



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ANAK DENGAN
KEJANG DEMAM DI RUANG INSTALASI GAWAT
DARURAT RUMAH SAKIT AKADEMIS
JAURY JUSUF PUTERA
MAKASSAR**

OLEH:

**MARSHANDA NAHDAH PONGANTUNG
MARTHA RIA**

**(NS2514901046)
(NS2514901047)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2026**



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ANAK DENGAN
KEJANG DEMAM DI RUANG INSTALASI GAWAT
DARURAT RUMAH SAKIT AKADEMIS
JAURY JUSUF PUTERA
MAKASSAR**

OLEH:

**MARSHANDA NAHDAH PONGANTUNG
MARTHA RIA**

**(NS2514901046)
(NS2514901047)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2026**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini nama:

1. Marshanda Nahdah pongantung (NS2514901046)
2. Martha Ria (NS2514901047)

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini merupakan hasil karya kami sendiri dan bukan merupakan duplikasi atau plagiasi (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah Akhir orang lain.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya

Makassar,

Yang menyatakan,



Marshanda Nahdah Pongantung



Martha Ria

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

Karya ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan keperawatan pada Pasien Anak dengan Kejang Demam di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Akademis Jaury Yusuf Putera Makassar" telah di setujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan di pertanggung jawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa/NIM: 1. Marshanda Nahdah Pongantung
(NS2514901046)
2. Martha Ria (NS2514901047)

Disetujui oleh

Pembimbing 1

Wirmando, Ns., M. Kep

NIDN: 0929089201

Pembimbing 2

Matilda M. Paseno, Ns., M. Kes

NIDN: 0952107502

Menyetujui,

Wakil ketua Bidang Akademik dan Kerjasama

STIK Stella Maris Makassar

Serlina Sandi, Ns., M. Kep., Ph.D

NIDN:0913068201

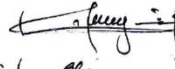
HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir diajukan oleh:

Nama : 1. Marshanda Nahdah Pongantung (NS2514901046)
2. Martha Ria (NS2514901047)
Program Studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Pasien Anak dengan
Kejang Demam di Ruang Instalasi Gawat Darurat
Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar

Telah berhasil di pertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Wirmando, Ns., M. Kep ()
Pembimbing 2 : Matilda M. Paseno, Ns., M. Kes ()
Penguji 1 : Mery Solon., Ns., M.Kes ()
Penguji 2 : Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes ()

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : Rabu, 25 Maret 2026

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar



Fransiska Anita E.R.S, Ns., M. Kep., Sp. Kep. MB., Ph.D

NIDN: 0913098201

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini nama:

1. Marshanda Nahdah Pongantung (NS2514901046)
2. Martha Ria (NS2514901047)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebesar-besarnya.

Makassar, 25 Maret 2026

Yang menyatakan



Marshanda Nahdah Pongantung



Martha Ria

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Anak dengan Kejang Demam di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar”. Dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir ini penulis mendapat banyak dukungan baik moral, material maupun spiritual dari berbagai pihak. Tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini sebagaimana mestinya. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada semua pihak yang telah membantu, mendukung, dan memotivasi penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini, terutama kepada:

1. Fransiska Anita E. R. Sa’pang, Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., Ph.D selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar.
2. Serlina Sandi, Ns., M.Kep., Ph.D selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama.
3. Mery Solon, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana sekaligus penguji 1 yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki karya ilmiah akhir ini.
4. Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni, dan Inovasi.
5. Wirmando, Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris sekaligus sebagai dosen pembimbing 1 dalam penyusunan karya ilmiah akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

6. Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kes selaku Ketua Unit Penjamin Mutu STIK Stella Maris.
7. Meyke Rosdiana, Ns., M.Kep selaku Ketua Unit Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat STIK Stella Maris.
8. Matilda M. Paseno, Ns., M. Kes selaku dosen pembimbing 2 dalam penyusunan karya ilmiah akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
9. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes selaku penguji 2 yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki karya ilmiah akhir ini.
10. Bapak dan Ibu Dosen beserta Staf Pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing dan memberi pengarahan selama perjalanan pendidikan penulis.
11. An. H selaku penerima asuhan keperawatan dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam penerapan asuhan keperawatan.
12. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Marshanda Nahdah Pongantung (Bapak Hengky Pongantung dan Ibu Marni Husain) dan Martha Ria (Bapak Markus Pandiri dan Ibu Debora Sumbung) serta keluarga, teman-teman, dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat, motivasi yang tiada henti sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih jauh dari kesempurnaan. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun guna memperbaiki penulisan karya ilmiah akhir ini.

Makassar, 25 Maret 2026

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penuisan	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat Penulisan	3
1. Bagi Instansi Rumah Sakit	3
2. Bagi Profesi Keperawatan.....	4
3. Bagi institusi Pendidikan.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
A. Konsep Dasar Medis	5
1. Definisi Kejang Demam	5
2. Anatomi dan Fisiologi.....	6
3. Etiologi.....	10
4. Patofisiologi Kejang Demam.....	10
5. Klasifikasi Kejang Demam.....	11
6. Manifestasi Klinik	12
7. Tes Diagnostik	13
8. Penatalaksanaan Medis	15
9. Komplikasi.....	17
B. Konsep Dasar Keperawatan	22

1. Pengkajian	22
2. Diagnosis Keperawatan.....	23
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan	24
4. Perencanaan Pulang (Discharge Planning)	34
BAB III PENGAMATAN KASUS.....	35
A. Ilustrasi Kasus	35
B. Identitas Pasien.....	37
C. Pengkajian	37
D. Analisa Data	51
E. Diagnosis Keperawatan.....	53
F. Intervensi Keperawatan	54
G. Implementasi Keperawatan.....	55
H. Evaluasi Keperawatan	58
BAB IV PEMBAHASAN	59
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan.....	59
B. Pembahasan penerapan Evidence Based Nursing.....	65
C. Pembahasan tindakan keperawatan Evidence Based Nursing.....	66
D. PICOT	67
E. Hasil dan Kesimpulan EBN	71
BAB V SIMPULAN DAN SARAN.....	73
A. Simpulan	73
B. Saran	74
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data Masalah.....	51
Tabel 3.2 Diagnosa Keperawatan.....	53
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan.....	54
Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan.....	55
Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan.....	58
Tabel 4.1 PICOT EBN.....	67

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 : Sel Saraf.....	6
Gambar 2.2 : Macam-macam Sel.....	8

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Konsul

Lampiran 2 : Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kejang demam adalah kejang yang terjadi akibat peningkatan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38°C) yang disebabkan oleh proses ekstrakranial. Konsensus tentang kejang demam mendefinisikannya sebagai kejadian pada bayi atau anak-anak, biasanya terjadi antara usia 6 bulan dan 5 tahun, disertai demam, tanpa bukti infeksi intrakranial atau penyebab yang pasti (Anggraini & Hasni, 2022).

Menurut Setiawati & Santika (2020), penyebab kejang demam belum diketahui dengan pasti, kadang demam tidak terlalu tinggi dapat menyebabkan kejang. Kondisi yang menyebabkan kejang demam antara lain infeksi yang mengenai jaringan ekstrakranial seperti tonsilitis, otitis media akut, bronchitis, pneumonia, obat-obatan, ketidakseimbangan kimiawi seperti hiperkalemia, hipoglikemia dan asidosis, demam, atau patologi otak.

United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) memperkirakan kurang lebih 12 juta anak meninggal dunia setiap tahunnya karena kejang demam. Angka kejadian kejang demam di dunia diperkirakan mencapai 4-5% dari jumlah penduduk di Amerika Serikat, Amerika Selatan, dan Eropa Barat. Angka kejadian kejang demam di Asia lebih tinggi, seperti di Jepang dilaporkan antara 6-9% kejadian kejang demam, di India yaitu 5-10%, dan di Guame adalah 14% (Utami & Rizqiea, 2021). Angka kejadian kejang demam (KD) pada anak di Indonesia bervariasi, dengan perkiraan prevalensi sekitar 3-4% dari anak usia 6 bulan-5 tahun (data lama) atau hingga 25% menurut IDAI, dan angka absolut sekitar 14.252 penderita berdasarkan data Kemenkes tahun 2019, sering terjadi pada laki-laki, usia 1-4 tahun, dan dipengaruhi riwayat keluarga, dengan mayoritas kasus adalah KD sederhana (KDS) (Kemenkes RI, 2024b).

Kejang demam yang terjadi secara singkat, pada umumnya tidak berbahaya dan tidak meninggalkan gejala sisa, tetapi kejang yang berlangsung ≥ 15 menit tanpa mendapatkan penanganan awal yang cepat dan tepat dapat menyebabkan apneu (henti nafas) sehingga mengakibatkan terjadinya hipoksia (berkurangnya kadar oksigen jaringan) sehingga meningkatkan permeabilitas kapiler dan timbul edema otak yang mengakibatkan kerusakan sel neuron otak. 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 epilepsy (Rasyid et al., 2023).

Kegawatdaruratan pada kejang demam tidak hanya ditandai oleh karakteristik kejang itu sendiri, namun juga oleh kondisi hipertermia yang menyertainya. Hipertermia, yaitu peningkatan suhu tubuh di atas normal ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), dapat memicu aktivitas neuron yang berlebihan di otak anak dan menyebabkan kejang. Kondisi ini menjadi gawat darurat apabila suhu tubuh anak meningkat dengan cepat dan tinggi (biasanya $\geq 39^{\circ}\text{C}$), tidak responsif terhadap penanganan awal seperti antipiretik atau kompres hangat, serta disertai tanda-tanda lain seperti pernapasan cepat, penurunan saturasi oksigen, denyut jantung meningkat, atau penurunan kesadaran. Hipertermia yang tidak segera dikendalikan dapat memperburuk durasi dan intensitas kejang, meningkatkan risiko komplikasi neurologis, dan mengarah pada kejang demam kompleks atau status epileptikus. Oleh karena itu, penanganan hipertermia secara cepat dan tepat menjadi salah satu fokus utama dalam kegawatdaruratan kejang demam pada anak (Kemenkes RI, 2024).

Salah satu intervensi keperawatan berbasis bukti yang direkomendasikan pada pasien kejang demam adalah pemberian posisi lateral kanan. Posisi ini bertujuan untuk meningkatkan saturasi

oksigen, menurunkan frekuensi napas, mempertahankan kepatenan jalan napas dan mencegah terjadinya aspirasi (Pardede, 2018).

Maka dari itu, berdasarkan uraian diatas penulis sangat tertarik mengambil kasus ini untuk menerapkan asuhan keperawatan setar membahas kasus ini dalam membentuk karya ilmiah akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan pada Anak dengan Kejang Demam di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar”.

B. Tujuan Penuisan

1. Tujuan Umum

Untuk memberikan gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap anak yang mengalami kejang demam di Unit Gawat Darurat

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian keperawatan gawat darurat pada pasien anak dengan Kejang Demam
- b. Mampu menegakkan diagnosis keperawatan gawat darurat pada pasien anak dengan Kejang Demam
- c. Mampu menyusun perencanaan keperawatan gawat darurat pada pasien anak dengan Kejang Demam
- d. Mampu melaksanakan intervensi asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan Kejang Demam
- e. Mampu mengevaluasi keperawatan gawat darurat pada pasien anak dengan Kejang Demam

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Membantu perawat di rumah sakit untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kejang demam berdasarkan *evidence based nursing* (EBN).

2. Bagi Profesi Keperawatan

Menjadi sumber informasi dan memberi gambaran bagi tenaga keperawatan dalam melakukan tindakan keperawatan mandiri berdasarkan *evidence based nursing* (EBN).

3. Bagi Institusi Pendidikan

Menjadi sumber bacaan atau referensi bagi mahasiswa/i untuk memperoleh ilmu dan menjadi bekal dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan kejang demam.

4. Bagi Pasien dan Keluarga

Pasien dan keluarga dapat memperoleh pengetahuan dalam melakukan pemeliharaan kesehatan dirumah sehingga dapat mencegah kekambuhan baik bagi dirinya sendiri maupun bagi keluarganya. Selain itu sebagai bukti tertulis bahwa klien mendapat asuhan keperawatan yang berkesinambungan dalam pemecahan masalah yang dihadapi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Definisi Kejang Demam

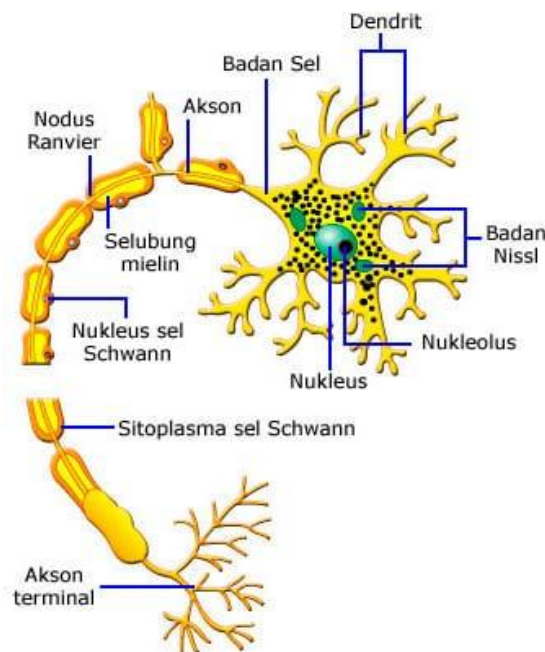
- a. Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia Handryastuti (2023), kejang demam adalah kejang yang berhubungan dengan demam (suhu tubuh di atas 38°C), tanpa adanya infeksi susunan saraf pusat (SSP), gangguan elektrolit atau metabolik, terjadi pada anak di atas usia 1 bulan, dan tidak terdapat riwayat kejang tanpa demam.
- b. Menurut Krisanty et al. (2016), kejang demam adalah bangkitan kejang yang timbul akibat kenaikan suhu tubuh yang disebabkan suatu proses ekstrakranial. Kenaikan suhu tubuh biasanya di atas 38,8°C.
- c. Menurut Isra Namira (2022), kejang demam merupakan bangkitan kejang yang muncul saat anak mengalami peningkatan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38°C) akibat proses di luar otak (ekstrakranium). Kejang ini umumnya terjadi pada anak usia 6 bulan hingga 22 bulan, dengan angka kejadian tertinggi pada usia 18 bulan. Kejang demam dapat menyebabkan gangguan perilaku dan penurunan kecerdasan.

Berdasarkan beberapa pendapat para ahli di atas, kejang demam merupakan bangkitan kejang yang terjadi pada anak akibat peningkatan suhu tubuh di atas $\pm 38^{\circ}\text{C}$ yang disebabkan oleh proses di luar otak (ekstrakranial) dan bukan karena infeksi susunan saraf pusat, gangguan metabolik, atau elektrolit.

2. Anatomi dan Fisiologi

Menurut Black et al. (2014), sistem saraf merupakan sistem yang berperan penting dalam mengatur dan mengoordinasikan seluruh aktivitas tubuh. Unit dasar dari sistem saraf adalah sel saraf atau neuron, yaitu sel khusus yang berfungsi menerima, memproses, dan menghantarkan rangsangan atau impuls saraf dari satu bagian tubuh ke bagian lainnya. Sel saraf memungkinkan tubuh merespons berbagai rangsangan baik dari lingkungan luar maupun dari dalam tubuh. Berikut adalah anatomi dan fisiologi sel saraf:

a. Anatomi



Gambar 2.1 Sel saraf (Zhang, 2019)

Jaringan saraf tersusun atas sel-sel yang mempunyai bentuk khusus. Sel-sel tersebut dinamakan neuron dan neuroglia. Kedua sel tersebut ibarat pasangan tak terpisahkan yang menyusun jaringan saraf. Jika ada sel neuron, pasti sel

neuroglia akan menyertai. Adapun sel neuroglia berfungsi memberikan nutrisi dan bahan-bahan lain yang digunakan untuk kehidupan neuron. Dengan kata lain, neuroglia berfungsi untuk menjamin kehidupan neuron agar tetap dapat melaksanakan kegiatan. Neuron merupakan unit struktural dan fungsional dari system saraf. Neuron memiliki kemampuan sebagai konduktivitas (penghantar) dan eksistabilitas (dapat dirangsang, serta memiliki kemampuan merespon rangsangan dengan sangat baik). Neuron terdiri dari tiga bagian yang berbeda satu dengan yang lain, yaitu sebagai berikut.

