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>0</td></tr><tr><td>Tidak ada perubahan warna kulit</td><td>☐</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>0</td></tr></table>	Indicator	1	2	3	4	5	Suhu tubuh dalam rentang normal	☐	2	3	4	0	Tidak ada perubahan warna kulit	☐	2	3	4	0	Fever Treatment (3740) 1. Berikan Tappid Water Sponge 2. Monitor suhu setiap 2 jam sekali 3. Kompres pasien menggunakan air hangat pada bagian ubun-ubun, axilla, perut, leher, dan lipat paha 4. Tingkatkan intake cairan dan nutrisi klien 5. Sesuaikan suhu lingkungan pasien 6. Anjurkan keluarga klien untuk memberikan pakaian yang tipis yang dapat menyerap keringat 7. Anjurkan untuk tidak memakai selimut 8. Tingkatkan istirahat yang cukup 9. Berikan minum air putih yang banyak untuk mencegah dehidrasi 10. Kolaborasi pemberian cairan intravena
Indicator	1	2	3	4	5																
Suhu tubuh dalam rentang normal	☐	2	3	4	0																
Tidak ada perubahan warna kulit	☐	2	3	4	0																

			11. Berikan antipiretik																		
2.	Selasa, 11 Juli 2017 Jam19.00	Setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3×7 jam masalah defisiensi pemgetahuan b.d kurang informasi dapat teratasi dengan kriteria hasil : <table><tr><td>Indikator</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Mengetahui penyakit yang dialami</td><td>☐</td><td></td><td></td><td></td><td>0</td></tr><tr><td>Mengetahui penanganan penyakit</td><td>☐</td><td></td><td></td><td></td><td>0</td></tr></table>	Indikator	1	2	3	4	5	Mengetahui penyakit yang dialami	☐				0	Mengetahui penanganan penyakit	☐				0	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang proses penyakit 2. Jelaskan tentang patofisiologi penyakit dan tanda gejala penyakit 3. Jelaskan penanganan penyakit 4. Identifikasi penyebab penyakit 5. Berikan penkes
Indikator	1	2	3	4	5																
Mengetahui penyakit yang dialami	☐				0																
Mengetahui penanganan penyakit	☐				0																
3.	Selasa, Juli 2017 Jam 19.00	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan risiko cedera tidak terjadi dengan kriteria : Risk Control (1902)	Environment Management (6480) 1. Anjurkan keluarga untuk menemani pasien 2. Pasang side rail tempat tidur 3. Anjurkan keluarga untuk tidak panik dan tetap tenang saat anak kejang 4. Longgarkan jalan nafas 5. Jangan memasukkan benda apapun kedalam mulut saat kejang 6. Jika akan memasukan benda ke mulut gunakan																		

		Indikator	1	2	3	4	5	bahan yang aman, tidak mudah patah dan tidak berbahaya 7. Longgarkan pakaiannya jika ketat khususnya pada leher 8. Identifikasi karakteristik dari lingkungan yang dapat menjadikan potensial jatuh 9. Jangan memberikan makanan atau minuman 10. Melindungi anak selama kejang dengan menyingkirkan barang berbahaya di sekitar tempat tidur anak 11. Jangan memegang anak untuk melawan kejang 12. Miringkan anak saat terjadi kejang 13. Perawat juga berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antikonvulsan dengan dosis tepat sesuai anjuran dokter
		Klien terbebas dari cedera					0	
		Mampu menjelaskan untuk mencegah cedera					0	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/Tanggal/Jam	No. Dx	Implementasi	Respon Pasien	TTD
Rabu, 12 Juli 2017 08.00 WIB 09.15 WIB 09.30 WIB 10.00 WIB 11.00 WIB 12.00 WIB	1	Mengukur suhu pasien	S: 36,6 ⁰ C	
	2	Memberikan penjelasan tentang TWS	Ibu pasien mengatakan belum mengetahui TWS, saat pasien demam pasien dikompres dengan air dingin	
	2	Mempraktikan WTS pada boneka	Ibu pasien memperhatikan dengan baik	
	1	Memberikan terapi PCT	Ibu pasien mengatakan An. M sudah tidak demam	
	3	Menganjurkan ibu/keluarga untuk selalu mengawasi pasien	Ibu pasien mengatakan An. A selalu digendong dan selalu ada yang menjaga	
	1	Mengukur suhu pasien	S: 36,5 ⁰ C, pasien tampak lemah	
Kamis, Juli 2017 09.00 WIB 09.15 WIB	1	Mengukur suhu pasien	S: 37 ⁰ C	
	2		Ibu pasien	

09.30 WIB	1	Memberikan pendidikan kesehatan tentang kompres yang benar Mengevaluasi pemahaman ibu tentang WTS	mengatakan sudah paham cara mengompres anaknya Ibu pasien mengatakan belum melakukan WTS pada An. M karena anak M tidak mengalami demam
10.00 WIB	1	Memberikan terapi PCT	Ibu pasien mengatakan An. M sudah tidak demam
11.00 WIB	3	Menganjurkan ibu/keluarga untuk selalu mengawasi pasien	Ibu pasien mengatakan An. M selalu digendong dan selalu ada yang menjaga
12.00 WIB	1	Mengukur suhu pasien	S: 36,5 ⁰ C, pasien tampak lemah
Jumat, 14 Juli 2017	1	Mengukur suhu pasien	S; 36,7 ⁰ C
09. 00 WIB	2		Ibu pasien dapat menjelaskan penanganan kejang demam
09.15 WIB		Mengevaluasi ibu pasien tentang penanganan kejang demam	Ibu pasien dapat mempraktekan cara TWS
09.30 WIB	1	Mengevaluasi ibu pasien tentang cara TWS	Ibu pasien mengerti
10.00 WIB	1	TWS	

14.00 WIB	1	Mengevaluasi ibu tentang perbedaan kompres dan TWS Memberikan pendidikan kesehatan tentang kejang demam, demam,, dan penanganan kejanng demam	perbedaan TWS dan kompres hangat Ibu pasien dapat menyebutkan penyebab demam dan cara penanganan saat anaknya kejang demam	
-----------	---	--	---	--



EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/tgl/jam	No. Dx	SOAP	TTD
Rabu, 12 Juli 2017 14.00 WIB	1	S: ibu pasien mengatakan An. M sudah tidak mengalami demam, namun demam masih muncul pada malam hari O: S: 36,5 ⁰ C, A: masalah hipertermi belum teratasi. O: lanjutkan intervensi (monitor suhu pasien, ajarkan teknik TWS)	
Rabu, 12 Juli 2017 14.00 WIB	2	S: ibu pasien mengatakan paham dengan cara TWS O: ibu pasien tampak bingung saat ditanya cara menangani kejang demam. A: masalah defisiensi pengetahuan belum teratasi P: lanjutkan intervensi (berikan pendidikan kesehatan mengenai kejang demam, demam, dan penanganan kejang demam)	
Kamis, 13 Juli 2017 14.00 WIB	3	S: ibu pasien mengatakan An. M sudah tidak mengalami kejang, ibu pasien mengatakan selalu menemani pasien, ibu pasien mengatakan anaknya rewel O: An. M tampak kejang pada tangan, An. M	

		tampak rewel A: masalah risiko cidera belum teratasi P: lanjutkan intervensi (anjurkan keluarga untuk menemani pasien, pasang side rail tempat tidur, anjurkan keluarga untuk tidak panik dan tetap tenang saat anak kejang, longgarkan jalan nafas, jangan memasukkan benda apapun kedalam mulut saat kejang)	
Kams, 13 Juli 2017 14.00 WIB	1	S: ibu pasien mengatakan An. M tadi malam mengalami demam, suhu 37,6⁰C O: S: 36,5⁰C, A: masalah hipertermi belum teratasi. O: lanjutkan intervensi (monitor suhu pasien, ajarkan teknik TWS)	
Kamis, 13 Juli 2017 14.00 WIB	2	S: ibu pasien mengatakan paham dengan cara TWS, ibu pasien mengatakan mengetahui cara mengompres yang benar, pasien belum mengetahui penanganan kejang demam O: ibu pasien kooperatif saat diberikan pendidikan kesehatan. A: masalah defisiensi pengetahuan belum teratasi P: lanjutkan intervensi (berikan pendidikan kesehatan mengenai kejang demam, demam, dan penanganan kejang demam)	
Kamis, 13 Juli 2017 14.00 WIB	3	S: ibu pasien mengatakan An. M sudah tidak mengalami kejang, ibu pasien mengatakan selalu menemani pasien, ibu pasien mengatakan anaknya rewel O: An. M tidak kejang, An. M tampak rewel	

		A: masalah risiko cedera belum teratasi P: lanjutkan intervensi (anjurkan keluarga untuk menemani pasien, pasang side rail tempat tidur , anjurkan keluarga untuk tidak panik dan tetap tenang saat anak kejang, longgarkan jalan nafas, jangan memasukkan benda apapun kedalam mulut saat kejang)	
Jumat, 14 Juli 2017 14.00 WIB	1	S: ibu pasien mengatakan An. M sudah tidak demam O: S: 36,7⁰C A: masalah hipertermi teratasi P: hentikan intervensi	
Jumat, 14 Juli 2017 14.00 WIB	2	S: ibu pasien mengatakan mengetahui kejang demam, bahaya kejang demam, penanganan kejang demam O: ibu pasien dapat menjawab pertanyaan penulis A: masalah defisiensi pengetahuan teratasi P: hentikan intervensi	
Jumat, 14 Juli 2017 14.00 WIB	3	S: ibu pasien mengatakan anaknya tenang, pasien tidak mengalami kejang O: pasien tampak tenang A: masalah risiko cedera teratasi P: hentikan intervensi	

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. A DENGAN GANGGUAN
SISTEM PERSYARAFAN: KEJANG DEMAM DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN HIPERTERMI DI RUANG MELATI**

RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN

Tanggal Masuk	: 12 Juli 2017	Jam	: 17.32 WIB
Tanggal Pengkajian	: 13 Juli 2017	Jam	: 08.00 WIB
Nama Pengkaji	: Siti Khomisatun Khasanah		
Ruang	: Melati		

A. DATA SUBYEKTIF

a. Identitas Klien

Nama	: An. A
Tanggal lahir	: 05 Oktober 2014
Umur	: 3 tahun 2 bulan
Jenis Kelamin	: Perempuan
BB	: 15 kg
PB/TB	: 101 cm
Alamat	: Kampar
Agama	: Islam
Pendidikan	: Paud
Suku bangsa	: Indonesia
No. RM	: 351180
Diagnose Medis	: Kejang Demam Sederhana

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. M
Umur	: 30 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Hubungan dengan klien	: Ibu

c. Keluhan Utama : Demam

d. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

An. A usia 3 tahun 2 bulan dibawa ke RS dr. Soedirman dengan keluhan utama demam dan kejang ± 1 jam sebelum masuk rumah sakit, kejang berlangsung < 10 menit, saat kejang mata An. A tampak berputar-putar. Tidak terjadi kejang pada anggota tubuh yang lain. Dua hari sebelum masuk RS pasien mengalami diare dan belum berobat kemanapun. BAB cair 5x sejak 12 jam sebelum masuk rumah sakit, BAB lendir dan berdarah pasien mengalami muntah ix selama dirumah. Saat dilakukan pemeriksaan pasien tidak mengalami kejang, suhu $37,6^{\circ}\text{C}$, pernapasan 25x/menit, nadi 92x/menit. Ibu pasien tampak cemas dan mengatakan khawatir dengan kondisi anaknya.

2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Ibu pasien mengatakan An. A pernah sakit pilek, batuk, diare dan belum pernah pula di rawat di RS. Keluarga pasien hanya membawa ke bidan atau dokter saat An. A sakit. Sebelumnya pasien belum pernah mengalami kejang.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu pasien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang mengalami sakit seperti pasien. Keluarga pasien tidak ada yang mempunyai penyakit menurun seperti asma, DM, hipertensi maupun penyakit menular seperti HIV/AIDS , TBC, Hepatitis dll.

4. Riwayat Kehamilan

Anak perempuan dari ibu G2 P2 A0. Ibu pasien mengatakan saat hamil ibu pasien mengalami mual muntah tetapi hanya pada trimester I dan biasanya hanya pada pagi hari. Pada Trimester ke III ibu mengalami nyeri punggung dan tulang belakang. Ibu pasien tidak pernah jatuh saat hamil pasien mengatakan rutin memeriksakan kehamilannya ke dokter kandungan yang dekat dari rumahnya dan melakukan imunisasi TT di dokter tersebut. Selama hamil ibu pasien mengatakan hanya mengkonsumsi obat-obatan

yang diberikan oleh dokter dan tidak pernah mengonsumsi jamu tradisional

5. Riwayat Persalinan

Ibu pasien mengatakan An. A lahir secara normal dan spontan dibantu oleh bidan. Tidak ada kelainan bawaan dan tidak mempunyai gangguan selama proses persalinan. Pasien lahir pada usia kehamilan 39 minggu, setelah lahir pasien langsung menangis, BBL : 3300 gram, PB:49 cm.

6. Riwayat Imunisasi

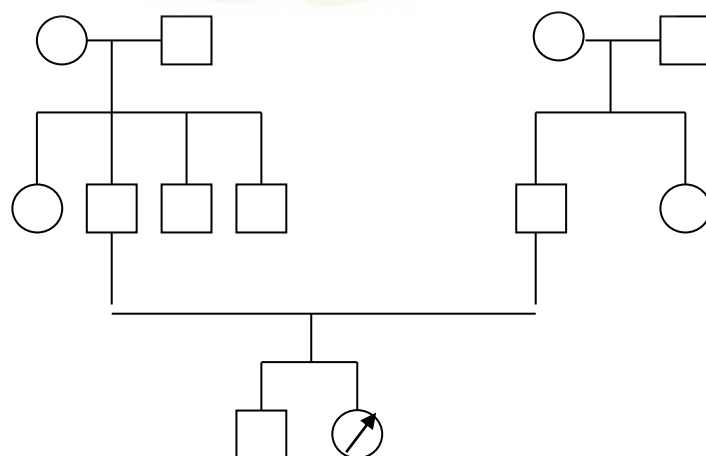
Pasien sudah mendapat imunisasi lengkap : hepatitis, campak, BCG, Polio I, II, III dan DPT I, II, III

7. Riwayat Tumbuh Kembang

Ibu pasien mengatakan An. A tidak mengalami keterlambatan dalam proses tumbuh kembang.

- Perkembangan motorik kasar : pasien mampu berjalan dengan satu kaki, dan berlari.
- Motorik halus : menyusun menara kubus, mewarnai, menggambar bentuk (bulat, persegi, segitiga)
- Bahasa : berbicara dengan orang lain dengan baik (nyambung)
- Perkembangan sosial : pasien mampu berjabat tangan, berkenalan dengan orang lain, dan berinteraksi dengan pasien lain.

8. Genogram



Keterangan:

□ : Laki laki

○ : perempuan

⊙ : pasien

9. Kebutuhan cairan

$$\begin{aligned}\text{Kebutuhan cairan klien} &= 1000 + 50 (15-5) \\ &= 1000 + 50 \times 5 \\ &= 1000 + 250 \\ &= 1250 \text{ cc/24 jam}\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{Kenaikan suhu IWL} &= 30 - 3,2 \times 15 \\ &= 402 \text{ cc/24 jam}\end{aligned}$$

10. Kebutuhan Kalori

Kebutuhan kalori klien

$$\begin{aligned}\text{Usia 1-3 tahun} &= 75-90 \text{ kkal/ kgBB/ hari} \\ &= 75 \times 15 \text{ kg} \\ &= 1.125 \text{ kkal} \\ &= 90 \times 15 \text{ kg} \\ &= 1.350 \text{ kkal}\end{aligned}$$

Jadi, kebutuhan kalori An.A yaitu 1.125-1.350 kkal/hari

11. Pola Pengkajian Menurut Gordon

1. Pola Persepsi Kesehatan atau penanganan kesehatan

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan kesehatan memang penting dan jika ada salah satu anggota keluarganya termasuk anaknya sakit maka langsung membawanya ke bidan atau dokter untuk berobat sebagai penyembuhannya misalnya teratur minum obat, dan hindari pantangan yang dapat menyebabkan sakit

Saat sakit : Ibu pasien mengatakan khawatir akan kesehatan anaknya, karena demam tinggi dan disertai dengan kejang maka membawanya ke RS

2. Pola Nutrisi / Metabolik

Sebelum sakit: Ibu pasien mengatakan An. A jarang makan nasi, An. A senang minum susu formula. An. A jarang jajan di luar.

