



**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN
PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR THERMOREGULASI
HIPERTERMI PADA KEJANG DEMAM DI RUANG
ASTER RSUD. PROF. DR. MARGONO SOEKARJO
PURWOKERTO**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun oleh :

BUDI PRAYUGO S.Kep

A31006878

PEMINATAN KEPERAWATAN ANAK

**PROGRAM STUDI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG**

2017

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Budi Prayugo, S.Kep
Tempat, Tanggal Lahir : Kebumen, 31 Maret 1993
Alamat : RT 002/004, Karang Kandri, Rogodadi, Buayan
NomorTelepon/Hp : 085764593454
Alamat E - mail : Budiprayugo@yahoo.com

Dengan ini saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah saya yang berjudul “Analisis Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Pemenuhan Kebutuhan Dasar dengan Kejang Demam di Ruang Aster RSUD. PROF. DR. Margono Soekarjo Purwokerto”

Bebas dari plagiarisme dan bukan hasilkarya orang lain.

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari karya ilmiah tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya bersedia menerima sanksi sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

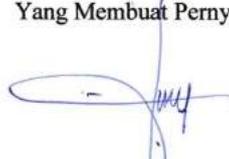
Demikian pernyataan ini dibuat dengan keadaan sadar dan tanpa unsure paksaan dari siapapun.

Pembimbing



(Wuri Utami, M. Kep)

Gombong, 15 Agustus 2017
Yang Membuat Pernyataan,



(Budi Prayugo, S. Kep)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Budi Prayugo, S. Kep

NIM : A13006787

Tanda Tangan :  

Tanggal : 52019ADF693618901

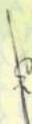


HALAMAN PERSETUJUAN

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN
PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR THERMOREGULASI
HIPERTERMI PADA KEJANG DEMAM DI RUANG
ASTER RSUD. PROF. DR. MARGONO SOEKARJO
PURWOKERTO**

Telah disetujui dan dinyatakan telah memenuhi syarat
Untuk diujikan pada tanggal 15 Agustus 2017

Pembimbing I



(Wuri Utami, M. Kep)

Pembimbing II



(Unang Wirastri, M.Kep., Ns Sp. Kep. An)

Mengetahui,

Ketua Program Studi S1 Keperawatan



(Isma Yuniar, M. Kep)

HALAMAN PENGESAHAN

Karya ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh :

Nama : Budi Prayugo, S. Kep

NIM : A13006787

Program studi : S1 Keperawatan

Judul KIA-N : Analisis Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Pemenuhan Kebutuhan Dasar dengan Kejang Demam di Ruang Aster RSUD. PROF. DR. Margono Soekarjo Purwokerto.

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada Program Ners Keperawatan STIKes Muhammadiyah Gombong

DEWAN PENGUJI

1. Wuri Utami, M. Kep (Penguji I)
2. Unang Wirastri, M.Kep., Ns Sp. Kep. An (Penguji II)

Ditetapkan di : Gombong, Kebumen

Tanggal :

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik STIKes Muhammadiyah Gombong, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Budi prayugo S. Kep
NIM : A31600787
Program Studi : Profesi Ners
Jenis Karya : Karya Ilmiah Akhir

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada STIKes Muhammadiyah Gombong Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR DENGAN KEJANG DEMAM DI RUANG ASTER RSUD. PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak bebas Royalti Noneksklusif ini STIKes Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data, merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis / pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Gombong, Kebumen
Pada Tanggal :

Yang menyatakan



(Budi Prayugo, S.Kep)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Akhir Ners ini dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Pemenuhan Kebutuhan Dasar dengan Kejang Demam di Ruang Aster RSUD. PROF. DR. Margono Soekarjo Purwokerto”. Sholawat serta salam tetap tercurahkan kepada junjungan Nabi Besar Muhammad SAW sehingga peneliti mendapat kemudahan dalam menyelesaikan Karya Tulis Akhir Ners ini.

Sehubungan dengan itu penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

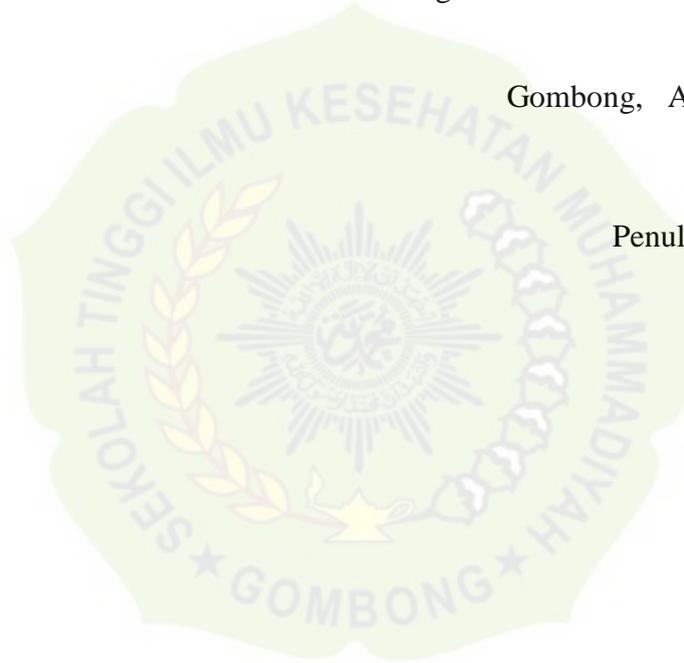
1. Hj. Herniyatun, S. Kp.,M.Kep.,Sp.Mat, selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Gombong.
2. Dr. Haryadi Ibnu Junaedi, Sp.B, selaku direktur RSUD Prof. Dr. margono Soekarjo Purwokerto
3. Dadi Santoso, M. Kep, selaku koordinator Program Profesi Ners STIKes Muhammadiyah Gombong.
4. Wuri Utami, M. Kep, selaku pembimbing I yang telah berkenan memberikan bimbingan dan pengarahan.
5. Unang Wirastri, M. Kep., Ns Sp.Kep. An, selaku pembimbing II yang telah berkenan memberikan bimbingan dan pengarahan.
6. Semua perawat di ruanng aster yang telah memberikan izin dan membantu peneliti dalam menyelesaikan karya tulis ini.
7. Kedua orang tua dan saudara – saudaraku yang senantiasa memberikan dukungan, segala do’a dan kasih sayang yang tiada henti.
8. Teman-teman seperjuangan di Profesi Ners Angkatan 2016.
9. Bapak / ibu dan keluarga klien yang turut serta memberikan kontribusi bagi penulis dalam pengambilan data demi terselesaikan Karya Tulis Akhir ini, semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat dan ridho-Nya serta segera mengangkat sakit keluarganya dan memberikan kesembuhan.

10. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, penulis ucapkan terimakasih atas bantuan dan dukungannya.

Semoga bimbingan dan bantuan serta dorongan yang telah diberikan mendapat balasan sesuai dengan amal pengabdianya dari Allah SWT. Tiada gading yang tak retak, maka penulis mengharap saran dan kritik yang bersifat membangun dari pembaca dalam rangka perbaikan selanjutnya. Akhir kata semoga Karya Tulis Akhir Ners ini bermanfaat bagi kita semua. Amin.

Gombong, Agustus 2017

Penulis



Program Ners Keperawatan
STIKES Muhammadiyah Gombong
KTA, Agustus 2017
Budi Prayugo, Wuri Utami², Unang Wirastri³

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN
PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR DENGAN KEJANG
DEMAM DI RUANG ASTER RSUD. PROF. DR.
MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO**

xiv + 51 halaman + 1 tabel + 3 Lampiran

ABSTRAK

Latarbelakang: Kejang demam dalam dunia kesehatan termasuk penyakit serius yang kebanyakan menyerang pada balita sehingga perlu ditangani dengan cepat dan tepat. Kejang demam terjadi akibat adanya demam, maka tujuan utama pengobatan adalah mencegah demam meningkat, salah satu terapi yang dapat digunakan yaitu kompres hangat.

Tujuan: Menjelaskan asuhan keperawatan yang diberikan pada klien dengan pemenuhan kebutuhan dasar termoregulasi hipertermi pada kasus kejang demam di Ruang Aster RSUD. PROF. DR. Margono Soekarjo Purwokerto

Hasil: Pemberian intervensi berupa kompres hangat pada anak sudah dapat mengatasi masalah hipertermi, namun ada pasien dalam asuhan keperawatan ini yang mengalami penurunan tidak mengalami penurunan secara signifikan

Kesimpulan: Pemberian kompres hangat pada semua pasien anak belum dapat mengatasi masalah hipertermi

Saran: Diharapkan perawat ruangan untuk mencari tindakan keperawatan yang baru untuk mengatasi masalah keperawatan hipertermi, sehingga dapat meringankan tanda dan gejala pasien.

Kata Kunci: *hipertermi, kejang demam, kompres hangat*

NERS NURSING STUDY PROGRAM
STIKES Muhammadiyah Gombong
KTA, August 2017
Budi Prayugo¹, Wuri Utami², Unang Wirastri³

**ANALYSIS OF NURSING INSURANCE IN CHILDREN WITH FULLEST
MEASUREMENT OF BASIC NEEDS FEVER IN THE ROOM ASTER
RSUD. PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO**

Xiv + 51 pages + 1 table + 3 Attachments

ABSTRACT

Background: Febrile seizures in the healthcare world include serious illnesses that mostly affect children under five so it needs to be handled quickly and appropriately. Febrile seizures occur due to fever, then the main goal of treatment is to prevent the fever is increased, one of the therapy that can be used is warm compresses.

Objective: Explain the nursing care given to the client by meeting the basic needs of hyperthermic thermoregulation in cases of febrile seizures in the Aster Room RSUD. PROF. DR. Margono Soekarjo Purwokerto

Results: The introduction of interventions in the form of warm compresses in children was able to overcome the problem of hyperthermia, but there are patients in this nursing care who experience a decrease did not decrease significantly

Conclusions: Provision of warm compresses in all pediatric patients has not been able to overcome hyperthermic problems

Suggestion: It is expected that the nurse room to seek new nursing actions to overcome the problem of nursing hyperthermia, so that it can ease the signs and symptoms of patients.

Keywords: *hyperthermia, febrile seizures, warm compresses*

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT.....	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR SINGKATAN	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penelitian.....	3
C. Manfaat Penelitian	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
A. Konsep Dasar Hipertermi	5
B. Asuhan Keperawatan Hipertermi pada Kejang Demam.....	12
BAB III LAPORAN MANAJEMEN KASUS KELOLAAN	18
A. Profil Lahan Praktik	18
B. Ringkasan Proses Asuhan Keperawatan	21
BAB IV HASIL ANALISIS DAN PEMBAHASAN	45
A. Analisis Karakteristik Pasien	45
B. Analisis Masalah Keperawatan	46
C. Analisis Salah Satu Intervensi yang dikaitkan dengan konsep dan Hasil Penelitian Terkait	48
D. Inovasi Tindakan Keperawatan	49
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	50
A. Kesimpulan	50
B. Saran	51
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR SINGKATAN



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Distribusi 10 Besar Penyakit di Ruang Aster	21
-----------	---------------------------------------------------	----



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Lembar Konsultasi Pembimbing
- Lampiran 2. Resume Asuhan Keperawatan
- Lampiran 3. Jurnal Penelitian Terkait



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kejang demam merupakan kelainan neurologis yang paling umum terjadi pada kelompok usia anak-anak. Prevalensi penderita kejang demam pada anak balita 1- 5 tahun di Amerika Serikat masih tergolong cukup tinggi karena kejadian kejang demam berkisar antara 2% - 5% pada anak berusia kurang dari 5 tahun. Angka kejadian kejang demam di Asia dilaporkan lebih tinggi sekitar 80%-90% dari seluruh kejang demam adalah kejang demam sederhana. Kejang demam dilaporkan di Indonesia mencapai 2-4% (Pasaribu, 2013).

Kejang demam merupakan bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh seperti suhu rektal di atas 38 °C yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranial. Kejang demam kompleks adalah kejang fokal atau parsial, berlangsung lebih dari 15 menit dan berulang dalam 24 jam. Sekitar 30% pasien kejang demam ditemui dengan keadaan kejang demam kompleks. Kejang demam memiliki prognosis baik dan kejang demam bersifat benigna. Angka kematian hanya 0,64-0,75%. Sebagian besar penderita kejang demam sembuh sempurna, sebagian berkembang menjadi epilepsi sebanyak 2-7% (Sihaloho, 2013). Candra (2012) menambahkan bahwa anak akan terlihat aneh untuk beberapa saat, kemudian kaku, kelojotan dan memutar matanya. Anak tidak responsif untuk beberapa waktu, napas akan terganggu, dan kulit akan tampak lebih gelap dari biasanya. Setelah kejang, anak akan segera normal kembali.