1) Badan sel (Perikarion)

Badan sel saraf merupakan bagian yang paling besar dari sel saraf. Badan sel berfungsi untuk menerima rangsangan dari dendrite dan meneruskannya ke akson. Pada badan sel saraf terdapat inti sel, sitoplasma, mitokondria, sentrosom, badan golgi, lisosom, dan badan nisel. Badan nisel merupakan kumpulan retikulum endoplasma tempat transportasi sintesis sel.

2) Dendrit

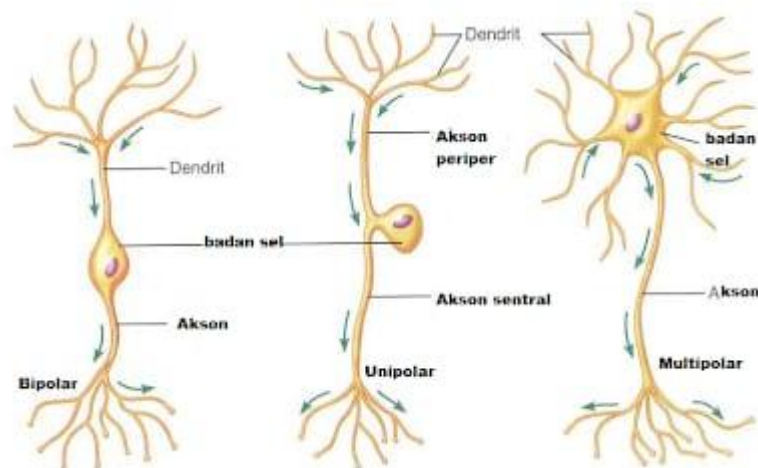
Dendrit adalah serabut sel pendek dan bercabang-cabang. Dendrit merupakan perluasan dari badan sel. Dendrit berfungsi untuk menerima dan mengantarkan rangsangan (reseptor) ke badan sel.

3) Akson

Neurit atau akson adalah serabut sel saraf panjang yang merupakan perjuluran sitoplasma sel. Akson memiliki bagian-bagian yang spesifik, yaitu sebagai berikut:

- a) Neurofibril merupakan bagian terdalam dari akson yang berupa serabut-serabut halus. Bagian-bagian inilah yang memiliki tugas pokok untuk meneruskan implus.

- b) Selubung Mielin tersusun oleh sel-sel pipih yang disebut sel Schwan. Selubung mielin merupakan bagian paling luar dari akson yang berfungsi untuk melindungi akson. Selain itu, bagian ini pulalah yang memberikan nutrisi dan bahan-bahan yang diperlukan untuk mempertahankan kegiatan dari akson.
- c) Nodus Ranvier merupakan bagian akson yang menyempit dan tidak dilapisi selubung mielin. Bagian ini tersusun dari sel-sel pipih. Dengan adanya bagian ini, terlihat bagian akson tampak berbuku-buku.



Gambar 2.2 macam-macam sel (Zhang, 2019)

Ada tiga macam sel saraf yang dikelompokkan berdasarkan struktur dan fungsinya, yaitu:

- 1) Sel saraf sensorik, adalah sel saraf yang berfungsi menerima rangsangan dan reseptor yaitu alat Indera.
- 2) Sel saraf motorik adalah sel saraf yang berfungsi mengantarkan rangsangan ke efektor yaitu otot dan kelenjar. Rangsangan yang diantarkan berasal atau diterima dari otak dan sumsum tulang belakang.
- 3) Sel saraf penghubung adalah sel saraf yang berfungsi menghubungkan sel saraf satu dengan saraf lainnya. Sel saraf ini banyak menemukan di otak dan sumsum tulang

belakang. Sel saraf yang dihubungkan adalah sel saraf sensorik dan sel saraf motorik. Saraf yang satu dengan yang lainnya saling berhubungan. Hubungan dengan saraf tersebut disebut sinapsis. Sinapsis ini terletak antara dendrite dan neurit. Bentuk sinapsis seperti benjolan dengan kantung-kantung yang berisi zat kimia seperti asetilolin (Ach) dan enzim kolinesterase. Zat-zat tersebut berperan dalam mentransfer impuls pada sinapsis. Impuls adalah rangsangan atau pesan yang diterima oleh reseptor dari lingkungan luar, kemudian dibawa oleh neuron.

b. Fisiologi system saraf

Neuron menyalurkan sinyal-sinyal saraf keseluruh tubuh. Impuls neuron bersifat listrik disepanjang neuron dan bersifat kimia diantara neuron. Komponen listrik dari transmisi saraf menangani transmisi impuls disepanjang neuron. Permeabilitas membran neuron terhadap ion natrium dan kalium bervariasi dan dipengaruhi oleh perubahan kimia serta listrik dalam neuron tersebut (terutama neurotransmitter dan stimulasi organ reseptor). Dalam keadaan istirahat permeabilitas membrane sel menciptakan kadar kalium intrasel yang tinggi dan kadar natrium ekstrasel yang tinggi. Impuls listrik timbul oleh pemisahan muatan akibat perbedaan kadar ion intrasel dan ekstra sel yang dibatasi membrane sel.

Bila rangsang yang menimbulkan perubahan listrik dalam membrane sel neuron menyebabkan peningkatan permeabilitas terhadap ion kalium, maka neuron menjadi hiperpolarisasi dan terhambat. Neuron yang mengalami hiperpolarisasi tak sanggup meneruskan impuls saraf. Jika rangsangan menyebabkan perubahan listrik yang menimbulkan peningkatan permeabilitas terhadap ion natrium, neuron itu dikatakan dalam keadaan

terangsang atau depolarisasi. Bila membrane mengalami depolarisasi sampai suatu tingkat kritis yang disebut ambang eksitasi maka terjadi perubahan permeabilitas membrane influx natrium secara mendadak, depolarisasi cepat dan pembentukan potensial aksi pada tempat perangsangnya.

3. Etiologi

Penyebab kejang demam menurut Kharisma (2021), yaitu:

a. Faktor Genetika

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

b. Penyakit infeksi

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

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

- 1) ISPA
- 2) Otitis media
- 3) Pneumonia
- 4) Gastroenteritis
- 5) ISK

4. Patofisiologi Kejang Demam

Pada anak usia hingga tiga tahun, sekitar 65% aliran darah tubuh dialokasikan ke otak, sedangkan pada orang dewasa proporsi tersebut hanya sekitar 15%. Peningkatan suhu tubuh dapat memicu gangguan keseimbangan membran sel saraf, yang

mengakibatkan pelepasan muatan listrik akibat difusi ion kalium (K^+) dan natrium (Na^+). Muatan listrik yang dilepaskan ini, dengan perantara neurotransmitter, dapat menyebar ke sel saraf lain maupun sel di sekitarnya sehingga memicu terjadinya kejang.

Peningkatan suhu di dalam otak juga memengaruhi pola letupan aktivitas sistem saraf. Perubahan temperatur tersebut merangsang pelepasan sitokin yang dikenal sebagai pirogen endogen, sehingga terjadi peningkatan suhu tubuh yang disertai demam dan respons inflamasi akut. Interleukin-1 (IL-1) sebagai pirogen endogen, serta lipopolisakarida (LPS) dari dinding bakteri gram negatif sebagai pirogen eksogen, sering dikaitkan dengan mekanisme terjadinya demam. LPS dapat menstimulasi makrofag untuk menghasilkan sitokin pro- dan anti-inflamasi, seperti interleukin-6 (IL-6), tumor necrosis factor-alpha ($TNF-\alpha$), interleukin-1 receptor antagonist (IL-1ra), serta prostaglandin E2 (PGE2).

Sel endotel di daerah circumventrikular akan mengaktivasi enzim cyclooxygenase-2 (COX-2), yang mengkatalisis konversi asam arakidonat menjadi PGE2. Selanjutnya, PGE2 menstimulasi pusat pengatur suhu di hipotalamus sehingga menyebabkan peningkatan suhu tubuh. Proses demam juga meningkatkan produksi sitokin di hipokampus. Salah satu pirogen endogen, yaitu IL-1, berperan dalam meningkatkan eksitabilitas neuron glutamatergik serta menekan aktivitas neuron GABAergik. Kondisi peningkatan eksitabilitas neuronal tersebut dapat berujung pada terjadinya kejang (Amalia Dika, 2025).

5. Klasifikasi Kejang Demam

Menurut Yunerta (2021), kejang demam dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Kejang parsial sederhana merupakan serangan kejang di mana kesadaran pasien tetap utuh. Pada kondisi ini, pasien dapat

mengalami sensasi *déjà vu*, yaitu perasaan seolah-olah pernah mengalami kejadian yang sama sebelumnya. Selain itu, dapat muncul perasaan senang atau takut secara mendadak tanpa sebab yang jelas. Keluhan lain yang mungkin dirasakan meliputi sensasi kebas, seperti tersengat listrik, atau rasa seperti ditusuk-tusuk jarum pada bagian tubuh tertentu. Pasien juga dapat menunjukkan gerakan yang tidak dapat dikendalikan pada area tubuh tertentu, serta mengalami halusinasi.

- b. Kejang parsial kompleks (psikomotor) adalah serangan yang melibatkan area otak yang lebih luas dan umumnya berlangsung lebih lama. Pada kondisi ini, pasien biasanya hanya memiliki kesadaran sebagian dan sering kali tidak mengingat kejadian selama serangan berlangsung. Gejala yang dapat muncul antara lain gerakan otomatis seperti mencucur atau mengunyah, melakukan aktivitas yang berulang-ulang seperti memainkan pakaian, melakukan gerakan tanpa tujuan yang jelas atau berjalan mondar-mandir dalam keadaan bingung, gerakan menendang atau meninju secara berulang, serta bicara tidak jelas berupa gumaman.
- c. Kejang tonik-klonik (epilepsi grand mal) dapat ditandai dengan munculnya fase tonik saja, klonik saja, atau keduanya. Jenis serangan ini umumnya diawali oleh aura, yaitu sensasi awal sebelum kejang terjadi. Aura tersebut dapat berupa rasa tidak nyaman di perut, mati rasa, melihat kunang-kunang, atau telinga berdengung.

6. Manifestasi Klinik

Menurut Eilbert (2022), gejala klinis yang paling sering dijumpai pada kejang demam diantaranya:

Kejang demam umumnya muncul dalam 24 jam pertama sejak awal penyakit dan sering terjadi dalam satu jam setelah demam mulai meningkat. Kejang menjadi manifestasi awal dari

penyakit demam pada sekitar 25%-50% kasus. Rata-rata durasi kejang demam berkisar antara 4 hingga 7 menit, dan hanya sekitar 10%-15% kasus yang berlangsung lebih dari 10 menit. Sebagian besar pasien mengalami demam tinggi, dengan suhu rata-rata mencapai 39,4°C berdasarkan satu penelitian.

Tanda dan gejala kejang demam meliputi penurunan atau hilangnya kesadaran, pola napas yang tidak teratur, kulit tampak pucat atau kebiruan (sianosis), adanya busa di mulut, mata yang berputar ke atas atau tatapan yang menetap, kedutan yang bersifat menyeluruh maupun lokal, serta sentakan pada anggota gerak. Otot-otot wajah sering ikut terlibat dalam serangan. Selain itu, serangan kejang tipe atonik dan tonik juga pernah dilaporkan. Setelah kejang berhenti, pasien dapat mengalami fase pasca-kejang berupa rasa mengantuk, mudah rewel, atau kebingungan yang dapat berlangsung hingga 30 menit. Kelumpuhan pasca-kejang, yang dikenal sebagai kelumpuhan Todd.

7. Tes Diagnostik

Menurut Xu Song (2025), menyebutkan tes diagnostik yang dilakukan pada pasien kejang demam yaitu:

a. Pungsi Lumbal

Pungsi lumbal perlu dilakukan apabila riwayat klinis mengarah pada kecurigaan meningitis, dengan terlebih dahulu memastikan tidak adanya kontraindikasi. Kontraindikasi tersebut meliputi peningkatan tekanan intrakranial yang disertai penurunan kesadaran, adanya defisit neurologis fokal, gangguan fungsi kardiorespirasi, kelainan koagulasi, maupun infeksi pada area tempat pungsi. Apabila terdapat kontraindikasi medis sehingga pungsi lumbal tidak dapat dilakukan, terapi anti-infeksi harus segera diberikan.

b. Elektroensefalografi (EEG)

Pemeriksaan EEG rutin umumnya tidak diperlukan pada kasus kejang demam sederhana. Namun, EEG dan pencitraan kranial dapat dipertimbangkan pada anak dengan kejang demam kompleks, riwayat kejang demam berulang, atau adanya kelainan neurologis penyerta. EEG tidak direkomendasikan setelah kejang demam pada anak yang memiliki sumber infeksi yang jelas dan berada dalam kondisi klinis yang baik. Jika EEG dilakukan, waktu pelaksanaan sebaiknya minimal 48 jam setelah episode kejang demam untuk menghindari kesalahan interpretasi antara aktivitas listrik pasca-kejang dan aktivitas listrik abnormal. Selain itu, temuan kelainan pada EEG tidak terbukti sebagai penanda yang dapat diandalkan untuk menegaskan diagnosis epilepsi. Oleh karena itu, kelainan EEG yang ditemukan dini setelah kejang demam kompleks pertama jarang menunjukkan peningkatan risiko epilepsi. Faktor-faktor seperti usia pasien, waktu pemeriksaan EEG, serta adanya gangguan genetik dapat memengaruhi munculnya kelainan EEG. Pada anak dengan kejang demam sederhana yang berulang dan memiliki sumber infeksi yang jelas, pemeriksaan EEG tidak perlu diulang, namun penyebab infeksi harus diidentifikasi dan ditangani secara adekuat.

c. Pencitraan Otak

Pemeriksaan pencitraan otak tidak diperlukan pada anak dengan kejang demam sederhana. Pada anak dengan kejang demam kompleks tanpa disertai kelainan neurologis, umumnya tidak ditemukan lesi intrakranial serius, seperti tumor, perdarahan, hidrosefalus, abses, atau kelainan lain yang membutuhkan penanganan bedah saraf maupun terapi farmakologis segera. Anak-anak dengan kejang demam kompleks berulang yang disertai tanda neurologis lain, seperti

ukuran lingkaran kepala yang tidak normal, keterlambatan perkembangan yang bermakna, atau kelainan neurologis fokal yang menetap, perlu menjalani evaluasi lebih lanjut menggunakan pencitraan resonansi magnetik (MRI).

8. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan keperawatan saat terjadi kejang demam menurut Kharisma (2021), adalah:

- a. Saat terjadi serangan mendadak yang harus diperhatikan pertama kali adalah ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, dan Exposure) dimana:
 - 1) Baringkan pasien ditempat yang datar (rata) untuk mencegah terjadinya perpindahan posisi tubuh ke arah danger
 - 2) Kepala dimiringkan untuk mencegah aspirasi dan pasang spatel yang sudah di bungkus kasa untuk membuka jalan napas.
 - 3) Lepaskan pakaian yang mengganggu pernapasan
 - 4) Pemberian oksigen, untuk membantu kecukupan perfusi jaringan
- b. Pemberian antikonvulsan seperti diazepam atau stesolid <12 kg = 5 mg, >12 kg = 10 mg per rektal serta pemberian diazepam injeksi 0,3-05 mg/kg BB
- c. Pemberian cairan intravena
- d. Bila suhu tinggi berikan kompres hangat atau pemberian antipiretik untuk mencegah terjadinya kejang berulang.