Saat dikaji : Pasien belum makan nasi, pasien hanya makan roti dan minum susu dari RS.

3. Pola Eliminasi

Sebelum sakit: BAB 1x sehari warna kuning konsistensi lembek berbau khas, BAK 6-7x sehari warna kuning jernih berbau khas.

Saat dikaji : pasien BAB >3 kali sejak dirawat di RS, BAK 5x/hari, warna kuning berbau khas.

4. Pola Aktivitas / Latihan

Sebelum sakit : pasien dapat melakukan aktivitas sesuai kemampuannya dengan aktif.

Saat dikaji : pasien dibantu oleh ibunya dalam melakukan aktivitasnya, seperti mandi, makan, ganti baju ibu pasien mengatakan An. A rewel dan selalu menagis ketika tim medis masuk kamarnya.

5. Pola Istirahat / tidur

Sebelum sakit : Pasien tidur $\pm$ 9-10 jam sehari, tidur siang $\pm$ 2 jam.

Saat dikaji : pasien susah tidur dan sering terbangun pada malam hari karena demam. Lama tidur 8 jam sehari dan tidur siang $\pm$ 30 menit

6. Pola Perseptif Kognitif

Sebelum sakit : pasien dapat melihat dengan normal dan bisa mendengarkan dengan jelas, menengok bila dipanggil, dalam pengecapan klien tidak ada masalah, klien bisa mengecap makanan dengan baik.

Saat dikaji : pasien dapat melihat dengan normal dan bisa mendengarkan dengan jelas, dalam pengecapan klien tidak ada masalah, pasien bisa mengecap makanan dengan baik.

7. Pola Koping/Toleransi Stres

Sebelum sakit : ibu pasien mengatakan An. A mampu berinteraksi dengan lingkungannya.

Saat dikaji : pasien hanya tiduran dan apabila pasien kesakitan pasien menangis dan rewel sehingga ibu menggendongnya dan ketika di RS tidak mau ditinggal .

8. Pola Konsep Diri

Ibu pasien mengatakan sangat khawatir dan cemas, terutama saat anaknya rewel dan demamnya naik serta kejang. Ibu pasien juga mengatakan khawatir kalau anaknya kejang kembali

9. Pola Seksual dan Reproduksi

Pasien berjenis kelamin perempuan, dan tidak ada masalah dalam sistem reproduksi klien.

10. Pola Peran / Hubungan

Sebelum sakit : pasien mampu berkomunikasi baik. Hubungan pasien dengan orangtua dan keluarga sangat baik.

Saat dikaji : pasien lebih nyaman ditemani oleh ibunya.

11. Pola Nilai / Kepercayaan

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan sudah dapat mengaji dan menghafal doa-doa pendek.

Saat dikaji : Ibu pasien mengatakan pasien belum melakukan ibadah dan untuk kesembuhan anaknya ibu pasien melakukan sholat 5 waktu .

B. DATA OBYEKTIF

Pemeriksaan Fisik

1. TTV

Nadi : 92 x/menit

Suhu : 37.6°C

RR : 25 x/menit

2. Antropometri :

Lingkar Kepala : 52 cm

Lingkar Lengan atas : 16 cm

Lingkar dada: 54 cm

BB : 15 Kg

TB: 101 cm

3. Kepala : mesocephal, tidak ada benjolan maupun edema, rambut bersih dan berwarna hitam, ubun ubun sudah keras dan menyatu
4. Mata : konjungtiva anemis, sklera anikterik, refleks pupil dan penglihatan normal
5. Hidung : tidak ada polip, tidak terlihat pernafasan cuping hidung,
6. Mulut : Membran mukosa bibir tampak pucat, tidak ada kandidiasis pada lidah maupun rongga mulut, lidah dapat bergerak bebas, gigi sudah lengkap
7. Telinga : normal, bersih
8. Leher : Leher tampak simetris, tidak teraba adanya massa dan tidak ada pembesaran kelenjar limfe. Tidak ada kesulitan untuk menelan makanan atau minuman.

9. Dada

Paru

Inspeksi : tidak terdapat tarikan dinding dada ke dalam, dada simetris

Palpasi : vocal fremitus seimbang sinistra-dextra, pengembangan paru simetris

Perkusi : sonor

Auskultasi : tidak ada ronkhi

Jantung

Inspeksi : tidak tampak ictus cordis

Palpasi : tidak terdapat pembesaran jantung, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : pekak

Auskultasi : S1 dan S2 bunyi reguler, tidak ada suara tambahan

Abdomen

Inspeksi : bentuk cembung, tidak ascites, tidak ada benjolan

Auskultasi : bising usus 30 x/menit

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa, cubitan perut kembali cepat

Perkusi : hipertimpani

10. Genetalia : perempuan, tidak terpasang DC

11. Anus : ada lubang anus
12. Ekstremitas :
Atas : akral hangat, CRT < 2 detik dan tidak ada gangguan gerak
Bawah : tidak ada gangguan gerak.
13. Kulit : turgor kulit elastis
14. Pemeriksaan Penunjang

12 Juli 2017

Pemeriksaan	Hasil	Normal
Hematologi		
Paket Darah Otomatis		
Hemoglobin	H 13.0 g/dL	10.8-12.8
Leukosit	H 21.4 10 ³ /uL	5.5-15.5
Hematokrit	39%	135-43
Eritrosit	5-1 10 ⁶ /uL	3.60-5.20
Trombosit	365 10 ³ /uL	229-553
MCH	26 pg	23-31
MCHC	33 g/dL	26-34
MCV	76g/fL	73-101
DIFF COUNT		
Eosinofil	L 0.00 %	1-5
Basofil	0.00 %	0-1
Netrofil	H 84.30 %	50-70
Limfosit	L 10.60 %	25-50
Monosit	5.10 %	1-6
Kimia Klinik		
Gula Darah Sewaktu	H 146 mg/dL	80-110
Sero Immunologi		
S. Typhi O	Negatif	Negatif
S. Typhi H	Negatif	Negatif
S. Paratyphy O-A	Negatif	Negatif
S. Paratypi O-B	Negatif	Negatif

--	--	--

15. Terapi Obat

Nama Obat	Dosis	Rute	Waktu Pemberian
IVFD Asering	15 tpm	IV	
Injeksi paracetamol	170 mg	IV	10.00, 16.00, 22.00, 04.00
L. Bio	2x1/2	Oral	
Zink	20 mg	Oral	
Oralit	100 cc/ BAB cair	Oral	
Flm	1 takar + 100 cc/ 3 jam	Oral	

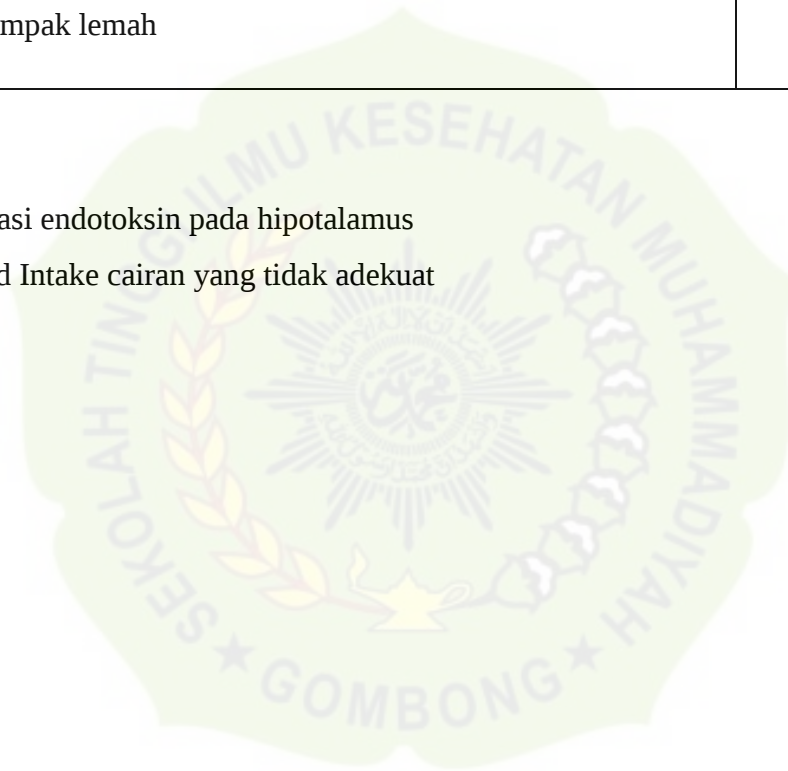
ANALISA DATA

No	Waktu	Data Fokus	Problem	Etiologi
1.	Kamis, 13 Juli 2017 Jam 09.00 WIB	DS : - Ibu pasien mengatakan klien demam sejak tanggal 12 Juli 2017 - Ibu pasien mengatakan, saat demam pasien langsung dibawa ke rumah sakit - Ibu pasien mengatakan saat di IGD pasien mengalami kejang 1x pada suhu 40,4 ⁰ C DO : - Terjadi peningkatan suhu tubuh , S: 37,6°C - Kulit teraba hangat - Kulit tampak kemerahan	Hipertermi	Penyakit (diare)
2.	Kamis, 13 Juli 2017 Jam 09.00 WIB	DS: - Ibu pasien mengatakan An. A BAB cair 5x sejak 12 jam sebelum masuk rumah sakit, BAB lendir dan berdarah - Ibu pasien mengatakan An. A muntah 1x DO : - Pasien tampak lemah	Risiko defisit volume cairan	Intake cairan yang tidak adekuat

		- Pasien BAB cair 3x - Pasien tidak mau minum - Pasien tampak lemah		
--	--	---	--	--

Prioritas Diagnosa Keperawatan

1. Hipertermi b.d Efek dari sirkulasi endotoksin pada hipotalamus
2. Risiko defisit volume cairan b.d Intake cairan yang tidak adekuat



INTERVENSI KEPERAWATAN

No Dx	Hari/Tanggal	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi																		
1.	Kamis, 13 Juli 2017 Jam 09.00	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x7 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan criteria hasil Thermoregulation (0800) <table><tr><td>Indicator</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Suhu tubuh dalam rentang normal</td><td>☐</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>○</td></tr><tr><td>Tidak ada perubahan warna kulit</td><td>☐</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>○</td></tr></table>	Indicator	1	2	3	4	5	Suhu tubuh dalam rentang normal	☐	2	3	4	○	Tidak ada perubahan warna kulit	☐	2	3	4	○	Fever Treatment (3740) - Berikan Tappid Water Sponge - Monitor suhu setiap 2 jam sekali - Kompres pasien menggunakan air hangat pada bagian ubun-ubun, axilla, perut, leher, dan lipat paha - Tingkatkan intake cairan dan nutrisi klien - Sesuaikan suhu lingkungan pasien - Anjurkan keluarga klien untuk memberikan pakaian yang tipis yang dapat menyerap keringat - Anjurkan untuk tidak memakai selimut - Tingkatkan istirahat yang cukup - Berikan minum air putih yang banyak untuk mencegah dehidrasi - Kolaborasi pemberian cairan intravena - Berikan antipiretik
Indicator	1	2	3	4	5																
Suhu tubuh dalam rentang normal	☐	2	3	4	○																
Tidak ada perubahan warna kulit	☐	2	3	4	○																

2.	Kamis, 13 Juli 2017 Jam 09.00	Setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3×7 jam masalah risiko defisit volume cairan b.d Intake cairan yang tidak adekuat dapat teratasi dengan kriteria hasil : <table><tr><td>Indicator</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Irama nadi normal</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>0</td></tr><tr><td>Tidak ada tanda dehidrasi</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>0</td></tr></table>	Indicator	1	2	3	4	5	Irama nadi normal	☐	☐	☐	☐	0	Tidak ada tanda dehidrasi	☐	☐	☐	☐	0	1. Monitor diare dan muntah 2. Monitor balance cairan 3. Monitor pemberian cairan parenteral 4. Monitor tanda dehidrasi 5. Awasi tanda-tanda hipovolemik
Indicator	1	2	3	4	5																
Irama nadi normal	☐	☐	☐	☐	0																
Tidak ada tanda dehidrasi	☐	☐	☐	☐	0																

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/Tanggal/Jam	No. Dx	Implementasi	Respon Pasien	TTD
Kamis, 13 Juli 2017 09. 00 WIB	1	Mengukur suhu pasien	S: 36,4 ⁰ C	
09.15 WIB	2	Memonitor diare dan muntah	Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB cair 3x, An. A tidak mengalami muntah	
09.30 WIB	1	Menanyakan penanganan ibu saat anak mengalami kejang demam	Ibu pasien mengatakan saat demam An. A dikompres dengan air hangat dan diperiksakan kedokter atau bidan terdekat	
10.00 WIB	1	Memberikan terapi PCT	Ibu pasien mengatakan An. A sudah tidak demam	
11.00 WIB	1	Mengajarkan ibu pasien cara TWS	Ibu pasien mengatakan sudah paham dan akan melakukan TWS saat anaknya demam tinggi	
12.00 WIB	1	Mengukur suhu pasien	S: 36,6 ⁰ C, pasien tampak lemah	

Jumat, 14 Juli 2017 09.00 WIB 09.15 WIB 09.30 WIB 10.00 WIB 11.00 WIB 12.00 WIB	1	Mengukur suhu pasien	S: 37 ⁰ C	
	2	Memonitor diare dan muntah	Ibu pasien mengatakan An. A masih diare	
	1	Mengevaluasi pemahaman ibu tentang TWS	Ibu pasien mengatakan belum melakukan TWS pada An. A karena anak A tidak mengalami demam	
	1	Memberikan terapi PCT	Ibu pasien mengatakan An. A sudah tidak demam	
	1	Memberikan pendidikan kesehatan tentang kejang demam, dan penanganan kejang demam	Ibu pasien mengatakan sudah paham cara menangani anak kejang demam	
	1	Mengukur suhu pasien	S: 36,5 ⁰ C, pasien tampak lemah	
Sabtu, 15 Juli 2017 09.00 WIB 09.15 WIB	1	Mengukur suhu pasien	S; 36,7 ⁰ C	
	2	Mengevaluasi ibu pasien tentang	Ibu pasien dapat menjelaskan	

09.30 WIB	1	penanganan kejang demam Mengevaluasi ibu pasien tentang cara TWS	penanganan kejang demam Ibu pasien dapat mempraktekan cara TWS	
10.00 WIB	1	Mengevaluasi ibu tentang perbedaan kompres dan TWS	Ibu pasien mengerti perbedaan TWS dan kompres hangat	



EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/tgl/jam	No. Dx	SOAP	TTD
Kamis, 13 Juli 2017 14.00 WIB	1	S: ibu pasien mengatakan An. A sudah tidak mengalami demam, namun demam masih muncul pada malam hari, ibu pasien mengatakan paham dengan cara TWS O: S: 36,6⁰C, ibu pasien tampak bingung saat ditanya cara menangani kejang demam. A: masalah hipertermi belum teratasi. O: lanjutkan intervensi (monitor suhu pasien, ajarkan teknik TWS)	
Kamis, 13 Juli 2017 14.00 WIB	2	S: ibu pasien mengatakan An. A masih mengalami diare, BAB >3x, BAB cair terdapat lendir darah. O: pasien tampak lemas, pasien tampak bolak balik ke kamar mandi. A: masalah risiko defisit volume cairan belum teratasi P: lanjutkan intervensi (monitor diare dan muntah, monitor balance cairan, monitor pemberian cairan parenteral, monitor tanda dehidrasi)	
Jumat, 14 Juli 2017 14.00 WIB	1	S: ibu pasien mengatakan An. A sudah tidak mengalami demam, namun demam masih muncul pada malam hari, ibu pasien mengatakan belum melakukan TWS ke anaknya karena An. A tidak mengalami demam O: S: 37⁰C A: masalah hipertermi teratasi.	

