

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA
By. R DENGAN KEJANG
DEMAM DI RUANG ANGGREK
PUSKESMAS
SUKOSARI**

*NURSING ASSURANCE IN By. R WITH
FEBRILE COLVULSION*

IN THE ORCHID ROOM PUSKESMAS

SUKOSARI

SUPRIYANTO

Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi Diploma III
Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Jember
Jln. Karimata 49, Jember 68121

PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional yang bertujuan bahwa setiap penduduk mempunyai kemampuan hidup sehat yaitu keadaan sejahtera badan dan jiwa, dan memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Untuk mencapai tujuan tersebut pembangunan kesehatan dilaksanakan secara bertahap. Untuk mencapai tujuan tersebut sangat dibutuhkan eksistensi tenaga keperawatan yang profesional dimana dalam memberikan pelayanan digunakan pelaksanaan asuhan keperawatan. Sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi bidang keperawatan, untuk memenuhi tuntutan masyarakat. Maka perawat dituntut untuk memiliki ilmu pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan pelayanan secara komprehensif yang meliputi aspek biopsikososial spiritual melalui pendekatan proses keperawatan, sehingga asuhan keperawatan dapat diberikan secara tepat guna dengan penuh tanggung jawab. Salah satu masalah penyakit yang sering terjadi dan menyerang pada bayi dan balita yaitu Kejang Demam yang penyebabnya belum diketahui dengan pasti, akan tetapi akan menimbulkan komplikasi pada pertumbuhan dan perkembangan anak. Berdasarkan data dari Medical Record puskesmas Majene Kab. Bondowoso, jumlah kasus kejang demam dapat dilihat sebagai berikut. Pada Tahun 2014 kasus kejang demam rawat inap berjumlah 46 orang dengan jumlah pasien laki – laki 34 orang (59,45%) dan jumlah pasien perempuan 12 orang (43,24%), dan jumlah pasien yang meninggal sebanyak 1 orang (1,35%). Pada Tahun 2015 (Januari – Juli) kasus kejang demam rawat inap berjumlah 45 orang dengan jumlah pasien laki – laki 19 orang (42,22%) dan jumlah pasien perempuan

sebanyak 20 (44,44%), dan jumlah pasien yang meninggal sebanyak 2 orang (4,44%). Masih tingginya angka kejadian kejang demam menjadi dasar perlunya penerapan asuhan keperawatan pada kasus Kejang Demam untuk membantu proses penyembuhan dan meningkatkan pengetahuan masyarakat sehingga angka kejadian Kejang Demam dapat menurun. Untuk itu, dalam rangka meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan sesuai dengan pendidikan, maka setiap mahasiswa menyusun suatu karya tulis ilmiah berupa Asuhan Keperawatan pada klien secara individu. Berdasarkan kenyataan di lahan penulis mendapatkan kasus sistem Persyarafan. Maka pada kesempatan ini penulis dapat menyusun karya tulis dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada By “R” Dengan gangguan Neurologi ; Kejang Demam di Ruang Perawatan Anak Puskesmas sukosari Kab.Bondowoso” pada tanggal 07-09 februari 2017.

METODE PENELITIAN

Proses keperawatan merupakan proses ilmiah dalam menyesuaikan suatu masalah. Dengan pendekatan ini, perawat harus mampu melakukan identifikasi data dari klien, kemudian memilah dan memilih data yang senjang/fokus. Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis berkesinambungan untuk melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dikerjakan (Rohmah & Walid, 2014).

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi actual/potensial) dari individu atau kelompok. Perencanaan adalah pengembangan strategi desain dalam mencegah, mengurangi atau mengatasi masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosa keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien. a. Pelaksanaan merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan.

Tempat dan pelaksanaan studi kasus pada pasien dengan hipertensi ini bertempat di Ruang Melati RSD Balung Kabupaten Jember. Waktu pelaksanaan pada bulan Desember 2016 sampai selesai untuk melakukan asuhan keperawatan.

Metode pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah. Anamnesis adalah tanya jawab/komunikasi secara langsung dengan klien (autoanamnesis) maupun tak langsung (alloanamnesis) dengan keluarganya untuk menggali informasi tentang status kesehatan klien. Observasi adalah tindakan mengamati secara umum terhadap perilaku dan keadaan klien. Observasi memerlukan keterampilan, disiplin, dan praktik klinik. Pemeriksaan Fisik dilakukan dengan empat cara yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi. Penunjang dilakukan sesuai dengan indikasi. Contoh: foto thoraks, laboratorium, rekam jantung dan lain-lain. Studi dokumentasi digunakan untuk mempelajari buku-buku, laporan dan catatan medis serta dokumen lainnya untuk membandingkan dengan data yang ada.