Penanganan kejang saat pasien masuk di Unit Gawat Darurat (UGD) menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (2016), sebagai berikut:

- a. Waktu 0 - 5 menit:
 - 1) Pastikan bahwa aliran udara pernafasan baik

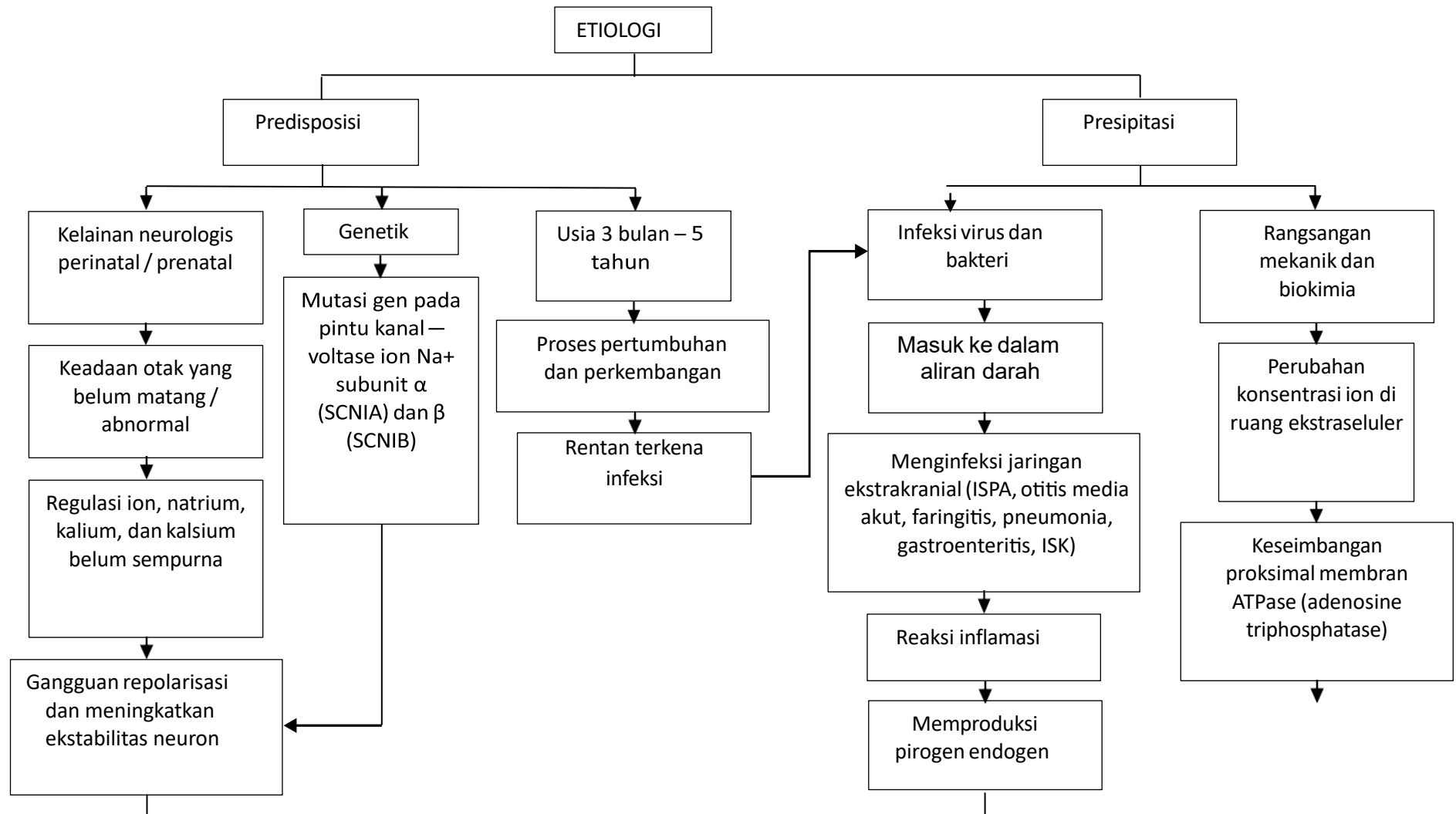
- 2) Monitoring tanda vital, pertahankan perfusi oksigen ke jaringan, berikan oksigen sesuai indikasi ($\text{respirasi rate} \times \text{tidal volume} \times 20\% = \text{ML oksigen}$)
 - 3) Bila keadaan pasien stabil, lakukan anamnesis terarah, pemeriksaan umum dan neurologi secara cepat
 - 4) Cari tanda-tanda trauma, kelumpuhan fokal dan tanda-tanda infeksi.
- b. Waktu 5 - 10
- 1) Pemasangan akses intarvena
 - 2) Pengambilan darah untuk pemeriksaan: darah rutin, glukosa, elektrolit
 - 3) Pemberian antikonvulsan seperti diazepam injeksi 0,2 - 0,5 mg/kgbb secara intravena, atau diazepam (stesolid) rektal 0,5 mg/kgbb (berat badan < 10 kg = 5 mg; berat badan > 10 kg = 10 mg). Dosis diazepam intravena atau rektal dapat diulang satu - dua kali setelah 5 -10 menit.
 - 4) Jika didapatkan hipoglikemia, berikan glukosa 25% 2ml/kgbb
- c. Waktu 10 - 15 menit
- 1) Cenderung menjadi status konvulsivus
 - 2) Berikan fenitoin 15 - 20 mg/kgbb intravena diencerkan dengan NaCl 0,9%.
 - 3) Dapat diberikan dosis ulangan fenitoin 5 - 10 mg/kgbb sampai maksimum dosis 30 mg/kgbb.
- d. Waktu 30 Menit.
- 1) Berikan fenobarbital 10 mg/kgbb, dapat diberikan dosis tambahan 5 - 10 mg/kg dengan interval 10 - 15 menit.
 - 2) Pemeriksaan laboratorium sesuai kebutuhan, seperti analisis gas darah, elektrolit, gula darah. Lakukan koreksi sesuai kelainan yang ada. Awasi tanda- tanda depresi pernafasan.

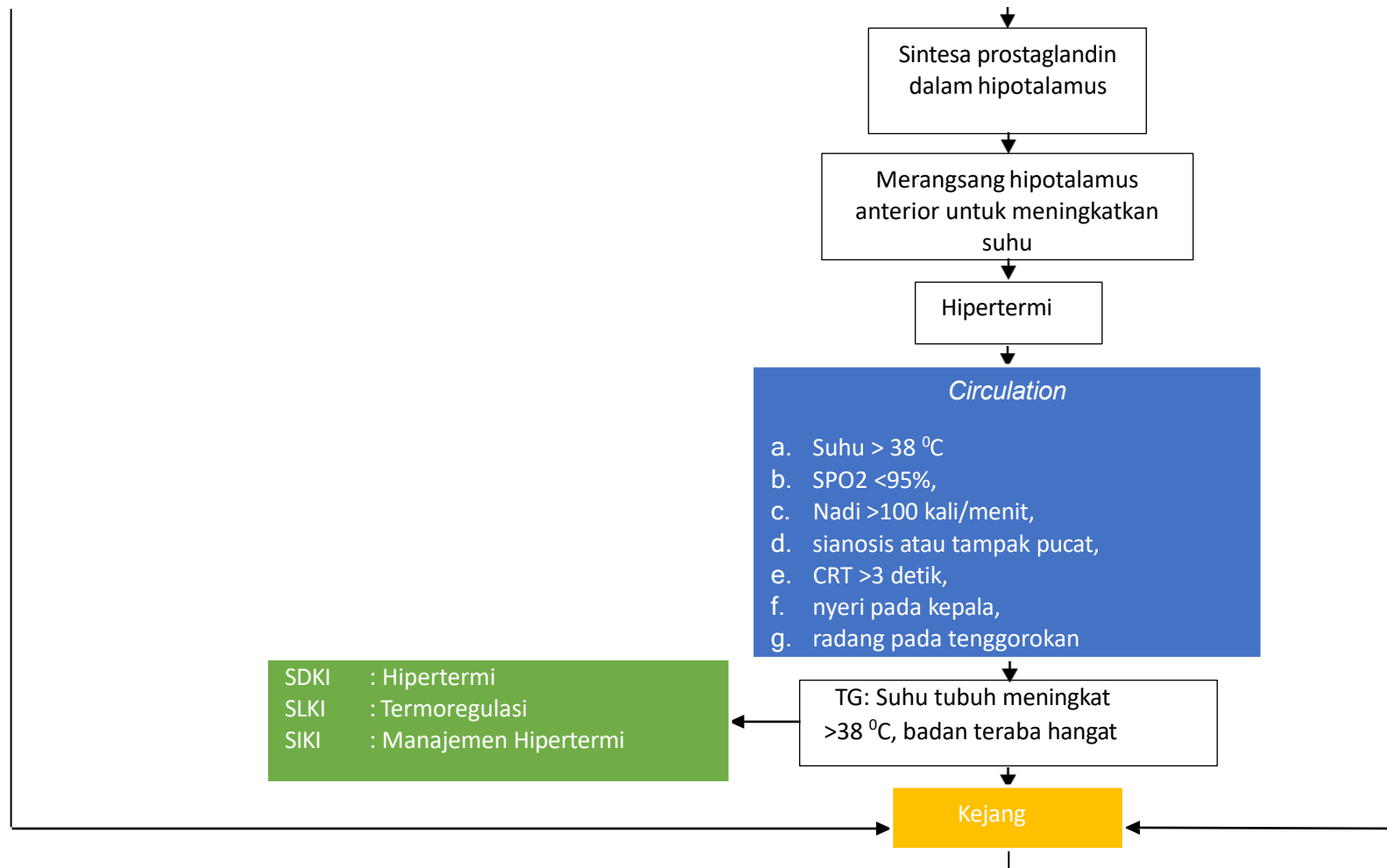
- 3) Bila kejang masih berlangsung siapkan intubasi dan kirim ke ICU Untuk mencegah terjadinya komplikasi atau gejala sisa pada anak yang mengalami kejang demam, diperlukan adanya penanganan yang cepat dan benar.