		O: lanjutkan intervensi (berikan pendidikan kesehatan tentang kejang demam, demam, dan penanganan kejang demam, ajarkan tehnik TWS)	
Jumat, 14 Juli 2017 14.00 WIB	2	S: ibu pasien mengatakan An. A masih mengalami diare, BAB cair O: pasien tampak lemas, pasien tidak mau minum susu dari RS, pasien tidak mau makan A: masalah risiko defisit volume cairan belum teratasi P: lanjutkan intervensi (monitor diare dan muntah, monitor balance cairan, monitor pemberian cairan parenteral, monitor tanda dehidrasi)	
Sabtu, 15 Juli 2017 14.00 WIB	1	S: pasien tidak mengalami demam, ibu pasien mengatakan sudah mengetahui penanganan kejang demam, cara TWS dan kompres hangat O: S: 36,7⁰C A: masalah hipertermi teratasi. O: hentikan intervensi	
Sabtu, 15 Juli 2017 14.00 WIB	2	S: ibu pasien mengatakan An. A tidak diare O: pasien tampak lemas, pasien tidak mau minum susu dari RS, pasien tidak mau makan A: masalah risiko defisit volume cairan belum teratasi P: lanjutkan intervensi (monitor diare dan muntah, monitor balance cairan, monitor pemberian cairan parenteral, monitor tanda dehidrasi)	

SATUAN ACARA PENYULUHAN

1. TOPIK : Gangguan Persyarafan
2. Sub Topik : Kejang Demam
3. Tujuan :

3.1 Tujuan Umum

Setelah dilakukan tindakan pendidikan kesehatan selama 1x20 menit diharapkan dapat mengetahui penyakit kejang demam dan tindakan apa saja yang harus dilakukan saat sakit.

3.2 Tujuan Khusus

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan tentang kejang demam selama 1x20 menit peserta mampu

- a. Menyebutkan kembali pengertian kejang demam
 - b. Menyebutkan kembali penatalaksanaan kejang demam dan demam
 - c. Menyebutkan kembali hal-hal yang harus dilakukan saat terjadi kejang demam
4. Sasaran : keluarga dengan masalah kejang demam
 5. Metode : ceramah, diskusi, tanya jawab
 6. Media : leaflet dan lembar balik
 7. Waktu
Hari/Tanggal : Jumat, 14 Juli 2017
Jam : 14.00 WIB
Lama waktu : 1x20 menit
 8. Tempat : RSUD Dr. Soedirman Kebumen, ruang Melati
 9. Strategi Penatalaksanaan

JAM/WAKTU	TAHAP	RESPON
2 menit	Pembukaan: - Memberi salam - Mengingatkan kontrak - Menjelaskan tujuan	- Menjawab salam - Peserta ingat dengan kontrak - Kooperatif

	pembelajaran - Menyebutkan materi/pokok bahasan yang akan disampaikan	peserta mengetahui tujuan
10 menit	Penatalaksanaan: - Menjelaskan materi penyuluhan secara berurutan dan teratur 1. Menjelaskan pengertian kejang demam 2. Menjelaskan klasifikasi kejang demam 3. Menjelaskan penyebab kejang demam 4. Menjelaskan tanda gejala kejang demam 5. Menjelaskan pengertian demam 6. Menjelaskan penanganan demam 7. Menjelaskan prosedur TWS - Memberikan kesempatan untuk bertanya	- Peserta mendengarkan penjelasan perawat - Peserta memperhatikan - Keluarga aktif bertanya
6 menit	Evaluasi: - Meminta klien	- Peserta mampu menjawab

	menjelaskan atau menyebutkan kembali: 1. Penatalaksanaan kejang demam 2. Prosedur TWS - Memberikan pujian atas keberhasilan iu menjelaskan pertanyaan	- Peserta senang dan tersenyum
2 menit	Penutup: - Mengucapkan terimakasih, kontrak waktu kembali di lain hari jika materi belum selesai dan mengucapkan salam	Peserta menjawab salam

10. Pelaksana : Siti Khomisatun Khasanah

11. Materi : Terlampir

12. Evaluasi :

1. Evaluasi persiapan

- a. Materi sudah siap dan sudah dipelajari sebelum terjun ke RS
- b. Media sudah siap sebelum terjun ke RS
- c. SAP sudah siap sebelum terjun ke RS
- d. Tempat sudah siap 2 jam sebelum penkes

2. Evaluasi proses

- a. 75% datang tepat waktu
- b. Peserta memperhatikan penjelasan perawat
- c. Peserta aktif bertanya dan memberikan pendapat
- d. Media dapat digunakan secara efektif

3. Evaluasi hasil
- a. Sebutkan kembali tentang kejang demam
 - b. Sebutkan kembali penanganan demam
 - c. Sebutkan kembali prosedur TWS



MATERI SATUAN ACARA PENYULUHAN

TEPPID WATER SPONGE

A. Pengertian Kejang Demam

Kejang demam adalah kejang yang terjadi karena peningkatan suhu tubuh yaitu 38 °C yang sering di jumpai pada usia anak dibawah lima tahun. Kejang Demam adalah terjadinya peristiwa kejang pada anak setelah pada sistem saraf pusat, tanpa kejang neonatal sebelumnya atau kejang neonatal tanpa alasan sebelumnya dan tidak memenuhi kriteria untuk gejala kejang akut lainnya (*ILAE* dalam Morais 2010).

B. Klasifikasi

a. Kejang Demam Sederhana

Kejang demam yang berlangsung singkat, kurang dari 15 menit, dan umumnya akan berhenti sendiri.

Kejang tidak berulang dalam waktu 24 jam

b. Kejang Demam Kompleks

Kejang lama > 15 menit, berulang atau lebih dari 1 kali dalam 24 jam

C. Penyebab

1. Demam itu sendiri, demam yang disebabkan oleh infeksi saluran pernafasan atas, otitis media, pneumonia, gastroenteritis, dan infeksi saluran kemih, kejang tidak selalu timbul pada suhu yang tinggi
2. Efek produk toksik daripada mikroorganisme
3. Respon alergik atau keadaan umum yang abnormal oleh infeksi
4. Ensefalitis viral (radang otak akibat virus) yang ringan, yang tidak diketahui atau ensefalitis toksik sepius.

D. Tanda dan Gejala

1. Kenaikan suhu badan yang tinggi dan cepat disertai pengeluaran keringat
2. Kejang antara 10 sd 15 menit, bisa juga lebih
3. Takikardi
4. Umur anak kejang dibawah lima tahun

5. Kejang timbul dalam 16 jam pertama setelah timbul demam
6. Peningkatan tekanan vena jugularis

E. Komplikasi

1. Asfiksia
2. Retardasi Mental
3. Oedema otak.

F. Pengertian Demam

Demam adalah peningkatan suhu tubuh yang berhubungan dengan ketidakmampuan tubuh untuk menghilangkan panas ataupun mengurangi produksi panas.

G. Penanganan Demam

1. Pemberian kompres hangat
2. Batasi aktifitas penderita yang demam
3. Anjurkan untuk menggunakan baju tipis
4. Pemberian obat penurun panas sesuai anjuran dokter
5. Atur suhu lingkungan lebih rendah dibandingkan dengan suhu tubuh anak
6. Berikan minum yang banyak untuk mencegah dehidrasi
7. Lakukan TWS apabila suhu lebih dari 38⁰C

H. Pengertian TWS (Teppid Water Sponge)

TWS adalah tindakan penurunan suhu tubuh dengan cara menyeka pasien dengan air hangat pada pasien yang mengalami peningkatan suhu tubuh. Manfaat WTS untuk menurunkan suhu tubuh.

I. Peralatan WTS

1. Sarung tangan satu pasang
2. Perlak pengalas
3. Pakaian bayi/anak
4. Selimut mandi
5. Waslap/handuk kecil
6. Handuk besar, Baskom berisi air hangat

J. Prosedur TWS

1. Memakai sarung tangan
2. Memasang perlak dan alasnya di bawah tubuh bayi/anak
3. Melepaskan pakaian bayi/anak
4. Memasang selimut mandi
5. Mencilupkan waslap/handuk kecil ke baskom dan mengusapkan ke seluruh tubuh
6. Melakukan tindakan di atas beberapa kali (setelah kulit kering)
7. Mengukur perubahan suhu tubuh setiap 15-20 menit (komunikasi secara verbal)
8. Menghentikan prosedur bila suhu tubuh mendekati normal (komunikasikan secara verbal)
9. Mengeringkan tubuh dengan handuk
10. Melepas sarung tangan.

TEPPID WATER SPONGE



APA SIH KEJANG DEMAM ?



KLASIFIKASI

Kejang Demam Sederhana



Kejang Demam Kompleks

APA PENYEBABNYA ?



Bakteri Mikroorganisme

Demam



OMA

TANDA DAN GEJALA



Peningkatan suhu , berkeringat



Kejang 10-15 menit atau lebih



Usia kurang dari 5 tahun

Takikardi



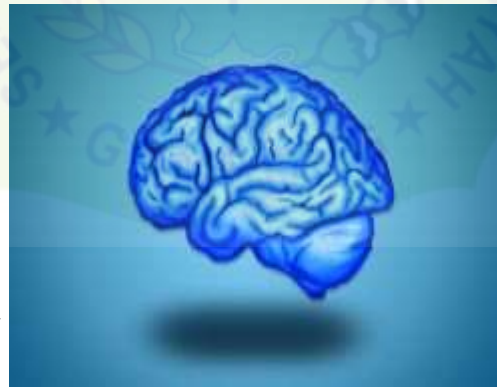
KOMPLIKASI

Asfiksi/ Hipoksia.



Retardasi Mental

Oedema otak



DEMAM???



PENANGANAN DEMAM



Penanganan Demam

1. Pemberian kompres hangat
2. Batasi aktifitas penderita yang demam
3. Anjurkan untuk menggunakan baju tipis
4. Pemberian obat penurun panas sesuai anjuran dokter
5. Atur suhu lingkungan lebih rendah dibandingkan dengan suhu tubuh anak
6. Berikan minum yang banyak untuk mencegah dehidrasi
7. Lakukan TWS apabila suhu lebih dari 38°C

TWS (Teppid Water Sponge)



Pengertian WTS (Water Teppid Sponge)

adalah tindakan penurunan suhu tubuh dengan cara menyeka pasien dengan air hangat pada pasien yang mengalami peningkatan suhu tubuh.

Manfaat WTS

Menurunkan suhu tubuh.



PERALATAN WTS



Peralatan TWS

1. Sarung tangan satu pasang
2. Perlak pengalas
3. Pakaian bayi/anak
4. Selimut mandi
5. Waslap/handuk kecil
6. Handuk besar, Baskom berisi air hangat

TWS



Prosedur TWS

1. Memakai sarung tangan
2. Memasang perlak dan alasnya di bawah tubuh bayi/anak
3. Melepaskan pakaian bayi/anak
4. Memasang selimut mandi
5. Mencilupkan waslap/handuk kecil ke baskom dan mengusapkan ke seluruh tubuh
6. Melakukan tindakan di atas beberapa kali (setelah kulit kering)
7. Mengukur perubahan suhu tubuh setiap 15–20 menit (komunikasi secara verbal)
8. Menghentikan prosedur bila suhu tubuh mendekati normal (komunikasikan secara verbal)
9. Mengeringkan tubuh dengan handuk
10. Melepas sarung tangan.

TEPPID WATER SPONGE



SITI KHOMISATUN KHASANAH

A0111401966

PRODI DIII KEPERAWAAN

STIKES MUHAMMADIYAH

GOMBONG

2017/2018

Apa sih Kejang Demam????



Kejang demam adalah kejang yang terjadi karena peningkatan suhu tubuh yaitu 38°C yang sering di jumpai pada usia anak dibawah lima tahun.

Apa saja Klasifikasinya???

A. Kejang Demam

Sederhana

- Kejang demam yang berlangsung singkat, kurang dari 15 menit, dan umumnya akan berhenti sendiri.
- Kejang tidak berulang dalam waktu 24 jam



Penatalaksanaan

Jangan memasukkan sesuatu kedalam mulut , kendorkan pakaian yang ketat, posisikan pasien miring saat tidak sadar

B. Kejang Demam Kompleks

- Kejang lama > 15 menit
- Berulang atau lebih dari 1 kali dalam 24 jam

Penyebab Kejang Demam

Demam itu sendiri, demam yang disebabkan oleh infeksi saluran pernafasan atas,, pneumonia,radang otak akibat virus.



Tanda dan Gejala

1. Takikardi
2. Kejang dibawah lima tahun
3. Kenaikan suhu badan yang tinggi dan cepat disertai pengeluaran keringat, kejang antara 5-15 menit
4. Kejang antara 10-15 menit

Demam

Demam adalah peningkatan suhu tubuh yang berhubungan dengan ketidakmampuan tubuh untuk menghilangkan panas ataupun mengurangi produksi panas.

Penanganan Demam

1. Pemberian kompres hangat
2. Batasi aktifitas penderita yang demam
3. Anjurkan untuk menggunakan baju tipis
4. Pemberian obat penurun panas sesuai anjuran dokter
5. Atur suhu lingkungan lebih rendah dibandingkan dengan suhu tubuh anak
6. Berikan minum yang banyak untuk mencegah dehidrasi
7. Lakukan TWS apabila suhu lebih dari 38°C



Pengertian TWS (Teppid Water Sponge)



adalah tindakan penurunan suhu tubuh dengan cara

menyeka pasien dengan air hangat pada pasien yang mengalami peningkatan suhu tubuh.

Manfaat TWS

Menurunkan suhu tubuh.

Peralatan TWS

1. Sarung tangan satu pasang
2. Perlak pengalas
3. Pakaian bayi/anak
4. Selimut mandi
5. Waslap/handuk kecil
6. Handuk besar



Baskom berisi air hangat

Prosedur TWS

1. Memakai sarung tangan
 2. Memasang perlak dan alasnya di bawah tubuh bayi/anak
 3. Melepaskan pakaian bayi/anak
 4. Memasang selimut mandi
 5. Mencilupkan waslap/handuk kecil ke baskom dan mengusapkan ke seluruh tubuh
 6. Melakukan tindakan di atas beberapa kali (setelah kulit kering)
 7. Mengukur perubahan suhu tubuh setiap 15-20 menit (komunikasi secara verbal)
 8. Menghentikan prosedur bila suhu tubuh mendekati normal (komunikasikan secara verbal)
 9. Mengeringkan tubuh dengan handuk
- Melepas sarung tangan.

FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENANGANAN PERTAMA KEJADIAN KEJANG DEMAM PADA ANAK USIA 6 BULAN – 5 TAHUN DI PUSKESMAS

(Related Factors With The First Handling Of Febrile Convulsion In Female Children
6 Months - 5 Years In The Health Center)

(Submitted : 16 April 2017, Accepted : 28 April 2017)

Roly Marwan

Program Studi S.1 Keperawatan, Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan,
Universitas Muhammadiyah Banjarmasin
Email : rolymarwan@gmail.com

ABSTRAK

Kejang demam adalah kejang yang terjadi karena proses ekstrakranium tanpa adanya kecacatan neurologik yang dialami oleh anak-anak. Kejang demam memerlukan penanganan pertama. Beberapa faktor yang mempengaruhi penanganan pertama pada ibu yaitu Pengetahuan, pengalaman, dan perilaku dalam penanganan pertama kejang demam. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui faktor apa saja yang berhubungan dengan penanganan pertama pada kejadian kejang demam anak usia 6 bulan-5 tahun di Puskesmas Pekauman. Jenis penelitian ini adalah analitik korelatif, rancangan cross sectional. Sampel penelitian 22 orang yang didapatkan dengan Purposive Sampling dan analisis data menggunakan uji Spearman Rank (Rho). Hasil penelitian yaitu pengetahuan 80,0% dalam kategori kurang, pengalaman 77,8% dalam kategori kurang pengalaman, perilaku 85,7% masuk dalam kategori negatif mengenai penanganan pertama kejang demam ($p < 0,05$). Kesimpulan adalah Terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan, pengalaman, dan perilaku dengan penanganan pertama kejadian kejang demam pada anak usia 6 bulan – 5 tahun di Puskesmas Pekauman.

Kata kunci: Kejang Demam, Penanganan Pertama Kejang Demam, Pengalaman, Pengetahuan, Perilaku

ABSTRACT

A febrile seizure is a seizure that occurs due to extracranium process in the absence of neurologic defects experienced by children. Febrile seizures require first treatment. Several factors influence the first handling of mother are Knowledge, experience, and behavior in the first handling of febrile seizures. The purpose of this study is to determine what factors associated with the first treatment in the incidence of febrile seizures of children aged 6 months-5 years in Pekauman Puskesmas. The type of this research is correlative analytic, cross sectional design. Samples of 22 samples obtained with Purposive Sampling and data analysis using Spearman Rank (Rho) test. The result of research is knowledge 80.0% in the category less, experience 77,8% in category less experience, behavior 85,7% fall in negative category about first handling febrile seizure ($p < 0,05$). Conclusion There is a significant relationship between knowledge, experience, and behavior with the first treatment of febrile seizures in children aged 6 months - 5 years in Pekauman Puskesmas.

Keyword : Seizures of Fever, First Handling Seizures Fever, Experience, Knowledge, Behavior

PENDAHULUAN

Hampir semua orang pernah mengalami demam, ada yang cuma demam ringan dan ada yang sampai demamnya tinggi sekali. Demam merupakan keadaan yang sering di temui sehari-hari dalam kehidupan terutama pada anak yang tubuhnya masih rentan terhadap penyakit. Demam di tandai dengan meningkatnya suhu di atas ambang normal. Peningkatan suhu tubuh dapat di golongkan menjadi dua, yaitu peningkatan suhu yang tergolong normal (bersifat fisiologis) dan peningkatan suhu yang abnormal (patologis). Peningkatan suhu tubuh dalam keadaan normal, misalnya peningkatan suhu setelah anak beraktivitas, setelah mandi air panas, anak menangis, setelah makan, anak yang kurang minum atau cemas. Peningkatan suhu yang abnormal misalnya akibat penyakit. Beragam penyakit memang biasanya di mulai dengan manifestasi berupa demam. Untuk mengatasi ketidaknyamanan yang di akibatkannya, di lakukan berbagai cara mulai dari sederhana sampai harus ke pelayanan kesehatan. Demam merupakan kasus tersering yang menyebabkan orangtua membawa anak ke pelayanan kesehatan dan terkadang membuat orang tua panik (Lusia, 2015).

Ada hal-hal yang harus mendapat perhatian khusus sehubungan dengan demam pada anak di masa tumbuh kembang nya, yaitu anak dengan kejang demam. Anak yang kejang demam merupakan masalah penting yang harus di ketahui untuk melakukan tindakan yang tepat jika terjadi, agar tidak membawa dampak yang serius (Lusia, 2015). Pada umumnya demam merupakan salah satu gejala yang menyertai penyakit infeksi, tetapi ada beberapa kondisi yang tidak menjadi representasi infeksi seperti kasus dehidrasi. Kondisi demam sebenarnya tidak berbahaya, tetapi jika demam tinggi dapat membahayakan anak. Demam tinggi bisa menyebabkan kejang pada anak. (Ngastiyah, 2005).

Kejang demam (*febris convulsion/stuip/step*) yaitu kejang yang timbul pada waktu demam yang tidak di sebabkan oleh proses di dalam kepala (otak: seperti meningitis atau radang selaput otak, ensefalitis atau radang otak) tetapi diluar kepala misalnya karena adanya infeksi di saluran pernapasan, telinga atau infeksi di saluran pencernaan. Biasanya dialami

anak usia 6 bulan sampai 5 tahun. Bila anak sering kejang, utamanya dibawah 6 bulan, kemungkinan besar mengalami epilepsy (Airlangga University Press (AUP), 2015). Kejang demam adalah serangan kejang yang terjadi karena kenaikan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38°C) (Sujono Riyadi, 2013).

Penyebab kejang demam hingga kini belum di ketahui dengan pasti. Kejang demam tidak selalu timbul pada suhu yang tinggi, kadang kadang demam tidak terlalu tinggi dapat menyebabkan kejang (Taslim, 2013). Menurut Riyadi, 2013 kondisi yang menyebabkan kejang demam antara lain : infeksi yang mengenai jaringan ektrakranial seperti tonsilitis, otitis media akut, bronkitis. Adapun menurut IDAI, 2013 penyebab terjadinya kejang demam, antara lain : obat-obatan, ketidakseimbangan kimiawi seperti hiperkalemia, hipoglikemia dan asidosis, demam, patologis otak, eklampsia (ibu yang mengalami hipertensi prenatal, toksikosis gravidarum) (IDAI, 2013). Selain penyebab kejang demam diantara infeksi saluran pernapasan atas adapun penyakit yang menyertainya kejang demam menurut data profil kesehatan indonesia tahun 2012 yaitu didapatkan 10 penyakit-penyakit yang sering rawat inap di rumah sakit diantaranya diare dan penyakit gastroenteritis oleh penyebab infeksi tertentu, demam berdarah dengue, demam tifoid dan paratifoid, penyulit kehamilan, dispepsia, hipertensi esensial, cidera intrakranial, infeksi saluran pernafasan atas (ISPA), pneumonia (Profil Kesehatan Indonesia, 2012), biasanya penyakit yang menyertai kejang demam memiliki manifestasi klinis demam. Demam dengan peningkatan suhu 1°C dapat mengakibatkan bangkitan kejang (Johston MV dalam Wisnu, 2014).

WHO memperkirakan pada tahun 2005 terdapat $\geq 21,65$ juta penderita kejang demam dan lebih dari 216 ribu diantaranya meninggal. Selain itu di Kuwait dari 400 anak berusia 1 bulan – 13 tahun dengan riwayat kejang, yang mengalami kejang demam sekitar 77% (WHO, 2005 dalam Ervina Tri Untari, 2013). Menurut Hernal, 2010 dalam Ervina Tri Untari, 2013. Insiden terjadi nya kejang demam di perkirakan mencapai 4-5% dari jumlah penduduk di Amerika Serikat, Amerika Selatan, dan Eropa Barat. Namun di Asia angka kejadian kejang lebih tinggi , seperti di Jepang di laporkan antara 6-9%

kejadian kejang demam, di india yaitu 5-10%, dan di Guam adalah 14% (Ervina, 2013)

Angka kejadian kejang demam di Indonesia dalam jumlah persentase yang cukup seimbang dengan negara lain. Disini kejang demam dilaporkan di Indonesia mencapai 2% sampai 4% dari tahun 2005 sampai 2006. Untuk provinsi Jawa Tengah tahun 2012-2013 mencapai 2% sampai 3 %. Berdasarkan data yang dimiliki oleh Fakultas Kedokteran Muhammadiyah Surakarta, angka kejadian di wilayah Jawa Tengah sekitar 2 % sampai 5% pada anak usia 6 bulan sampai 5 tahun setiap tahunnya (Iksan, 2011). Berdasarkan fenomena yang banyak terjadi di Indonesia sering terjadi saat demam tidak di tangani dengan baik oleh orang tua, seperti tidak segera memberikan kompres pada anak ketika terjadi kejang demam, tidak memberikan obat penurunan demam, dan sebagai orang tua justru membawa anaknya kedukun sehingga sering terjadi keterlambatan bagi petugas dalam menangani yang berlanjut pada kejang demam. Adapun perilaku-perilaku ibu pada saat kejang berupa : memasukkan sendok ke mulut anak, memberikan kopi saat anak kejang, memasukkan gula ke dalam mulut anak, menyembur tubuh anak yang kejang, mengoleskan terasi dan bawang ke tubuh anak, meletakkan jimat di dekat tubuh anak. Perilaku perilaku demikian berdasarkan data Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) tercatat terjadi 35% dari kasus kejang demam yang di tangani dan hal itu dapat lebih besar pada kasus kasus yang tidak tercatat (IDAI, 2013). Menurut Taslim, 2013 kejang demam yang di perkirakan setiap tahun nya terjadi diantara nya mengalami komplikasi epilepsi. Di indonesia sendiri komplikasi yang terjadi kejadian kejang demam berupa kejang berulang, epilepsi, hemiparese dan gangguan mental (IDAI, 2013).

Dari data RSUD ulin Banjarmasin dalam penelitian Lusua 2014 insidensi kejang demam pada anak dengan usia enam bulan hingga satu tahun yaitu 50,54% (Lusia, 2014). Dari laporan Dinas Kesehatan Provinsi Banjarmasin tercatat di lain-lainnya 1% anak yang kejang demam menyebabkan kematian (Dinkes, 2015). Dan dari data Puskesmas Pekauman terdapat 234 orang anak dengan kejang demam pada bulan januari-september.

Menurut taslim, 2013 faktor faktor yang mempengaruhi perilaku ibu dalam penanganan demam diantaranya adalah pengetahuan, kemampuan ibu dalam penanganan kejang

demam harus di dasari pengetahuan yang benar tentang kejang demam. Pengetahuan tersebut memerlukan pembelajaran melalui pendidikan baik formal maupun nonformal, melalui pengalaman dalam berinteraksi dengan anak yang kejang maupun pengalaman yang di dapat dari orang lain. Pengalaman pribadi dapat digunakan sebagai upaya memperbaiki dengan cara mengulang kembali pengalaman yang di peroleh dalam memecahkan masalah yang sama seperti misalnya penanganan anak kejang demam. Hal yang tidak kalah penting dalam menghadapi kejang dan menangani anak yang kejang demam adalah kematangan atau sifat kedewasaan ibu, sehingga ibu dapat berperilaku positif (Notoatmojo, 2010).

Berdasarkan data tersebut masih banyak perilaku ibu yang salah dalam menangani kejang demam Sehingga dari uraian diatas peneliti tertarik untuk meneliti faktor apa saja yang mempengaruhi penanganan pertama kejang demam pada anak usia 6 bulan – 5 tahun.

METODE PENELITIAN

Penelitian dilakukan di Puskesmas Pekauman Banjarmasin dimulai pada tanggal 10 Juni sampai 25 Juni 2016. Populasi dalam penelitian ini sebanyak 24 orang. Sampel penelitian ini adalah 22 orang, dimana cara pengambilan sampel dengan teknik *Purposive Sampling* yaitu ibu yang mempunyai anak usia 6 bulan – 5 tahun dengan kejang demam.

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian *analitik korelatif* dengan rancangan *cross sectional*. Data primer adalah data yang diperoleh dari responden yang meliputi demografi responden, variabel pengetahuan, pengalaman, perilaku, dan penanganan pertama kejang demam di Puskesmas Pekauman Banjarmasin. Data sekunder pada penelitian ini didapat dengan cara studi pendahuluan, terjun langsung kelapangan mencari fenomena penyakit. Analisis data dilakukan dengan dua cara yakni analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat untuk melihat persentasi distribusi frekuensi dari tiap variabel. Sedangkan analisis bivariat dilakukan untuk menganalisis variabel independen dan variabel dependen dengan menggunakan uji *Spearman rank (Rho)* dengan tingkat kemaknaan 0,05. Dalam pengolahan data penelitian menggunakan program komputer SPSS.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Faktor Pengetahuan tentang Kejang Demam pada Anak Usia 6 Bulan – 5 Tahun di Puskesmas Pekauman

No	Pengetahuan	Jumlah (orang)	Percent(%)
1	Baik	4	18,2
2	Cukup	8	36,3
3	Kurang	10	45,5
Total		22	100,0

Berdasarkan tabel 1 dari 22 responden, menunjukkan banyak responden yang pengetahuan kurang yaitu sebanyak 10 orang (45,5%).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Faktor Pengalaman dalam Penanganan Kejang Demam pada Anak Usia 6 Bulan – 5 Tahun Di Puskesmas Pekauman

No	Pengalaman	Jumlah(orang)	Percent(%)
1	Berpengalaman	13	59,1
2	Kurang pengalaman	9	31,8
Total		22	100,0

Berdasarkan tabel 2 dari 22 responden, menunjukkan banyak responden yang berpengalaman yaitu 13 responden (59,1%).

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Faktor Perilaku dalam Penanganan Kejang Demam pada Anak Usia 6 Bulan – 5 tahun di Puskesmas Pekauman

No	Perilaku	Jumlah(orang)	Percent(%)
1	Positif	15	68,2
2	Negatif	7	31,8
Total		22	100,0

Berdasarkan tabel 3 dari 22 responden, menunjukkan banyak responden yang perilaku positif yaitu 15 responden (68,2%).

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Penanganan Kejang Demam pada Anak Usia 6 Bulan – 5 Tahun di Puskesmas Pekauman

No	Penanganan Kejang Demam	Jumlah (orang)	Percent(%)
1	Baik	5	22,7
2	Cukup	7	31,8
3	Kurang	10	45,5
Total		22	100,0

Berdasarkan tabel 4 dari 22 responden, menunjukkan banyak responden yang penanganan pertama kejang demam kurang yaitu 10 responden (45,5%).

Tabel 5. Hubungan Faktor Pengetahuan dengan Penanganan Pertama Kejang Demam pada Anak usia 6 Bulan – 5 Tahun di Puskesmas Pekauman

No	Faktor	Penanganan pertama kejang	Jumlah
----	--------	---------------------------	--------

	Pengetahuan	Baik		Cukup		Kurang		F	%
		F	%	F	%	F	%		
1.	Baik	3	75,0	1	25,0	0	,0	4	100,0
2.	Cukup	2	25,0	4	50,0	2	25,0	8	100,0
3.	Kurang	0	,0	2	20,0	8	80,0	10	100,0
Total		5	22,7	7	31,8	10	45,5	22	100,0

Spearman Rho = 0,730

Sig. 0,000

Berhubungan Signifikan/Kuat

Berdasarkan tabel 5 menunjukkan bahwa responden yang memiliki faktor pengetahuan dengan penanganan pertama kejang demam kurang adalah 8 responden (80,0%).

Tabel 6. Hubungan Faktor Pengalaman dengan Penanganan Pertama Kejang Demam pada Anak Usia 6 Bulan – 5 Tahun di Puskesmas Pekauman

No	Faktor Pengalaman	Penanganan Pertama Kejang						Jumlah	
		Baik		Cukup		Kurang		F	%
		F	%	F	%	F	%		
1.	Pengalaman	5	38,5	5	38,5	3	23,1	13	100,0
2.	Kurang Pengalaman	0	,0	2	22,2	7	77,8	9	100,0
Total		5	22,7	7	31,8	10	45,5	22	100,0

Spearman Rho = 0,580

Sig. 0,005

Berhubungan Signifikan/sedang

Berdasarkan tabel 6 menunjukkan bahwa responden yang memiliki faktor pengalaman dengan penanganan pertama kejang demam kurang pengalaman berjumlah 7 responden (77,8%).