Pada landasan teori diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada kasus Kejang demam adalah : Resiko terjadi kejang ulang berhubungan dengan hipertermi, Resiko terjadi trauma fisik berhubungan dengan kurangnya koordinasi otot, Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan hipertermi, Kurangnya pengetahuan keluarga berhubungan dengan keterbatasan informasi

Sedangkan diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus ini yaitu : Hipertermi berhubungan dengan kenaikan suhu tubuh, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan b/d Ketidakmampuan mengingesti makanan, Resiko cidera yang b/d kurangnya kesadaran, gerakan tonik /klonik yang ditandai dengan kejang 2 kali

Dari uraian diagnosa diatas, maka kesenjangan yang terjadi adalah : Ada 3 diagnosa keperawatan yang ada dalam teori tetapi tidak ditemukan dalam pelaksanaan studi kasus yaitu : Resiko terjadi trauma fisik berhubungan dengan kurangnya koordinasi otot. Diagnosa ini tidak ditemukan pada kasus karena pada saat pengkajian klien telah mendapatkan perawatan yang cukup maksimal dari perawat dan telah diberi terapi medis oleh dokter, Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan hipertermi. Diagnosa ini tidak ditemukan pada kasus karena pada saat pengkajian klien tidak ada tanda – tanda klien mengalami gangguan rasa nyaman, Kurangnya pengetahuan keluarga berhubungan dengan keterbatasan informasi. Diagnosa ini tidak ditemukan karena penulis menganggap kecemasan keluarga karena kurangnya informasi dan kurangnya informasi tentang penyakit anaknya lebih menonjol, Ada 2 diagnosa keperawatan yang tidak ada di tinjauan teori tetapi ditemukan pada studi kasus, yaitu :

Defisit perawatan diri berhubungan dengan kurangnya pengetahuan keluarga, Kecemasan keluarga berhubungan dengan kurangnya pengetahuan, hal ini disebabkan karena ada data yang mendukung untuk menegakkan diagnose tersebut.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan pengkajian yang penulis dapatkan pada By.R yang berusia 8 bulan, keluarga klien mengatakan di keluarga klien tidak memiliki riwayat kejang. Berdasarkan pada pengkajian tersebut terdapat persamaan dengan tinjauan teoritis Menurut Wong (2011), kejang demam adalah bangkitan kejang yg timbul akibat kenaikan suhu tubuh yang di sebabkan suatu proses ekstrakranial (Lumbantobing, 2007). Kenaikan suhu tubuh biasanya di atas 38,8 °C. Pada tinjauan teoritis, data yang ditemukan pada klien dengan kasus kejang demam meliputi kelemahan otot, demam sampai kejang, cyanosis, kekakuan dan penurunan kesadaran, penurunan nafsu makan, apnoe, peningkatan suhu tubuh 38 °C. Sedangkan data yang didapat pada pelaksanaan studi kasus antara lain klien KU Lemah, Kuku nampak panjang dan kurang bersih, Nampak adanya serumen pada di canalis auditorius, Ekspresi wajah ibu klien nampak cemas dan tegang, Tanda-tanda Vital, T : -, N : 136 x/ menit, S : 38 °C, P : 56 x / menit, BB : 7,5 kg. Jadi kesenjangan yang terjadi adalah data cyanosis, apnoe, penurunan nafsu makan. Data ini penulis tidak temukan karena klien sudah satu hari dirawat jadi sudah ada peningkatan perbaikan kesehatan. Klien hanya mengalami kejang demam saja. *Implementasi* pada Ny. K diterapkan berdasarkan perencanaan yang disusun sebelumnya, untuk masing-masing diagnosis dilakukan sebanyak tiga kali dalam tiga hari berturut-turut untuk mencapai kriteria hasil yang diinginkan. Melakukan pengukuran tanda-tanda vital, mengobservasi mual dan muntah, mengajarkan teknik relaksasi, pemberian obat melalui IV dan oral, memberikan informasi mengenai penyakit, diskusi dengan klien dan keluarga, menganjurkan pemasukan intake per oral dengan cara makan sedikit tapi sering. Tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus, pelaksanaan dilakukan dengan dasar perencanaan sebelumnya, semua pelaksanaan dari masing-masing diagnosis fokus untuk mencapai kriteria hasil yang di inginkan. Setelah dilakukan evaluasi pada Ny. K dari ketiga diagnosis, diagnosis pertama teratasi sebagian, klien pulang paksa. Diagnosis kedua dan ketiga teratasi. Diagnosis teratasi sebagian karena pada data subyektif: klien mengatakan nyeri kepala bagian belakang sudah berkurang, sudah tidak begitu nyeri tetapi nyerinya terkadang masih timbul, padadata obyektif:ekspresi wajah tampak datar, melaporkan bahwa nyeri berkurang, TD: 160/90 mmHg, N: 80x/menit. Diagnosis kedua teratasi karena pada data subyektif: klien mengatakan masih mual, tetapi dipaksakan untuk makan sedikit tapi sering, pada data obyektif: porsi makan meningkat habis 1/2 porsi. Diagnosis ketiga teratasi karena pada data subyektif: klien mengatakan sedikit mengerti tentang penyakit hipertensi dan bagaimana cara mengantisipasinya, pada data obyektif: mampu melaksanakan prosedur yang sudah dijelaskan, mampu menjelaskan kembali pengertian, gejala, penyebab serta cara menanganinya dengan bantuan perawat/mahasiswa. Faktor pendukung yang menjadi acuan saat melakukan evaluasi keperawatan yaitu dengan kriteria hasil yang sudah dibuat sebelumnya sehingga dapat dijadikan pedoman dalam menentukan apakah