Kejang demam dalam dunia kesehatan termasuk penyakit serius yang kebanyakan menyerang pada balita sehingga perlu ditangani dengan cepat dan tepat (Juanita, 2016). Kejang pada anak menurut Rini (2016) timbul didasari oleh adanya riwayat demam. Demam yang muncul pada pasien, kemungkinan besar berhubungan dengan infeksi. Demam menurut Juliana (2008) yaitu suatu kenaikan suhu tubuh di atas batas normal sebagai akibat dari perubahan pusat termoregulasi yang terletak dalam hipotalamus anterior. Suhu tubuh normal dapat

dipertahankan, karena adanya kemampuan pada pusat termoregulasi untuk mengatur keseimbangan antara panas yang diproduksi oleh jaringan, khususnya oleh otot dan hati, dengan panas yang hilang akan mengakibatkan peningkatan suhu dalam tubuh. Suhu *oral* normal adalah $35,8^{\circ}\text{C}$ - $37,3^{\circ}\text{C}$ ($96,5^{\circ}$ - $99,2^{\circ}\text{F}$). Suhu *rectal* lebih tinggi sekitar $0,3$ - $0,5^{\circ}\text{C}$ ($0,5^{\circ}$ - 1°F) (Juliana, 2008).

Demam pada anak-anak disebabkan karena adanya infeksi atau peradangan, sebagai respon masuknya mikroba, sel-sel fagositik tertentu yang mengeluarkan suatu bahan kimia yang dikenal sebagai pirogen endogen. Pirogen endogen akan meningkatkan titik hipotalamus dengan memicu pelepasan lokal prostaglandin, yaitu mediator kimiawi lokal yang bekerja langsung pada hipotalamus. Secara spesifik, hipotalamus memicu menggigil agar produksi panas segera meningkat dan mendorong suhu naik yang mengakibatkan terjadinya menggigil pada permulaan demam. Setelah suhu baru tercapai maka suhu tubuh diatur sebagai norma dalam respon terhadap panas dengan patokan yang lebih tinggi (Sherwood, 2012).

Menurut Sihaholo (2013) kejang demam terjadi akibat adanya demam, maka tujuan utama pengobatan adalah mencegah demam meningkat. Pemberian obat penurun panas parasetamol 10 - 15 mg/kgBB/kali, 4 kali sehari dan tidak lebih dari 5 kali atau ibuprofen 5 - 10 mg/kgBB/kali, sebanyak 3-4 kali. Selain terapi tersebut, ada terapi lain yang dapat menurunkan demam pada anak dengan kasus kejang demam yaitu menggunakan terapi kompres air hangat.

Hasil penelitian Purwanti dan Ambarwati (2008) menunjukkan bahwa terdapat rerata suhu tubuh pasien sebelum dilakukan tindakan kompres hangat sebesar $38,9^{\circ}\text{C}$ dengan SD $0,401^{\circ}\text{C}$. 2. Setelah mendapat perlakuan kompres hangat selama 10 menit menjadi berubah sebesar $37,9^{\circ}\text{C}$ dengan SD $0,447^{\circ}\text{C}$. 3. Pada uji analisis terjadi perubahan rerata suhu tubuh $0,97^{\circ}\text{C}$ dengan SD $0,35^{\circ}\text{C}$ nilai $P = 0,001$ yang berarti bahwa ada pengaruh kompres hangat terhadap perubahan suhu tubuh. Hasil tersebut juga didukung hasil penelitian Nurhasanah (2014) bahwa ada pengaruh kompres hangat terhadap penurunan suhu tubuh pada balita.

Berdasarkan hasil analisa diatas maka penulis ingin mengambil judul “Analisis Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Pemenuhan Kebutuhan Dasar dengan Kejang Demam di Ruang Aster RSUD. PROF. DR. Margono Soekarjo Purwokerto”.

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menjelaskan asuhan keperawatan yang diberikan pada klien dengan pemenuhan kebutuhan dasar thermoregulasi hipertermi pada kasus kejang demam di Ruang Aster RSUD. PROF. DR. Margono Soekarjo Purwokerto.

2. Tujuan Khusus

- a. Memaparkan hasil pengkajian pada klien dengan pemenuhan kebutuhan dasar thermoregulasi hipertermi pada kasus kejang demam.
- b. Memaparkan hasil rumusan diagnosa pada klien dengan pemenuhan kebutuhan dasar thermoregulasi pada kasus kejang demam.
- c. Memaparkan hasil intervensi pada klien dengan pemenuhan kebutuhan dasar thermoregulasi pada kasus kejang demam.
- d. Memaparkan hasil implementasi pada klien dengan pemenuhan kebutuhan dasar thermoregulasi pada kasus kejang demam.
- e. Memaparkan hasil evaluasi pada klien dengan pemenuhan kebutuhan dasar thermoregulasi pada kasus kejang demam.
- f. Mendeskripsikan inovasi tindakan pada klien dengan pemenuhan kebutuhan dasar thermoregulasi pada kasus kejang demam.

C. Manfaat Penelitian

1. Manfaat keilmuan

Diharapkan karya ilmiah ini dapat memberikan manfaat untuk pengembangan ilmu keperawatan khususnya dalam memberikan gambaran asuhan keperawatan pada anak dengan masalah masalah hipertermi pada kasus kejang demam.

2. Manfaat Aplikatif

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat memberikan informasi dan membantu perawat dalam mengatasi anak dengan masalah hipertermi pada kasus kejang demam.

3. Manfaat Metodologi

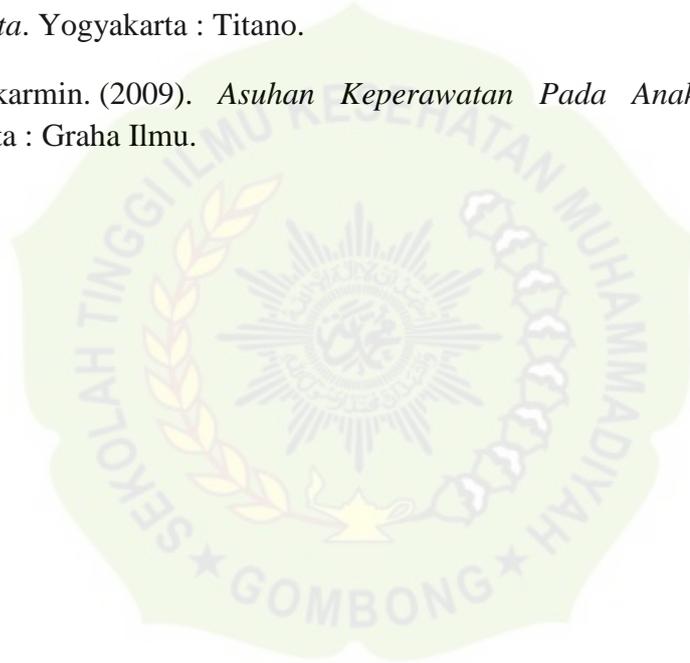
Diharapkan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat dijadikan sebagai penemuan baru penerapan terapi fisioterapi dada pada anak dengan masalah hipertermi pada kasus kejang demam.



DAFTAR PUSTAKA

- Arief. (2015). Penatalaksanaan kejang demam. *Continuing Medical Education*, 42 (9).
- Ayu. (2015). Kompres Air Hangat pada Daerah Aksila dan Dahi Terhadap Penurunan Suhu Tubuh pada Pasien Demam di PKU Muhammadiyah Kutoarjo. *Journal Ners And Midwifery Indonesia*, 3 (1).
- Betz, Cecily L., Sowden, Linda A. (2009). *Buku Saku Keperawatan Pediatri Edisi. 5*. Jakarta: EGC.
- Candra. (2012). Kejang Demam Anak, Jangan Diremehkan Jangan Berlebihan. Diakses pada 22 Juli 2017 dari [www. Kompas.com](http://www.kompas.com)
- Fatkularini. (2015). Efektivitas Kompres Air Suhu Biasa Dan Kompres Plester Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Demam Usia Prasekolah Di Rsd Ungaran Semarang. *Artikel Ilmiah. STMIK ProVisi Semarang*
- Janah. (2015). Pengelolaan hiperetmi pada an. F dengan kejang demam di ruang anggrek RSUD Ambarawa. *Artikel Ilmiah. Akademi Keperawatan Ngudi Waluyo Ungaran.*
- Juanita. (2016). Peningkatan *Self Efficacy* Ibu Melalui Metode *Chalk And Talk* Tentang Penanganan Pertama Kejang Demam Pada Balita Di Desa Plosowahyu Kabupaten Lamongan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 9 (2).
- Juliana, E. (2008). *Manajemen pelayanan kebidanan*. Jakarta : EGC
- Muhlisin. (2017). *Penyebab Demam Pada Anak dan Cara Mengatasinya*. Diakses pada 1 Agustus 2017 dari <https://mediskus.com/penyakit/penyebab-demam-pada-anak-dan-cara-mengatasinya>
- Ngastiyah. (2005). *Perawatan Anak Sakit. Edisi 2*. Jakarta: EGC
- Nurhasanah. (2014). Kompres Hangat Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Balita Puskesmas Ketahun Bengkulu Utara. *Artikel Ilmiah. Stikes Bhakti Husada Bengkulu*
- Pasaribu. (2013). *Kejang Demam Sederhana pada Anak yang disebabkan karena Infeksi Tonsil dan Faring*. Lampung: Fakultas Kedokteran Universitas Lampung <http://www.idai.or.id/tips/artikel.asp?q=2009421101559> [Diakses pada tanggal 11 September 2013]

- Potter & Perry. (2009). *Fundamental Keperawatan. Edisi 7*. Jakarta : Salemba Medika.
- Purwanti dan Ambarwati. (2008). Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Perubahan Suhu Tubuh Pada Pasien Anak Hipertermia Di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Moewardi Surakarta. *Berita Ilmu Keperawatan, 1* (2).
- Sherwood. (2012). *Fisiologi Manusia dari Sel ke Sistem. Edisi 6*. Jakarta. EGC.
- Sihaholo. (2013). *Kejang Demam Kompleks*. Universitas Lampung
- Sudarmoko. 2011. *Mengenal, Mencegah, Dan Mengobati Gangguan Kesehatan Pada Balita*. Yogyakarta : Titano.
- Sujono & Sukarmin. (2009). *Asuhan Keperawatan Pada Anak, Edisi 1*. Yogyakarta : Graha Ilmu.



ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN-S
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN UTAMA
HIPERTENSI PADA GANESUAN SISTEM SYARAF
KEJANG DEMAM DI RUANG ASTER
PROF. DR. MARGONO SOEKARJO
PURWOKERTO

Disusun oleh :
Budi Pra-ngo

PROGRAM PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG
2016/2017

Tanggal masuk : 28 Agustus 2016
Tanggal pengkajian : 29 Agustus 2016
Ruangan : Aster
Pengkaji : Budi Prayogo

A. Pengkaji

1. Identitas klien

Nama : An. S
Umur : 2 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Alamat : Kedung Banteng
Agama : Islam
No. RM :
Suku : Jawa
Dx medis : kejang demam

2. Identitas penanggung jawab

Nama ortu : Ny. J
Umur : 29 tahun
Alamat : Kedung Banteng
Agama : Islam
Pendidikan : ~~PT~~ SD
Pekerjaan : IRT

3. Keluhan utama

kejang demam

4. Riwayat penyakit sekarang

Klien An. S datang ke IGD RSMS pada tanggal 28 Agustus 2016 dengan keluhan demam 2 hari sebelum dibawa ke rumah sakit dengan $S = 38,9^{\circ}\text{C}$ dan kejang

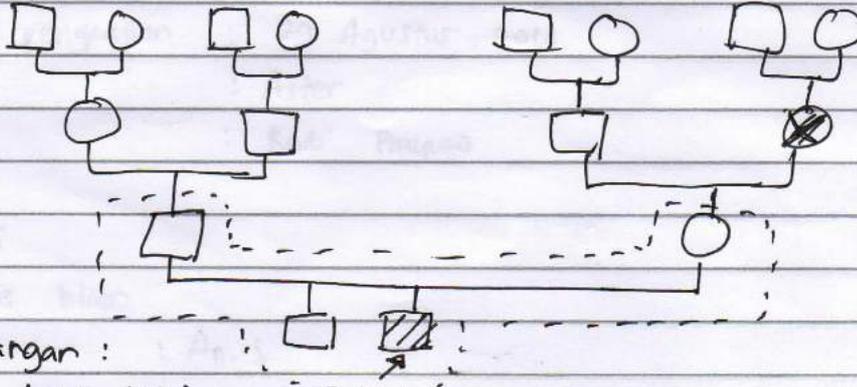
5. Riwayat masa lampau

An. S pada waktu kecil ~~belum~~ pernah sakit seperti keluhan tsb. An. S belum pernah di rawat di RSMS. Biasanya An. S sakit biasa dan hanya diberi obat penurun panas.