Tabel 7. Hubungan Faktor Perilaku dengan Penanganan Pertama Kejang Demam Pada Anak Usia 6 Bulan – 5 Tahun di Puskesmas Pekauman

No	Faktor Perilaku	Penanganan Pertama Kejang						Jumlah	
		Baik		Cukup		Kurang		F	%
		F	%	F	%	F	%		
1.	Positif	5	33,3	6	40,0	4	26,7	15	100,0
2.	Negatif	0	,0	1	14,3	6	85,7	7	100,0
Total		5	22,7	7	31,8	10	45,5	22	100,0

Spearman Rho = 0,554

Sig. 0,007

Berhubungan Signifikan/sedang

Berdasarkan tabel 7 menunjukkan bahwa responden yang memiliki faktor perilaku dengan penanganan pertama kejang demam berperilaku negatif kategori sebanyak 6 responden (85,7%).

Faktor Pengetahuan Responden Tentang Kejang Demam pada Anak Usia 6 Bulan – 5 Tahun di Puskesmas Pekauman

Dari 22 responden pengetahuan kurang berjumlah 10 responden (45,5%). Penelitian yang sejalan dengan yang dilakukan Muhammad Yusuf (2014) "Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang

Penanganan Kejang Demam Dengan Audio Visual Terhadap Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Ibu Dengan Anak Riwayat Kejang Demam” bahwa dari 15 responden (100,0%) setengah nya memiliki pendidikan menengah yaitu SLTP/SMP dan SLTA/SMA yang termasuk kategori tingkat pengetahuan kurang sebelum dilakukan pendidikan kesehatan penanganan kejang demam.

Pengetahuan menurut Notoatmodjo (2007), merupakan hasil dari penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (pendengaran, penglihatan, penciuman, perasa dan peraba). Pengetahuan bisa didapat dari berbagai hal seperti seperti dari internet, tv, media berita lainnya, oleh karena itu pengetahuan tentang kejang demam bisa diperoleh dari berbagai hal atau berbagai cara seperti di internet dan lainnya.

.Faktor Pengalaman Responden Tentang Kejang Demam Pada Anak Usia 6 Bulan – 5 Tahun Di Puskesmas Pekauman

Berdasarkan hasil yang telah dilakukan dengan cara memberi kuesioner kepada 22 responden (100,0%) sebanyak 13 responden (59,1%) memiliki pengalaman dan sebanyak 9 responden (40,9%) memiliki kurang pengalaman. Penelitian yang sejalan dengan yang dilakukan Santi Dwi Oktavia (2014) “Pemahaman Ibu Dalam Penatalaksanaan Kejang Demam Pada Anak Di Rsud Dr. Abdoer RahemSitubondo” dari 15 Responden (100,0%) sebanyak 9 responden (60%) pemahaman yang kurang dan masuk dalam kategori berpemahaman sebanyak 6 responden (40%).

Responden yang pengalaman kurang hampir seluruhnya tidak bekerja yaitu sebanyak 15 responden (68,2%) tidak bekerja atau sebagai Ibu Rumah Tangga. Kondisi ditempat penelitian yaitu kebanyakan ibu tidak bekerja sehingga mereka kurang mendapat informasi dari orang-orang yang mempunyai pekerjaan, sehingga pengetahuan yang dimiliki kurang dan bagi ibu-ibu hanya duduk ngerumpi jika berkumpul. Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung (Mubarrak, 2007).

Faktor Perilaku Responden Tentang Kejang Demam Pada Anak Usia 6 Bulan – 5 Tahun di Puskesmas Pekauman

Hasil penelitian dari 22 responden (100,0%) terdiri dari sebanyak 15 responden (68,2%) termasuk kategori perilaku positif dan sebanyak 7 responden (31,8%) termasuk kategori Negatif. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang di lakukan oleh Pohan ITS tahun 2010 terdapat 42 responden (46,7%) berperilaku baik tentang kejang demam pada anak, sebanyak 38 responden (42,2%) berperilaku yang sedang, sebanyak 10 responden (11,1%) berperilaku yang kurang.

Kondisi ibu yang tidak memberikan obat kejang pada anak masih dapat dimaklumi kemungkinan masih ada anggota keluarga yang mampu memberikan selain ibu. Memberikan obat kejang pada anak memang memerlukan pengetahuan dan latihan tentang cara pemberian obat kejang pada anak dengan benar dari petugas kesehatan, dan kemungkinan tidak semua ibu berani melakukannya. Perilaku dalam bentuk tindakan yang sudah konkrit menurut Bloom dalam Notoatmodjo (2007) yaitu berupa perbuatan atau action terhadap situasi yang memerlukan rangsangan dari luar.

Analisa Penanganan Pertama Kejang Demam Pada Anak Usia 6 Bulan – 5 Tahun Di Puskesmas Pekauman

Dari responden 22 responden (100,0%) sebanyak 5 responden (22,7%) penanganan pertama baik, sebanyak 7 responden (31,8%) penanganan pertama cukup, dan sebanyak 10 responden (45,5%) penanganan pertama kurang. Hasil penelitian ini serupa dengan penelitian yang di lakukan oleh Santi Dwi Oktavia (2014) tentang Pemahaman Ibu Dalam Penatalaksanaan Kejang Demam Pada Anak Di Rsud Dr. Abdoer RahemSitubondodengan hasil penelitian di dapatkan data bahwa lebih dari 50 % responden memiliki pemahaman kurang dalam yaitu sebanyak 9 responden (60%). Penanganan pertama kejang demam pada anak bisa didapatkan ibu dengan mengetahui tentang kejang demam serta pemahaman dengan benar agar ketika anak dengan kejang ibu dapat menangani dengan benar dan melakukan tindakan awal tanpa menimbulkan bahaya yang banyak.

Analisa Hubungan Faktor Pengetahuan Dengan Penanganan Pertama Kejang Demam

Pada Anak Usia 6 Bulan – 5 Tahun Di Puskesmas Pekauman

Hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *Spearman Rho* didapatkan hasil nilai korelasi sebesar 0,730 berada dalam rentang 0,60-0,77 bersifat kuat dengan nilai signifikan sebesar 0,000. Nilai signifikan tersebut lebih rendah dari taraf signifikan 0,05 sehingga dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan yang erat antara kedua faktor tersebut. Maka H_1 di terima dan H_0 ditolak, hal ini menunjukkan secara statistik ada hubungan antara pengetahuan dengan penanganan pertama kejang demam pada anak usia 6 bulan – 5 tahun di puskesmas pekauman

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Ervina (2013) tentang Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Kejang Demam Dengan Frekuensi Kejang Anak Toddler Di Rawat Inap Puskesmas Gatak Sukoharjo yaitu 65,8% mempunyai tingkat pengetahuan yang termasuk kategori kurang.

Pengetahuan yang didapat dari berbagai gejala yang ditemui dan diperoleh manusia melalui pengamatan akal. Pengetahuan muncul ketika seseorang menggunakan akalannya untuk mengenali benda atau kejadian tertentu di lingkungannya yang belum pernah dilihat dan dirasakan sebelumnya. Salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang adalah informasi. Kurangnya informasi yang diterima oleh responden menjadi penyebab kurangnya pengetahuan tentang penanganan kejang demam.

Analisa Hubungan Faktor Pengalaman Dengan Penanganan Pertama Kejang Demam Pada Anak Usia 6 Bulan – 5 Tahun Di Puskesmas Pekauman

Hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *Spearman Rho* didapatkan hasil nilai korelasi sebesar 0,580 berada dalam rentang 0,40-0,59 berarti kekuatan hubungan antara pengalaman dengan penanganan pertama kejang bersifat sedang dengan nilai signifikan sebesar 0,005. Nilai signifikan tersebut lebih rendah dari taraf signifikan 0,05 sehingga dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan yang erat antara kedua faktor tersebut. Berdasarkan hasil analisis tersebut, maka hipotesis kedua (H_2) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara faktor pengalaman dengan penanganan pertama kejang

demam pada anak usia 6 bulan – 5 tahun di Puskesmas Pekauman, adalah diterima.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Wahyu Ningsih Safitri (2015) tentang Pengalaman Perawat dalam Penanganan Kejang Demam Di Ruang IGD RSUD Karanganyar yaitu 50,0% mempunyai pengalaman yang termasuk kategori kurang.

Pengalaman yang kurang dikarenakan minimnya informasi dan responden berpendidikan rendah sehingga kebanyakan responden malu untuk bergaul dengan orang yang berpendidikan tinggi, sehingga responden yang berpendidikan rendah kurang mendapat informasi dan pemahaman yang dimiliki kurang.

Analisa Hubungan Faktor Perilaku Dengan Penanganan Pertama Kejang Demam Pada Anak Usia 6 Bulan – 5 Tahun Di Puskesmas Pekauman

Hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *Spearman Rho* didapatkan hasil nilai korelasi sebesar 0,554 berada dalam rentang 0,40-0,59 berarti kekuatan hubungan antara pengalaman dengan penanganan pertama kejang bersifat sedang dengan nilai signifikan sebesar 0,007. Nilai signifikan tersebut lebih rendah dari taraf signifikan 0,05 sehingga dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan yang erat antara kedua faktor tersebut. Berdasarkan hasil analisis tersebut, maka hipotesis ketiga (H_2) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara faktor perilaku dengan penanganan pertama kejang demam pada anak usia 6 bulan – 5 tahun di Puskesmas Pekauman, adalah diterima.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Ardi Setyani (2013) tentang Gambaran Perilaku Ibu Dalam Penanganan Demam Pada Anak Di Desa Seren Kecamatan Gebang Purworejo yaitu 82,7% mempunyai pengalaman yang termasuk kategori cukup.

Ketidaktahuan responden dapat menjadi suatu stimulus untuk mencari sumber rujukan untuk berperilaku. Secara umum pada saat sekarang ini yang menjadi sumber rujukan masyarakat adalah pelayanan kesehatan, dengan demikian ibu yang pengetahuannya kurang dan dalam kondisi panik disaat melihat anak sedang kejang, segera merujuk anaknya ke pusat pelayanan kesehatan yang dianggapnya merupakan sarana untuk meminta pertolongan ketika anaknya mengalami kejang demam tanpa

berani melakukan tindakan – tindakan yang tidak diketahui kebenarannya atau manfaatnya.

KESIMPULAN

Sebagian besar (45,5%) pengetahuan responden Di Puskesmas Pekauman masuk dalam kategori kurang. Sebagian besar (59,1%) Pengalaman responden di Puskesmas Pekauman masuk dalam kategori pengalaman. Sebagian Besar (68,2%) perilaku responden Di Puskesmas Pekauman memiliki masuk dalam kategori positif.

Sebagian besar (45,5%) penanganan kejang responden di Puskesmas Pekauman masuk dalam penanganan pertama kejang demam kategori kurang.

Ada hubungan yang signifikan antara faktor pengetahuan dengan penanganan pertama kejang demam pada anak usia 6 bulan – 5 tahun di Puskesmas Pekauman, $p = 0,000 < \alpha = 0,05$ dengan $r = 0,77$ bersifat kuat. Ada hubungan yang signifikan antara faktor pengalaman dengan penanganan pertama kejang demam pada anak usia 6 bulan – 5 tahun di Puskesmas Pekauman, $p = 0,005 < \alpha = 0,05$ dengan $r = 0,580$ bersifat sedang. Ada hubungan yang signifikan antara faktor perilaku dengan penanganan pertama kejang demam pada anak usia 6 bulan – 5 tahun di Puskesmas Pekauman, $p = 0,007 < \alpha = 0,05$ dengan $r = 0,554$ bersifat sedang.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, A.R. (2014). *Perbedaan Pengalaman Peserta BPJS Kesehatan Kategori Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Non Penerima Bantuan Iuran (Non-PBI) Di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Ulin Banjarmasin*. Skripsi. STIKES Muhammadiyah Banjarmasin.
- Anas, Sujiono. (2013). *Pengantar Evaluasi Pendidikan*. Jakarta: Rajawali Pers. Djudju Sudjana.
- Desmita. (2010). *Psikologi Perkembangan*. Bandung: PT Reamja Rosdakarya.
- Eka, P (2015). *Gambaran Prilaku Ibu Tentang Manajemen Penanganan Demam Pada Anak Balita Di Wilayah Kerja puskesmas Penarik Kabupaten Mukomuko Propinsi Bengkulu*
- Firdaus. (2013). *Metode Peneletian*. Tangerang Selatan: Jelajah Nusa.
- Friedman, MM, Bowlen, V.R, & Jones, E.G. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, dan Praktik, Alih Bahasa*. Edisi 5. Jakarta: EGC.
- Ircham, M. (2008). *Pendidikan Kesehatan dan Promosi Kesehatan*. Jakarta: Fitramaya.
- IDAI. (2013). *Kejang Demam Anak*, (Online). <[Http://www.idai.or.id/main.php.pdf](http://www.idai.or.id/main.php.pdf)> (diakses pada tanggal 29 november 2015).
- Kementrian Kesehatan. (2012). *Pusat Data dan Informasi. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2011*, Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Lusia. (2015). *Mengenal Demam dan Perawatannya pada Anak*. Surabaya: Airlangga University Press (AUP).
- Lusia Vinadiya, Dkk. (2013). *Perbandingan Tingkat Pengetahuan Tentang Kejang Demam antara Ibu dengan Anak Menderita Demam dan Kejang Demam di RSUD Ulin Banjarmasin*. Skripsi, Stikes Muhammadiyah Banjarmasin.
- Ngastiyah. (2005). *Perawatan anak sakit*. Edisi 2. Jakarta: EGC
- Nikmah. (2014). *Hubungan Faktor Riwayat Kejang Demam dalam Keluarga dengan Kejadian Kejang Demam pada Anak di Ruang Anak RSUD H. damanhuri Barabai*. Skripsi, Stikes Muhammadiyah Banjarmasin.
- Notoatmodjo. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- (2010). *Metedologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- (2013). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Oktavia, D.S (2014). *Pemahaman Ibu Dalam Penatalaksanaan Kejang Demam Pada Anak Di Rsud Dr. Abdoer Rahem Situbondo*.
- Rakhmat, J. (2008). *Psikologi Komunikasi*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya
- Sukarmin, S.R. (2013). *Asuhan Keperawatan pada Anak*. Edisi 1. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Riandita, A. (2012). *Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Demam Dengan Pengelolaan Demam Pada Anak*. Jurnal Media Medika Muda.

- Safitri, W.N** (2015). *Pengalaman Perawat dalam Penanganan pada Anak dengan Kejang Demam di IGD RSUD Karanganyar .Jurnal Keperawatan.*
- Saubers, N.** (2011). *Semua yang Harus Anda Ketahui Tentang P3K.* Yogyakarta: PALMALL
- Setyonegoro.**(2005). *Perilaku dalam Kesehatan Modern.* Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Sugiono.** (2011). *Statistik Untuk Penelitian,* Bandung: CV Alfabeta.
- , (2009) *Statistik Untuk Penelitian,* Bandung: CV Alfabeta
- Supardi & Rustika.**(2013). *Metodelogi Riset Keperawatan.* Jakarta: CV.
- <<http://id.e-jurnal.org/pengetahuan>> (diakses 25 Desember 2015 21:45 pada hari jumat).
- Suryono.**(2011). *Metodelogi Penelitian Kesehatan Penuntun Praktis Bagi Pemula.* Jakarta: UI.
- Taslim.**(2013). *Buku Ajar Neorologis Anak.* Jakarta: FKUI
- Untari, T. U.** (2013). *Apakah Ada Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Toodler Tentang Kejang Demam dengan Frekuensi Kejang pada Anak Toddler Di Rawat Inap Puskesmas Gatak Sukoharjo.*
- Wahyudi.** (2013). *Teori Pengetahuan dan Sikap* (Online),(<http://id.Wikipedia.org/pengetahuan> ", diakses 25 Desember 2015 21:45 pada hari jumat).
- Wawan, A & Dewi, M.** (2010). *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia.* Yogyakarta: Nuha Medika.

HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU TERHADAP PENANGANAN DEMAM PADA BALITA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PAYO SELINCAH KOTA JAMBI TAHUN 2014

Listautin^{1*}, Lismawati²

^{1,2}Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Prima Prodi D III Kebidanan

*Korespondensi penulis: lista_poenya@rocketmail.com

ABSTRAK

Demam merupakan salah satu masalah yang kerap dijumpai dalam mengasuh dan membesarkan anak. Pengetahuan ibu diperlukan agar tindakan yang diberikan benar yaitu bagaimana ibu menentukan anak demam dan menurunkan suhu tubuh anak, masyarakat sering mengartikan demam dan diare sebagai sakit tifus, dengan demikian orang tua akan melakukan pola pemberian makan ke arah diet tifus, yakni makan bubur. Kandungan kalori yang diterima rendah pada bubur beras menyebabkan status gizi anak menurun. Penelitian bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap ibu dengan penanganan demam pada balita.

Penelitian ini merupakan penelitian yang bersifat *deskriptif analitik* menggunakan desain *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini yaitu jumlah balita demam bulan Januari-Mei sebanyak 104 balita dan jumlah sampel sebanyak 32 balita. Teknik pengambilan sampel menggunakan *simple random sampling*. Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Payo Selincah Kota Jambi dan telah dilaksanakan pada tanggal 15-22 Agustus tahun 2014. Analisis dalam penelitian ini adalah *univariat* dan *bivariat*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 10 responden (31,3%) penanganan demam pada balita baik, sebanyak 13 responden (40,6%) mempunyai pengetahuan baik dan sebanyak 12 responden (37,5%) memiliki sikap positif. Hasil *bivariat* menunjukkan bahwa pengetahuan ibu dengan penanganan demam pada balita dengan *p-value* (0.005) dan sikap ibu dengan penanganan demam pada balita dengan *p-value* (0.018).

Disimpulkan bahwa ada hubungan pengetahuan dan sikap ibu terhadap penanganan demam pada balita di wilayah kerja puskesmas payo selincah kota jambi.

Kata Kunci : Pengetahuan, Sikap, Penanganan Demam balita

PENDAHULUAN

Tumbuh kembang anak merupakan suatu proses yang dimulai dari sejak dalam kandungan sampai anak tumbuh dewasa, banyak faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak baik dari faktor genetik maupun lingkungan, sehingga dapat disimpulkan bahwa pertumbuhan mempunyai dampak terhadap aspek fisik, sedangkan perkembangan berkaitan dengan pematangan fungsi organ atau individu (Susanti, 2009).

Anak umur 0-5 tahun merupakan periode penting dalam tumbuh kembang anak, karena masa ini merupakan masa pertumbuhan dasar yang mempengaruhi dan menentukan perkembangan selanjutnya. Tumbuh kembang balita melalui periode atau tahapan tumbuh

kembang tertentu yang secara pesat dapat mencapai tumbuh kembang yang optimal (Eveline & Djamaludin, 2010).

Faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang balita yaitu antara lain faktor genetik, faktor lingkungan, umur, jenis kelamin, gizi, perawatan kesehatan, kepekaan terhadap penyakit yang diderita saat balita mengalami demam, dan balita yang menderita penyakit menahun akan terganggu tumbuh kembang dan pendidikannya serta musim kemarau panjang atau bencana alam lainnya, dapat berdampak pada tumbuh kembang anak antara lain sebagai gagal panen, sehingga banyak anak yang kurang gizi (Lina, 2010).

Pada periode pertumbuhan balita, ada beberapa faktor yang dapat menghambat laju pertumbuhan. Pada masa ini apabila sistem imun balita

rendah, maka rentan terhadap berbagai penyakit yang dapat menghambat pertumbuhan balita. Penyakit infeksi akut maupun kronis menghambat pertumbuhan dan perkembangan anak, sehingga pencegahan penyakit menular merupakan hal yang penting salah satunya demam. Demam bisa disebabkan karena infeksi yang disebut roseola. Perubahan selera makan adalah salah satu efek demam dan dampaknya pada tumbuh kembang anak balita. Apapun penyebab dari demam tersebut, buatlah anak nyaman dengan memberinya banyak cairan dan jangan tutupi badannya dengan selimut tebal. Dalam penanganan demam pada balita, ibu masih belum dapat menangani dengan benar (Fauzie, 2014).

Demam merupakan salah satu masalah yang kerap dijumpai dalam mengasuh dan membesarkan anak. Ibu berperan penting dalam merawat anak demam, pengetahuan ibu diperlukan agar tindakan yang diberikan benar yaitu bagaimana ibu menentukan anak demam dan menurunkan suhu tubuh anak, serta kapan ibu membawa ke petugas kesehatan. Kurangnya informasi dan pengetahuan dapat membuat tindakan ibu menjadi keliru. Kesalahan yang sering terjadi di lingkungan kita seperti anak demam justru diselimuti dengan selimut tebal. Ibu perlu tahu bahwa pada usia dibawah lima tahun daya tahan tubuh anak memang merendah sehingga rentan sekali terkena infeksi penyebab demam (Malahayati, 2012).

Tingginya suhu tubuh juga tidak dapat dijadikan indikasi bahwa penyakit yang diderita anak semua parah. Sebab pada saat itu tubuh sedang berusaha melakukan perlawanan terhadap penyakit akibat infeksi, dengan demikian demam dapat reda dengan sendirinya dalam 1–2 hari dan tidak selalu butuh pengobatan. Segeralah melakukan pengukuran dengan termometer setiap kali anak demam. Sekitar 30% - 50% demam disebabkan oleh infeksi saluran

pernapasan atas (ISPA), demam berdarah dengue, dan demam tifoid (Malahayati, 2012).

Menurut Suryaningsih (2013), data terakhir yang diperoleh dari Survei Kesehatan Nasional (Susenas) 2010 tentang angka kesakitan bayi dan balita menunjukkan bahwa 49,1 % bayi umur kurang dari 1 tahun (49,0 % bayi laki-laki, 49,2 % bayi perempuan), dan 54,8 % balita umur 1-4 tahun (55,7% balita laki-laki, 54,0 % balita perempuan). Di antara anak umur 0-4 tahun tersebut ditemukan prevalensi panas sebesar 33,4 %, batuk 28,7 %, batuk dan nafas cepat 17,0 % dan diare 11,4 %.

Angka kesakitan balita di Indonesia cukup tinggi dan terjadi peningkatan dari setiap tahunnya, yaitu pada tahun 2012 mencapai 47,7% kesakitan pada balita, dan cukup signifikan mengalami peningkatan pada tahun 2013 sebesar 71,4%. Sebesar 95% ibu bingung bila anaknya demam, alasan ibu karena demam pada anak menyebabkan kejang (69%), kerusakan otak (16%), koma (14%), gejala dari penyakit yang berat (11%), bahkan demam bisa menyebabkan kematian (Fauzie, 2014).

Para ibu biasanya menyamakan tingginya demam dengan beratnya suatu penyakit yang menyerang anaknya. Demam yang mencapai 41°C disebut hipertermia. Ada kira-kira 0.05% kejadian hipertermia pada anak di Indonesia. Apabila demam tidak ditangani maka dapat mengakibatkan kerusakan rangkaian khususnya sistem saraf pusat dan otot, sehingga mengakibatkan kematian. Demam yang mencapai suhu 41°C angka kematiannya mencapai 17%, suhu 43°C akan koma dengan angka kematian 70%, dan pada suhu 45.5°C akan meninggal dalam beberapa jam (Suryaningsih, 2013).

Hasil pra survei Suryaningsih (2013) di Puskesmas Mulyojati Metro Barat tanggal 20 Maret sampai dengan 25 April 2008 menyatakan bahwa dari 24 ibu yang mempunyai balita demam terdapat 17 ibu yang pengetahuannya

kurang dan, 4 ibu yang pengetahuannya cukup, dan hanya 3 orang yang pengetahuannya baik. Tingkat pengetahuan ibu tentang pertolongan pertama pada balita demam masih banyak yang kurang baik sehingga membuat penulis terpicu untuk menelitinya.

Masyarakat sering mengartikan demam dan diare sebagai sakit tifus. Dengan demikian orang tua akan melakukan pola pemberian makan ke arah diet tifus, yakni makan bubur. Demikian praktik yang salah terus berlangsung setiap anak menderita demam. Kandungan kalori yang diterima rendah pada bubu beras menyebabkan status gizi anak menurun, sedangkan untuk melawan serangan infeksi, tubuh harus mempunyai persediaan zat gizi yang cukup. Demam menyebabkan pemecahan protein tubuh yang besar sehingga memerlukan masukan makanan sumber protein, kalori, vitamin, mineral yang ditemukan pada telur, susu, kacang, dan kacang hijau (Adiningsih, 2010).

Sejauh ini demam pada anak sering menimbulkan fobia tersendiri bagi banyak ibu. Hasil penelitian memperlihatkan hampir 80% orang tua mempunyai fobia demam. Banyak ibu yang mengira bahwa bila tidak diobati, demam anaknya akan semakin tinggi. Karena konsep yang salah ini, banyak orang tua mengobati demam ringan yang sebetulnya tidak perlu diobati. Salah satu penatalaksanaan awal yang bisa dilakukan ibu dalam mengatasi anak yang mengalami demam yaitu mengompres dengan menggunakan air hangat dan memberikan obat penurun panas (Malahayati, 2012).

Berdasarkan Data Dinas Kesehatan Kota Jambi, menunjukkan bahwa jumlah balita yang mengalami demam tidak tahu sebab yang tertinggi di Puskesmas Payo Selincah Kota

Jambi, yaitu pada tahun 2011 sebanyak 1.379 orang, tahun 2012 sebanyak 5.908 orang dan pada tahun 2013 sebanyak 5.723 orang. Data demam pada balita di Puskesmas Payo Selincah Kota Jambi bulan Januari-Mei tahun 2014 sebanyak 104 balita (Data Dinkes Kota Jambi, 2013).

Survei awal yang telah dilakukan peneliti dengan cara wawancara mengenai penanganan demam pada balita di Puskesmas Payo Selincah Kota Jambi terhadap 10 ibu yang memiliki balita, menunjukkan bahwa 6 ibu mengatakan belum terlalu mengetahui cara penanganan demam pada balita di rumah dan terlalu takut dan cemas jika melihat balitanya mengalami demam. Sedangkan 4 ibu mengatakan mengetahui cara penanganan demam pada balita dan jika balita mengalami demam tidak langsung dibawa ke dokter tetapi dilakukan penanganan awal di rumah.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian yang bersifat deskriptif analitik menggunakan desain *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini yaitu jumlah balita demam bulan Januari-Mei sebanyak 104 balita dan jumlah sampel sebanyak 32 balita. Teknik pengambilan sampel menggunakan *simple random sampling*. Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Payo Selincah Kota Jambi. Analisis dalam penelitian ini adalah univariat dan bivariat.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Distribusi Hubungan Pengetahuan Ibu Terhadap Penanganan Demam Pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Payo Selincah Kota Jambi Tahun 2014

Pengetahuan	Penanganan Demam						P-value
	Kurang Baik		Baik		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Kurang Baik Baik	17	89,5	2	10,5	19	100	0,005
	5	38,5	8	61,5	13	100	
Total	22	68,8	10	31,2	22	100	

Hasil uji statistik *chi-square* diperoleh nilai *p value* 0,005 ($p < 0,05$) dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan penanganan demam pada balita di Wilayah Kerja Puskesmas Payo Selincah Kota Jambi. Dengan nilai OR terbesar 13,600 (2,154-85,856), ini berarti bahwa responden yang memiliki pengetahuan kurang baik mempunyai peluang sebesar 13-14 kali penanganan demam pada balita kurang baik jika dibandingkan dengan responden yang memiliki pengetahuan yang baik.

Berdasarkan hasil penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Payo Selincah, responden memiliki pengetahuan yang baik sebanyak 13 responden (40,6%). Menurut Notoatmodjo (2010), pengukuran pengetahuan dapat dialihkan dengan wawancara atau angket yang menyatakan isi melalui orang lain. Hal ini berarti baiknya pengetahuan mereka dikarenakan mereka tidak sekedar tahu saja tetapi bisa memahami dan menganalisa pengetahuan yang mereka miliki.

Berdasarkan hasil penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Payo Selincah, responden memiliki pengetahuan kurang baik sebanyak 19 responden (59,4%). Menurut Green dalam Notoatmodjo (2010), pengetahuan seseorang tergantung dari sumber informasi, pengalaman dan orang lain. Menurut peneliti, hal ini berarti rendahnya pengetahuan responden dikarenakan oleh kurangnya

sumber informasi dan pengalaman diri sendiri dan orang lain.

Penelitian yang dilakukan sejalan dengan Penelitian Martinah (2011) mengenai hubungan pengetahuan dan sikap ibu yang memiliki balita dengan cara penanganan awal demam pada balita di Puskesmas Plaju Palembang, menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan ibu dengan cara penanganan awal demam pada balita dengan nilai *p-value* 0,005.

Responden memiliki pengetahuan kurang baik, disebabkan responden pada umumnya belum tahu dan belum memahami dengan baik tentang penanganan demam pada balita. Hal ini dikarenakan kesadaran dan minat yang masih rendah untuk mencari tambahan informasi untuk meningkatkan pengetahuannya, disamping itu juga dapat dikarenakan sudah pernah diberikan penyuluhan kesehatan oleh responden tersebut mengenai penanganan demam pada balita tetapi responden lupa atau tidak ingat dengan informasi yang pernah didapat.

Responden yang memiliki pengetahuan baik tentang penanganan demam pada balita, tetapi melakukan penanganan demam pada balita kurang baik dikarenakan responden telah diberikan informasi oleh petugas kesehatan mengenai penanganan demam pada balita tetapi responden tidak memiliki kesadaran dan menganggap remeh serta tidak menerapkan pengetahuan yang didapat

dalam perilaku yang baik yaitu penanganan demam pada balita.

Responden yang memiliki pengetahuan kurang baik tetapi memiliki penanganan demam pada balita baik, hal ini dikarenakan responden tidak pernah mencari informasi tentang penanganan demam pada balita tetapi responden didukung oleh keluarga dengan mengingatkan responden untuk penanganan demam pada balita sewaktu balita demam sehingga menimbulkan perilaku yang baik, tetapi dengan perilaku tersebut tidak akan bertahan lama karena tidak didasari dengan pengetahuan yang baik.

Pengetahuan merupakan hasil tahu dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2007).

Upaya-upaya yang perlu dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan responden tentang penanganan demam pada balita adalah dilakukannya pendidikan kesehatan kepada responden mengenai penanganan demam pada balita, menjelaskan dengan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti agar responden dapat memahami dengan baik dan juga dengan cara memberikan *leaflet*, brosur, dan kegiatan promotif lainnya seperti melakukan diskusi bersama responden.

Selain itu diharapkan responden untuk aktif mencari informasi tentang penanganan demam pada balita agar menambah pengetahuan responden yang kurang baik. Jika hanya pasif saja, maka akan berdampak kurang baik pada tingkat pengetahuan mereka. Bagi responden yang telah mempunyai pengetahuan yang baik, harus selalu dipertahankan dan diingat materi-materi yang telah diberikan sebelumnya, agar mereka mengetahui penanganan demam pada balita.