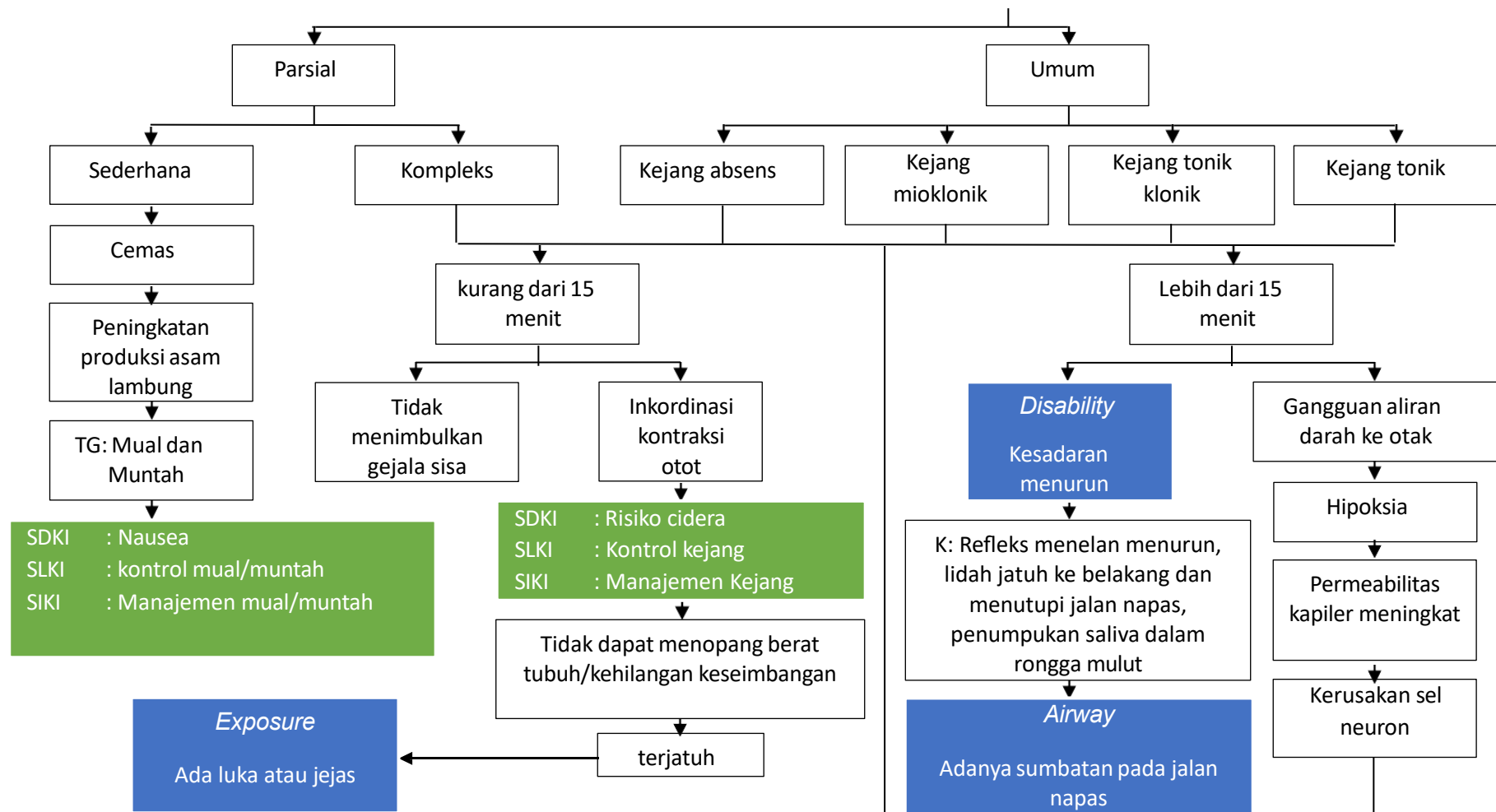
9. Komplikasi

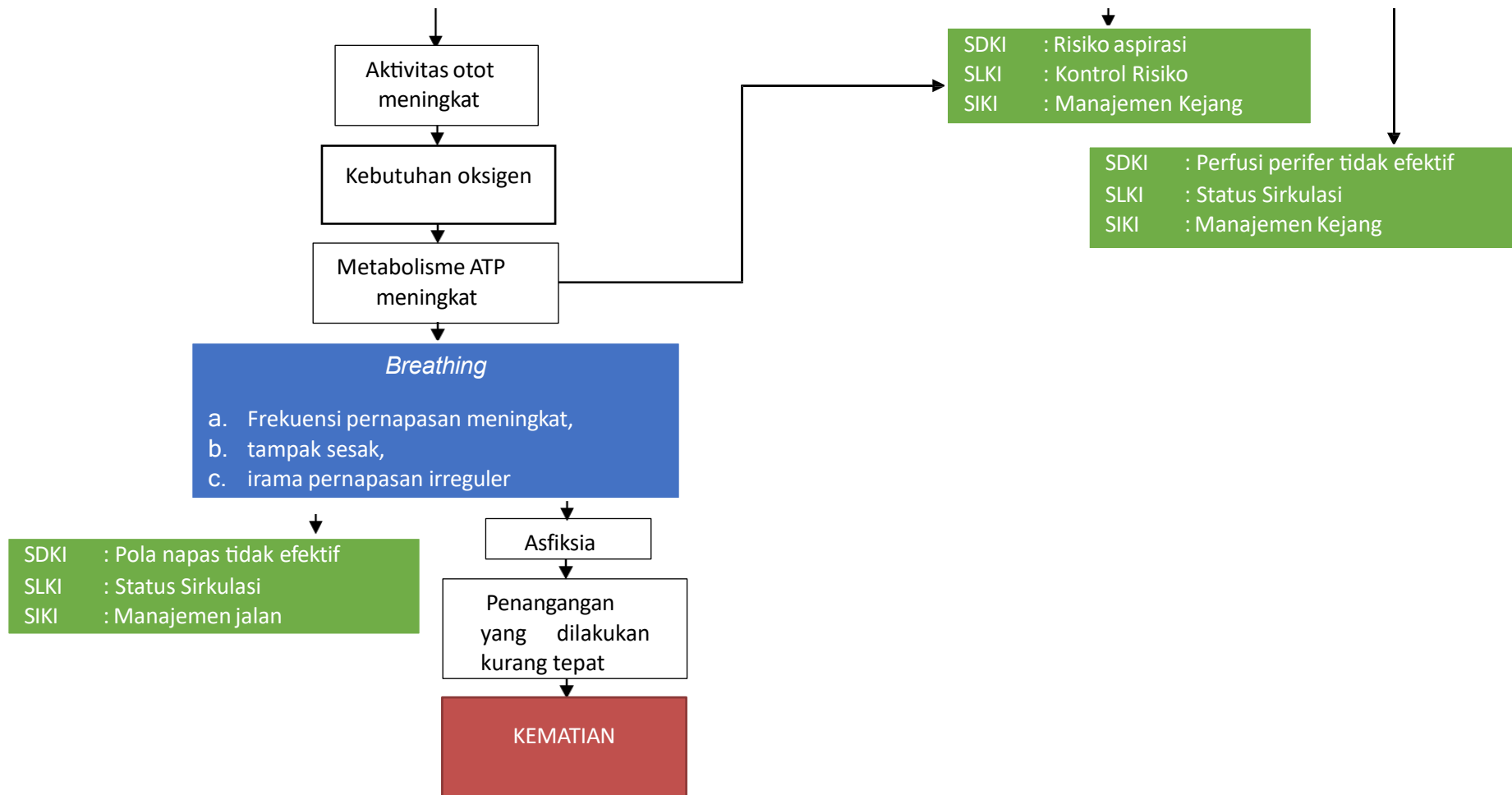
komplikasi yang dapat terjadi akibat kejang demam meliputi peningkatan risiko epilepsi di kemudian hari, terutama pada anak dengan kejang demam kompleks atau yang memiliki faktor risiko lain seperti perkembangan saraf abnormal dan riwayat keluarga epilepsi. Sekitar 5 - 10% anak dengan kejang demam kompleks berisiko mengalami epilepsi kemudian hari. Selain itu, jika kejang berlangsung lebih dari 30 menit atau berulang tanpa recovery, dapat menyebabkan status epileptikus yang berisiko terhadap kerusakan jaringan otak, edema, dan komplikasi neurologis lainnya. Selain itu, hipoksia dan asidosis yang terjadi selama status epileptikus dapat menyebabkan gangguan fungsi jantung dan neurologis permanen. Namun secara umum, sebagian besar kejang demam sederhana tidak menyebabkan komplikasi serius, tetapi kejang yang panjang atau berulang berpotensi menimbulkan dampak jangka panjang pada perkembangan neurologis anak (Yunerta Oktiva, 2021).

10. Patoflowdiagram









B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada pasien gawat darurat (Chairunnisa, 2021).

a. Data Umum

Berisi mengenai identitas pasien yang meliputi nama, umur, No. RM, jenis kelamin, agama, alamat, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, jam datang, jam diperiksa, tipe kedatangan dan informasi data.

b. Keadaan Umum

Mengkaji keadaan umum pada pasien kejang demam dengan gawat darurat yang berisi tentang observasi umum mengenai manajemen kejang, manajemen hipertermi dan pemeriksaan status ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, dan Exposure)

c. Pengkajian Primer

1) Airway

Mengkaji ada atau tidaknya sumbatan jalan nafas, sumbatan total atau sebagian, distress pernafasan, ada tidaknya aliran udara dan adanya gangguan pada jalan nafas misalnya adanya sumbatan jalan napas yang disebabkan oleh benda asing, sputum, cairan, dan lidah jatuh ke belakang menutupi jalan napas. Masalah airway yang biasanya timbul pada pasien dengan kejang demam yaitu pasien sulit bernafas karena lidah jatuh ke belakang atau adanya sumbatan jalan napas oleh saliva.

2) Breathing

Mengkaji frekuensi nafas dan pergerakan dinding dada (naik turunnya dinding dada), suara pernafasan melalui hidung atau mulut, irama pernapasan apakah teratur atau tidak dan dangkal atau dalam, adanya suara napas

tambahan, vocal premitus di kedua lapang paru sama, dan apakah adanya nyeri tekan (Kandarini, 2021). Masalah breathing yang timbul pada pasien dengan kejang demam yaitu frekuensi pernapasan meningkat disertai dengan irama naps yang tidak teratur

3) Circulation

Mengkaji tanda – tanda vital, kekuatan denyut nadi, elastisitas turgor kulit, mata cekung, apakah ada tanda – tanda syok, apakah terdapat perdarahan, apakah ada kehilangan cairan aktif seperti muntah, dan apakah ada nyeri yang dirasakan Masalah circulation yang timbul pada pasien dengan kejang demam yaitu peningkatan tanda – tanda vital, nadi teraba cepat, adanya tanda – tanda syok seperti sianosis, capillary refill time >3 detik, dan disertai nyeri kepala (Chairunnisa, 2021).

4) Disability

Mengkaji kondisi neuromuskular pasien, respon pupil, reflex cahaya, dan status kesadaran kesadaran (GCS) Kandarini, (2020) Masalah disability yang timbul pada pasien dengan kejang demam biasanya hanya terganggu pada tingkat kesadaran. Pada saat kejang berlangsung pasien akan mengalami penurunan kesadaran

5) Exposure

Pemaparan dan kontrol lingkungan tentang kondisi pasien secara umum. Berdasarkan data yang didapatkan dari An. H bahwa tidak ditemukannya adanya cedera saat mengalami kejang.

2. Diagnosis Keperawatan

Pada tinjauan teoritis yang ada, terdapat beberapa diagnosis keperawatan menurut PPNI (2018), yang dapat di angkat pada pasien dengan kejang demam, seperti:

- a. Risiko cedera d.d faktor risiko kegagalan mekanisme pertahanan tubuh
- b. Hipertermi b.d proses penyakit.
- c. Pola nafas tidak efektif b.d gangguan neurologis
- d. Nausea b.d faktor psikologis.
- e. Risiko aspirasi d.d faktor risiko penurunan tingkat kesadaran.
- f. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin

3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan

Luaran dan perencanaan keperawatan mengacu kepada SLKI PPNI (2018b), yaitu :

- a. DP I: Risiko cedera d.d faktor risiko kegagalan mekanisme pertahanan tubuh

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... menit, diharapkan kontrol kejang meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Kemampuan mengidentifikasi faktor risiko atau pemicu kejang meningkat.
- 2) Kemampuan mencegah faktor risiko atau pemicu kejang meningkat.
- 3) Kemampuan melaporkan efek samping obat meningkat
- 4) Kepatuhan meminum obat meningkat
- 5) Sikap positif meningkat
- 6) Penggunaan teknik reduksi stress meningkat
- 7) Penampilan peran meningkat
- 8) Hubungan sosial meningkat
- 9) Pola tidur meningkat
- 10) Program latihan yang sesuai meningkat
- 11) Melaporkan frekuensi kejang menurun.
- 12) Mendapatkan obat yang diberikan menurun.

SIKI (PPNI, 2018b) :

Manajemen Kejang

Observasi:

- 1) Monitor terjadinya kejang berulang
- 2) Monitor karakteristik kejang (mis. Aktivitas motorik dan progresi kejang)
- 3) Monitor status neurologis
- 4) Monitor tanda – tanda vital

Terapeutik:

- 1) Baringkan pasien agar tidak jatuh
- 2) Berikan alas empuk di bawah kepala, jika memungkinkan
- 3) Pertahankan kepatenan jalan napas
- 4) Longgarkan pakaian, terutama di bagian leher
- 5) Damping selama periode kejang
- 6) Jauhkan benda – benda berbahaya terutama benda tajam
- 7) Catat durasi kejang
- 8) Reorientasikan setelah periode terjadinya kejang
- 9) Dokumentasikan periode terjadinya kejang
- 10) Pasang akses IV, jika perlu
- 11) Berikan oksigen, jika perlu

Edukasi:

- 1) Anjurkan keluarga menghindari memasukkan apapun ke dalam mulut pasien saat periode kejang
- 2) Anjurkan keluarga tidak menggunakan kekerasan untuk menahan gerakan pasien

Kolaborasi:

Kolaborasi pemberian antikonvulsan, jika perlu

- b. DP II: Hipertensi b.d proses penyakit

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 menit, diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Menggigil menurun

- 2) Kulit merah menurun
- 3) Kejang menurun
- 4) Akrosianosis menurun
- 5) Konsumsi oksigen menurun
- 6) Piloereksi menurun
- 7) Vasokonstriksi perifer menurun
- 8) Kutis memorata menurun
- 9) Pucat menurun
- 10) Takikardi menurun
- 11) Takipnea menurun
- 12) Bradikardi menurun
- 13) Dasar kuku sianotik menurun
- 14) Hipoksia menurun
- 15) Suhu tubuh cukup membaik
- 16) Suhu kulit membaik
- 17) Kadar glukosa darah membaik
- 18) Pengisian kapiler membaik
- 19) Ventilasi membaik 20) Tekanan darah membaik

SIKI:

Manajemen Hipertermia

Observasi:

- 1) Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator)
- 2) Monitor suhu tubuh
- 3) Monitor kadar elektrolit
- 4) Monitor haluaran urine
- 5) Monitor komplikasi akibat hipertermia

Terapeutik

- 1) Sediakan lingkungan yang dingin
- 2) Longgarkan atau lepaskan pakaian
- 3) Basahi dan kipasi permukaan tubuh

- 4) Berikan cairan oral
- 5) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih)
- 6) Lakukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)
- 7) Hindari pemberian antipiretik atau aspirin
- 8) Berikan oksigen, jika perlu

Edukasi:

- 1) Anjurkan tirah baring

Kolaborasi:

- 1) Pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

c. Neusea b.d faktor fisiologis

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 menit, diharapkan control mual/muntah membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Kemampuan mengenali gejala meningkat
- 2) Kemampuan mengenali penyebab/pemicu meningkat
- 3) Kemampuan melakukan tindakan untuk mengontrol mual/muntah meningkat
- 4) Melaporkan mual dan muntah terkontrol meningkat
- 5) Menghindari faktor penyebab/pemicu meningkat
- 6) Mencatat pemantauan gejala meningkat
- 7) Menghindari bau tidak enak meningkat
- 8) Penggunaan obat antiemetic menurun
- 9) Melaporkan kegagalan pengobatan antiemetik menurun
- 10) Melaporkan efek samping obat menurun
- 11) Melaporkan gejala yang tidak terkontrol menurun

SIKI:

Manajemen mual

Observasi

- 1) Identifikasi pengalaman mual
- 2) Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis. bayi, anak – anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif)
- 3) Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur)
- 4) Identifikasi faktor penyebab mual (mis. pengobatan dan prosedur)
- 5) Identifikasi antiemetic untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan)
- 6) Monitor mual (mis. frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)
- 7) Monitor asupan nutrisi dan kalori

Terapeutik:

- 1) Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis. bau tak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan)
- 2) Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis. kecemasan, ketakutan, kelelahan)
- 3) Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik
- 4) Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna, jika perlu

Edukasi:

- 1) Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup
- 2) Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual
- 3) Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak

- 4) Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (mis. biofeedback, hypnosis, relaksasi, terapi music, akupresure)

Kolaborasi:

Kolaborasi pemberian antiemetic, jika perlu

Manajemen muntah

Observasi

- 1) Identifikasi karakteristik muntah (mis. warna, konsistensi, adanya darah, waktu, frekuensi, dan durasi)
- 2) Periksa volume muntah
- 3) Identifikasi riwayat diet (mis. makanan yang disukai, tidak disukai, dan budaya)
- 4) Identifikasi faktor penyebab muntah (mis. pengobatan dan prosedur)
- 5) Identifikasi kerusakan esophagus dan faring posterior jika muntah terlalu lama
- 6) Monitor efek manajemen muntah secara menyeluruh
- 7) Monitor keseimbangan cairan dan elektrolit

Terapeutik

- 1) Kontrol lingkungan penyebab muntah (mis. bau tak sedap, suara, dan stimulasi visual yang tidak menyenangkan)
- 2) Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab muntah (mis. kecemasan, ketakutan)
- 3) Atur posisi untuk mencegah aspirasi
- 4) Pertahankan kepatenan jalan napas
- 5) Bersihkan mulut dan hidung
- 6) Berikan dukungan fisik saat muntah (mis. membantu membungkuk atau menundukkan kepala)
- 7) Berikan kenyamanan selama muntah (mis. kompres dingin di dahi atau sediakan pakaian kering dan bersih)

- 8) Berikan cairan yang tidak mengandung karbonasi minimal 30 menit setelah muntah

Edukasi

- 1) Anjurkan membawa kantong plastic untuk menampung muntah
- 2) Anjurkan memperbanyak istirahat
Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengelola muntah (mis. biofeedback, hypnosis, relaksasi, terapi musik, akupresure)

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian antiemetic, jika perlu
- d. DP III: Pola nafas tidak efektif b.d gangguan neurologis
SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 menit, diharapkan Pola napas membaik dengan kriteria hasil:
- 1) Dispnea Membaik
 - 2) Penggunaan otot bantu napas
 - 3) Pemanjangan fase ekspirasi
 - 4) Ortopea
 - 5) Pernapasan cuping hidung
 - 6) Frekuensi napas
 - 7) Kedalaman napas
 - 8) Ekskursi dada
 - 9) Ventilasi semenit
 - 10) Kapasitas vital
 - 11) Diameter thoraks anterior-posterior
 - 12) Tekanan ekspirasi
 - 13) Tekanan inspirasi

SIKI:

Manajemen Jalan Napas

Observasi:

- 1) Monitor pola napas
- 2) Monitor bunyi napas tambahan
- 3) Monitor sputum

Terapeutik

- 1) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan headtilt dan chinlift
- 2) Posisikan semi fowler dan fowler
- 3) Berikan minum hangat
- 4) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
- 5) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
- 6) Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal
- 7) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forseps McGill
- 8) Berikan oksigen, jika perlu

Edukasi:

- 1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi
- 2) Ajarkan teknik batuk efektif

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

- e. DP IV: Risiko aspirasi d.d faktor risiko penurunan tingkat kesadaran.

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 menit, diharapkan kontrol risiko meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko meningkat
- 2) Kemampuan mengidentifikasi faktor risiko meningkat

- 3) Kemampuan melakukan strategi kontrol risiko meningkat
- 4) Kemampuan mengubah perilaku meningkat
- 5) Komitmen terhadap strategi meningkat
- 6) Kemampuan memodifikasi gaya hidup meningkat
- 7) Kemampuan menghindari faktor risiko meningkat
- 8) Kemampuan mengenali perubahan status kesehatan meningkat
- 9) Kemampuan berpartisipasi dalam skrining risiko meningkat
- 10) Penggunaan fasilitas kesehatan meningkat
- 11) Penggunaan sistem pendukung meningkat
- 12) Pemantauan perubahan status kesehatan meningkat
- 13) Imunisasi meningkat

SIKI:

Manajemen Kejang

Observasi

- 1) Monitor terjadinya kejang berulang
- 2) Monitor karakteristik kejang (mis. Aktivitas motorik dan progresi kejang)
- 3) Monitor status neurologis
- 4) Monitor tanda – tanda vital

Terapeutik

- 1) Baringkan pasien agar tidak jatuh
- 2) Berikan alas empuk di bawah kepala, jika memungkinkan
- 3) Pertahankan kepatenan jalan napas
- 4) Longgarkan pakaian, terutama di bagian leher
- 5) Damping selama periode kejang
- 6) Jauhkan benda – benda berbahaya terutama benda tajam
- 7) Catat durasi kejang
- 8) Reorientasikan setelah periode terjadinya kejang
- 9) Dokumentasikan periode terjadinya kejang

10) Pasang akses IV, jika perlu

11) Berikan oksigen, jika perlu

Edukasi

- 1) Anjurkan keluarga menghindari memasukkan apapun ke dalam mulut pasien saat periode kejang
- 2) Anjurkan keluarga tidak menggunakan kekerasan untuk menahan gerakan pasien Kolaborasi Kolaborasi pemberian antikonvulsan, jika perlu

f. DP V: Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin.