6. Riwayat penyakit keluarga.

Ibu An. S mengatakan bahwa keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat kejang.

7. Genogram



Peterangan :

□ = laki-laki

○ = perempuan

X = meninggal dunia

⊗ = pasien

┌┐ = garis pernikahan

└┘ = garis keturunan

---- = tinggal serumah

8. Riwayat sosial

a. Yang mengasuh : orang tua

b. Hub. dengan anggota keluarga & teman : baik

c. Pembawaan secara umum : aktif dan lincah.

d. Lingkungan rumah : terbuka, sering bermain & bertumpuk dengan teman sebaya & tetangga.

9. Kebutuhan dasar

a. Makanan yang disukai / tidak disukai : sayur, buah, susu, telur paling disukai, selera makan baik, Makan 3x sehari pada pagi, siang dan sore hari.

b. Pola tidur : siang 1-2 jam (jam 11.00-12.00) (12.00-13.00) pada malam hari tidur pulih (19.00-05.30). Pada malam hari terbangun minum susu dan kadang mengganti celana yang basah.

c. Mandi 2x sehari (pagi dan sore hari)

d. Aktivitas bermain : aktif dan lincah

e. Eliminasi : BAB 2x sehari, BAK 4-8x sehari

10. Keadaan kesehatan saat ini

a. Dx medis : kejang demam

b. Tindakan operasi : -

c. Status nutrisi : makan 3x sehari (pagi, siang, sore) dan minum susu dan air putih.

d. Obat-obatan : terapi parasetamol 300 mg, injeksi ampicillin 200 mg, diazepam cc

Palpasi : tidak teraba massa

Pertuksi : suara paru sonor

Auskultasi : tidak ada suara tambahan

- Jantung

Inspeksi : tidak ada pembesaran,

Palpasi : tidak teraba massa

Pertuksi : suara pekak

Auskultasi : bunyi S₁ < S₂ lup dup

• Abdomen

Inspeksi : Cembung tidak ada lesi,

Auskultasi : bising usus 20 x/ menit

Palpasi : turgor kulit < 3 detik, tidak ada distensi,
tidak ada pembesaran limfa

Pertuksi : suara abdomen timpani,

• Genetalia : tidak ada kelainan, berjenis kelamin laki-laki tampak penis dan skrotum.

• Ekstermitas

- ekstermitas atas : kedua tangan tampak sapat di gerakan

- ekstermitas bawah : terpasang infus kanan kiri.

B. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Hematologi			
Darah Lengkap			
Hemoglobin	11	g/dL	11,2 - 17,3
Leukosit	17.010	u/L	3800 - 10.600
Hematokrit	33,5	%	40 - 52
Trombosit	538.000	uL	150.000 - 440.000

14. Analisa Data

NO	Data fokus	Problem	Etiologi	Paraf
1.	<p>Ds. Ibu pasien mengatakan tubuh anaknya hangat seperti demam.</p> <p>Do. Akral hangat, tampak kemerahan, N: 134 x / menit, RR: 45 x / menit, S: 38,9°C.</p> <p>Leukosit: 17.010 u/L</p>	Hipertermi	proses inflamasi	
2.	<p>Ds: Ibu pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat kejang 1x saat umur 1 th 3-5 menit.</p> <p>Do: tampak demam, S: 35°C, tampak kejang 1x di RS</p>	Resiko cedera	fungsi regulasi (hipertermi dan konvulsi)	

15. Prioritas Diagnosa

- Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi
- Resiko cedera berhubungan dengan fungsi regulasi (hipertermi dan konvulsi).

16. Intervensi keperawatan

NO	tanggal	Tujuan dan KH	Intervensi
1.	29 Agustus 2016	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah hipertermi dapat teratasi dengan kh:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak ada kenaikan suhu - Suhu dalam rentang 36,5-37,5°C - Turgor kulit - Mukosa bibir baik 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor TTV - Monitor status cairan infus - Berikan kompres hangat - Monitor turgor kulit, mukosa bibir - Beri terapi antipiratik.
2.	30 Agustus 2016	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko cedera dapat teratasi dengan kh:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengetahuan: keamanan pribadi yaitu pengetahuan tentang resiko, memonitor faktor 	<ul style="list-style-type: none"> - Tempatkan pasien pada tempat aman - Identifikasi kebutuhan pasien - Anjurkan keluarga untuk tetap siaga. - Waspada dengan kenaikan suhu.

resiko Sari perilaku personal.

17. Implementasi

No	Tanggal	Implementasi	Respon	Paraf
1.	29 Agustus 2016	Monitor TTV Pemberian obat antipiretik paracetamol drop 0,7 cc, Monitor status cairan Memberikan kompres hangat pada axilla dan lipatan- lipatan. Menganjurkan pasien untuk istirahat	N: 134 x/menit, R: 45 x/menit, S: 38,5°C Diminum, injeksi IV/ bolus masuk. Santi cairan infus Pasien kooperatif.	
2.		Menempatkan pasien pada lingkungan yang aman Menganjurkan pasien tetap dekat dengan keluarga Monitor suhu pasien Menganjurkan keluarga untuk mengompres pasien Monitor cairan infus Mengkolaborasi pemberian obat antipiretik Inj. Ampicillin 500 mg PCT syrop 3x1 gth. Menganjurkan pasien untuk istirahat	Pasien merasa lebih aman. pasien ditemani oleh ibunya. Panas belum stabil pasien dikompres, pasien kooperatif Terpasang infus di falungya Injeksi IV/ bolus masuk, BCT simirum dengan sigeros, pasien susah tidur, rewel dan sering merangs.	

18. Evaluasi

No	Tanggal	Evaluasi	Paraf
1.	29 Agustus 2016	<p>S : Ibu pasien mengatakan An-S badannya masih terasa panas.</p> <p>O : akral hangat</p> <p>N : 134 x /menit, RR = 45 x /menit,</p> <p>S : 38,5°C .</p> <p>A : Masalah hipertermi: keperawatan belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>Monitor nadi, suhu, respirasi,</p> <p>Monitor status cairan infus</p> <p>Anjurkan keluarga untuk mengompres air hangat</p> <p>Monitor turgor kulit</p> <p>Mukosa bibir</p> <p>Berikan terapi antipiratik.</p>	
2.	30 Agustus 2016	<p>S : Ibu pasien mengatakan An-S mempunyai riwayat demam 1x saat kecil.</p> <p>O : Tampak demam, S: 39°C</p> <p>Tampak demam demam 1x di RS.</p> <p>A : Masalah keperawatan resiko dan memonitor faktor resiko dari perilaku personal.</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>Tempatkan pasien pada lingkungan yang aman</p> <p>Anjurkan keluarga tetap jaga di dekat pasien.</p> <p>Anjurkan keluarga tetap waspada dalam peningkatan suhu tubuh pasien.</p>	

ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.B
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN UTAMA
HIPERTERMI PADA GANGGUAN SISTEM SYARAF
KEJANG DEMAM DI RUANG ASTER
RSUD PROF. DR. MARGONO SOPRATNO
PURWOREJO

Ditusun oleh :
Budi Prayogo

PROGRAM PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG
2016 / 2017

Tanggal masuk : 11 Januari 2017
Tanggal pengkajian : 12 Januari 2017
Ruangan : Aster
Penguji : Budi Prayogo

A. Pengkajian

1. Identitas klien

Nama : An.B
Umur : 19 bulan
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Patikraja
Suku : Jawa
No RM :

Diagnosa : Kejang demam

2. Identitas penanggung jawab

Nama : Ny.S
Umur : 35 tahun
Alamat : Patikraja
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Tani

Hub. dg pasien : Ibu kandung

3. Keluhan utama

Kejang demam

4. Riwayat penyakit sekarang

Klien An.B datang ke IGD RSMs pada tanggal 11 Januari 2017 diantar oleh kedua orang tuanya dengan keluhan kejang 3x SMS selama 3-8 menit dan demam 3 hari.

Hasil pemeriksaan di IGD N: 130 x / menit, RR: 20 x / menit, S: 39°C. Pasien masuk ruang aster tanggal 11 Januari 2017.

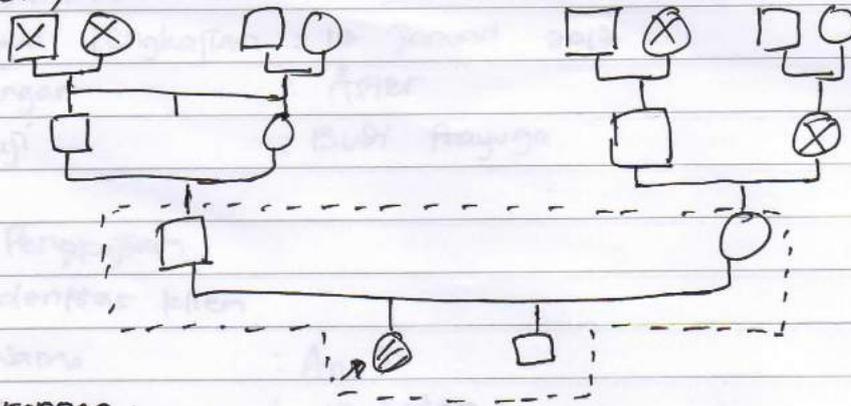
5. Riwayat masa lampau

Sebelumnya pasien An.B belum pernah mengalami sakit dengan gejala demikian.

6. Riwayat penyakit keluarga

Ibu An.B mengatakan bahwa dalam keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat sakit ~~hipertermi~~ hipertermi.

7. Genogram



Keterangan :

- : laki-laki
- : perempuan
- X : meninggal dunia
- ⊗ : pasien
- ┌ : garis pernikahan
- └ : garis keturunan
- : tinggal serumah

8. Riwayat sosial

- a. yang mengasuh : orang tua
- b. Hubungan dengan anggota keluarga dan teman : baik
- c. Pembawaan secara umum : aktif dan lincah
- d. Lingkungan rumah : sering bermain dengan teman sebaya dan berkumpul dengan tetangganya.

9. kebutuhan dasar

- a. Makanan yang disukai / tidak disukai : sayur, buah, susu. Sop bayam paling disukai. selera makan cukup baik. Makan 3x sehari (pagi, siang, sore).
- b. Pola tidur : tidur siang 1-2 jam. Malam hari tidur pada pukul 20.00 - 06.00. Pada malam hari terbangun karena BAK dan minum susu
- c. Mandi 2x sehari (pagi dan sore)
- d. Aktifitas bermain : Aktif dan lincah
- e. Eliminasi : BAK 4-6x / hari (1000 cc) normal, warna kuning, jernih, bau khas ammonia, BAB 2x / hari konsistensi lunak, kuning, dan bau khas ammonia.

10. keadaan kesehatan saat ini.

- a. Dx medis : demam
- b. Tindakan operasi : - belum dalam keluarganya tidak
- c. Status nutrisi : Makan hanya sedikit dan minum susu apabila terlihat rewel

2. Obat-obatan : Ampicillin 300 mg, PCT syrup 3x1 cth,
12. Pengkajian fungsional menurut Gordon

a. Pola persepsi management

Sebelum sakit : Ibu hanya membawa klien berobat ke puskesmas.

Saat dikaji : Ibu pasien mengikuti semua saran yang diberikan oleh perawat dan dokter demi kesehatan anaknya.

b. Pola nutrisi

Sebelum sakit : anak makan sebanyak 3x (pagi, siang, sore). paling suka makan dengan sop bayam. Minum susu dan air putih.