Tabel 2. Distribusi Hubungan Sikap Ibu Terhadap Penanganan Demam Pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Payo Selincah Kota Jambi Tahun 2014

Sikap	Penanganan Demam				Total		P- value
	Kurang Baik		Baik				
	n	%	n	%	n	%	
Negatif	17	85,0	3	15,0	20	100	0,018
Positif	5	41,7	7	58,3	12	100	
Total	22	68,8	10	31,2	32	100	

Hasil uji statistik *chi-square* diperoleh nilai p value 0,018 ($p < 0,05$) dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara sikap ibu dengan penanganan demam pada balita di Wilayah Kerja Puskesmas Payo Selincah Kota Jambi. Dengan nilai OR terbesar 7,933 (1,478-42,581), ini berarti bahwa responden yang memiliki sikap negatif mempunyai peluang sebesar 7-8 kali penanganan demam pada balita kurang baik jika

dibandingkan dengan responden yang memiliki sikap positif.

Berdasarkan hasil penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Payo Selincah Kota Jambi, responden memiliki sikap negatif sebanyak 20 responden (62,5%). Menurut Notoatmodjo (2010), sikap ditandai dengan berbagai tingkatan yaitu menerima, merespon, menghargai dan bertanggung jawab. Tingkatan sikap yang paling rendah adalah menerima.

Menerima diartikan bahwa orang atau subjek mau dan mempertahankan stimulus yang diperhatikan (objek). Sedangkan sikap yang paling tinggi adalah bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko. Hal ini berarti masih adanya sikap negatif dari responden tentang penanganan demam pada balita, dikarenakan sikap responden tersebut masih pada tingkatan menerima belum pada tingkatan bertanggung jawab.

Hasil penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Payo Selincah Kota Jambi, responden memiliki sikap positif sebanyak 12 responden (37,5%). Menurut Alfort dalam Notoatmodjo (2010), bahwa sikap yang utuh atau total dibentuk melalui 4 komponen yakni kepercayaan, kehidupan, emosional dan kecenderungan untuk bertindak. Menurut peneliti, hal ini berarti tingginya sikap positif responden mengenai penanganan demam pada balita dikarenakan oleh pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting dalam kehidupannya.

Penelitian yang dilakukan sejalan dengan Penelitian Martinah (2011) mengenai hubungan pengetahuan dan sikap ibu yang memiliki balita dengan cara penanganan awal demam pada balita di Puskesmas Plaju Palembang, menunjukkan adanya hubungan antara sikap ibu dengan cara penanganan awal demam pada balita dengan nilai *p-value* 0.015.

Menurut Notoatmodjo (2010), sikap adalah suatu kecenderungan untuk mengadakan tindakan suatu objek, dengan suatu cara yang menyatakan adanya tanda-tanda untuk menyenangkan atau tidak menyenangkan objek tersebut. Setiap diri seseorang memiliki sikap yang berbeda-beda dalam menanggapi suatu objek, semakin positif tanggapan seseorang terhadap suatu objek, maka semakin besar pula kemauan dirinya untuk mengambil tindakan terhadap objek tersebut.

Adapun sikap yang positif terhadap penanganan demam pada balita adalah dengan memberikan respon atau tanggapan yang baik dalam merespon bermacam masalah penanganan demam pada balita. Sedangkan sikap negatif adalah tidak merespon atau menanggapi dengan baik dalam hal merespon bermacam masalah penanganan demam pada balita.

Berdasarkan penjelasan diatas terlihat bahwa responden mempunyai sikap yang negatif tentang penanganan demam pada balita karena mayoritas responden sudah menunjukkan sikap tidak sesuai dengan teori yang ada, yang mana responden mempunyai pengetahuan tetapi terhadap sikap yang dilakukan negatif. Hal tersebut bisa disebabkan oleh kurangnya kesadaran responden dalam melakukan tindakan penanganan demam pada balita.

Sikap terhadap nilai-nilai kesehatan tidak selalu terwujud didalam suatu tindakan nyata, terkadang sikap terbentuk karena situasi yang dialami responden tersebut. Dalam hal ini sikap responden negatif kemungkinan karena kurangnya informasi yang didapat. Sebagian menganggap remeh, tidak peduli atau kurang kesadaran terhadap pengetahuan yang didapat tentang penanganan demam pada balita. Hal ini tentu dapat membuat persepsi yang menyimpang terhadap penanganan demam pada balita. Pengetahuan responden tentang penanganan demam pada balita yang masih kurang dapat menyebabkan sikap responden tersebut masih belum kearah yang positif.

Upaya-upaya yang perlu dilakukan untuk membentuk sikap positif responden tentang penanganan demam pada balita yaitu dengan diberikan pendidikan kesehatan berkaitan dengan sikap yang baik dan tidak baik tentang penanganan demam pada balita dengan cara memberikan pengetahuan dan menanamkan nilai-

nilai serta persepsi positif. Hal ini dapat dilakukan dengan memberikan *leaflet* dan informasi seperti spanduk dalam upaya memberikan pengetahuan secara luas agar terbentuk sikap yang positif. Selain itu diharapkan petugas kesehatan juga ikut berperan aktif dalam penanganan sikap responden terhadap penanganan demam pada balita agar tidak membuat perilaku responden menjadi kurang baik.

SIMPULAN

Penanganan demam pada balita baik Sebanyak 10 responden (31,3%) dan Sebanyak 13 responden (40,6%) mempunyai pengetahuan baik. Sebanyak 12 responden (37,5%) memiliki sikap positif tentang penanganan demam pada balita. Adanya hubungan antara pengetahuan ibu dengan penanganan demam pada balita dengan *p-value* 0.005. Ada hubungan sikap ibu dengan penanganan demam pada balita dengan *p-value* 0.018.

DAFTAR PUSTAKA

- Adiningsih, Sri, 2010. *Waspada! Gizi Balita Anda : Tips Mengatasi Anak Sulit Makan*. Penerbit PT Elex Media Komputindo. Jakarta.
- Eveline & Nanang Djamiludin, 2010. *Panduan Pintar Merawat Bayi Dan Balita*. Penerbit PT Wahyu Media. Jakarta.
- Fauzie, Rifan, 2014. *Pengaruh Kejang Demam Pada Kecerdasan Anak*. Dalam <http://health.kompas.com/read/2011/10/12/13060491/pengaruh.kejang.demam.pada.kecerdasan>. (Diakses tanggal 03 Juni 2014).
- Lina, Nova, 2010. *Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang Anak*. Dalam <http://www.ibudanbalita.com/diskusi/faktor-yang-mempengaruhi-tumbuh-kembang-anak>. (Diakses tanggal 14 Juli 2014).
- Malahayati, 2012. *Anak Kena Demam, Penyebab dan Cara Mengatasinya*. <http://bayibintang.blogspot.sg/2013/07/anak-kena-demam-penyebab-dan-cara.html>. (Diakses tanggal 10 Mei 2014).
- Martinah, 2011. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu yang Memiliki Balita dengan Cara Panganan Awal Demam Pada Balita Di Puskesmas Plaju Palembang. Karya Tulis Ilmiah, UKB, Palembang.
- Notoadmodjo, Soekidjo. 2007. *"Promosi Kesehatan Teori Dan Aplikasi"*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoadmodjo, Soekidjo. 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. PT. Rineka Cipta. Jakarta.
- Notoadmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. PT. Rineka Cipta. Jakarta.
- Notoadmodjo, Soekidjo. 2010. *Perilaku Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. PT. Rineka Cipta. Jakarta .
- Suryaningsih, 2013. *Penanganan Demam Pada Balita*. Dalam <http://penanganan-demam-pada-balita.html>. (Diakses tanggal 10 Mei 2014).
- Susanti, 2009. Gangguan Bicara dan Bahasa pada Anak. <http://www.dokteranakku.com/wp-content/downloads/Buku%20gangguan%20bicara%20dan%20bahasa.pdf> (Diakses tanggal 05 Mei 2014).

Clinical Profile of Febrile convulsion among admitted children in a tertiary care hospital at Dhaka city

R Biswas¹, A S Munsi², M M Rahman³, N Begum⁴, R C Das⁵

Abstract

Background : Febrile convulsion (FC) is the most common type of seizure that occurs in children aged 4-60 months, which is benign and had a good prognosis.

Objective : To evaluate the clinical profile and management of hospitalized children with Febrile convulsion.

Methodology : This cross sectional study was done in Dhaka Shishu (children) Hospital during July 01, 2013 to June 30, 2014. Total 80 children aged between 4-72 months who were admitted in to Pediatric Medicine department with diagnosis of FC were purposively recruited in the study. Data were collected by a trained physician from history, clinical examination, laboratory findings, treatment and outcome using a structured questionnaire.

Results : Among the study children 41(51.3%) were between 6 months to 12 months with a male to female ratio was 1.5:1. Forty-nine (61.2%) children had simple seizures, and 16 (20%) of the patients had family history of febrile seizures. In 70 (87.5%) cases the duration of seizure was less than 15 minutes and 75% patients had less than one attack within 24 hours of onset of fever. Upper respiratory tract infection was the most common (31%) cause of fever followed by unclassified in 21 (26%) cases. Complete blood count revealed leukocytosis in 49% cases, CRP raised in 30% cases while CSF study and ultrasonography of brain was normal in 30 cases and 10 cases. We could not perform any investigation to isolate possible causative virus. More than 90% per cent received intravenous broad-spectrum antibiotics and prophylactic anticonvulsant drugs during early days of hospitalization.

Conclusion : In this study, Upper respiratory Tract infection was found as common cause of febrile convulsion. Duration of seizure was less than 15 minutes and Leukocytosis, raised CRP was identified and nearly all patients received broad-spectrum antibiotics during hospital stay.

Keywords : Febrile convulsion; Seizures; Upper respiratory tract infection; Leukocytosis; CRP

Introduction

Seizures are the most common pediatric neurological disorders. Four to ten percent of

children suffer at least one episode of seizure in the first 16 years of life. In most studies, febrile seizures were reported to be the most common type seen in the pediatric population and account for the majority of seizures seen in children younger than 5 years of age, which accounts for about 1% of all emergency department visits, and about 2% of children's hospital emergency department visits.¹

Although most febrile seizures are brief, do not require any specific treatment or workup, and have benign prognosis, witnessing such seizures is a terrifying experience for most parents. Febrile convulsions occur in young children when there is rapid increase in their body temperature. Febrile Convulsion defined as seizures that are provoked by fever of extracranial infective origin and occur in children aged between six months and five years.² It may, however, occur from four months up to six years of age,³ although onset above age 7 years is rare. Evidence suggests having a peak incidence at about 18 months of age, whether the child can be neurologically normal or abnormal.⁴ Febrile convulsion may be simple or complex and also may be generalized or partial.

The prevalence of febrile seizures among different communities is between 2-4%, but was as high as 9% in Japan and 15% in Mariana Island.⁵ If a child has had a febrile convulsion; he or she is prone to develop more. About four out of ten children who had febrile convulsion will get them again at some stage, although the risk factors differ greatly from child to child.⁶ A child is four times more likely to have a febrile convulsion if either parent was affected in their childhood. Children who have their first febrile convulsion before the age of one year has a 50% chance of further seizures.⁷ Febrile seizures in children are commonly associated with upper respiratory tract

¹ Dr. Rabi Biswas
Assistant professor
Dept. of Paediatric
Endocrinology & Metabolic Disorders
Bangladesh Institute of Child Health
& Dhaka Shishu (Children) Hospital

² Dr. Abu Sayed Munsi
Assistant professor
Dept. of Paediatric Cardiology

³ Dr. Md. Maksudur Rahman
Assistant professor
Dept. of Neonatology

⁴ Dr. Nasreen Begum
Assistant Professor
Dept. of Community Medicine
Northern International Medical College

⁵ Rajib Chandra Das
Biostatistician
Child Health Research Foundation
Dept. of Microbiology
Dhaka Shishu (Children) Hospital

^{2, 3}
Bangladesh Institute of Child Health
& Dhaka Shishu (Children) Hospital

Correspondence
Dr. Rabi Biswas
MBBS, DCH, FCPS (Paed), M. Phil (HK)
Assistant Professor
Dept. of Paediatric Endocrinology &
Metabolic Disorders
Bangladesh Institute of Child Health
& Dhaka Shishu (Children) Hospital
E-mail: rabibiswasdr@gmail.com

infections, which are mainly viral in origin.⁸ As a rapid viral diagnosis is not readily available, it is common practice to prescribe antibiotics empirically, despite the danger of masking bacterial meningitis. Fortunately, most febrile seizures are benign and rarely cause brain damage,

This study aimed to provide clinical profile, laboratory characteristics, treatment and outcome of patients with febrile seizure in our setting and to emphasize early identification of underlying cause of fever, which will enable the physician for appropriate counseling and management while avoiding unnecessary therapeutic interventions.

Materials and Methods

In this cross sectional study, 80 children aged between 4-72 months who were admitted into Pediatric Medicine department of Dhaka Shishu (children) Hospital at Dhaka city between July 01, 2013 and June 30, 2014 with the diagnosis of FC were evaluated. Patients with a past history of afebrile convulsion, metabolic disorders, known illnesses of central nervous system and neurological deficits were excluded from this study.

Data were collected by a trained physician using a structured questionnaire regarding age, gender, type of convulsion (generalized or focal), duration of convulsion, type of the febrile convulsion (simple or complex), temperature (from the history or document on admission), family history of febrile convulsion, family history of epilepsy, past history of the febrile convulsion, underlying causes of fever, signs and symptoms of meningitis, clinical and laboratory data including treatment and outcome of the child.

Investigations including CBC and serum electrolytes were performed on all children. Other investigations performed considering the history and clinical profile of the individual child were- blood glucose, serum calcium, blood culture, C-reactive protein (CRP) Arterial blood gas analysis, urine for routine and microscopic examination and culture, CXR, Ultrasonography of brain, EEG and CSF analysis. No test for viral isolation was done in any of our cases. A written informed parental consent was obtained for each patient in this study. Data was analyzed by SPSS version¹⁶.

Results

A total of 80 patients were included in the study. Out of 80 cases 9 (11.25%) were below six months of age at onset, 41 (51.25%) between six and 12 months, 19 (23.75%) between 13 and 18 months and 11 (13.75%) were above 18 months (Figure-1). Forty eight patients were male and 32 were female (ratio 1.5:1) as shown in (Figure 2).

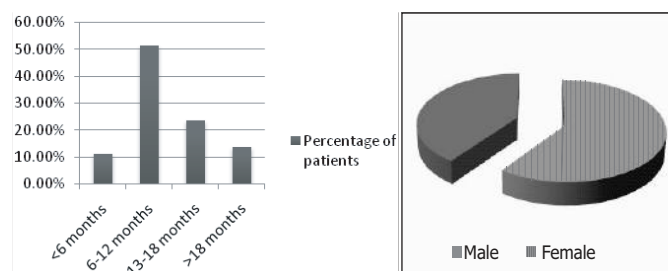


Figure 1 – Age distribution of the study children **Figure 2 – Sex distribution of the study children**

Febrile convulsions were generalized in 72 (90%) cases and partial in eight (10%) cases. In 70 (87.5%) cases the duration of seizure was less than 15 minutes and in rest (12.5%) it was more than 15 minutes. Attack of convulsion within 24 hours of onset of fever was found in 60 cases (75%). Family history of febrile convulsion was reported in 16 (20%) cases. Fifty-four patients had the 1st attack of FC this time and recurrent febrile convulsions occurred in 26 (32.5%) cases, of which 20 had one previous attack and rest six had more than one attack. Type of FC was simple in 49 (61.2%) cases and complex in 31 (38.8%) cases (Table I).

