

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP MEDIS

1. Pengertian

Berdasarkan *International League Against Epilepsy* (ILAE), kejang demam merupakan kejang selama masa kanak-kanak setelah usia 1 bulan, yang berhubungan dengan penyakit demam tanpa disebabkan infeksi sistem saraf pusat, tanpa riwayat kejang neonatus dan tidak berhubungan dengan kejang simptomatik lainnya. Definisi berdasarkan konsensus tatalaksana kejang dari Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI), kejang demam adalah bangkitan kejang biasanya terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38 C) yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranial, biasanya terjadi antara umur 3 bulan dan 5 tahun (Deliana, 2016).

Menurut *Consensus Statement on Febrile Seizures*, kejang demam adalah bangkitan kejang pada bayi dan anak, biasanya terjadi antara umur 3 bulan dan 5 tahun, berhubungan dengan demam tetapi tidak terbukti adanya infeksi intrakranial atau penyebab lain (Deliana, 2016).

2. Etiologi

Beberapa teori dikemukakan mengenai penyebab terjadinya kejang demam: Faktor keturunan memegang peranan penting untuk terjadinya kejang demam, 25-50% anak dengan kejang demam mempunyai anggota keluarga yang pernah mengalami kejang demam

sekurangnya sekali. Faktor penting lainnya terjadinya kejang demam pada anak adalah suhu badan (Arifudin et al., 2017).

Pasien kejang demam didefinisikan sebagai pasien yang mengalami bangkitan kejang yang terjadi saat pasien berusia 6 bulan sampai 5 tahun disertai peningkatan suhu tubuh di atas 38°C, dengan metode pengukuran suhu apa pun, serta kejadian kejang tidak disebabkan oleh proses intrakranial. Jenis kejang merupakan jenis kejang yang dialami pasien saat terjadi bangkitan kejang. Jenis kejang dibagi menjadi kejang umum dan kejang fokal. Durasi kejang dibagi menjadi dua yaitu 1 kali. (Arifuddin Adhar, 2017).

3. Klasifikasi kejang demam

Klasifikasi kejang demam dibagi dua menjadi kejang demam sederhana dan kejang demam kompleks. Kejang demam sederhana memiliki durasi kejang yang singkat, kurang dari 15 menit, dapat berhenti sendiri secara spontan, jenis kejang merupakan kejang umum tonik dan atau klonik, tanpa gerakan fokal, tidak berulang dalam 24 jam. Kejang demam kompleks memiliki durasi kejang yang lama, lebih dari 15 menit, kejang fokal atau parsial satu sisi, atau kejang umum yang didahului kejang parsial, episode kejang lebih dari satu kali dalam 24 jam atau berulang (Elizabeth Susanti et al., 2020).

Menurut Scharfman da 2007) terdapat beberapa jenis kejang secara umum, yaitu:

a. Kejang tonik-klonik

Jenis ini yang paling banyak terjadi pada kejang umum.

Gejalanya dapat dibedakan menjadi dua tahap, yaitu tahap tonik yang ditandai dengan hilang kesadaran, tubuh menjadi kaku, serta tubuh dapat jatuh ke lantai. Tahap berikutnya adalah tahap klonik yang ditandai dengan anggota tubuh bergerak-gerak (kelojotan), kehilangan kendali atas buang air besar dan buang air kecil, lidah tergigit, serta sulit bernapas. Kejang ini biasanya berhenti setelah beberapa menit. Sesudah itu, penderita dapat merasa pusing, bingung, lelah, atau sulit mengingatapa yang sudah terjadi.

b. Kejang petit-mal

Kejang seperti ini sering terjadi pada anak-anak yang ditandai dengan memandang dengan tatapan kosong atau melakukan gerakan tubuh yang halus, seperti mata berkedip atau mengecap bibir. Kejang ini menimbulkan kehilangan kesadaran yang singkat.

c. Kejang tonik

Kejang ini membuat semua otot kaku seperti kejang tonik-klonik tahap pertama, sehingga keseimbangan tubuh bisa hilang dan tubuh bisa jatuh. Kejang jenis ini akan mempengaruhi otot punggung, lengan, dan tungkai.

d. Kejang atonik

Kejang ini membuat seluruh otot tubuh mengendur atau kehilangan kendali, sehingga tubuh bisa jatuh. Kejang yang disertai dengan kehilangan kesadaran ini berlangsung sangat singkat dan penderitadapat segera bangun kembali

e. Kejang mioklonik

Yakni kontraksi tiba-tiba dari otot lengan, tungkai atau seluruh tubuh. Kejang ini biasanya terjadi setelah bangun tidur dan berlangsung selama kurang dari satu detik, meski beberapa penderita dapat merasakannya selama beberapa saat.

f. Kejang klonik

Kejang seperti ini muncul sebagai gerakan otot berkedut yang berulang atau berirama (kelojotan) seperti halnya fase kedua kejang tonik-klonik. Kendati demikian, otot tidak menjadi kaku pada awalnya. Kejang jenis ini terjadi pada otot leher, wajah, dan lengan.