Saat dikaji : Klien hanya makan sedikit. Minum 4-6 gelas/hari. Minum susu apabila rewel dan menangis.

c. Pola eliminasi

Sebelum sakit : BAB 4-6x/hari (± 1000 cc) normal, warna kuning, jernih, bau khas amoniak, BAB 2x/hari

Saat dikaji : BAB 4-5x/hari (± 1000 cc), normal, warna kuning jernih, bau khas amoniak, BAB 1x/hari konsistensi lunak, kuning dan bau khas amoniak.

d. Pola latihan aktivitas

Sebelum sakit : An.B aktivitas setiap hari aktif, baik, lincah selalu bermain dengan temannya.

Saat dikaji : Aktivitas An.B terbatas karena sakit dan terpasang infus KAEN 3A 10 tpm di tangan kanannya dan badan terasa lemas.

e. Pola kognitif perseptual

Sebelum sakit : Anak tersebut merupakan anak yang aktif dan lincah.

Saat dikaji : Klien merasa tidak nyaman karena di tangannya terpasang infus KAEN 3A 10 tpm.

f. Pola istirahat

Sebelum sakit : pasien tidur 1-2 jam pada siang hari.

Pada malam hari pasien tidur pukul 20.00 - 06.00

Saat dikaji : pasien sulit untuk tidur dan sering rewel.

g. Pola konsep diri dan persepsi diri

Sebelum sakit : pasien rewel pada saat sakit

Saat dikaji : pasien sering rewel dan menangis, selalu minta digendong dan keluar ruang perawatan.

h. Pola peran dan hubungan

Sebelum sakit: Anak Aktif, lincah, selalu bermain dengan temannya.

Saat dikaji: Aktifitas klien terbatas karena sedang sakit, terpasang rufus di tangan kanannya, badan lemas.

i. Pola reproduksi seksual

Sebelum sakit: Ps. dengan jenis kelamin perempuan, tidak ada masalah dengan sistem reproduksinya.

Saat dikaji: Ps. dengan jenis kelamin perempuan, tidak ada masalah dengan sistem reproduksinya.

j. Pola pertahanan diri

Sebelum sakit: Ps. dirumah aktif bermain dengan temannya.

Saat dikaji: Pasien sering rewel dan menangis, pasien tidak nyaman di Ps.

k. Pola keyakinan dan nilai

Sebelum sakit: Orang tua klien sering mendengarkan lantunan ayat-ayat pendek pada anaknya.

Saat dikaji: Ibu dan ayah pasien berdoa demi kesembuhan anaknya.

13. Pemeriksaan fisik, kompartemis, ECS (15 E4 vs M6)

a. Keadaan umum: baik

b. TD: TD: N = 115 x / menit, RR = 27 x / menit, S: 39°C.

c. TB / BB: 60 cm / 8 kg.

d. Pemeriksaan fisik head to toe

- Kepala: mesochopalus, tidak ada lesi, tidak ada benjolan, kulit bersih

- Rambut: tidak ada rambut

- Mata: normal, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis,

- Hidung: tidak ada polip, tampak sedikit ada sekret

- Mulut: mulut mukosa bibir lembab, reflek hisap (+), menelan (+),

- telinga: bersih, simetris, tidak ada serum

- Leher: normal, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tyroid.

- Dada: simetris, retraksi dinding dada (+).

- Paru

Inspeksi: pergerakan dada simetris, menggunakan otot bantu nafas, irama nafas cepat 27 x / menit,

11. Pengkajian fungsional menurut Gordon

a. Pola persepsi manajemen kesehatan

Sebelum sakit: apabila anaknya sakit, Ibu hanya memberikan obat dari bidan terdekat (dari puskesmas).

Saat dikaji: Ibu pasien mengikuti semua anjuran dari dokter dan perawat dengan harapan anaknya cepat sembuh.

b. Pola nutrisi

Sebelum sakit: anak makan sebanyak 3x sehari (pagi, siang, sore), minum air putih dan susu, tidak mempunyai alergi makanan

Saat dikaji: klien hanya makan sedikit, makanan tersebut diperoleh dari rumah sakit. Minum sebanyak 4-6/hari.

c. Pola eliminasi

Sebelum sakit: pasien BAB 4-8x/hari, urine normal, warna kuning jernih, bau khas amoniak, BAK 1-2 kali tanpa ada perulitan.

Saat dikaji: Ps tidak terhitung berapa kali karena pasien menggunakan pempek. BAB 1 kali sehari.

d. Pola latihan - aktivitas

Sebelum sakit: An.S aktivitas setiap hari aktif, lincah dan selalu bermain dg tetangga dan teman sebayanya.

Saat dikaji: An.S sering rewel dan menjadi tidak aktif dan lincah. An.S hanya bermain-main dg ibunya saja.

e. Pola kognitif perseptual

Sebelum sakit: Ibu pasien mengatakan bahwa anak tersebut merupakan anak yang aktif dan lincah.

Saat dikaji: An.S. merasa tidak nyaman, sering minta pulang dan sering menangis dan rewel.

f. Pola istirahat

Sebelum sakit: ps. tidur siang 1-2 jam (12.00-13.00) / (15.00-17.00), malam tidur jam 19.00-05.30. sering terbangun untuk minum susu.

Saat dikaji: ps. tidurnya terganggu, sering menangis dan rewel. Malam hari tidak bisa tertidur pulas.

g. Pola konsep diri dan persepsi diri

Sebelum sakit: ps. rewel apabila sakit

Saat dikaji: ps. saat demam atau sakit sering rewel dan menangis, takut apabila diperiksa dokter.

h. pola peran dan hubungan

Sebelum sakit : ps aktif bermain dg teman sebaya dan tetangga
Saat dikaji : ps. hanya tiduran dan sesekali keluar ruangan dg digendong oleh ibunya.

i. Pola reproduksi seksual

Sebelum sakit : ps. dengan jenis kelamin laki-laki, tidak ada masalah dg ~~ada~~ sistem reproduksinya.

Saat dikaji : ps. dengan jenis kelamin laki-laki, tidak ada masalah dg sistem reproduksinya.

j. Pola pertahanan diri

Sebelum sakit : ps. dirumah aktif dengan tetangga dan teman sebayanya.

Saat dikaji : ps. tidak nyaman di RS, sering rewel dan menangis.

k. Pola keyakinan dan nilai

Sebelum sakit : ps. sering diajarkan untuk sholat dengan kedua orang tuanya dan diajarkan doa-doa.

Saat dikaji : Ibu ps. berdoa demi kesembuhan anaknya.

12. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum : cukup, composmentis, GCS 15
(E4 VS M6)

b. TTD : TD : N : 148 x/menit, RR : 45 x/menit, S : 38,9°C

c. TB / BB : 80 cm / 14 kg

2. Pemeriksaan fisik head to toe.

- Kepala : mesochopalus, tidak ada lesi, tidak ada benjolan, kulit bersih
- Rambut : tidak ada rambut.
- Mata : mata normal, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis
- Hidung : tidak ada polip, tampak sedikit ada sekret.
- Mulut & gigit : mulut mukosa bibir lembab, reflek hisap (+), menelan (+)
- Telinga : bersih, simetris, tidak ada serumen.
- Leher : normal, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tyroid
- Dada : simetris, retraksi dinding dada (+)
- paru
Inspeksi : pergerakan dada simetris, menggunakan otot bantu nafas, irama nafas cepat 68x/mnt.

- * Palpasi : tidak teraba massa
- Perkusi : suara paru sonor
- Auskultasi : tidak ada suara tambahan,
- Jantung
 - Inspeksi : tidak tampak pembesaran,
 - Palpasi : tidak teraba massa
 - Perkusi : suara pekak
 - Auskultasi : bunyi S1 < S2 lup dup.

12. Abdomen

- Inspeksi : cembung tidak ada lesi
- Auskultasi : bising usus 20x / menit
- Palpasi : turgor kulit < 3 detik tidak ada distensi, tidak ada pembesaran limfa
- Perkusi : suara abdomen timpani.

- Genitalia : tidak ada kelainan, berjenis kelamin perempuan.
- Ekstermitas
 - atas : kedua tangan tampak sapat bergerak.
 - bawah : kedua kaki sapat bergerak.

13. Pemeriksaan Penufisan

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Normal
Hematologi			
Sarah lengkap			
Hemoglobin	11,8	g/dL	11,2 - 17,3
Leukosit	20.700	u/L	3.800 - 10.600
Hematokrit	37	%	40 - 52
Trombosit	413.000	/uL	150.000 - 440.000

14. Analisa Data

No	Data fokus	Problem	Etiologi	Paraf
1.	<p>Ds : Ibu pasien mengatakan pasien demam 2 hari SMRS dan kejang 3x di rumah 4-8 menit</p> <p>Do : Akral hangat, S : 39°C, N : 115 x / menit, RR : 27 x / menit.</p> <p>Turgor kulit tambat</p> <p>Tampak berketengat, mukosa bibir kering.</p>	Hipertermi	Proses infeksi	



2.	Ds: Ibu pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat kejang 3x SMRS saat umur 1 th 4-8 mnt. D: Tampak demam dg S: 39°C, tampak kejang 1x di RS	Risiko cedera	fungsi regulasi	
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	-----------------	--

15. Prioritas Diagnosis

- Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi
- Risiko cedera berhubungan dengan fungsi regulasi (hipertermi dan konvulsi)

16. Intervensi keperawatan

No	Tanggal	Tujuan dan KH	Intervensi	Paraf
1.	12 Januari 2017	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah hipertermi dapat teratasi dengan KH: tidak ada kenaikan suhu, suhu dalam rentang 36,5-37,5°C, tidak ada tanda-tanda dehidrasi dan tidak ada perubahan pada kulit.	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor ttv - Monitor suhu tiap 2 jam - Monitor intake + output - Berikan kompres hangat - Monitor hidrasi - Kolaborasi pemberian obat anti-piretik. 	
2.		Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah risiko cedera dapat teratasi dengan KH: <ul style="list-style-type: none"> - Keamanan pribadi yaitu pengetahuan tentang risiko - Memonitor faktor risiko dari perilaku personal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tempatkan pasien pada lingkungan aman - Identifikasi kebutuhan pasien - Anjurkan keluarga untuk waspada dan peningkatan suhu pasien. 	

17. Implementasi				
No	Tanggal	Implementasi	Respon	Ranf
1.	12 Januari 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Kaji kebutuhan pasien - Monitor suhu pasien - Mengkolaborasi pemberian obat antipiretik inj. - Menganjurkan pasien untuk istirahat - Memberikan kompres hangat 	<ul style="list-style-type: none"> - Kebutuhan pasien terpenuhi - S : 38°C - Injeksi IV / bolus masuk, siminum. - Pasien kooperatif tertidur - Pasien kooperatif 	
2.	13 Januari 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor suhu pasien - Memberikan kompres hangat pada axilla & lipatan-lipatan - Mengkaji kebutuhan pasien - Mengkolaborasi pemberian obat antipiretik, inj. - Monitor cairan infus - Menganjurkan keluarga selalu di dekat pasien - Menganjurkan pasien istirahat 	<ul style="list-style-type: none"> - S : 38°C, RR : $23 \times /$ menit, N : $90 \times /$ menit - Pasien kooperatif - Kebutuhan pasien terpenuhi - Injeksi IV / bolus masuk, siminum. - Ganti cairan infus - Dekat dengan ibunya. - Pasien tertidur 	

18. Evaluasi				
No.	Tanggal	Evaluasi		Ranf
1.	12 Januari 2017	<p>S: Ibu pasien mengatakan pasien demam 2 hari RMRS dan pejang 2x dirumah 4-8 menit</p> <p>O: akral hangat, S: 38°C, N: $90 \times /$menit, RR : $23 \times /$menit, turgor kulit lembab.</p> <p>A: Masalah keperawatan belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor suhu tiap 2 jam - Monitor intake + output - Berikan kompres hangat - Monitor hidrasi 		



	<p>19 Tanggal</p> <p>2 13 Agustus 2017</p>	<p>- kolaborasi pemberian obat antipiretik. - Mukosa bibir kering</p> <p>S: Ibu pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat kejang 2x saat umur 1 tahun 4-8 menit dan kejang 2x di rumah SMRS 4-8 menit.</p> <p>O: tampak demam, S: 38,2°C, tampak kejang 1x di rumah sakit.</p> <p>A: Masalah keperawatan resiko cedera belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>- Tempatkan pasien di lingkungan yg aman - Anjurkan keluarga untuk waspada dalam peningkatan suhu pasien.</p>
--	------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>20 Tanggal</p> <p>3 Januari 2017</p>	<p>- Monitor suhu tiap 2 jam - Monitor intake + output - Berikan kompres hangat - Monitor hidrasi</p>
--	---------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