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 menit, diharapkan status sirkulasi membaik

SIKI:

Manajemen Kejang

Observasi

- 1) Monitor terjadinya kejang berulang
- 2) Monitor karakteristik kejang (mis. Aktivitas motorik dan progresi kejang)
- 3) Monitor status neurologis
- 4) Monitor tanda – tanda vital

Terapeutik

- 1) Baringkan pasien agar tidak jatuh
- 2) Berikan alas empuk di bawah kepala, jika memungkinkan
- 3) Pertahankan kepatenan jalan napas
- 4) Longgarkan pakaian, terutama di bagian leher
- 5) Damping selama periode kejang
- 6) Jauhkan benda – benda berbahaya terutama benda tajam
- 7) Catat durasi kejang
- 8) Reorientasikan setelah periode terjadinya kejang
- 9) Dokumentasikan periode terjadinya kejang
- 10) Pasang akses IV, jika perlu

11) Berikan oksigen, jika perlu

Edukasi

- 1) Anjurkan keluarga menghindari memasukkan apapun ke dalam mulut pasien saat periode kejang
- 2) Anjurkan keluarga tidak menggunakan kekerasan untuk menahan gerakan pasien Kolaborasi Kolaborasi pemberian antikonvulsan, jika perlu

4. Perencanaan Pulang (Discharge Planning)

- a. Jelaskan pada orang tua bahwa suhu tubuh yang tinggi dapat menyebabkan kejang.
- b. Anjurkan pada orang tua untuk memberikan kompres hangat pada daerah dahi dan ketiak bila demam.
- c. Jelaskan pada orang tua apabila terjadi kejang, anak dibaringkan di tempat datar dan kepalanya dimiringkan dan pasang gagang sendok yang telah di bungkus kain bersih pada mulut agar lidah tidak tergigit.
- d. Apabila terjadi kejang lama atau berulang segera bawa pasien ke rumah sakit.
- e. Jelaskan pada orang tua mengenai pentingnya menyediakan obat penurun demam yang didapatkan atas resep dokter. Segera berikan obat penurun demam bila anak mulai demam dan pemberian obat diteruskan sampai suhu tubuh turun dalam 24 jam, dan apabila demam masih naik turun sebaiknya segera bawa anak ke dokter.
- f. Jelaskan pada orang tua mengenai pentingnya gizi bagi anak – anak mereka.
- g. Pastikan bayi atau anak mendapatkan imunisasi yang lengkap.

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Seorang anak perempuan umur 10 tahun datang ke IGD RS Akademis Jaury Jusuf Makassar pukul 21.43 WITA dengan keluhan kejang demam. Keluarga mengatakan anak sudah demam sejak 1 hari yang lalu dan tidak membaik dengan minum obat demam dan babyfever. Pada tanggal 6 Desember 2025 pukul 21.36 WITA pasien mengalami kejang di rumah dengan durasi $\pm$ 2 menit dengan demam dan pucat. Setelah kejang berhenti keluarga langsung membawa anak ke RS, dalam perjalanan menuju RS keluarga pasien mengatakan anak mengalami kejang berulang di dalam mobil pada pukul 21.42 WITA dengan durasi $\pm$ 4 menit. Setelah tiba di IGD RS Akademis Jaury Jusuf Makassar, dokter melakukan pemeriksaan dan observasi selama $\pm$ 6 jam. Pada pukul 00.51 WITA pasien kembali kejang yang ke 3 kalinya dengan durasi $\pm$ 7 menit tampak bibir membiru (sianosis), pucat dan tidak memberikan respon apapun saat diberikan rangsangan.

Berdasarkan data tersebut, maka diagnosis keperawatan utama yaitu Pola napas tidak efektif dengan kondisi terkait kejang sehingga dilakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu mempertahankan jalan napas menggunakan spatel lidah yang sudah dililit dengan kasa agar lidah tidak menutupi jalan napas, memberikan posisi lateral ke sebelah kanan, diberikan O₂ nasal kanul 3 liter dan diganti NRM 8 liter. Selain kejang, didapatkan suhu tubuh anak 39,2 °C. Maka diagnosis keperawatan selanjutnya yaitu Hipertermi ditandai dengan proses penyakit dan tindakan keperawatan yang diberikan untuk mengatasi masalah yaitu pemasangan infus dengan jenis cairan Ringer Laktat 500 cc/24 tpm, ceftriaxone 1 gr/PB NaCl 0,9% dan diberikan paracetamol drips 500 mg/IV/Sp. Maka diagnosis selanjutnya yaitu Risiko Cedera dibuktikan dengan faktor Risiko kegagalan mekanisme pertahanan

tubuh dan tindakan keperawatan yang diberikan untuk mengatasi masalah yaitu baringkan pasien agar tidak jatuh, catat durasi kejang, dan setelah itu anak kemudian diberikan stesolid 10 mg/rectal untuk mengobati kejangnya. Setelah pemberian tindakan, dilakukan observasi ulang pada anak $\pm$ 30 menit dan hasilnya tampak tidak terjadi kejang berulang dan demam pada anak mulai menurun yaitu ($37,2^{\circ}$) sehingga anak di pindahkan ke ruangan perawatan khusus anak (Ruang Anggrek).

B. Identitas Pasien

Nama Pasien (Initial) : An. H
 Umur : 10 tahun 10 bulan 2 hari
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Tanggal/Jam MRS : 6 Desember 2025/ 21.43 WITA
 Tanggal/Jam Pengkajian : 6 Desember 2025/ 21.56 WITA
 Diagnosa Medis : Kejang dan febris pro evaluasi

C. Pengkajian

1. Keadaan Umum:

Tampak pasien kejang, tampak bibir membiru (sianosis), dan tampak pasien masuk ke IGD menggunakan stretcher trolley.

2. Triase

☐ Prioritas 1 ☒ Prioritas 2 ☐ Prioritas 3
☐ Prioritas 4 ☐ Prioritas 5

Alasan (kondisi pada saat masuk):

Pasien tampak kejang, dan bibir membiru (sianosis), frekuensi napas: 32 x/menit, SpO2: 90%.

3. Keluhan Utama: Kejang demam

Riwayat Keluhan Utama:

Keluarga mengatakan sebelum mengalami kejang, anak sudah demam sejak 1 hari yang lalu dan tidak membaik dengan obat penurun demam. Pada pukul 21.36 WITA pasien mengalami kejang di rumah dengan durasi $\pm$ 2 menit dengan bibir yang membiru dan anak tampak pucat, sehingga keluarga langsung memutuskan membawa anak ke rumah sakit. Dalam perjalanan ke RS, anak mengalami kejang kembali dengan durasi $\pm$ 4 menit. Setelah tiba di IGD RS Akademis Makassar dokter melakukan pemeriksaan dan saat pemeriksaan dilakukan anak kembali kejang dengan durasi $\pm$ 7 menit untuk ke 3 kalinya.

4. Riwayat Penyakit Terdahulu:

Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit epilepsy sejak umur 2 tahun dan sejak saat itu, pasien sering keluar masuk rumah sakit karena kejang demam. Keluarga mengatakan jika demam muncul, keluarga hanya meminumkan obat paracetamol dan memakaikan babyfever. Pasien juga memiliki riwayat faringitis akut sejak 1 tahun yang lalu.

5. Survey Primer

a. *Airway dan Control Cervikal*

Jalan napas

- ☒ Paten
- ☐ Tidak paten
 - ☐ Benda asing
 - ☐ Sputum
 - ☐ Cairan/darah
 - ☐ Lidah jatuh
 - ☐ Spasme
 - ☐ Lainnya: -

Suara Napas:

- ☒ Normal
- ☐ Stridor
- ☐ Snoring
- ☐ Gurgling
- ☐ Tidak ada suara

Fraktur servikal

- ☐ Ya
- ☒ Tidak

Data lainnya:-

b. *Breathing*

Frekuensi napas : 32 x/menit

Saturasi Oksigen : 90%

- ☐ Napas Spontan
- ☐ Apnea
- ☐ Orthopnue
- ☒ Sesak

Suara Napas:

- ☒ Vesikuler
- ☐ Broncho-vesikuler
- ☐ Bronchial

Tanda Distres Pernapasan

- ☐ Retraksi dada/interkostal
- ☒ Penggunaan otot bantu napas

Irama pernapasan

- ☐ Teratur
- ☒ Tidak teratur
- ☐ Dalam
- ☐ Dangkal

Pengembangan Dada

- ☒ Simetris
- ☐ Tidak Simetris

Suara Tambahan

- ☐ Wheezing
- ☐ Ronchi

Perkusi

- ☒ Sonor
- ☐ Pekak
- ☐ Redup

Lokasinya:

Kedua lapang paru

Krepitasi

- ☐ Pekak
- ☒ Tidak

Vocal premitus :

Getaran kedua lapang paru teraba sama

Luka/Fraktur

- ☐ Ya, Sebutkan
- ☒ Tidak

Data lainnya:

Keluarga mengatakan pasien mengalami sesak napas 30 menit yang lalu dan memberat saat kejang berlangsung disertai sianosis pada bibir. Tampak keluarga memasukkan sendok ke dalam mulut pasien.

c. *Circulation*

Tekanan Darah : 100/70 mmHg

Suhu : 39,2°C

Nadi : 110 x/menit

☐ Tidak Teraba

☒ Kuat

☐ Lemah

☐ Tidak teratur

☐ Teratur

Kulit dan Ekstermitas

☒ Hangat

☐ Dingin

☒ Sianosis (bibir)

☒ Pucat

☒ CRT >2 detik

Bibir

☐ Lembab

☒ Kering

Nyeri Dada

☒ Tidak

☐ Ya (Jelas PQRST)

☐ Lainnya :-

Data Lainnya:

Keluarga mengatakan pasien mengalami demam sejak 1 hari yang lalu dan telah diberikan obat paracetamol dan babyfever. setelah diberikan obat, demamnya turun namun dengan kembali naik beberapa jam setelah obat diberikan

Diaphoresis

☐ Ya

☒ Tidak

Mata Cekung

☐ Ya

☒ Tidak

Turgor Kulit

☒ Elastis

☐ Menurun

☐ Buruk

Perdarahan

☐ Ya, Jumlah:

Warna:

Melalui:

☒ Tidak

d. *Disability*

Tingkat Kesedaran GCS

Kualitatif : Somnolen

Kuantitatif : 7 (M4V2E1)

Pupil

☒ Isokor☐ Anisokor☐ Midriasis

Kaku Kuduk

☐ Ya☐ Tidak

Refleks cahaya

☒ Positif☐ Negatif

Test Babinsky

☐ Fisiologis☐ Patologis

Uji Kekuatan Otot:

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan:

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu menahan tekanan

Nilai 2 : Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : Tampak ada kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

e. *Exposure* (dikaji khusus pasien trauma), lakukan *log roll*:

☒ Tidak ditemukan masalah

☐ Luka

☐ Jejas

f. Foley Chateter

☐ Terpasang, Output :-

Warna :-

Lainnya :-

☒ Tidak terpasang

g. *Gastric Tube*

☐ Terpasang, Output :-

Warna :-

Lainnya :-

☒ Tidak terpasang

6. Survey Sekunder (dilakukan jika survey primer telah stabil)

Riwayat Kesehatan SAMPLE

- Symptomp : Keluarga mengatakan anak demam naik turun sejak 1 hari yang lalu.
- Alergi : Keluarga mengatakan tidak ada alergi obat dan makanan
- Medikasi : Keluarga mengatakan tidak ada obat yang dikonsumsi, hanya meminum obat ketika lagi demam
- Past medical history : Keluarga mengatakan pasien pernah dirawat dengan diagnosa Epilepsi dan faringitis akut
- Last Oral Intake : Keluarga mengatakan pasien makan bubur 2 jam yang lalu sebelum ke RS Akademis Jaury Yusuf Putera Makassar
- Events : Keluarga mengatakan pasien sempat kejang 2 kali sebelum MRS, kejang pertama pada saat dirumah dengan durasi ± 2 menit, kejang yang ke dua saat pasien berada diperjalanan ke RS pada dengan durasi ± 4 menit.

Tanda-Tanda Vital:

- Tekanan darah : 100/70 mmHg
- Frekuensi napas : 32 x/menit
- Nadi : 110 x/menit
- Suhu : 39,2°C
- Saturasi : 90%

Pengkajian Psikososial:

- ☒ Tidak ada masalah
- ☐ Cemas
- ☐ Panik
- ☐ Marah
- ☐ Sulit berkonsentrasi
- ☐ Tegang
- ☐ Takut
- ☐ Merasa Sedih
- ☐ Merasa bersalah
- ☐ Merasa putus asa
- ☐ Perilaku agresif
- ☐ Menciderai diri
- ☐ Menciderai orang lain
- ☐ Keinginan bunuh diri
- ☐ Lainnya:

Pengkajian *head to toe*:

- | | |
|--------------------------|---|
| a. Keadaan rambut | : Tampak bersih dan berwarna hitam |
| b. Hidrasi kulit | : Normal, kembali < 3 detik |
| c. Palpebrae/conjungtiva | : Tidak tampak edema/ Tidak Tampak anemis |
| d. Sclera | : Tidak tampak icterik |
| e. Tekanan intra okuler | : Tampak tidak ada |
| f. Pupil | : Tampak isokor |
| g. Hidung | : Tampak bersih tampak sputum tengah |

- h. Mulut : Tampak bersih
- i. Telinga : Tampak bersih
- j. Lidah : Tampak bersih
- k. Fharing : Ada peradangan dan kemerahan
- l. Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
- m. Abdomen:
 - 1) Inspeksi : Tidak tampak pembengkakan dan kelainan pada bentuk perut anak
 - 2) Palpasi : Nyeri tidak ada benjolan tidak ada
 - 3) Perkusi : Negatif
 - 4) Auskultasi : Peristaltik usus 24/menit
 - 5) Palpasi kandung kemih : Kosong
- n. Nyeri ketuk ginjal : Tampak tidak ada
- o. Lengan dan tungkai:
 - 1) Atrofi otot : Negatif
- q. Rentang Gerak
 - 1) Kaku sendi : Tampak tidak ada
 - 2) Paralisis : Tampak tidak ada paralisi
 - 3) Parase : Tampak tidak ada parase
 - 4) Fraktur : Tampak tidak ada fraktur
- p. Kulit
 - 1) Edema : Negatif
 - 2) Icterik : Negatif
 - 3) Tanda-tanda peradangan : Tidak tampak tanda-tanda radang
 - 4) Lesi : Tidak tampak lesi
- q. Jantung
 - 1) Inspeksi:
 - Ictuc cordis : Tidak tampak
 - 2) Palpasi:
 - Ictuc cordis : Teraba di ICS 5

3) Perkusi:

- a) Bunyi jantung : Reguler tidak ada murmur
- b) Batas jantung II P : ICS II linea sternalis sinistra
- c) Batas kanan jantung : ICS 3 linea midclavicularis dextra
- d) Batas kiri jantung : ICS 4 linea axila anterior sinistra

4) Auskultasi:

- a) Bunyi jantung II A : Tunggal di ICS II Linea sternalis dekstra
- b) Bunyi jantung II P : Tunggal di ICS II Linea sternalis sinistra
- c) Bunyi jantung I T : Tunggal di ICS IV linea sternalis sinistra
- d) Bunyi jantung I M : Tunggal di ICS V linea medio clavicularis sinistra
- e) Bunyi jantung III irama : Tidak terdengar
- f) Murmur : Tidak ada

r. Uji syaraf kranial:

- 1) Nervus kranial IX (Glosofaringeus): pasien mengatakan sakit/nyeri saat menelan

7. Pemeriksaan Penunjang

- a. Laboratorium :-

8. Farmakoterapi (nama obat/dosis/waktu/jalur pemberian):

- a. Ceftriaxone 1 gram/12 jam/ IV/PB Nacl 0,9%
- b. Paracetamol 500mg/ 8 jam/ IV/SP
- c. Paracetamol 500 mg/8 jam/oral
- d. Stesolid 10 mg/rectal

Terapi Lainnya (jika ada):

TERAPI OBAT

1. Ceftriaxone
 - a. Nama obat : Ceftriaxone
 - b. Klasifikasi golongan obat : Ceftriaxone merupakan obat antibiotik golongan sefalosporin
 - c. Dosis umum : 1-2 gr/hari dengan melalui IV
 - d. Dosis untuk pasien : 1 gram/12 jam/IV/SP
 - e. Cara pemberian : Intravena
 - f. Mekanisme kerja dan fungsi : Cara kerja ceftriaxone yakni menghambat sintesis dinding sel bakteri dengan cara menghambat peptidoglikan dan mengaktifkan enzim autololitik dalam dinding sel yang menyebabkan rudapaksa sehingga bakteri mati.
 - g. Alasan pemberian obat : Sebagai antibiotik untuk Mengobati infeksi bakteri penyebab demam
 - h. Kontra indikasi : Memiliki riwayat alergi terhadap ceftriaxone atau antibiotik golongan sefalosporin, penderita penyakit liver, ginjal, diabetes, dan gangguan pencernaan seperti kolitiasis, pada bayi premature dan bayi yang berusia <1 bulan
 - i. Efek samping obat : Nyeri perut, mual-muntah, diare, pusing, mengantuk, sakit kepala, muncul keringat berlebihan, sesak napas, dan demam

2. Paracetamol

- a. Nama obat : Paracetamol
- b. Klasifikasi golongan obat : Paracetamol merupakan obat analgesik dan antipiretik
- c. Dosis umum : 500-1.000 mg atau 10-15 mg/kgBB, tiap 4-6 jam
- d. Dosis untuk Pasien : 500mg/8 jam/IV/SP
- e. Cara pemberian : IV
- f. Mekanisme kerja dan fungsi : Cara kerja Paracetamol yakni dengan menghambat sintesis prostaglandin di sistem saraf pusat melalui penghambatan enzim siklooksigenase sehingga menurunkan suhu tubuh
- g. Alasan pemberian obat : Untuk menurunkan suhu tubuh (demam)
- h. Kontra indikasi : pada pasien yang memiliki alergi terhadap paracetamol dan pada pasien dengan gangguan fungsi hati berat, karena obat ini dimetabolisme di hati sehingga dapat meningkatkan risiko kerusakan hati.
- i. Efek samping obat : mual, muntah, reaksi alergi seperti ruam atau gatal, serta pada dosis tinggi dapat menyebabkan kerusakan hati.

3. Paracetamol tablet

- a. Nama obat : Paracetamol
- b. Klasifikasi golongan obat : Paracetamol merupakan obat analgesik dan antipiretik
- c. Dosis umum : 500-1.000 mg atau 10-15 mg/kgBB, tiap 4-6 jam
- d. Dosis untuk pasien : 500mg/3x1/oral
- e. Cara pemberian : Oral
- f. Mekanisme kerja dan fungsi : Cara kerja Paracetamol yakni dengan menghambat sintesis prostaglandin di sistem saraf pusat melalui penghambatan enzim siklooksigenase sehingga menurunkan suhu tubuh
- g. Alasan pemberian obat : Untuk menurunkan suhu tubuh (demam)
- h. Kontra indikasi : pada pasien yang memiliki alergi terhadap paracetamol dan pada pasien dengan gangguan fungsi hati berat, karena obat ini dimetabolisme di hati sehingga dapat meningkatkan risiko kerusakan hati.
- i. Efek samping obat : mual, muntah, reaksi alergi
Seperti ruam atau gatal, serta pada dosis tinggi dapat menyebabkan kerusakan hati.

4. Stesolid

- a. Nama obat : Stesolid
- b. Klasifikasi golongan obat : Psikotropika
- c. Golongan IV : Benzodiazepin
- d. Dosis umum : Sediaan rectal tube 5 mg untuk BB <10 kg; 10 mg untuk BB >10 kg.
- e. Dosis untuk pasien : 10 mg/rectal
- f. Cara pemberian : Rectal
- g. Mekanisme kerja dan fungsi : Bekerja dengan meningkatkan aktivitas neurotransmitter gaba di otak untuk menghambat hantaran sinyal saraf. Berfungsi sebagai antikonvulsan (anti-kejang), sedatif (penenang), dan relaksan otot.
- h. Alasan pemberian obat : Untuk menghentikan kejang akut (seperti kejang demam atau status epileptikus), mengatasi kecemasan berat, atau mengatasi spasme otot rangka
- i. Kontra indikasi : Penderita miastenia gravis, depresi pernapasan berat, glaukoma sudut sempit, insufisiensi pulmonal akut, dan bayi usia <6 bulan (untuk sediaan tertentu).
- j. Efek samping obat : Mengantuk, pusing, kelelahan, dan potensi ketergantungan pada penggunaan jangka panjang.

D. ANALISA DATA

No.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	DS: - Keluarga mengatakan pasien mengalami demam sejak 1 hari yang lalu - Keluarga mengatakan demam naik turun - Keluarga mengatakan demam turun jika di berikan obat dan bebyfever namun beberapa jam kemudian kembali naik. - Keluarga mengatakan pasien sakit saat menelan DO: - Suhu tubuh pasien teraba hangat - Suhu: 39,2°C - Tampak peradangan/pembengkakan pada tenggorokan	Proses penyakit (infeksi pada faring)	Hipertemia
2.	DS: - Keluarga mengatakan pasien mengalami sesak - Keluarga mengatakan sesak napas memberat saat kejang berlangsung DO: - Tampak pasien sesak dan irama tidak teratur - Tampak pasien sianosis pada bibir - Tampak menggunakan otot bantu napas - Frekuensi napas: 32 x/menit - Spo2: 90%	gangguan neorologis (gangguan kejang)	Pola napas tidak efektif
3.	DS: - Keluarga mengatakan pasien mengalami kejang dirumah dengan durasi $\pm$ 2 menit - Keluarga mengatakan pasien mengalami kejang diperjalanan saat mau ke RS dengan durasi	Factor risiko kegagalan mekanisme pertahanan tubuh	Risiko cidera

	± 4 menit - Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat epilepsy pada saat usia 2 tahun DO: - Tampak pasien kejang - Tampak kesadaran pasien menurun - Kesadaran: GCS 7 (M4V2E1)		
--	--	--	--

E. Diagnosis Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan
1.	Hipertemi b.d proses penyakit d.d suhu tubuh diatas nilai normal, kejang, kulit terasa hangat.
2.	Pola napas tidak efektif b.d gangguan neorologis (gangguan kejang) d.d penggunaan otot bantu napas, takipnea, saturasi oksigen menurun
3.	Risiko cedera d.d faktor risiko kegagalan mekanisme pertahanan tubuh

F. Intervensi Keperawatan

Nama/Usia : An. H/ 10 Tahun

Ruangan : IGD Akademis Jaury Jusuf Putera makassar

Tanggal	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran Yang Diharapkan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
6 Desember 2025	Hipertemi b.d proses penyakit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 6 jam diharapkan termogulasi membaik dengan kriteria hasil: 1. Kejang menurun 2. Pucat menurun 3. Suhu tubuh cukup membaik 4. Suhu kulit membaik	Manajemen Hipertermi <i>Observasi</i> 1. Monitor suhu tubuh 2. Monitor komplikasi akibat hipertemia <i>Terapeutik</i> 1. Berikan cairan oral <i>Kolaborasi</i> 1. Pemberian cairan dan elektrolit intravena Pemberian Obat <i>Observasi</i> 1. Periksa tanggal kadaluarsa obat <i>Terapeutik</i> 1. Perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan adekuat 2. Lakukan prinsip 6 benar (pasien, obat, dosis, rute, aktu dan dokumentasi) 3. Dokumentasikan pemberian obat dan respons terhadap obat

	Pola napas tidak efektif b.d gangguan neorologis (gangguan kejang)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 6 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil: 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Frekuensi napas membaik 4. Kedalaman naps membaik	Manajemen jalan napas Observasi 1. Monitor pola napas Terapeutik 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan posisi lateral kanan 2. Berikan oksigen, jika perlu
	Risiko cedera d.d faktor risiko kegagalan mekanisme pertahanan tubuh	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 6 jam diharapkan Kontrol kejang meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mencegah factor resiko atau pemicu kejang meningkat 2. Laporkan frekuensi kejang menurun	Manajemen kejang Observasi 1. Monitor tanda-tanda vital Terapeutik 1. Baringkan pasien agar tidak jatuh 2. Pertahankan kepatenan jalan napas 3. Catat durasi kejang Edukasi 1. Anjurkan keluarga menghindari memasukkan apapun ke dalam mulut pasien saat periode kejang Kolaborasi Kolaborasi Kolaborasi pemberian antikonvulsan

G. Implementasi Keperawatan

Nama/Umur : An. H/ 10 tahun

Unit/Ruangan : IGD RS Akademis Jaury Jusuf Makassar

Tgl/Jam	DX	Tindakan Keperawatan	Nama Perawat
21.46 WITA	III	Monitor tanda-tanda vital H: - Tampak pasien kejang dan pucat - TTV TD: 100/70 mmHg N: 100 x/menit	Martha
	I	Monitor suhu tubuh H: - Suhu tubuh teraba hangat - Suhu: 39,0°C	Marshanda
	II	Monitor pola napas H: - Tampak pasien sesak - Tampak sianosis pada bibir - Tampak menggunakan otot bantu napas - Frekuensi napas: 32 x/ menit - Spo2: 90% - Irama napas: tidak teratur	Marshanda
21.47 WITA	III	Mempertahankan kepatenan jalan napas dengan memberikan posisi lateral ke kanan dan menggunakan spatel dililit kasa saat kejang H: Tidak ada sumbatan jalan napas seperti lidah jatuh ke belakang dan Risiko aspirasi.	Marshanda
21.51 WITA	II	Memberikan O2 3 liter menggunakan nasal kanul H: Tampak O2 nasal kanul 3 L terpasang dan P : 23 x/menit, Spo2: 99%	Marshanda
	I	Memasangkan infus dan pemberian obat H: - Tampak pasien terpasang infus RL 500 cc/ 24 tpm - Obat paracetamol 500 mg/ Syringe	

		pump - Obat ceftriaxone 1 g/drips	
00.53 WITA	III	Mempertahankan kepatenan jalan napas H: Pasien tampak menggunakan spatel di lilit kasa dan diberikan posisi lateral kanan untuk meningkatkan saturasi saat kejang ke 2 kali di IGD dengan durasi $\pm$ 7 menit	Martha
	I	Monitor suhu tubuh H: - Suhu tubuh teraba panas - Suhu: 40,4°C	
	II	Monitor pola napas (sebelum pemberian posisi lateral kanan) H: - Tampak sianosis pada bibir - CRT >2 detik - Frekuensi napas: 41 x/menit - Spo2: 86%	
00.54 WITA	II	Monitor pola napas (sesudah pemberian posisi lateral kanan) H: - Tampak sianosis pada bibir - Frekuensi napas: 36 x/menit - Spo2: 88%	Martha
00.55 WITA	II	Pemberian oksigen H: - tampak oksigen diganti dari nasal kanul ke NRM 8 liter - Frekuensi napas: 25 x/menit - Spo2: 97%	Marshanda
	I	Melakukan pemberian obat antipiretik H: Tampak pasien terpasang infus RL 500 cc/ 24 tpm dan obat paracetamol 500 mg/ Syringe pump	Martha
00.56 WITA	III	Memberikan obat stesolid 10 mg/rectal H: Tampak pasien sudah tidak kejang	Marshanda
01.29 WITA	III	Memonitor terjadinya kejang berulang H: - Keluarga mengatakan bahwa anaknya tidak mengalami kejang	Martha

		berulang - Tampak tidak adanya kejang berulang setelah 30 menit pemberian obat stesolid 10 mg	
02.18	II	Monitor pola napas: H: - Pasien mengatakan sudah tidak sesak - Tampak dilepas O2 NRM	
05.45 WITA	I	Monitor suhu tubuh H: - Keluarga mengatakan pasien sudah tidak panas lagi - Keluarga mengatakan pasien sudah di kompres air hangat - Suhu: 37,2°C - Tampak pucat berkurang - Tampak pasien sudah mulai beraktivitas	Marshanda & Martha
	II	Monitor pola napas H: - O2 NRM dilepas 1 menit - Pasien mengatakan masih mengatakan sesak - Frekuensi napas: 29x/menit - Spo2: 94%	
05.47 WITA	II	Pemberian oksigen H: - Tampak pasien diganti dari NRM ke nasal kanul 3 liter - Frekuensi napas: 22 x/menit - Spo2: 98%	Martha

H. Evaluasi Keperawatan

Tanggal	DP	Evaluasi	Nama Perawat
07 Desember 2025 05.58 WITA	I	DX I: Hipertermia b.d proses penyakit S : - Keluarga mengatakan suhu badan pasien sudah menurun - Keluarga mengatakan pasien sudah di kompres air hangat O : - Suhu: 37,2 °C - Tampak pucat berkurang - Tampak pasien sudah mulai beraktivitas A : Termogulasi mulai membaik P : Lanjutkan intervensi manajemen hipertermia di ruangan perawatan Anggrek	Marshanda & Martha
07 Desember 2025 05.58 WITA	II	DX II: Pola napas tidak efektif b.d gangguan neurologis (gangguan kejang) S : - Pasien mengatakan masih merasa sesak O : - Tampak pasien sesak terpasang nasal kanul 3 liter - Frekuensi napas: 22 x/menit - Spo2: 98% A : Pola napas membaik P : Lanjutkan intervensi manajemen jalan napas di ruangan perawatan Anggrek	Marshanda & Martha
07 Desember 2025 05.58 WITA	III	DX III: Risiko cedera d.d faktor risiko kegagalan mekanisme pertahanan tubuh. S : - Keluarga mengatakan pasien kejang jika suhu tubuh pasien demam - Keluarga mengatakan pasien sudah tidak kejang O : Tampak pasien tidak kejang A : Kontrol kejang membaik P : Lanjutkan intervensi manajemen kejang di ruangan perawatan Anggrek	Marshanda & Martha

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Dalam bab ini akan membahas masalah kesenjangan teori dengan data yang ditemukan selama melaksanakan “Asuhan Keperawatan kegawatdaruratan pada An. H dengan kejang demam di ruang IGD Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar”. Adapun masalah tersebut ditemukan berupa kesenjangan antara teori dan pelaksanaan praktek secara langsung serta masalah yang penulis temukan selama melaksanakan asuhan keperawatan kegawatdaruratan adalah sebagai berikut:

1. Pengkajian

a. Airway

Menurut teori masalah airway yang biasanya timbul pada pasien dengan kejang demam yaitu pasien sulit bernafas karena adanya sumbatan jalan napas yang disebabkan oleh benda asing seperti sputum, cairan, dan lidah jatuh kebelakang menutupi jalan napas jatuh ke belakang atau adanya sumbatan jalan napas oleh saliva (Kharisma, 2021).