tujuan tercapai atau belum. Pada diagnosis pertama, telah diberikan obat penurun tekanan darah tinggi untuk mencegah terjadinya nyeri. Namun pelaksanaan ini belum bisa teratasi sepenuhnya dikarenakan nyeri terkadang masih timbul. Selain mengkonsumsi obat yang telah diberikan, Ny.K juga harus mengetahui faktor yang bisa menyebabkan terjadinya nyeri kepala karena hipertensi. Salah satunya dengan kontrol ke pelayanan kesehatan terdekat untuk memeriksakan kondisinya. Mengubah pola hidup menjadi lebih baik adalah salah satu cara mencegah hipertensi, maka dari itu dukungan keluarga dan orang terdekat Ny.K harus memberi dukungan untuk pencegahan. Setidaknya tindakan keperawatan yang telah dilakukan mampu memberikan pengetahuan pada Ny. K penyebab dan bagaimana cara mengatasi masalah yang akan terjadi.

KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah membahas teori dan menerapkan asuhan keperawatan pada klien By. "R" dengan Kejang demam yang dirawat selama 3 hari di ruang perawatan Anak Puskesmas Sukosari, Kab. Bondowoso, serta membahas kesenjangan yang terjadi antara teori dan praktek tentang penyakit Kejang demam, maka penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut. Penyebab Kejang demam belum diketahui dengan pasti. Demam sering disebabkan infeksi saluran pernafasan atas, otitis media, pneumonia, gastroenteritis dan infeksi saluran kemih. Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kejang demam berulang: Resiko terjadi kejang ulang berhubungan dengan hipertermi, Resiko terjadi trauma fisik berhubungan dengan kurangnya koordinasi otot, Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan hipertermi, Kurangnya pengetahuan keluarga berhubungan dengan keterbatasan informasi.

Sedangkan diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus yaitu :

Hipertermi berhubungan dengan kenaikan suhu tubuh, Ketidakefektifan pola nafas b/d suplai O₂ yang berkurang, Resiko cidera yang b/d kurangnya kesadaran, gerakan tonik /klonik yang ditandai dengan kejang 2 kali.

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis dapat mengemukakan beberapa saran yang kiranya dapat bermanfaat dan dapat diterapkan dalam penanganan kasus Kejang demam. Untuk meningkatkan kualitas perawatan dan sekaligus mewujudkan kualitas profesionalisme keperawatan perlu terus menerus menerapkan asuhan keperawatan sebagai metode pemecahan masalah. Perawat harus memiliki pengetahuan yang cukup khususnya tentang Kejang demam, sehingga dapat mendidik klien dan keluarga untuk mengenal penyakit Kejang demam yang diderita serta perawatannya dan tindakan penanganannya. Keluarga diharapkan dapat bekerjasama dalam penyembuhan penderita dengan memberikan dukungan yang dibutuhkan dalam penanganan klien dengan Kejang demam. Institusi pendidikan hendaknya dapat meningkatkan mutu dan kualitas didikannya dengan

memperbanyak buku-buku literatur keperawatan sehingga menjadi dasar bagi mahasiswa untuk meningkatkan kemampuannya. Pihak Rumah Sakit hendaknya lebih meningkatkan mutu pelayanan dan fasilitas kesehatan yang lebih memadai guna memudahkan dalam memberikan pelayanan kesehatan.

Daftar Pustaka

- [1] Bustan., N.M (2015). *Manajemen Pengendalian Penyakit Tidak Menular*, Jakarta: PT Rineka Cipta
- [2] Hariyanto, A., & Sulistyowati, R (2015). *Medikal Bedah 1: dengan Diagnosis Nanda Internasional*, Yogyakarta: Ar-Ruzz Media
- [3] Herdman, H & Kamitsuru, S(ed). (2015). *Diagnosis Keperawatan definisi & klasifikasi 2015-2017. (edisi 10)*. Jakarta: EGC
- [4] Karson. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta: CV. Trans Info Media
- [5] Nurarif & Kusuma(2016). *Asuhan Keperawatan praktis: Berdasarkan Penerapan Diagnosis nanda, NIC, NOC dalam berbagai kasus*, Jilid 1, Yogyakarta: Mediacion
- [5] Rohmah, N., & Walid, S (2014). *Proses Keperawatan Teori & Aplikasi*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media
- [6] Wijaya, A. S & Putri, Y, M (2013). *Keperawatan Medikal Bedah 1 (Keperawatan Dewasa)*. Yogyakarta: Nuha Medika