18. Evaluasi		
	<p>19 Tanggal</p> <p>1 12 Januari 2017</p>	<p>Evaluasi</p> <p>S: Ibu pasien mengatakan pasien demam 2 hari SMRS dan kejang 2x di rumah 4-8 menit</p> <p>O: awal kejang, S: 38°C, N: 90x/menit, RR: 22x/menit, terdapat bulla tenbal</p> <p>A: Masalah keperawatan belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>- Monitor suhu tiap 2 jam - Monitor intake + output - Berikan kompres hangat - Monitor hidrasi</p>



ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN-D DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN UTAMA : HIPERTERMU
PADA GANGGUAN SISTEM SYARAF : KEJANG DEMAM
DI RUANG ASTER RSUD-PROF. DR. MARESONO
SOEFARJO - PURWOKERTO



Disusun oleh.
Budi Prayogo S. Keper
A13006787

PROGRAM STUDI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG
2016/2017

Tanggal masuk : 3 November 2016
Tanggal pengkajian : 4 November 2016
Ruangan : Aster
Pengkaji : Budi Prayogo

A. Pengkajian

1. Identitas pasien

a. Identitas klien : An. D.
Tanggal lahir : 13 April 2013
Jenis kelamin : Perempuan
Pendidikan : —
Alamat : RT: 003/02, Kemutug Kidul, Baturraden
Agama : Islam
Diagnosa medis : Kejang Demam
No. Register : 100076

b. Identitas penanggung jawab

1. Ayah

Nama : Tn. D.
Umur : 28 Th
Pendidikan : S1 pertanian
Pekerjaan : Swasta
Agama : Islam
Alamat : RT: 003/02, Kemutug Kidul, Baturraden
Hub dg klien : ayah kandung

2. Ibu

Nama : Ny. G.
Umur : 29 Th
Pendidikan : SLBK
Pekerjaan : Guru
Agama : Islam
Alamat : RT: 003/02, Kemutug Kidul, Baturraden
Hub dg klien : Ibu kandung

2. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Klien selama kurang lebih 1 minggu batuk, pilek, kejang 6 kali selama 10 menit setelah kejang klien suhu tubuhnya panas mencapai $38,2^{\circ}\text{C}$.

b. Riwayat penyakit sekarang

Klien datang dengan keluhan demam tinggi dan disertai dengan

kejang sebanyak 6 kali. Dikuti suhu tubuh yang tinggi kurang lebih 1,5 jam. setelah kejang klien minta BAB. BAB cair berampas, dibawa ke rumah sakit RSUD Margono Soekarjo ke UGD dalam keadaan lemah.

c. Riwayat penyakit dahulu

Menurut keterangan keluarga klien belum pernah menderita penyakit kejang seperti ini. Biasanya hanya demam dan sembuh setelah minum obat turun panas dari puskemas atau dokter praktik terdekat.

d. Riwayat penyakit keluarga

keluarga klien tidak ada riwayat kejang, hipertermi dan stroke.

e. Riwayat alergi

klien tidak punya riwayat alergi

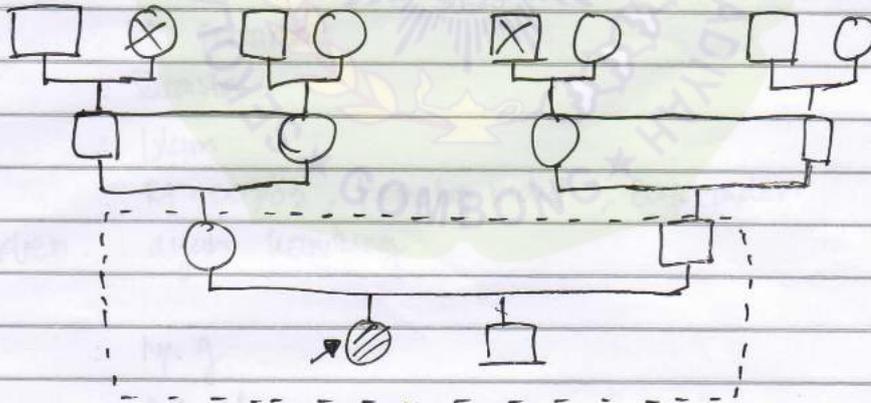
f. Riwayat imunisasi

Ibu anak mengatakan bahwa anaknya sudah mendapat imunisasi secara lengkap yaitu BCG, DPT 1, 2, 3, hepatitis B 1, 2, 3, 4 & campak

~~3. Pola kesehatan fungsional~~

~~a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan~~

3. Genogram



Keterangan :

□ : laki-laki

○ : perempuan

⊗ : meninggal dunia

⊙ : meninggal dunia

↗ ⊙ : pasien

┌ : garis pernikahan

└ : garis keturunan

--- : tinggal serumah.

4. Riwayat sosial

- Yang mengurus : orang tua pandung
- Hubungan dengan anggota keluarga dan teman baik.
- Rembwaan secara umum : aktif dan lincah
- Lingkungan rumah : terbuka, sering bermain dengan teman sebaya.

5. Kebutuhan dasar

- Makanan yang disukai : sayur, buah, susu, sup paling disukai. Pola makan : pagi (jam 7-9), siang (jam 12-14), malam (jam 19.00 - 20.00)
- Pola tidur : Sudah jarang tidur siang. Malam tidur pukul 20.00 - 06.00. Sering terbangun malam hari untuk minum susu.
- Mandi 2x sehari pagi hari sebelum jam 07.00, sore hari sebelum pukul 12.00.
- Aktivitas bermain : Sering bertumpul dan bermain dengan teman sebayanya (bermain boneka)
- Eliminasi : BAK = 2-3x sehari, BAB 2x sehari

6. Keadaan saat ini

- Dx medis : demam
- Tindakan operasi : -
- Status nutrisi : makan 3x sehari (pagi, siang, sore).
minum 2 - 2,5 / hari
- Status cairan : baik, terpasang infus KATN SA 10tpm di tangan kiri
- Obat-obatan : novalglin 3x90 mg, ceftiaxon 2x22 mg, stesolid 5mg, RL 10 tetes/menit, Lacto B.
- Aktivitas : Aktivitas pasien terganggu karena di tangan sebelah kiri terpasang infus.
- Tindakan keperawatan : Kompres hangat axilla.

7. Pengkajian Fungsional Menurut Gordon

a. Pola persepsi manajemen kesehatan

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan apabila anaknya sakit langsung di bawa ke puskesmas / bidan terdekat.

Saat dikaji : Ibu pasien mengikuti semua peraturan dan masukan dari perawat dan dokter demi kesembuhan anaknya.

b. Pola nutrisi

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan anaknya makan

- 3x sehari (pagi, siang, sore) anak paling suka makan dengan sop. Minum sebanyak 4-5 gelas per hari (2-2,5 l/hari)
Saat dikaji: Ibu pasien mengatakan pasien susah makan dan tidak nafsu makan.

c. Pola eliminasi

Sebelum sakit: Pasien BAK 4-5x/sehari urine berwarna kuning jernih dan khas amoniak. BAB 2x/hari warna kuning.

Saat dikaji: Pasien BAK 4-5x/hari warna kuning jernih, bau khas amoniak. BAK 1x/hari, lunak dan bau khas.

d. Pola aktivitas

Sebelum sakit: Pasien aktivitas setiap hari, aktif, lincah. bermain dengan tetangga dan teman sebaya.

Saat dikaji: Aktivitas pasien terbatas karena sakit dan terpasang infus di tangan kirinya.

e. Pola kognitif perseptual

Sebelum sakit: Ibu pasien mengatakan pasien merupakan anak yang aktif dan lincah.

Saat dikaji: pasien tampak tidak nyaman dan sering menangis.

f. Pola istirahat

Sebelum sakit: Pasien istirahat 8-10 jam pada malam hari. Siang hari pasien jarang tidur.

Saat dikaji: Pasien sulit tidur. Sering menangis dan rewel.

g. Pola konsep diri dan persepsi diri

Sebelum sakit: Ibu pasien mengatakan anaknya sering rewel apabila sedang sakit

Saat dikaji: Pada saat di RS pasien lebih rewel karena merasa risih dg infus yang menempel

h. Pola peran dan hubungan

Sebelum sakit: pasien aktif dan lincah dalam bermain dengan teman sebaya (bermain boneka)

Saat dikaji: Pasien hanya tiduran di kamar / ruang inap. Terkadang jalan-jalan dengan digendong oleh ibunya.

i. Pola reproduksi seksual

Sebelum sakit: Pasien berjenis kelamin perempuan dan tidak ada masalah dg sistem reproduksinya.

Saat dikaji: pasien berjenis kelamin perempuan dan tidak ada masalah dg sistem reproduksi.

perempuan.

- Ekstermitas atas : tangan kiri terpasang infus
- Ekstermitas bawah : kedua kaki dapat digerakan

Gejala yang keluarga pasien sudah terdapat untuk pemeriksaan

anamnesis.

anamnesis : tidak ada keluhan

1. TV (TD) : 110 / 70 mmHg

2. Perasaan : tidak ada keluhan

- Kepala : tidak ada keluhan
- Mata : tidak ada keluhan

- Tenggorok : tidak ada keluhan

- Jantung : tidak ada keluhan

- Paru : tidak ada keluhan

- Abdomen : tidak ada keluhan

- Ekstremitas : tidak ada keluhan

- Kulit : tidak ada keluhan

- Telinga : tidak ada keluhan

- Mulut & gigi : tidak ada keluhan

- Mekanik (+)

- Leher : tidak ada keluhan

- Thyroid : tidak ada keluhan

- Tenggorok : tidak ada keluhan

- Paru : tidak ada keluhan

- Abdomen : tidak ada keluhan

- Ekstremitas : tidak ada keluhan

- Kulit : tidak ada keluhan

- Telinga : tidak ada keluhan

- Mulut & gigi : tidak ada keluhan

- Mekanik (+)

- Leher : tidak ada keluhan

- Thyroid : tidak ada keluhan

- Tenggorok : tidak ada keluhan

- Paru : tidak ada keluhan

- Abdomen : tidak ada keluhan

- Ekstremitas : tidak ada keluhan

- Kulit : tidak ada keluhan

- Telinga : tidak ada keluhan

- Mulut & gigi : tidak ada keluhan

- Mekanik (+)

- Leher : tidak ada keluhan

f. Pola pertahanan diri

Sebelum sakit : keluarga pasien beragama islam, pasien setiap sore diijinkan untuk mengaji

Saat sakit : keluarga pasien selalu berdoa untuk kesembuhan anaknya.

B. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum : Baik, Compos mentis, GCS, IS : EYMBUS

b. TVV : TD : N : 105 x / menit, RR : 25 x / menit, S : 39,2°C

c. Pemeriksaan fisik Head to toe

- Kepala : mesocephalus, tidak ada lesi, tidak ada benjolan, kulit bersih, tidak ada rambut,

- Rambut : tidak ada rambut

- Mata : normal, sklera tidak iternik, konjungtiva tidak anemis

- Hidung : tidak ada polip, tampak sedikit ada sekret

- Telinga : bersih, simetris, tidak ada serumen

- Mulut & gigi : Mukosa bibir lembab, reflek hisap (+), menelan (+), gigi belum lengkap.

- Leher : normal, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tyroid.

- Tenggorak : normal

- Dada

• Paru

Inspeksi : pergerakan dada simetris, retraksi dinding dada (+), menggunakan otot bantu nafas, irama nafas 68

Auskultasi : tidak ada suara tambahan.

Pertusi = suara paru sonor

Palpasi = tidak terasa massa.

• Jantung

Inspeksi : tidak tampak pembesaran

Palpasi = tidak teraba massa

Pertusi = suara pekak

• Auskultasi = bunyi S1 < S2 lup dup.

- Abdomen

Inspeksi : cembung tidak ada lesi

Auskultasi = bising usus 20 x / menit

Palpasi : turgor kulit < 3 detik, tidak ada distensi, tidak ada pembesaran limpa.