Data yang ditemukan berdasarkan kasus An. H yaitu tidak terjadinya sumbatan jalan napas saat kejang dikarenakan saat anak tiba di UGD, anak langsung mendapatkan penanganan yang tepat dan cepat, dimana perawat langsung membuka jalan napas pasien dengan menggunakan spatel yang sudah dililit menggunakan kasa dan memberikan posisi lateral ke kanan sehingga tidak terjadi aspirasi pada pasien. Hal ini juga didukung oleh keluarga pasien yang mengatakan bahwa anak tidak memiliki riwayat batuk tetapi hanya demam sejak 1 hari yang lalu sebelum masuk Rumah Sakit.

b. *Breathing*

Berdasarkan teori pada pengkajian, masalah *breathing* yang biasanya dialami oleh pasien kejang demam yaitu frekuensi pernapasan meningkat disertai dengan irama napas yang tidak teratur, serta biasanya pasien mengalami sianosis dan tampak pucat (Pamela, 2014). Pada kasus yang dialami An. H yaitu ia mengalami sesak napas dengan frekuensi napas 32 x/menit, pola napas cepat dan dangkal, dengan irama napas yang tidak teratur. Pada pengkajian *breathing* tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus, karena tanda dan gejala berdasarkan teori yaitu pernapasan pasien meningkat. Pada kasus An. H juga terjadi peningkatan frekuensi napas, irama napas yang tidak teratur saat mengalami kejang. Hal ini juga didukung oleh teori menurut Kharisma (2021), yang menyatakan bahwa adanya peningkatan frekuensi napas saat anak mengalami kejang menyebabkan aktivitas otot meningkat sehingga metabolisme pun meningkat yang dapat mengakibatkan kebutuhan oksigen meningkat sehingga anak merasa sesak.

c. *Circulation*

Menurut Kharisma (2021), masalah *circulation* yang timbul pada pasien dengan kejang demam yaitu peningkatan tanda-tanda vital, peningkatan suhu, nadi teraba cepat, adanya tanda-tanda syok seperti sianosis, *capillary refill time* >3 detik, dan disertai nyeri kepala.

Data yang ditemukan pada An. H yaitu anak mengalami demam sebelum mengalami kejang dan ketika dilakukan observasi suhu 39,2°C. Kejadian kejang demam pada anak sering diawali dengan peningkatan suhu $\geq 38^{\circ}\text{C}$ yang biasanya disebabkan oleh infeksi yang mengenai jaringan ektrakranial seperti tonsilitis, otitis media akut, bronchitis, obat-obatan, ketidakseimbangan kimiawi seperti hiperkalemia, hipoglikemia

dan asidosis, demam, atau patologis otak. Meskipun data pada An. H tidak ditemukan adanya batuk atau flu dan hanya mengalami demam tetapi menurut asumsi peneliti, demam tersebut disebabkan oleh adanya infeksi, karena hal tersebut dibuktikan oleh adanya pembesaran/pembengkakan dan kemerahan pada faring.

Menurut Kharisma (2021), kenaikan suhu 1°C akan mengakibatkan kenaikan metabolisme basal 10-15 % dan kebutuhan oksigen akan meningkat 20%. Pada anak 3 tahun sirkulasi otak mencapai 65 % dari seluruh tubuh dibandingkan dengan orang dewasa hanya 15%. Oleh karena itu, kenaikan suhu tubuh dapat mengubah keseimbangan dari membran sel neuron dan dalam waktu yang singkat terjadi difusi dari ion kalium maupun ion natrium akibat terjadinya lepas muatan listrik. Lepas muatan listrik ini demikian besarnya sehingga dapat meluas ke seluruh sel maupun ke membran sel di sekitarnya dengan bantuan "*neurotransmitter*" dan terjadi kejang.

Selain demam data yang didapatkan pada An.H yaitu nadi; 110 x/menit teraba cepat, pernapasan: 32 x/menit, suhu: $39,2^{\circ}\text{C}$, SpO₂: 90%, CRT > 2 detik, akral teraba hangat, tampak bibir membiru dan tampak pasien pucat. Maka dari itu, dapat disimpulkan bahwa pada pengkajian circulation tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dengan kasus dimana gejala yang dialami pasien sesuai dengan teori.

d. *Disability*

Berdasarkan teori, masalah *disability* yang biasanya muncul pada pasien dengan kejang demam biasanya hanya terganggu pada tingkat kesadaran pada saat kejang berlangsung, sedangkan data yang didapatkan pada An. H saat mengalami kejang yaitu mengalami penurunan kesadaran dimana pasien tidak dapat merespon saat diberikan rangsangan.

Namun ketika kejang telah berhenti, tampak pasien langsung menangis namun masih dengan kondisi yang lemah. Hal ini didukung oleh teori menurut Kharisma (2021), dimana tanda dan gejala yang dialami oleh pasien dengan kejang demam yaitu anak sering hilang kesadaran saat kejang, mata mendelik, tungkai dan lengan menjadi kaku dan bagian tubuh anak mulai berguncang. Pada pengkajian *disability*, tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dengan kasus dimana gejala yang dialami pasien sesuai dengan yang di teori.

e. *Exposure*

Menurut Pardede (2018), pemaparan dan kontrol lingkungan tentang kondisi pasien secara umum. Berdasarkan data yang didapatkan dari An. H bahwa tidak ditemukannya adanya cedera saat mengalami kejang.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang lazim ditegakkan pada kejang demam yakni ada 6 (lima) diagnosis tetapi penulis hanya mengangkat 3 (dua) diagnosis keperawatan berdasarkan manifestasi klinis yang ditemukan pada pasien. Diagnosis yang diangkat pada pasien yaitu:

- a. Hipertermia ditandai dengan proses penyakit. Penulis mengangkat diagnosis keperawatan ini karena suhu tubuh anak teraba panas, keadaan umum lemah, suhu yaitu 39,2°C, susah menelan, dan peradangan/pembengkakkan pada faring.
- b. Pola napas tidak efektif b.d gangguan neurologis. Penulis mengangkat diagnosis keperawatan ini karena pernapasan pasien tidak teratur dan dangkal, sianosis, saturasi oksigen menurun dan frekuensi napas tidak sesuai usia.
- c. Risiko Cedera b.d faktor risiko kegagalan mekanisme pertahanan tubuh Penulis mengangkat diagnosis keperawatan ini karena

anak tiba-tiba mengalami kejang untuk yang ketiga kalinya, tampak anak mengalami sianosis dengan Spo2 90%, tampak pucat dan anak mengalami penurunan kesadaran saat kejang.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah memperoleh data-data yang berfokus pada masalah kesehatan melalui pengkajian, serta melakukan analisis data untuk menegakkan diagnosa keperawatan, penulis menyusun rencana keperawatan untuk mengatasi masalah yang muncul. Dalam penyusunan rencana keperawatan dalam kasus ini penulis mengambil pedoman rencana keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018), yang mencakup tindakan observasi, tindakan mandiri perawat, pendidikan kesehatan, serta tindakan kolabortif pada setiap diagnosa keperawatan yang muncul dalam kasus ini.

- a. Hipertemi berhubungan dengan proses penyakit Pada diagnosa prioritas ini penulis menyusun intervensi yaitu Identifikasi penyebab hipertemia, monitor suhu tubuh, Monitor komplikasi akibat hipertemia, Berikan cairan oral Kolaborasi, serta kolaborasi Pemberian cairan dan elektrolit intravena.
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neorologis (gangguan kejang). Pada diagnosa ke dua ini penulis menyusun intervensi yaitu Monitor pola napas, Pertahankan kepatenan jalan napas dengan posisi lateral kanan, Berikan oksigen, jika perlu.
- c. Risiko cedera dibuktikan dengan faktor risiko kegagalan mekanisme pertahanan tubuh. Pada diagnosa ke tiga ini penulis menyusun intervensi yaitu Monitor tanda - tanda vital, Baringkan pasien agar tidak jatuh, Pertahankan kepatenan jalan napas, catat durasi kejang, Anjurkan keluarga menghindari

memasukkan apapun ke dalam mulut pasien saat periode kejang, serta Kolaborasi pemberian antikonvulsan

4. Implementasi keperawatan

Pada pelaksanaan keperawatan penulis melakukan perencanaan yang telah disusun dan telah disesuaikan dengan kondisi yang dialami oleh pasien. Pelaksanaan keperawatan dilakukan selama $\pm$ 5 menit dengan kerja tim dari perawat unit gawat darurat dan mahasiswa serta dukungan dari orang tua pasien.

- a. Masalah keperawatan yang pertama Hipertermi. Selama pasien berada di ruang instalasi gawat darurat telah dilakukan monitoring suhu tubuh S: 37,2°C dan pasien terpasang infus RL 500 cc/ 24 tpm dan obat paracetamol 500 mg/ Syringe pump
- b. Masalah keperawatan yang kedua Pola napas tidak efektif, Memberikan O₂ 3liter menggunakan nasal kanul diberikan O₂ nasal kanul 3 L terpasang dan P: 22 x/menit, Spo₂: 98%, diberikan posisi lateral kanan untuk meningkatkan saturasi saat kejang.
- c. Masalah keperawatan yang Risiko cedera. Selama pasien berada di ruang instalasi gawat darurat telah di lakukan yaitu mempertahankan kepatenan jalan napas, pasien menggunakan spatel dililit kasa dan diberikan posisi lateral kanan untuk meningkatkan saturasi saat kejang.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai perkembangan kesehatan pasien sebagai bentuk keberhasilan dari tindakan keperawatan atau tercapainya tujuan yang diharapkan pada pasien.

Pada tahap ini, penulis mengevaluasi pelaksanaan keperawatan yang telah diberikan terhadap pasien. Pelaksanaan evaluasi terhadap kondisi pasien dilakukan dengan cara

mengobservasi kondisi pasien selama $\pm$ 30 menit setelah pemberian tindakan dan didapatkan hasil dimana masalah hipertermia b.d proses penyakit juga sudah mulai teratasi dimana suhu tubuh pasien sudah turun yaitu $37,2^{\circ}\text{C}$ dan tampak pucat pada pasien mulai berkurang. Sedangkan untuk masalah pola napas tidak efektif b.d gangguan neurologis sudah mulai teratasi dimana frekuensi napas pasien mulai membaik frekuensi napas: 22x/menit, Spo_2 : 98%, dan oksigen pasien sudah diganti dengan nasal kanul 3 liter. . Sedangkan untuk masalah risiko cedera b.d faktor risiko kegagalan mekanisme pertahanan tubuh sudah teratasi dimana tampak pasien sudah tidak mengalami kejang berulang. sehingga pasien dipindahkan ke ruang perawatan khusus anak yaitu ruang perawatan Anggrek untuk melanjutkan intervensi keperawatan.

B. Pembahasan penerapan Evidence Based Nursing

P : Penurunan saturasi oksigen pada anak dengan kejang demam

I : Pemberian posisi lateral kanan

C : Tidak ada intervensi pembanding yang dilakukan

O : Peningkatan saturasi oksigen

Pertanyaan: Apakah posisi lateral kanan efektif meningkatkan saturasi oksigen pada pasien anak dengan kejang demam?

1. Judul EBN: Posisi Lateral Kanan

Penerapan pemberian posisi lateral kanan terhadap perubahan saturasi oksigen pada pasien kejang demam

2. Diagnose keperawatan

Pola napas tidak efektif b.d gangguan neurologis.

3. Luaran Keperawatan : Pola napas membaik

Kriteria hasil: sesak membaik, penggunaan otot bantu napas membaik, frekuensi napas membaik.

C. Pembahasan tindakan keperawatan pada Evidence Based Nursing

1. Pengertian Tindakan

Posisi lateral adalah posisi tubuh pasien dengan keadaan miring, di mana kepala, bahu, dan panggul berada dalam satu garis sejajar, serta bagian tubuh lainnya disangga untuk menjaga keseimbangan. Posisi ini digunakan dalam praktik klinis untuk mempertahankan patensi jalan napas, meningkatkan ventilasi paru, serta memfasilitasi drainase sekret sehingga dapat mengurangi risiko obstruksi dan aspirasi (Jung et al., 2019).

2. Tujuan/rasional EBN pada kasus asuhan keperawatan

Menurut Douma et al. (2022), salah satu risiko utama saat anak yang mengalami kejang demam adalah obstruksi jalan napas akibat lidah yang jatuh ke belakang, sekresi (ludah/muntahan), atau koordinasi napas yang buruk saat kejang. Menempatkan anak pada posisi lateral (miring ke salah satu sisi) memungkinkan gravitasi membantu menjaga jalan napas tetap terbuka dan sekresi tidak langsung jatuh ke belakang tenggorokan. Ini adalah prinsip dasar dalam manajemen ABC (Airway–Breathing–Circulation) pada kejang atau status epileptikus. Tujuan tindakan pemberian posisi lateral untuk memastikan jalan napas tetap terbuka dan tidak tersumbat oleh lidah atau sekresi, mengurangi risiko aspirasi sekret dan muntahan, mendukung ventilasi yang lebih efektif sehingga oksigenasi ke jaringan meningkat, mendukung pemenuhan kebutuhan oksigen tubuh terutama saat kejang yang bisa menurunkan saturasi dan meningkatkan kebutuhan oksigen secara cepat.

D. PICOT

No.	Informasi Artikel Judul	Population/ Problem	Intervention	Comparison	Outcome	Time
1.	Pengaruh pemberian posisi lateral kanan terhadap saturasi oksigen dan frekuensi pernapasan pada anak dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi di ruang rawat infeksi anak Tahun: 2021 Penulis: 1. Paskaliana Hilpriska 2. Danal Nani Nurhaeni 3. Dessie Wanda	Sampel terdiri dari Anak usia 6 bulan – 5 tahun dengan kejang demam yang mengalami gangguan pemenuhan oksigenasi ($SpO_2 < 95\%$ atau takipnea)	Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah pemberian posisi lateral kanan.	Penelitian ini tidak menggunakan pembanding	Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh bahwa posisi lateral kanan dapat dijadikan salah satu intervensi keperawatan mandiri yang dapat diterapkan dalam memberikan asuhan pada anak dengan masalah pemenuhan kebutuhan oksigenasi di ruang rawat. Dengan hasil penelitian analisis statistik	Waktu yang dilakukan pada penelitian ini selama 30-60 menit

	Publikasi: The Indonesian Journal of Infectious Diseases Referensi: (Danal et al., 2021)				menunjukkan terdapat perbedaan signifikan antara saturasi oksigen (p value < 0,05) dan frekuensi pernapasan (p value < 0,05) sebelum dan sesudah diberikan posisi lateral.	
2.	Pemberian posisi lateral kanan pada anak dengan kebutuhan oksigenasi. Tahun: 2023 Penulis: 1. Novpridar Arbi Maghfiroh 2. Irdawati	Sampel terdiri dari Anak usia 10 bulan – 2 tahun yang dirawat inap dengan gangguan kebutuhan oksigenasi.	Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah posisi lateral kanan.	Penelitian ini tidak menggunakan pembandingan	Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh bahwa didapatkan adanya peningkatan rata-rata saturasi oksigen dalam darah dan adanya penurunan laju pernapasan	Waktu yang dilakukan pada penelitian ini selama 30 menit

	3. Honyadi Pardosi Publikasi: Prosiding Seminar Nasional Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta Referensi: (Maghfiroh et al., 2023)				sesudah dilakukan intervensi pemberian posisi lateral kanan.	
3.	Praktik terbaik untuk penanganan kejang demam pada anak-anak Tahun: 2024 Penulis: 1. Alessandro Ferretti¹ 2. Antonella Riva 3. Alice Fabrizio 4. Oliviero Bruni	Pasien anak dengan penurunan kesadaran atau kejang demam yang masih memiliki pernapasan spontan.	Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah pemberian posisi lateral kanan untuk menjaga jalan napas dan meningkatkan saturasi oksigen	Penelitian ini tidak menggunakan pembandingan	Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh bahwa poisisi lateral dapat menstabilkan saturasi oksigen, kepatenan jalan napas, dan menurunkan risiko aspirasi. Dari hasil penelitian terdapat	Waktu yang dilakukan pada penilitian ini selama 30 menit

	5. Giuseppe Capovilla 6. Thomas Foiadelli 7. Alessandro Orsini 8. Umberto Raucci 9. Antonino Romeo 10. Pasquale Striano 11. Pasquale Parisi Publikasi: Italian Journal of Pediatrics Referensi: (Ferretti et al., 2024)				perbedaan signifikan pada saturasi oksigen sebelum dan setelah posisi miring kanan (nilai $p=0,000$) dan terdapat perbedaan signifikan pada laju pernapasan sebelum dan setelah posisi miring kanan (nilai $p=0,000$).	
--	--	--	--	--	---	--

E. Hasil dan Kesimpulan EBN

Kejang demam adalah perubahan fungsi otak yang cepat, sementara, atau tiba-tiba yang terjadi pada suhu $>38^{\circ}\text{C}$. Hal ini disebabkan oleh mekanisme ekskranal dan terjadi pada suhu tubuh yang lebih tinggi. Anak-anak yang terkena kejang demam dapat mengalami kehilangan kesadaran, gemetar hebat, atau sentakan pada tangan dan kaki. Demam diartikan sebagai suhu tubuh yang melampaui batas normal, yang dapat disebabkan oleh kelainan pada otak ataupun disebabkan bahan-bahan toksik yang memengaruhi pusat pengaturan suhu tubuh. Dan salah satu factor penyebab demam yaitu virus, Kejang demam lebih kuat dikaitkan dengan virus tertentu daripada yang lain Virus utama yang diketahui berkontribusi terhadap kejang demam pada anak kecil adalah virus Influenza A dan B, Virus Entero (Rafsanjani et al., 2025).