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis kejang demam pada anak kejang terjadi apabila demam disebabkan oleh infeksi virus saluran pernapasan atas, roseola atau infeksi telinga. Namun pada beberapa kasus tertentu antara lain:

- 1) Kejang demam terjadi sebagai gejala dari penyakit meningitis atau masalah serius lainnya.
- 2) Selain demam yang tinggi, kejang-kejang juga bisa terjadi akibat penyakit radang selaput otak, tumor, trauma atau benjolan di kepala serta gangguan elektrolit dalam tubuh.
- 3) Kejang demam biasanya terjadi pada awal demam dimana anak akan terlihat aneh untuk beberapa saat, kemudian kaku, kelojotan dan memutar matanya.
- 4) Anak tidak responsif untuk beberapa waktu, napas akan terganggu, dan kulit akan tampak lebih gelap dari biasanya. Setelah kejang,

anak akan segera normal kembali.

- 5) Kejang biasanya berakhir kurang dari 1 menit.
- 6) Kejang sendiri terjadi akibat adanya kontraksi otot yang berlebihan dalam waktu tertentu tanpa bisa dikendalikan.
- 7) Timbulnya kejang yang disertai demam ini diistilahkan sebagai kejang demam (convulsio febrilis) atau stuiip/step. (Labir dan Maumaya, 2017)

5. Patofisiologi

Pada demam, kenaikan suhu 10°C akan mengakibatkan kenaikan metabolisme basal 10 - 15 % dan kebutuhan O_2 meningkat 20 %. Pada seorang anak berumur 3 tahun sirkulasi otak mencapai 65% dari seluruh tubuh dibandingkan dengan orang dewasa (hanya 15%) oleh karena itu, apabila suhu tubuh naik dapat mengubah keseimbangan membran sel neuron dan dalam waktu singkat terjadi difusi dari ion kalium dan natrium melalui membran listrik. dengan bantuan "neurotransmitter", perubahan yang terjadi secara tiba-tiba ini dapat menimbulkan kejang (Irdawati, 2009).

Sumber energi otak adalah glukosa yang melalui proses oksidasi di pecah menjadi CO_2 dan air. Sel dikelilingi oleh membran yang terdiri dari permukaan dalam yaitu lipoid dan permukaan luar yaitu ionik. Dalam keadaan normal membran sel neuron dapat dilalui dengan mudah oleh ion kalium dan sangat sulit dilalui oleh ion natrium dan elektrolit lainnya kecuali ion klorida. Akibatnya konsentrasi ion kalium dalam sel neuron tinggi dan konsentrasi natrium rendah, sedang di luar sel neuron

terdapat keadaan sebaliknya. Karena perbedaan jenis dan konsentrasi ion di dalam dan di luar sel, maka terdapat perbedaan potensial membran yang disebut potensial membran dari neuron. 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 (Labir & Mamuaya, 2017).

Lepas muatan listrik ini demikian besarnya sehingga dapat meluas keseluruh sel maupun ke membran sel sekitarnya dengan bantuan “neurotransmitter” dan terjadi kejang. Kejang demam yang berlangsung lama biasanya disertai apnea, meningkatnya kebutuhan oksigen dan energi untuk kontraksi otot skelet yang akhirnya terjadi hiposemia, hiperkapnia, asidosis laktat disebabkan oleh metabolisme anaerobik, hipotensi, aritmia disertai denyut jantung yang tidak teratur dan suhu tubuh meningkat yang disebabkan makin meningkatnya aktivitas otot dan mengakibatkan metabolisme otak meningkat (Judha & Rahil, 2011).