Pertusi : suara abdomen timpani

- Genitalia : tidak ada kelainan, berjenis kelamin

C. Pemeriksaan Penunjang
Tanggal 2 November 2016

No	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	nilai normal
1.	Hematologi darah lengkap			
	Hemoglobin	9.0	g/dl	11.2 - 17.3
	Leukosit	32.000	u/L	3800 - 10.600
	Hematokrit	28%	%	40 - 52
	Eritrosit			
	Trombosit	357.000	/ul	150.000 - 440.000

D. Analisa Data

No	Data fokus	Problem	Etiologi	Paraf
1.	<p>Ds: Ibu klien mengatakan arahnya batuk, pilek, suhu tubuh panas</p> <p>Do: wajah klien tampak panas merah,</p> <p>S = 38°C, N = 88x/menit</p> <p>RR = 28x/menit</p>	Hipertermi	Proses infeksi	
2.	<p>Ds: Ibu klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit klien mengalami kejang 6x serta demam tinggi</p> <p>Do: klien tampak lemas, terpasang infus, wajah tampak kejang.</p> <p>N = 105 x/menit, RR = 25x/menit, S = 39,2°C</p>	Risiko kejang	peningkatan suhu tubuh	

E. Diagnosis

1. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi
2. Risiko kejang berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh.

F. Intervensi Keperawatan

No	Tgl	Tujuan dan KH	Intervensi	Paraf
1.	4/4/16	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah hipertensi dapat teratasi dengan KH: tidak ada kenaikan suhu, suhu dalam rentang $36,5 - 37,5^{\circ}\text{C}$, tidak ada tanda-tanda dehidrasi dan tidak ada perubahan pada kulit.	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor TTV - Monitor suhu tiap 2 jam - Monitor intake + output - Berikan kompres hangat - Monitor hidrasi - Kolaborasi dalam pemberian obat antipiretik. 	
2.	4/4/16	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tidak terjadi kerusakan sel otak dan tidak terjadi komplikasi dengan ket: tidak ada tanda-tanda kejang, peredaran darah lancar, suplai oksigen lancar, komplikasi otak tidak terjadi, kerusakan sel otak tidak terjadi	<ul style="list-style-type: none"> - Atur kepala dan beri bantal yang empuk - beri posisi yang nyaman - longgarkan pakaian - lakukan tanda-tanda vital - kolaborasi pemberian tambahan O_2 - kolaborasi pemberian obat. 	

G. Implementasi

No	Tanggal	Implementasi	Respon
1.	4/4/16	<p>Mengkaji tanda dan penglihatan suhu</p> <p>Monitor TTV 6 jam sekali</p> <p>Menganjurkan untuk memakai pakaian tipis</p> <p>Mengompres pasien</p> <p>Memperni posisi yang nyaman</p>	<p>$S = 38,2^{\circ}\text{C}$, akral hangat.</p> <p>$S = 38,2^{\circ}\text{C}$, RR = $37 \times / \text{menit}$, N = $116 \times / \text{menit}$</p> <p>Menyuruh pasien untuk ganti baju.</p> <p>Suhu tubuh pasien sedikit turun</p> <p>mengubah posisi agar</p>

		Melonggarkan pakatan pasien	pasien nyaman. Pasien menjadi lebih nyaman dan td gerah.
2.	4/4/17	Mengkaji tanda gejala dan peningkatan suhu pasien Monitor TTV	S = 36,8°C N = 105 x /menit, RR: 20x/ menit, S = 39,2°C.
		Menganjurkan pasien untuk sering minum	pasien rutin minum setiap setengah jam sekali.
		Menganjurkan banyak minum Menganjurkan memakai pakatan nyaman	minum 2-2,5l/ hari. Pasien ganti pakatan agar lebih nyaman

Evaluasi

No	Tanggal	Evaluasi	Paraf
1.	4/4/17	S: lbu pasien mengatakan pasien panas, O: pasien tampak tenang S = 36,8°C A = Masalah keperawatan hipotermi belum teratasi sehingga rencana keperawatan dilanjutkan (lanjutan intervensi)	
2.	4/4/17	S: lbu pasien mengatakan anxiety tidak mengalami kejang lagi. O: Tidak ada tanda kejang, sptki O2 terencukupi, peredaran darah lancar A = Masalah keperawatan teratasi, hentikan intervensi	

ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. 2 DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN UTAMA : HIPERTENSI PADA
GANGGUAN SISTEM SYARAF : PEJANG DEMAM DI RUANG
ASTER RSUD PROF. DR. MARBONO SOEFARJO
PURWOKERTO



Disusun Oleh :
Budi Prayogo, S. Kep
A13006787

PROGRAM STUDI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG
2016/2017

Tanggal masuk : 18 Desember 2016
Tanggal pengkajian : 19 Desember 2016
Ruang : Aster
Pengkaji : Budi Prayugo

A. Pengkajian

1. Identitas klien

Nama : An.2

Umur : 1 tahun 9 bulan

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Banjarmasin

Agama : Islam

Suku : Jawa

No. RM : 00-93-32-49

Dx Medis : Kejang Demam

2. Identitas penanggung jawab

Nama ortu : Tn. R / Ny. I

Umur : 36 th / 35 th

Alamat : Banjarmasin

Agama : Islam

Pendidikan : SMA / S1

Pekerjaan : Pedagang / Guru

3. Keluhan Utama

Kejang Demam

4. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien datang ke IGD pada tanggal 18 Desember 2016 / jam 12.30 diantar orang tua dengan keluhan kejang ~~de~~ 2x SMRS 5-10 menit dan demam sudah 2 hari. Hasil pemeriksaan saat di IGD yaitu N: 134x/menit, RR: 27x/menit, S: 38,9°C.

Pasien masuk ruang aster pada tanggal 18 Desember 2016 / 15.00 WIB. Saat dikaji pada tanggal 19 Desember 2016 / 10.00 WIB dengan keluhan demam dan suhu masih naik turun. Hasil dari pemeriksaan yaitu N: 105x/menit, RR: 25x/menit, S: 39,2°C, GCS 15 (E4M6V5), terpasang IVD KAEN 3A 10 tpm ditangan kanan.

5. Riwayat kehamilan dan kelahiran

a. Prenatal : Ibu ps melahirkan ANC secara teratur ke Bidan

b. Intranatal : 39 + 2 minggu

c. Postnatal : An.2 lahir spontan / Bidan / 2900 gr / menangis.

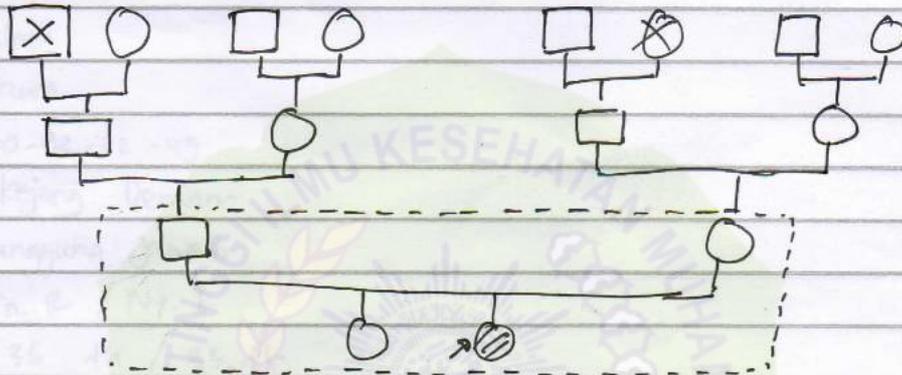
6. Riwayat Masa Lampau

An-2 waktu kecil pernah mengalami kejang pada umur 1 tahun (9 bulan yang lalu), pernah dirawat di RS yaitu pada umur 1 th, pernah menggunakan obat (PCT syr), belum pernah melakukan operasi / kecelakaan, tidak mempunyai alergi makanan / obat, imunisasi sudah lengkap (HBO, Polio, BCG, DPT, Campak, Hepatitis)

7. Riwayat Penyakit keluarga

Keluarga pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat kejang, apabila demam ada (katak An-2 tetapi tidak sampai kejang). Riwayat penyakit HT, DM, TBC jarang.

8. Genogram



Keterangan:

□ : laki-laki

○ : perempuan

× : meninggal dunia

⊗ : pasien

┌┐ : garis pernikahan

└└ : garis keturunan

--- : tinggal serumah

9. Riwayat Sosial

a. Tang mengasuh : orang tua kandung

b. Hubungan dengan anggota keluarga dan teman baik

c. Pembawaan secara umum : aktif dan lincah.

d. Lingkungan rumah : terbuka, sering berkumpul dan bermain dengan tetangga

10. Kebutuhan Dasar

a. Makanan yang disukai / tidak disukai : sayur, buah, susu, kecap paling disukai, selera makan baik, alat makan yg dipakai : piring, sendok. Pola makan / jam : pagi (jam 7-9), siang (jam 12-14), sore (17-19).

b. Pola tidur : Siang 1-2 jam (jam 10-11), (jam 12-13), malam jam (19.00-06.00) dan kadang terbangun minum susu.

Sebelum tidur kebiasaan sambil memegang mainan

- c. Mandi: 2x sehari (pagi dan sore)
 - d. Aktivitas bermain: Aktif, sesuai kemampuan anaknya (bermain boneka, bola, alat permainan sederhana)
 - e. Eliminasi: BAK 4-8 x sehari, BAB 2x sehari
11. Keadaan kesehatan saat ini
- a. Dx medis: demam
 - b. Tindakan operasi: -
 - c. Status nutrisi: makan 3x sehari (nasi, sayur, lauk, buah, kecap)
minum 4-6x sehari (minum susu, air putih)
 - d. Status cairan: baik, terpasang IFUD KAEN SA 10 tpm sitangan kanan, minum 4x-6x sehari (minum susu, air putih) tidak ada tanda-tanda dehidrasi.
 - e. Obat-obatan: Ampicilin 300 mg / PCT syrup 3x1 cth / propietic supp 160 mg
 - f. Aktivitas: terganggu karena terpasang IFUD KAEN SA 10 tpm di tangan kanan, ADL dibantu keluarga, tidur ditempat tidur kadang jalan-jalan di gendongan ibunya.
 - g. Tindakan keperawatan: kompres hangat pada axilla & lipatan 2x kolaborasi dalam pemberian injeksi Ampicilin 300 mg / PCT syrup 3x1 cth.

12. Pengkajian Fungsional Menurut Gordon

a. Pola persepsi manajemen kesehatan

Sebelum sakit: Ibu pasien mengatakan apabila anaknya sakit langsung berobat ke bidan / puskesmas terdekat.

Saat dikaji: Ibu pasien mengikuti semua peraturan yang dilakukan oleh dokter / perawat demi kesembuhan anaknya. Apabila anaknya panas langsung dikompres dengan air hangat dan diberi PCT syrup.

b. Pola Nutrisi

Sebelum sakit: Ibu pasien mengatakan anaknya makan 3x sehari dengan porsi nasi, sayur, lauk (sayur bayam, sop, telur, ayam, kecap), minum: air putih dan susu 7-8 x sehari \pm 1000 cc, tidak mempunyai alergi makanan.

Saat dikaji: Ibu pasien mengatakan pasien makan $\frac{1}{2}$ porsi makanan dan RS (nasi habis, sayur habis $\frac{1}{2}$ dan telur habis)

minuman: air putih 4-6 gelas / hari \pm 800 cc.

c. Pola eliminasi

Sebelum sakit: Ps. BAK 4-8x / hari (\pm 1000 cc) normal, warna kuning jernih dan bau khas ammonia, BAB 2x sehari lunak, kuning.

Saat dikaji : Ps BAK 4-5 x / hari (± 1000 cc) normal, warna kuning jernih, bau khas amoniak, BAK 1x / hari konsistensi lurak, kuning, bau khas amoniak.

d. Pola latihan-aktivitas

Sebelum sakit : An.2 aktivitas setiap hari baik, aktif, lincah, selalu bermain dengan temannya :

Saat dikaji : Aktivitas An.2 terbatas karena sakit dan terpasang infus di tangan kanannya.

e. Pola kognitif perseptual

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan pasien merupakan anak yang aktif dan lincah

Saat dikaji : Pasien mengalami gangguan perkembangan karena proses hospitalisasi, pasien tidak nyaman di RS, sering rewel dan nangis.

f. Pola istirahat

Sebelum sakit : Pasien istirahat 8-10 jam (siang jam 1-2 jam, malam 6-7 jam). sebelum tidur memegang mainan

Saat dikaji : Pasien tidurnya terganggu, sering rewel / menangis, saat malam hari sering terbangun 1-2 jam.

g. Pola konsep diri dan persepsi diri

Sebelum sakit : Ibu ps mengatakan sering rewel apabila sakit

Saat dikaji : Pasien saat demam sering rewel / menangis, takut apabila perawat / dokter datang.

h. Pola peran dan hubungan

Sebelum sakit : Ps aktif bermain dengan teman-temannya, aktif meniru bahasa yang dia dengarkan setiap hari.