Pada kasus penulis ditemukan sebelum dilakukan Tindakan pemberian posisi lateral kanan pada An. H didapatkan bahwa frekuensi napas 38 x/menit dan saturasi oksigen 88%, setelah dilakukan pemberian posisi lateral kanan selama kejang berlangsung didapatkan frekuensi napas 22 x/menit dan saturasi oksigen 98%, yang diberikan pemberian posisi lateral kanan dapat meningkatkan saturasi oksigen dan frekuensi napas pada pasien anak kejang demam.

Berdasarkan pernyataan diatas penulis mengemukakan bahwa pemberian posisi lateral kanan dapat meningkatkan saturasi oksigen dan menurunkan frekuensi napas. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Danal et al. (2021), dimana posisi lateral kanan dapat meningkatkan saturasi oksigen dan frekuensi napas melalui penerapan posisi ini, oksigenasi didalam tubuh dapat menjadi lebih baik. Posisi lateral kanan diketahui memengaruhi mekanisme pernapasan dengan meningkatkan keelastisan dinding paru dan dada sebesar 2 – 3 cmH₂O. Sehingga oksigen lebih dapat masuk dengan baik dan membantu pertukaran gas. Selain itu dalam penelitian Maghfiroh et al. (2023),

pemberian perubahan posisi miring kanan dapat meningkatkan ventilasi paru-paru dan perfusi ke jaringan serta untuk mengoptimalkan pertukaran gas. Posisi lateral kanan dikatakan lebih signifikan memberikan perubahan pada saturasi oksigen didalam darah dibandingkan dengan lateral kiri dikarenakan paru kanan memiliki kapasitas yang lebih besar (tiga lobus) sehingga mampu menampung udara lebih banyak. Selain itu, posisi lateral kiri dapat menyebabkan paru kiri tertekan oleh jantung yang berada di sisi kiri rongga dada, sehingga ekspansi paru menjadi terbatas. Sebaliknya, pada posisi lateral kanan, paru tidak mengalami penekanan sehingga ventilasi dan perfusi menjadi lebih optimal.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama $\pm$ 6 Jam di unit gawat darurat pada hari Sabtu 6 Desember 2025 di dapatkan:

1. Pengkajian yang di dapatkan pada pasien yang mengalami kejang demam yaitu pasien mengalami kejang, suhu tubuh 39,2 °C frekuensi pernapasan 32 x/menit, SPO2 90%, nadi 110x/menit, teraba cepat, pasien tampak pucat, CRT > 2 detik, akral teraba dingin, dan tingkat kesadaran apatis.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus adalah:
Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit, Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis (gangguan kejang), dan Risiko cedera ditandai dengan faktor risiko kegagalan mekanisme pertahanan tubuh.
3. Intervensi keperawatan pada ketiga diagnosis keperawatan yang di angkat adalah monitor tanda-tanda vital, baringkan pasien agar tidak jatuh, pertahankan kepatenan jalan napas, catat durasi kejang, anjurkan keluarga menghindari memasukkan apapun ke dalam mulut pasien saat periode kejang, kolaborasi pemberian antikonvulsan, monitor suhu tubuh, pemberian cairan dan elektrolit intravena, monitor jalan napas, posisikan lateral dan berikan oksigen.
4. Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah dilakukan di susun mulai dari monitor tanda-tanda vital, baringkan pasien agar tidak jatuh, pertahankan kepatenan jalan napas, catat durasi kejang, anjurkan keluarga menghindari memasukkan apapun ke dalam mulut pasien saat periode kejang, kolaborasi pemberian antikonvulsan, monitor suhu tubuh, pemberian cairan dan elektrolit intravena, monitor jalan napas, posisikan semi fowler dan berikan oksigen

5. Evaluasi keperawatan yang telah dilakukan pada pasien menunjukkan bahwa risiko kejang teratasi. Dan Hipertermi juga teratasi sedangkan pada Pola napas intervensi masih di lanjutkan di ruangan perawatan.

B. Saran

1. Bagi Akademik

Penulis berharap institusi pendidikan dapat terus meningkatkan kualitas pembelajaran seiring dengan perkembangan ilmu dan praktik keperawatan, khususnya pada pelayanan gawat darurat. Peningkatan tersebut diharapkan mampu menghasilkan lulusan perawat yang kompeten, profesional, serta terampil dalam menerapkan asuhan keperawatan baik di rumah sakit maupun di masyarakat, terutama dalam penatalaksanaan kasus kejang demam.

2. Bagi Praktisi

Penulis berharap pihak rumah sakit dapat meningkatkan pembekalan pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan, khususnya perawat, melalui pelatihan dan edukasi berkelanjutan. Hal ini penting guna menunjang peningkatan mutu pelayanan keperawatan di unit gawat darurat, terutama dalam penanganan pasien dengan kejang demam secara cepat, tepat, dan aman.

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia Dika. (2025). *Kejang demam pada anak*. 4(2), 12–24.
- Anggraini, D., & Hasni, D. (2022). *Kejang demam*. 327–333. <http://journal.scientic.id/index.php/sciena/issue/view/4>
- Black, M, J., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan medikal bedah: Manajemen klinis untuk hasil yang diharapkan*. <https://elibrary.bsi.ac.id/readbook/260553/keperawatan-medikal-bedah-manajemen-klinis-untuk-hasil-yang-diharapkan-buku-3->
- Chairunnisa, U. (2021). *Hubungan riwayat kejang demam dengan kejadian epilepsi pada anak di Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Cut Meutia Aceh Utara*. <https://doi.org/https://doi.org/10.29103/averrous.v3i2.439>
- Danal, P. H., Nurhaeni, N., & Wanda, D. (2021). Pengaruh pemberian posisi lateral terhadap saturasi oksigen dan frekuensi pernapasan pada anak dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi di ruang rawat infeksi anak. *The Indonesian Journal of Infectious Diseases*, 7(2), 9–19. <https://doi.org/https://doi.org/10.32667/ijid.v7i2.122>
- Douma, M. J., Handley, A. J., Mackenzie, E., Raitt, J., Orkin, A., Berry, D., Bendall, J., Dochartaigh, D. O., Picard, C., Zideman, D. A., Singletary, E. M., Carlson, J. N., & Dja, T. (2022). The recovery position for maintenance of adequate ventilation and the prevention of cardiac arrest. *Resuscitationplus*, 10(April). <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2022.100236>
- Eilbert, W., & Chan, C. (2022). Febrile seizures. *JACEP Open*, 3(4), e12769. <https://doi.org/10.1002/emp2.12769>
- Ferretti, A., Riva, A., Fabrizio, A., Bruni, O., Capovilla, G., Foiadelli, T., Orsini, A., Raucci, U., Romeo, A., Striano, P., & Parisi, P. (2024). *Best practices for the management of febrile seizures in children*. 1–12.
- Handryastuti, S. (2023). Tatalaksana kejang demam pada anak terkini. *Ikatan Dokter Anak Indonesia*, 241–247. <https://doi.org/https://doi.org/10.47830/jinma-vol.71.5-2021-558>
- Ismael, S., Pusponegoro, H. D., Widodo, D. P., Mangunatmadja, I., & Handryastuti, S. (2016). Penatalaksanaan kejang demam. In *Ikatan Dokter Anak Indonesia*.
- Isra Namira. (2022). *Kejang demam kompleks*. 8(1), 71–80.
- Jung, H., Kim, H. J., Lee, Y.-C., & Kim, H. J. (2019). Comparison of lateral and supine positions for tracheal extubation in children : A randomized clinical trial. *National Library of Medicine*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00101-019-0590-2>

- Kemenkes RI. (2024a). *Kejang demam pada anak: Gejala, tipe dan cara tepat mengatasinya*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. https://keslan.kemkes.go.id/view_artikel/3630/kejang-demam-pada-anak-gejala-tipe-dan-cara-tepat-mengatasinya
- Kemenkes RI. (2024b). *Responsiveness in diagnostic and management of pediatric emergency for better outcomes*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <https://lms.kemkes.go.id/courses/1d56fa29-0790-4f2c-a762-b10e45e45c76>
- Kharisma, D. (2021). *Asuhan keperawatan keluarga klien dengan riwayat kejang demam di wilayah kerja Puskesmas Baru Ulu*. <https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1483/>
- Krisanty, P., Manurung, S., Suratun, Wartonah, D., Sumartini, M., Ermawati, Rohimah, & Setiawati, S. (2016). *Asuhan keperawatan gawat darurat* (Jusirman (ed.)). CV. Trans Info Media.
- Maghfiroh, N. A., Irdawati, & Pardosi, H. (2023). Pemberian posisi lateral kanan pada anak dengan kebutuhan oksigenasi. *Prosiding Seminar Nasional Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta*, 1, 60–71. <https://proceedings.ums.ac.id/index.php/semnaskep%0APEMBERIAN>
- Pardede, S. O. (2018). Tatalaksana berbagai keadaan gawat darurat pada anak. In *Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI-RSCM*.
- PPNI. (2018a). *Standar diagnosa keperawatan indonesia*.
- PPNI. (2018b). *Standar intervensi keperawatan indonesia*.
- PPNI. (2018c). *Standar luaran keperawatan indonesia*.
- Rafsanjani, M. A. H., Padhila, N. I., Idelriani, & H.Syahrir. (2025). *Penerapan terapi oksigen pada anak dengan kejang demam di RSUD Labuang Baji Kota Makassar*. 31, 509–518. <https://doi.org/10.33503/paradigma.v31i2.2420>
- Rasyid, Z., Astuti, D. K., & Purba, C. V. G. (2023). Determinan kejadian kejang demam pada balita di Rumah Sakit Ibu dan Anak Budhi Mulia Pekanbaru. *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia*, 3(1). <https://doi.org/10.7454/epidkes.v3i1.2108>
- Setiawati, & Santika, P. (2020). Pengaruh pendidikan kesehatan tentang penanganan kejang demam terhadap self efficacy ibu di Rumah Sakit DKT TK IV 02.07.04 Kota Bandar Lampung. *Malahayati Nursing Journal*, 2(3), 458–468. <https://doi.org/10.33024/manuju.v2i3.1675>
- Utami, R. D. P., & Rizqiea, N. S. (2021). Pengaruh edukasi flyer terhadap pengetahuan ibu mengenai penanganan kejang demam di Posyandu Balita Kenangan Dusun Sangrahn Karanganyar. *Jurnal Kesehatan*

Madani Medika, 12(1), 131–137.
<https://mail.jurnalmadanimedika.ac.id/JMM/article/view/150>

Xu Song. (2025). *Recent advances in the diagnosis and treatment of febrile seizures*. 13(8), 188–199. <https://doi.org/10.4236/jbm.2025.138015>

Yunerta, O. (2021). *Tinjauan pustaka*. 4(4), 20–29.

Yunerta Oktiva. (2021). *Tatalaksana kejang demam*. 4(4), 20–29.

Zhang, J. (2019). *Basic neural units of the brain: Neurons, synapses and action potential*. 1–38.

LEMBAR KONSUL
KARYA ILMIAH AKHIR

Nama dan NIM : Marshanda Nahdah Pongantung (NS2514901046)
Martha Ria (NS2514901047)

Program : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Pasien Anak Kejang
Demam di Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera
Makassar

Pembimbing 1 : Wirmando, Ns., M.kep

No	Hari/tanggal	Materi konsul	Paraf		
			Pembimbing	Penulis	
				I	II
1	Minggu, 07/12/2025	Pengajuan Kasus Kejang demam - ACC Kasus - Melanjutkan pengkajian sampai evaluasi			
2	Rabu, 11/03/2026	Konsul BAB III - Ilustrasi Kasus dan pengkajian Konsul BAB IV - Mengganti EBN - Perbaikan PICOT			
3	Jumat, 13/03/2026	Konsul Kedua BAB III - Revisi implementasi			

		- Evaluasi Konsul kedua BAB IV - Revisi EBN dan PICOT			
4	Senin, 16 Maret 2026	ACC BAB III dan BAB IV			

LEMBAR KONSUL
KARYA ILMIAH AKHIR

Nama dan NIM : Marshanda Nahdah Pongantung (NS2514901046)
Martha Ria (NS2514901047)

Program : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Pasien Anak Kejang
Demam di Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera
Makassar

Pembimbing 2 : Matilda M. Paseno, Ns., M. Kes

No	Hari/tanggal	Materi konsul	Paraf		
			Pembimbing	Penulis	
				I	II
1.	Rabu, 17/12/ 2025	Konsul Pertama BAB I dan BAB II, - Revisi teori kasus			
2.	Senin, 09/03/2026	Konsul patway - Tambahkan citation jurnal di BAB II			
3.	Rabu, 11/03/2026	Konsul BAB II, - Tambahkan refensi Tiga Artikel terkait pengertian kejang demam			
4.	Jumat, 13/03/2026	ACC BAB I dan BAB II			

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Marshanda Nahdah Pongantung, S.Kep
Tempat/ tanggal Lahir : Gorontalo, 30 Agustus 2003
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Jln. Tidung 10, No. 2, Blok A

2. Alamat

Ayah/Ibu : Hengky Pongantung/Marni Husain
Agama : Islam
Pekerjaan : Pensiunan
Alamat : Kec. Bulango Selatan

3. Pendidikan Yang Telah ditempuh

SD Negeri 1 Bulango Selatan : Tahun 2008-2014
SMP Negeri 1 Kota Gorontalo : Tahun 2015-2018
SMA Negeri 3 Kota Gorontalo : Tahun 2018-2021
STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2021-2024

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Martha Ria, S.Kep
Tempat/ tanggal Lahir : Awan, 29 November 2002
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Alamat : Jln. Mallengkeri komp TVRI

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Markus Pandiri/Debora Sumbung
Agama : Katolik
Pekerjaan : Petani
Alamat : Kec. Awan Rantekarua

3. Pendidikan Yang Telah ditempuh

SD Negeri No 20 To' Tallang : Tahun 2008-2014
SMP N 1 Awan Rantekarua : Tahun 2015-2018
SMK Negeri 2 Toraja Utara : Tahun 2018-2021
STIK Stella Maris : Tahun 2021-2024