Table I – Characteristic of convulsions

Type of convulsion	Number	Percentage
Generalized	72	90%
Partial	8	10%
Duration in minutes		
<15 minutes	70	87.5%
>15 minutes	10	12.5%
Number of attacks in 1st 24 hours		
One attack	60	75%
>one attack	20	25%
Family History		
Present	16	20%
Absent	64	80%
Recurrence		
1 st attack	54	67.5%
One previous attack	20	25%
>One previous attacks	6	7.5%
Nature		
Simple	49	61.3%
Complex	31	38.7%
Post-ictal condition		
Asleep	40	50%
Awake	38	47.5%
Undetermined	2	2.5%
Post-ictal paralysis	0	0%

From history temperature at the time of convulsion was very high in 60 (75%) cases and high in rest of the cases. None was afebrile. Duration of fever prior to first convulsion ranged from 0-68 hours and the mean was 16.5 hours. After the first seizure none of the children had any post-ictal paralysis, 40(50%) out of 80 were asleep and 38 (47.5 %) were awake. Two of the parents were uncertain of their child's condition post-ictally. Over 60% parents failed to identify fever at the right time and to

introduce antipyretics effectively before the convulsion took place. The most common symptoms accompanied by the febrile seizure were cough 31(38.8%) and coryza 25(31.2%). The other symptoms were diarrhea 10 (12.5%), abdominal pain 5 (6.2%), sore throat 7(8.8%) and dysuria 2 (2.5%) (Table-II).

Table-II. Presenting symptoms other than convulsion and fever on admission

Symptoms	Number	(%)
Cough	31	38.8
Coryza	25	31.2
Loose motion	10	12.5
Sore throat	7	8.8
Abdominal pain	5	6.2
Dysuria	2	2.5

CBC showed abnormalities suggestive of an infection in 45%, however, only 2 had a positive blood culture. CRP was raised in 24 cases. Anemia and metabolic acidosis were found in 28 and 14 cases respectively (Table-III). None of the patients had gross electrolyte abnormality.

Table - III. Abnormal results on blood examination in Patients with FC

Laboratory findings	Number	Percentage
Leukocytosis	39	48.8%
Leukopenia	3	3.7%
Thrombocytosis	4	5.0%
Thrombocytopenia	10	12.5%
Anemia	28	35%
Metabolic acidosis	14	17.5%
CRP (raised)	24	30%

CSF analysis was done in 30 patients no one had abnormal findings in cerebrospinal fluid analysis in favor of meningitis. Chest X-ray was done with suspected LRT cases, of which 11 showed findings suggestive of pneumonia. Ultrasonography of brain was performed on 15 patients (18.7%), however, these tests did not show any abnormality in any of the cases. EEG was done in only 10 selective cases with complex FC and all EEG reports were normal.

Upper Respiratory Tract Infection (URTI) was the most common cause of febrile illness in our study, although the underlying cause was not determined (Table-IV). A vast majority of cases were unclassified regarding finding of etiology of fever.

Table - IV. Etiology of Fever in Patient with FC

Etiology of Fever	Cases, n=80(%)
Upper Respiratory Tract Infection	25(31)
Pneumonia	11(13.7)
Gastroenteritis	10(12.5)
Septicaemia	6(7.5)
Otitis media	5(6)
Urinary tract infection	2(2.5)
Unclassified	21(26)
Total	80 (100)

Duration of hospital stay ranged from 3 days to 12 days, median stay was 5 days. Most of the patients 55 (69%) stayed 3-5 days, 20 (25%) 6-8 days and 5(6%) patients for 9-12 days. All patients were recovered and discharged with advice (Figure-3).

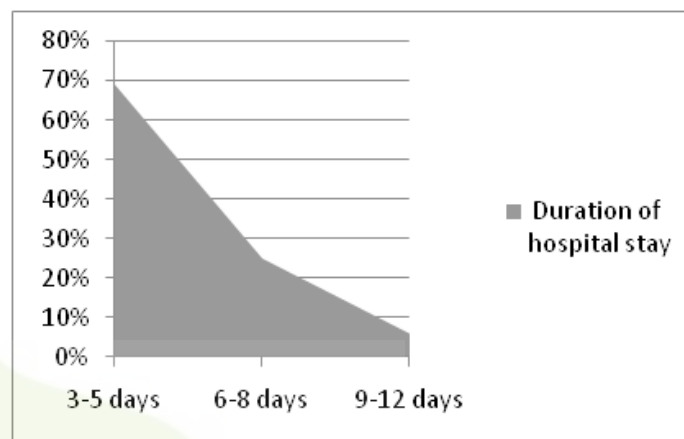


Figure 3 – Duration of hospital stay

Regarding the management, 5(6.2%) received intravenous fluids (IVF) in the emergency room (ER) and total 73 (91.3%) during the hospitalization. Patients who were ill-looking received IV fluid in the ER and due to fear of further convulsion patients followed by chance of aspiration were kept nothing per oral and IV fluid was given mainly for providing nutrition. Only 2 (2.5%) children received IV antibiotics in the ER, however, over 92.5% of the patients received them during hospitalization at least for the initial days. Similarly, over 92.5% patients received prophylactic anticonvulsant (Table V), mostly Tab. Diazepam at the initial days of hospitalization. Ten patients were given per-rectal diazepam and 2 patients required intravenous phenobarbiton at emergency room and after controlling convulsion they were admitted for further management.

Table V- Management of study children

Received intravenous fluid	Number	Percentage
Yes	73	91.3%
No	7	8.7%
Received intravenous antibiotics		
Yes	74	92.5%
No	6	7.5%
Received prophylactic anticonvulsant		
Yes	74	92.5%
No	6	7.5%

Discussion

In this study, the majority of children were under 2 years old and our findings were similar to other studies in which FC was in the age range of 6 months to 3 years with peak incidence at the age of 18 months.^{10/9} Prevalence of FC was predominant in

males than females and this is in agreement with the results of other studies.¹⁰ Here 16 patients (20%) had a positive family history of FC, while this percentage in the other studies varied widely from 25% to 40%.¹¹ Ninety percent of children in the present study had generalized convulsion that is similar to findings of Hoque M et al. In our study, 49 children (61.2%) were suffering from simple FC, while this was between 60% to 90% in other study.¹⁰ Distribution of simple and complex FC varied widely in different studies,¹² which may be due to difference in criteria adopted.

Duration of seizure of less than 15 minutes was noted in 87.5% patients in this study, which was close to Bessisco et al findings.¹³

Mean duration of fever prior to first convulsion in our study was 16.5 hours and it was associated with very high fever in majority of the cases, which is consistent with the findings of Deng CT et al. None of patients had any post-ictal paralysis and majority of patients were either asleep or awake. These data were similar to other study. The most common symptoms accompanying the febrile seizure were cough and coryza in our children, which were well correlated to with the findings of Deng CT et al.¹⁴ but Aliabad et al.¹⁵ found that loose motion was the most common symptom of febrile illness in his study. URTI was the most common cause of febrile illness in our study, although the underlying pathogen was not determined. A vast majority of cases were unclassified regarding finding of etiology of fever. This is mostly due to lack of facilities to identify the viral origin responsible for the high fever leading to FC to the predisposed group of children. Otitis media was diagnosed in 5 cases and otitis media remains the most common cause of FC in a study conducted in Carolina.¹⁶

Investigations reports of LP, ultrasonography of brain and EEG were all normal in our patients, which correlates with Aliabad et al.¹⁵ study and this may be due to very strict inclusion criteria of our study population. However, investigations like neuro imaging are discouraged in simple febrile seizure. Duration of hospital stay depends on the underlying etiology identified and higher number abnormal CBC count (45%), it was similar to Deng CT et al.¹⁴ study. More than 90% received intravenous antibiotics during hospitalization, which should be discouraged, although probably it was given to treat bacterial meningitis or septicaemia due to failure of identifying the responsible virus in our facilities. The same thing is happening in case of use of anti-epileptic drugs (AEDs) like diazepam or phenobarbitone due to prevent further convulsion, although only 25% cases had a second attack of convulsion in this study. Studies revealed that treatment with antiepileptic drugs does not abort the cluster in most children.¹⁷ A retrospective study reported that diazepam was effective against prevention of second convulsion in only 2

of 16 patients (13%).¹⁸ AEDs should be used judiciously in the Emergency room and during hospitalization, which is consistent with the latest American Academy of Pediatrics recommendations that AEDs should not be used routinely to prevent febrile seizure recurrence.¹⁹

Conclusion

In this study, Upper respiratory Tract infection was found as common cause of febrile convulsion. Duration of seizure was less than 15 minutes and Leukocytosis, raised CRP was identified and all patients received broad-spectrum antibiotics during hospital stay.

References

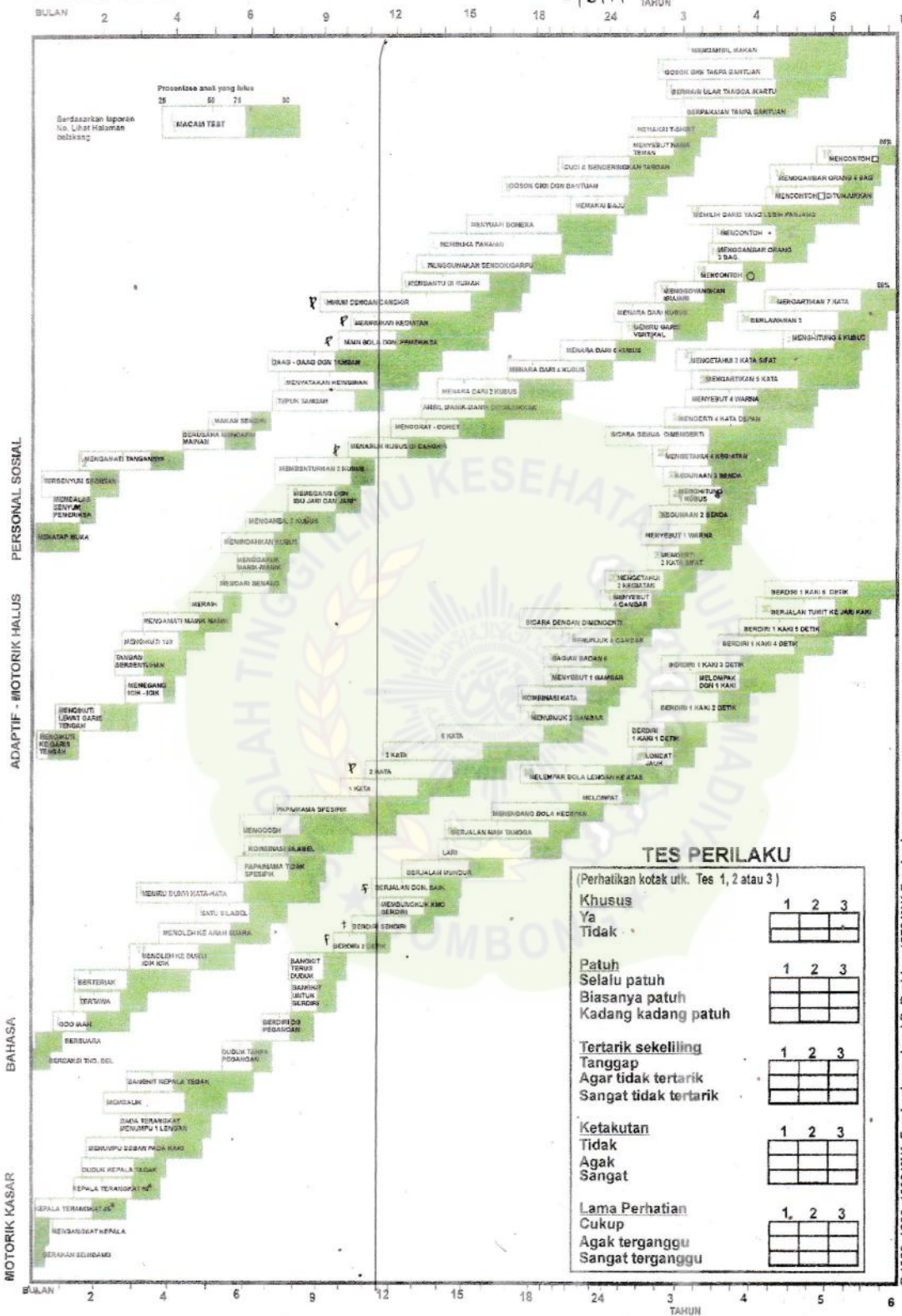
1. Martindale JL, Goldstein JN, Pallin DJ: Emergency department seizure epidemiology. *Emerg Med Clin North Am* 2011 Feb, 29(1):15-27
2. Duncan JS, Shorvon SD, Fish DR (editors). *Clinical Epilepsy*, First edition. New Delhi: B.I. Churchill Livingstone Pvt. Ltd, 1995. Pp.74-76.
3. Khan MR. Febrile seizure. *Bangladesh Private Medical Practitioners Journal* 2003;9:30-31.
4. Shinnar S, & Glauser TA. Febrile Seizures. *J Child Neurol* 2002;17:S44.
5. Tsuboi T. Epidemiology of febrile convulsions in children in Japan. *Neurology* 1984;34:175-181.
6. Wallace SJ. Recurrence of febrile convulsions. *Arch Dis Child* 1974;49:763-775.
7. Collins T. Febrile convulsion. Institute of Child Health. Great Ormond Street Hospital for Children. Published in *The Times of London*, 14 March 2000. pp 89-94.
8. Millichap JG, Millichap JJ. Role of viral infections in the etiology of febrile seizures. *Pediatr Neurol* 2006; 35:165-72.
9. Fetveit A. Assessment of febrile seizures in children. *Eur J Pediatr*. 2008;167(1):17-27.
10. Hoque M, Ali CMH, Zaman MS, Ahmed ASMNU, Hossain MM, Begum JA, Jahan A. Risk Factors For Recurrent Febrile convulsion. *Journal of Bangladesh College of Physicians and Surgeons*. 2004;22(2):49-52.
11. Verity CM, Butler NR, Golding J. Febrile convulsions in a national cohort followed up from birth- Prevalence and recurrence in the first five years of life. *Br Med J (Clin Res)*. 1985;290(6478):1307-10.
12. Fallah R, Golestan M. Role of laboratory diagnostic tests in first febrile seizure. *J Pediatr Neurol*. 2008;6(2):129-132.
13. Bessisco MS, Elsaid MF, Almula NA et al. Recurrence risk after a first febrile convulsion. *Saudi Medical Journal* 2001;22(3):254-258.
14. Deng CT, Zulkifli HI, Azizi BHO. Febrile seizure in Malaysian Children: Epidemiology and Clinical Features. *Med J Malaysia* 1994;49:341-347.
15. Aliabad GM, Khajeh A, Fayyazi A, Safdari L. Clinical, Epidemiological and Laboratory Characteristics of Patients with Febrile Convulsion. *J Compr Ped*. 2013;4(3):134-7.
16. Millichap JJ. Febrile seizure management in hospital practice compared to guidelines- In: Program and abstracts of the American Academy of Neurology 60th Annual Meeting (Chicago). Saint Paul, MN: American Academy of Neurology, 2008:A131.p.12-15.
17. Uemura N, Okumura A, Negoro T, et al. Clinical features of benign convulsions with mild gastroenteritis. *Brain Dev* 2002;24:745-749.
18. Enoki H, Yokota T, Nagasaki R. Single-dose chloral hydrate for benign convulsions with mild gastroenteritis. *Epilepsia* 2007;48:1026-1028.
19. Bidabadi E, Mashouf M. Association between iron deficiency anemia and first febrile convulsion: A case-control study. *Seizure*. 2009;18(5):347-51.

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
AL-IRSYAD AL-ISLAMIYAH CILACAP

Denver II

PEMERIKSA: Af. Khomastuti
TANGGAL: 11 Juli 2017

NAMA: An. M
TANGGAL LAHIR: 20 Juli 2017
NO. CM: 546719 TAHUN



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
AL-IRSYAD AL-ISLAMIYYAH CILACAP

Denver II

PEMERIKSA: Siti Khamisatun
TANGGAL: 12 Juli 2014

NAMA: An-A
TANGGAL LAHIR: 05 Oktober 2014
NO. RM: 351180