Patofisiologi kejang demam masih belum jelas, tetapi faktor genetik memainkan peran utama dalam pengambilan sampel darah dilakukan saat pasien datang di kerentanan kejang. Kejadian kejang demam dipengaruhi oleh usia dan maturitas otak. Postulat ini didukung oleh fakta bahwa sebagian besar (80-85%) kejang demam terjadi antara usia 6 bulan dan 5 tahun, dengan puncak insiden pada 18 bulan. (Nurindah et al., 2014)

6. Penatalaksanaan

Pada anak-anak penatalaksanaan kejang demam terdiri dari (Irdawati, 2009):

1) Penatalaksanaan Medis

Mengatasi kejang secepat mungkin pada saat pasien datang dalam keadaan kejang lebih dari 30 menit maka diberikan obat diazepam secara intravena karena obat ini memiliki kemampuan sekitar 80-90% untuk mengatasi kejang demam. Efek terapeutiknya sangat cepat yaitu kira-kira 30 detik sampai 5 menit. Jika kejang tidak berhenti maka diberikan dengan dosis fenobarbital. Efek samping obat diazepam ini adalah mengantuk, hipotensi, penekanan pusat pernapasan, laringospasme, dan henti jantung (Newton, 2013).

2) Penatalaksanaan keperawatan

- a) Membuka pakaian klien
- b) Posisikan kepala miring untuk mencegah aspirasi isi lambung
- c) Menjaga kepatenan jalan nafas untuk menjamin kebutuhan oksigen
- d) Monitor suhu tubuh, Cara paling akurat adalah dengan suhu rektal
- e) Memberikan Obat untuk penurun panas, pengobatan ini dapat mengurangi ketidaknyamanan anak dan menurunkan suhu 1-1,5 °C.
- f) Berikan Kompres Hangat

Mengompres dilakukan dengan handuk atau washcloth (washlap atau lap khusus badan) yang dibasahi dengan dibasahi air hangat(30°C) kemudian dilapkan seluruh badan. Penurunan suhu tubuh terjadi saat air menguap dari permukaan kulit. Tambah kehangatan airnya bila demamnya semakin tinggi. Sebenarnya mengompres kurang efektif dibandingkan obat penurun demam. Akan lebih baik jika digabungkan dengan pemberian obat penurun demam, kecuali anak alergi terhadap obat tersebut.

g) Menaikkan Asupan Cairan Anak

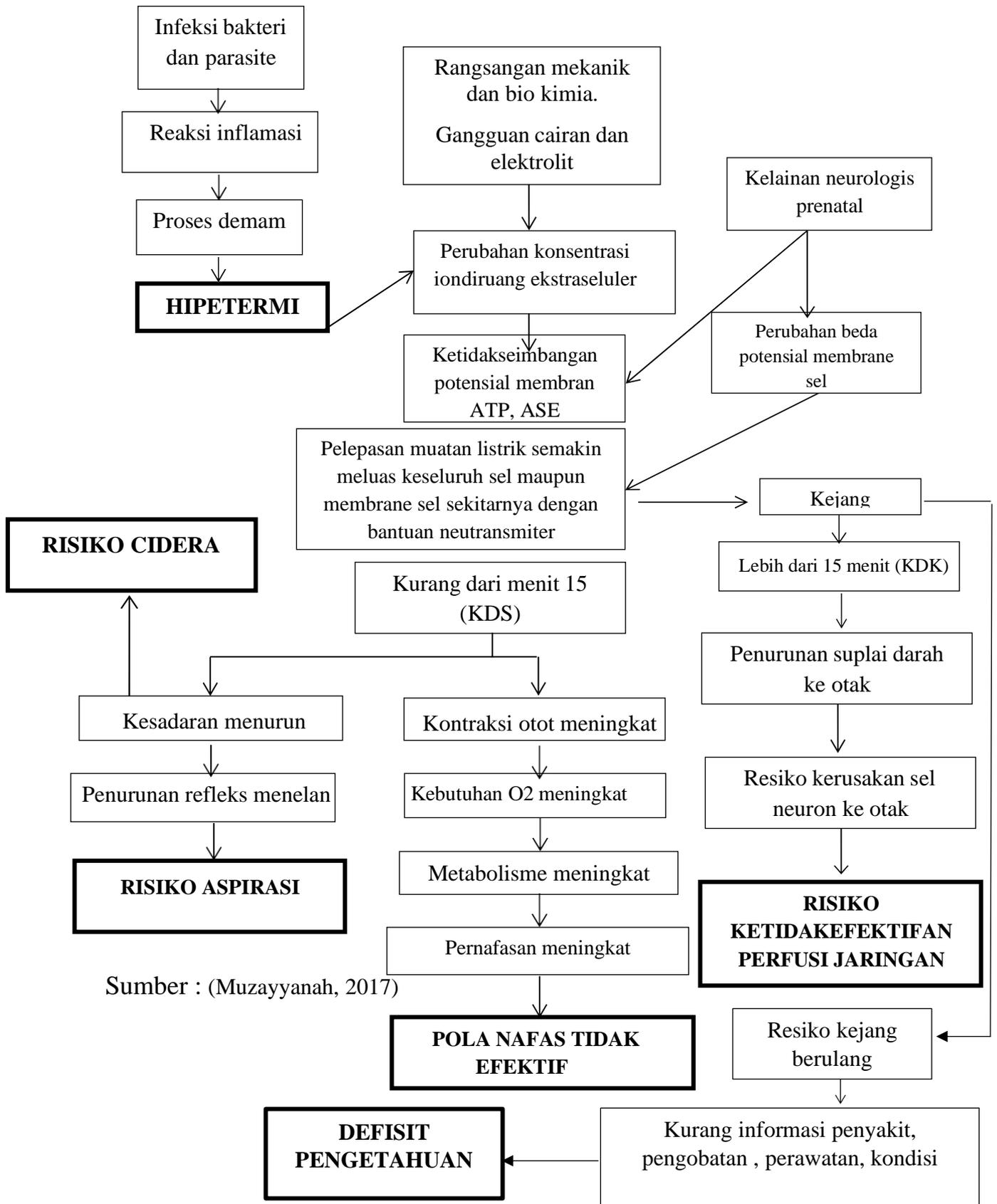
Anak dengan demam dapat merasa tidak lapar dan sebaiknya tidak memaksa anak untuk makan. Akan tetapi cairan seperti susu (ASI atau susu formula) dan air harus tetap diberikan atau bahkan lebih sering. Anak yang lebih tua dapat diberikan sup atau buah-buahan yang banyak mengandung air.