Saat dikaji : ps hanya tidur dan kadang jalan-jalan di gendong ibunya, ps tidak terlalu aktif bermain karena sakit dan dirawat di RS

i. Pola reproduksi seksual

Sebelum sakit : ps jenis kelamin perempuan, tidak ada masalah dg sistem reproduksinya.

Saat dikaji : ps jenis kelamin perempuan, tidak ada masalah dg sistem reproduksinya.

j. Pola pertahanan diri

Sebelum sakit : keluarga pasien beragama islam, ps selalu diajari mengaji dan berdoa.

Saat dikaji : keluarga pasien selalu berdoa untuk kesembuhan anaknya. Pasien sering mendengarkan solawat lewat HP.

B. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum : Baik, compos mentis, GCS 15: E4M6V5

b. TTV : TD : N : 105 x / menit, RR : 25 x / menit, S : 35,2 °C.

c. TB / BB / LF : 65 cm / 11 kg / 40 cm

2. Pemeriksaan fisik Head to toe

- Kepala : Mesochepal, tidak ada lesi, tidak ada hematoma

- Rambut : Kuat, hitam, lebat

- Mata : Simetris, konjungtiva an anemis, sklera an ikterik

- Hidung : Simetris, tidak ada perdarahan, bersih, tidak ada polip, tidak ada sekret.

- Telinga : Simetris, bersih, tidak ada serumen

- Mulut & Gigi : Mukosa bibir ~~pemer~~ kering, lidah kemerahan, gigi belum lengkap

- Leher : tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nabi karotis teraba

- Tengkorak : normal

- Dada

• Paru

Inspeksi : simetris, tidak ada luka, tidak ada benjolan, tidak ada massa, tidak ada retraksi dinding dada.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak teraba vokal fremitus

Pertusi : Bunyi paru sonar, tidak ada edema pulmo

Auskultasi : tidak ada ronchi / wheezing, suara nafas vesikuler

• Jantung

Inspeksi : simetris, tidak tampak letus cordis

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, denyut apeks, tidak ada pembesaran jantung.

Pertusi : Bunyi pekak, batas jantung dalam batas normal

Auskultasi : BJ 1, 2 normal, tidak ada murmur, tidak ada gallop

- Abdomen

Inspeksi : simetris, tidak ada distensi, tidak ascites

Auskultasi : Bu 10 x / menit

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hati, tidak ada splenomegali

Pertusi : terdengar suara timpani

- Genetalia : perempuan, normal, tidak terpasang DC

- Ekstermitas :

• Ekstermitas atas : terpasang IUPD KATUN 3A 10 tpm di tangan

kanan, tidak ada luka, tidak ada edema, CRT < 2 detik, kekuatan otot 5/5

• Ekstremitas bawah: tidak ada edema / varises, kekuatan otot 5/5

- Integumen: kulit hangat, CRT < 2 detik, lembab, warna sawo matang dan tidak ada lesi.

14. Pemeriksaan Tingkat Perkembangan

a. Kemandirian dan bergaul: PS masih bergantung pada orangtua dalam bermain selalu aktif dengan temannya.

b. Motorik halus: Ny. I mengatakan perkembangan intelektual An. Z tidak ada gangguan

c. Kognitif dan bahasa: Pasien belum bisa bicara dengan jelas, Pasien dapat mengucapkan (mama, papa)

d. Motorik besar: Ny. L mengatakan ps sudah bisa berjalan walaupun pelan-pelan, memegang sesuatu dengan erat.

15. Pemeriksaan Penunjang

Tanggal 19 Desember 2016 / jam 14.00 WIB

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Hematologi			
Darah Lengkap			
Hemoglobin	11,8	g/dl	11,2 - 17,3
Leukosit	20700	4/dl	3800 - 10600
Hematokrit	37	%	40 - 52
Eritrosit	4,5	10 ¹² /ul	4,4 - 5,9
Trombosit	413000	/ul	150000 - 440000
MCV	83,6	fL	80 - 100
MCH	26,5	pg/cell	26 - 34
MCHC	21,7	%	32 - 36
RDW	13,6	%	11,5 - 14,5
MPV	8,7	fL	9,4 - 12,4
Hitung jenis			
Basofil	0,2	%	0 - 1
Eosinofil	0,9	%	2 - 4
Batang Segmen	0,0	%	3 - 5
Limfosit	41,0	%	50 - 70
Monosit	44,2	%	25 - 40
	13,7	%	2 - 8

15. Pemeriksaan Penunjang

Tanggal 19 Desember 2016 jam 16.00 WIB

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Amtra klinik			
Urine lengkap			
Jenis			
Warna	kuning		kuning - muda - tua
kejernihan	jernih		jernih
Bau	khass		khass
Amtra			
Urobilinogen	normal		normal
Glukosa	normal		normal
Bilirubin	negatif		negatif
keton	negatif		negatif
Berat jenis	1.020		1.010 - 1.030
Eritrosit	negatif		negatif
PH	6.0		4.6 - 7.0
Protein	negatif		negatif
Nitrit	positif		negatif
Leukosit	25		negatif
Sedimen			
Eritrosit	1 - 2		negatif
Leukosit	2 - 5		negatif
Epitel	0 - 5		negatif
Silinder hidrin	negatif		negatif
Silinder lilin	negatif		negatif
Silinder eritrosit	negatif		negatif
Silinder leukosit	negatif		negatif
Silinder halus	negatif		negatif
Silinder kasar	negatif		negatif
Kristal	negatif		negatif
Bakteri	+1		negatif
Trikomona	negatif		negatif
Jamur	negatif		negatif

16. Analisa Data

NO.	Data fokus	Problem	Etiologi	Paraf
1.	Ds: Ibu pasien mengatakan pasien demam 2 hari SMRS dan kejang 2x Do: akral hangat S: 39,2°C, N: 105x/menit, RR: 25x/menit Turgor kulit lambat Tampak berkeringat Mukosa bibir kering	Hipertermi (0007)	Proses infeksi	
2.	Ds: Ibu pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat kejang 2x SMRS saat umur 1 th 5-10 menit Do: tampak demam S: 39,2°C Tampak kejang 1x di RS	Risiko cedera (0035)	Fungsi regulasi (hipertermi & konvulsi)	

17. Diagnosa

- Hipertermi & proses infeksi
- Risiko cedera & fungsi regulasi (hipertermi & konvulsi)

18. Intervensi keperawatan

No	Hari/tgl	Tujuan dan KH	Intervensi	Prf
1.	Senin, 19-12-16 11.00 WIB	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan Hipertermi dapat teratasi dgn KH: Termoregulation (0800) Indikator: 1 2 3 4 5 suhu normal: 1 [2] 3 4 (5) td ada tanda dehidrasi: 1 2 [3] 4 (5) td ada perubahan pada kulit: 1 2 3 4 (5)	Pever treatment: 1. Monitor tTV 2. Monitor suhu trap 2 jam 3. Monitor intake + output 4. Berikan kompres hangat 5. Monitor hidrasi 6. Kolaborasi dalam pemberian obat anti pretik.	
		Keterangan: □ : kondisi ○ : tujuan 1: sangat berat 5: td ada 2: berat 3: sedang 4: ringan		

2.	Senin, 19/12/14 14.00 WIB	Setelah dilakukan tindakan KEP selama 3x 24 jam diharapkan masalah resiko cedera dapat teratasi dengan KPI: pengetahuan: keabsahan pribadi (1809) Indikator : 1 2 3 4 5 pengetahuan tindak resiko : 1 2 3 4 5 memonitor faktor resiko : 1 2 3 4 5 sari perilaku personal	Management lingkungan : 1. Tempatkan pasien pada lingkungan yang aman. 2. Identifikasi kebutuhan ps dan dapatkan pada pasien 3. Anjurkan keluarga u/ tetap jaga di dekat pasien 4. Anjurkan keluarga u/ waspada dalam peningkatan suhu tubuh pasien.
----	---------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

19. Implementasi

No Rx	Hari/tgl/jm	Implementasi	Respon	Prt
1,2	Senin, 19/12/14	Mengkaji keluhan pasien	Pasien demam (s: 38,7°C	
1	12/16	Memonitor suhu pasien	S: 38,7°C, akal hangat	
1,2	11.00 15.00	Mengkolaborasi pemberian obat antipiretik inj. Ampicillin 300 mg PCT syrup 3x1 cth	Injeksi IV/bolus masuk, PCT diminum.	
1,2	18.00	Mengganti cairan infus	terpasang IUPD KAEN 3A 10 tpm	
1,2	20.00	Menganjurkan untuk istirahat	pasien tertidur	
1,2	22.00	Monitor TTV	N: 98x/menit RR: 24x/mnt S: 38,5°C	
1	Selasa, 20/12/14 05.00	Memonitor suhu pasien Memantau status hidrasi Memberikan kompres hangat pada axilla dan lipatan 2x	S: 37,8°C turgor kulit baik pasien kooperatif	
1,2	08.00	Mengkaji keluhan pasien	pasien masih demam, suhu mulai turun	
1,2	10.00	Mengkolaborasi pemberian obat antipiretik inj. Ampicillin 300 mg PCT syrup 3x1 cth	Injeksi IV/bolus masuk, PCT diminum	
1,2	13.00	Monitor cairan infus	terpasang IUPD KAEN 3A 10 tpm masih 300ml	
2	19.00	Menganjurkan keluarga jaga di dekat pasien	Pasien ditemani ibunya.	

1,2	21.00	Menganjurkan pasien w/ istirahat	pasien rewel, tidurnya terbangun
1	Rabu 21/12/16	Monitor suhu pasien	S: 38,8°C
1,2	07.00	Menganjurkan keluarga untuk memberikan kompres hangat pada axilla & lipatan*	pasien s/ampres, pasien kooperatif
1,2	10.00	Monitor aliran infus	Terpasang IVD KAEN 3A 10 tpm masih 500 ml
1,2	15.00	Mengkolaborasi pemberran obat antipiretik inj. Ampricillin 300 mg	Ingelan: 1u/bolos masuk, PCT Amirium
1,2	16.00	Menganjurkan pasien istirahat	pasien rewel & susah tidur

20. Evaluasi

No Dx	Hari/tgl/jm	Evaluasi	Prf																
1	Selasa, 20/12/16, 20:00 WLB	<p>S: Ibu pasien mengatakan pasien demam 2 hari SMRS dan kejang 2x di rumah 5-10 menit O: akral hangat S: 38,8°C, N: 98x/menit, RR: 24x/mnt turgor kulit lembab Tampak berkeringat Mukosa Gibir kering.</p> <p>A: Masalah keperawatan hipertermi belum teratasi:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>awal</th> <th>akhir</th> <th>tujuan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Suhu normal</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>td ada tanda dehidri</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>tidak ada perubahan pada kulit</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: lanjutkan intervensi Monitor suhu tiap 2 jam Monitor intake + output Berikan kompres hangat Monitor hidrasi Kolaborasi dalam pemberran obat antipiretik</p>	Indikator	awal	akhir	tujuan	Suhu normal	2	2	5	td ada tanda dehidri	3	3	5	tidak ada perubahan pada kulit	3	3	5	Prf
Indikator	awal	akhir	tujuan																
Suhu normal	2	2	5																
td ada tanda dehidri	3	3	5																
tidak ada perubahan pada kulit	3	3	5																
2	Rabu, 21/12/16 22:00 WLB	<p>S: Ibu pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat kejang 2x saat umur 1 tahun 5-10 menit dan kejang 2x di rumah SMRS 5-10 mnt O: tampak demam S: 39,2°C</p>																	

tampak lejang 1x di RS

A: masalah keperawatan resiko cedera blm teratasi

Indikator	awal	hasil	tujuan
Pengertian tentang resiko	3	4	5
Monitor faktor resiko dari perilaku personal	3	4	5

P: Lanjutkan intervensi

Tempatkan pasien di lingkungan yang aman

Anjurkan keluarga untuk setiap saat mengawasi dehat pasien

Anjurkan keluarga untuk awaspada dalam peningkatan suhu tubuh pasien.



ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN-K DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN UTAMA : HIPERTERM
PADA GANGGUAN SISTEM SYARAF : KEJANG
DEMAM DI RUANG ASTER RSUD. PROF. DR
MARGONO SOEFARJO - PURWOKERTO



Disusun oleh :
Budi Prayogo, S. Kep
A13006287

PROGRAM STUDI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG
2016/2017

Tanggal masuk : 23 Januari 2017
Tanggal pengkajian : 24 Januari 2017
Ruang : Aster
Pengkaji : Bubi Prayogo

A. Pengkajian

1. Identitas klien

Nama : An-k
Umur : 3 tahun
Jenis kelamin : perempuan
Alamat :
Agama : Islam
Suku : Jawa
No RM :

Diagnosa : Kejang demam

2. Identitas penanggung jawab

Nama ortu : Ny-S
Umur : 30 th
Jenis kelamin : perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu RT
Hub dg pasien : Ibu kandung

3. Keluhan Utama

Kejang Demam

4. Riwayat penyakit sekarang

Klien datang ke IGD Margono tanggal 23 Januari 2017 diantar oleh orang tua dengan keluhan demam tinggi dan disertai kejang 2 kali. Dibawa ke RS dalam keadaan lemas. Klien selama kurang lebih 1 minggu batuk, pilek, kejang 2 kali selama 10 menit, suhu tubuh panas mencapai $38,8^{\circ}\text{C}$. Hasil pemeriksaan yaitu :

N : 110 x/menit, RR : 25 x/menit, S : $38,8^{\circ}\text{C}$

5. Riwayat masa lalu

Ibu klien mengatakan An-k belum pernah mengalami demam yang disertai dengan kejang. Kejadian ini baru sekali dialami oleh An-k. Biasanya An-k hanya demam biasa dan akan sembuh apabila sudah minum obat.

g. Keadaan Saat ini

a. Dx medis : fejang demam

b. Tinjauan operasi : -

c. Status nutrisi : makan 3x sehari (pagi, siang, sore),
minum kurang lebih 4-6 gelas / hari

d. Status cairan : terpasang infus RL 10 tpm di
tangan kanan, badan lemas.

e. Obat-obatan : novalglin 3x90 mg, ceftioxon
2x22 mg, stesolid 5 mg.

f. Aktivitas : Aktivitas ulien terganggu karena sakit
dan terpasang infus RL 10 tpm ditangan kiri.

io. Pengujian Fungsional Menurut Gordon

a. Pola persepsi manajemen kesehatan.

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan apabila anaknya
sakit lalu membawanya ke puskesmas.

Saat dikaji : Ibu pasien mengikuti semua saran dr
perawat dan dokter

b. Pola nutrisi

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan anaknya makan
3x sehari (pagi, siang, sore). Paling suka dengan
telor. Minum 4-5 gelas/hari berupa air putih dan
susu.

Saat dikaji : Ibu pasien mengatakan anaknya td
nafsu makan dan makanan yang diberikan tidak
pernah habis.

c. Pola eliminasi

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan pasien BAB 2x
sehari warna kuning, konsistensi lembek, BAK
4-6 kali/hari warna kuning jernih.

Saat dikaji : Ibu pasien mengatakan BAB 3-4 kali
sehari konsistensi cairan bercampur ampas,
tidak ada darah. BAK 4-5 x/hari dengan warna
kuning.

d. Pola latihan aktivitas

Sebelum sakit : pasien aktif, lincah.

Saat dikaji : pasien merasa bosan dan risih
tidak bebas untuk bergerak karena ditangganya
ada infus.

e. Pola kognitif perspektual

Sebelum sakit : pasien merupakan anak yang aktif dan lincah

Saat dikaji : Pasien menjadi rewel dan tidak nyaman di RS, minta digendong.

f. Pola istirahat

Sebelum sakit : Pasien tidur di jam 08-00 - 05-30

Terbangun apabila minta susu

Saat dikaji : Pasien tidak bisa tidur dan apabila tidur terbangun dan menangis.

g. Pola konsep diri dan persepsi diri

Sebelum sakit : pasien sering rewel apabila sakit

Saat dikaji :

Saat dikaji : pasien rewel dan sering minta gendong dan mengajuk keluar ruangan

h. Pola peran dan hubungan.

Sebelum sakit : pasien aktif, lincah dan selalu bermain dengan teman sebayanya

Saat dikaji : pasien hanya tiduran dan sering jalan-jalan keluar ruangan digendong ibunya.

i. Pola ~~reproduksi~~ reproduksi seksual

Sebelum sakit : pasien bergenitkelamin perempuan, tidak mempunyai masalah dg sistem reproduksinya.

Saat dikaji : pasien bergenitkelamin perempuan tidak mempunyai masalah dg sistem reproduksinya.

j. Pola pertahanan diri

Sebelum sakit : keluarga pasien Islam, pasien mulai diajarkan untuk sholat

Saat dikaji : pasien mendengarkan lantunan surat pendek yang di baca ibunya.

ii. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum : Baik, compos mentis GCS 15 (E4M6V5)

b. TTV : TD : N : 115 x / menit, S : 38,8°C, RR : 24 x / mnt

c. TB / BB : 75 cm / 13 kg.

d. Pemeriksaan fisik head to toe

- Kepala : mesocephalus, tidak ada lesi, tidak ada benjolan

- Rambut : kulit bersih, tidak ada rambut.

- Mata : normal , sklera tidak ikterik , konjungtiva tidak anemis
- Hidung : Tidak ada polip , tampak sedikit ada sekret ,
- Mulut : Mukosa bibir lembab , reflek hisap (+) , menelan (-)
- Telinga : bersih , simetris , tidak ada serumen
- Leher : tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan thyroid
- Dada

o Paru

Inspeksi : Dada simetris , menggunakan otot bantu nafas , irama nafas cepat 68 x / menit .

Palpasi : tidak teraba massa ,

Perkusi : suara paru sonor

auskultasi : tidak ada suara tambahan .

o Jantung

Inspeksi = tidak tampak pembesaran

Palpasi = tidak teraba massa ,

Perkusi : suara pekak

auskultasi = bunyi S1 < S2 lup dup .

- Abdomen

Inspeksi = cembung tidak ada lesi

Auskultasi = bising usus 20 x / menit

Palpasi = turgor kulit < 3 detik , tidak ada distensi tidak ada pembesaran limpa

Perkusi = suara abdomen timpani .

- Genetika = tidak ada kelainan , bergenetik dalam laki-laki perempuan .

- Ekstermitas

atas : tangan kiri terpasang infus

bawah : kedua kaki dapat digerakan .

12. Pemeriksaan penunjang.

no	Pemeriksaan	hasil	satuan	nilai normal
	Hemoglobin darah lengkap.			
	Hemoglobin	11,2	g/dl	11,2 - 17,3
	Leukosit	31,200	4/L	3800 - 10.600
	Hematokrit	26	%	40 - 52
	Trombosit	360.000	/ul	150.000 - 440.000

B. Analisa Data

No.	Data Fokus	Problem	Etiologi	Paraf
1.	<p>Ds: Ibu klien mengatakan anaknya batuk, pilek, demam.</p> <p>Do: Wajah klien kemerahan, teraba hangat</p> <p>S: $38,8^{\circ}\text{C}$, N: $115\text{x}/\text{menit}$, RR: $24\text{x}/\text{menit}$.</p>	Hipertermi	proses infeksi	
2.	<p>Ds: Ibu klien mengatakan klien mengalami kejang 2 kali disertai demam tinggi</p> <p>Do: Anak tampak lemas, terpasang infus RL $20\text{ tetes}/\text{mnt}$, tampak tegang.</p> <p>S: $38,8^{\circ}\text{C}$, N: $115\text{x}/\text{mnt}$, RR: $24\text{x}/\text{mnt}$</p>	Risiko kejang	peningkatan suhu	

14. Diagnosa

- Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi
- Risiko kejang berhubungan dengan peningkatan suhu.

15. Intervensi Keperawatan

No	Tanggal	Tujuan dan KHI	Intervensi	TTD
1	24/1/17	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah hipertermi dapat teratasi dg KHI: tidak ada kenaikan suhu dlm rentang $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$, tidak ada tanda-tanda dehidrasi dan tidak ada perubahan pada kulit.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor TTV - Monitor suhu tiap 2 jam - Monitor intake + output - Berikan kompres hangat - Monitor hidrasi - Kolaborasi dlm pemberian obat antipiretik. 	
2.	24/1/17	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan sel otak tidak terjadi komplikasi dgn KHI: tidak ada tanda kejang, peredaran darah</p>	<ul style="list-style-type: none"> - atur kepala dan baring yang empuk - Beri posisi yang nyaman - longgarkan pakaian pd daerah leher atau dada - lakukan tanda-tanda 	

lancar, komplikasi otak tidak terjadi, kerusakan sel otak tidak terjadi.

vital

- Tingkatkan kesadaran pasien.
- kolaborasi pemberian tambahan O_2
- kolaborasi pemberian obat.

Implementasi

No	Tanggal	Implementasi	Respon	Paraf
1.	04/a/17	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji tanda adanya peningkatan suhu - Monitor TTV - Monitor suhu tiap 6 jam sekali - Menganjurkan untuk istirahat - Mengajukan pasien banyak minum - Monitor intake - output - Memakai pakaian yg tipis dan nyaman 	<p>S = $38,8^{\circ}C$, akral hangat</p> <p>N = 115 x / mt, RR = 24 x / mt, S: $38,8^{\circ}C$</p> <p>S = $38,8^{\circ}C$</p> <p>pasien teristirahat</p> <p>minum 2 - 2,5 l / hari</p>	
2.	24/01/17	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji tanda adanya peningkatan suhu - Monitor TTV - Mengajukan klien sering minum - Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang menyerap keringat. 	<p>S = $38,8^{\circ}C$, akral hangat</p> <p>N = 115 x / menit, RR = 24 x / menit, S: $38,8^{\circ}C$</p> <p>minum setiap setengah jam sekali</p> <p>pasien ganti baju yang lebih nyaman.</p>	

Evaluasi

No	Hari/tanggal	Evaluasi	Paraf
1.	24/01/2017	<p>S : Ibu pasien mengatakan pasien panas, O : aksel hangat S : $36,7^{\circ}\text{C}$, N = $115 \times / \text{menit}$, RR = $24 \times / \text{menit}$.</p> <p>A = Masalah keperawatan hipertermi sudah teratasi, lanjutkan intervensi</p>	
2.	24/01/17	<p>S : Ibu klien mengatakan anaknya tidak mengalami kejang lagi O : Tidak ada tanda x kejang, suplai O_2 mencukupi, peredaran darah lancar. A = Masalah teratasi dan planing intervensi dihentikan.</p>	

LEMBAR KONSUL

Nama : Budi Prayugo
 NIM : A31600787
 Pembimbing : Wuri Utami, M. Kep

No	Hari/tanggal	Keterangan	Paraf
1	07 Senin 07-08-2017	<ul style="list-style-type: none"> - Penarikan cover skripsi akhir. - Mengubah kea Sembrung. - Memperbaiki typo umum, typo ulu. - Mengubah Sub Judul. - BAB II Sehari dengan ketentuan yang ada di buku panduan. 	↓
2	Rabu 09-08-2017	<ul style="list-style-type: none"> - Revisi karakteristika pada Pohon Mengaji Ura dan jenis kelamin. - Meneari data yang lebih relevan yang berkaitan dengan data sebelumnya. - Tambahkan prosedur sebelum dan sesudah melakukan fundamen kompra pada Pohon. 	↓
3	Sabtu 12/8 17	Penjelasan ds BAB IV analisa intervensi TWS paberaan buku sblm dan setelah	↓

LEMBAR KONSUL

Nama : Budi Prayugo
 NIM : A31600787
 Pembimbing : Unang Wirastri, M. Kep. Ns Sp. Kep. An

No	Hari/tanggal	Keterangan	Paraf
1.	Kamis 03.08.2017	- Berarti aturan Permision - lanjutkan Bab berikutnya	<i>[Signature]</i>
2.	Sabtu 08.08.2017	- Persepsi fungsi dan kepala harus di kembangkan - Menyampaikan data pasien yang ada di pengkajian dan analisa data	<i>[Signature]</i>
3.	Kamis 10.08.2017	- Review pengkajian, sebariskan dengan yang ada di analisa data - Masalah luprawaton Sebariskan dengan teori yang sudah ada - Mengubah Surun agar lebih real	<i>[Signature]</i>
	Jumat 11/8-17	- Persepsi: DS/DS - Revisi: Diagnosis perawatan yg sesuai	<i>[Signature]</i>
	12/8-17	Acc ujian	<i>[Signature]</i>