h) Istirahatkan Anak Saat Demam

Demam menyebabkan anak lemah dan tidak nyaman. Orang tua sebaiknya mendorong anaknya untuk cukup istirahat. Sebaiknya tidak memaksa anak untuk tidur atau istirahat atau tidur bila anak sudah merasa baikan dan anak dapat kembali ke sekolah atau aktivitas lainnya ketika suhu sudah normal dalam 24 jam

B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pathways



Sumber : (Muzayyanah, 2017)

2. Pengkajian Keperawatan

a. Konsep Dasar Keperawatan anak

1) Paradigma Keperawatan Anak

Paradigma keperawatan anak merupakan suatu landasan berpikir dalam penerapan ilmu keperawatan anak. landasan berpikir tersebut terdiri dari empat komponen, diantaranya manusia dalam hal ini anak, keperawatan, sehat-sakit, dan lingkungan (Zaini Muhammad, 2022)

a) Manusia (Anak)

Dalam keperawatan anak yang menjadi individu adalah anak yang diartikan sebagai seseorang yang usianya kurang dari 18 tahun dalam masa tumbuh kembang, dengan kebutuhan khusus yaitu kebutuhan fisik, psikologis, social dan spiritual anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja.

Dalam memberikan pelayanan keperawatan anak selalu diutamakan, mengingat kemampuan dalam mengatasi masalah masih dalam proses kematangan yang berbeda dibanding orang dewasa karena struktur fisik anak dan dewasa berbeda mulai dari besarnya ukuran hingga aspek kematangan fisik.

b) Sehat-Sakit

Rentan sehat-sakit merupakan batasan yang dapat diberikan bantuan pelayanan keperawatan pada anak adalah suatu kondisi anak berada dalam status kesehatan yang meliputi sejahtera, sehat optimal, sehat, sakit, sakit kronis dan meninggal. konsep sehat sakit menjelaskan manusia bahwa manusia berada pada suatu rentang sehat pada suatu ujung dan sakit pada ujung yang lain. semua orang dalam segala tingkatan usia termasuk usia pra sekolah mengharapkan hidup sehat dan terhindar dari berbagai penyakit.

c) Lingkungan

Lingkungan yang dimaksud adalah lingkungan eksternal maupun lingkungan internal yang berperan dalam perubahan status kesehatan anak. Lingkungan internal seperti anak lahir dengan kelainan bawaan maka dikemudian hari akan terjadi perubahan status kesehatan yang cenderung sakit, sedangkan lingkungan eksternal seperti gizi buruk, peran orang tua, saudara, teman sebaya dan masyarakat akan mempengaruhi status kesehatan anak.

d) Keperawatan

Pelayanan yang diberikan kepada anak bertujuan untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan secara optimal dengan melibatkan keluarga.

2) Family center care

a) Pengertian

Menurut Association for the care of children health (ACCH) Family center care didefinisikan sebagai filosofi dimana pemberi perawatan mementingkan dan melibatkan peran penting dari keluarga , dukungan keluarga dn membangun kekuatan, membantu untuk membuat suatu pilihan yang terbaik, dan meningkatkan pola normal yang ada dalam kesehariannya selama anak sakit dan menjalani penyembuhan (Sulistiyowati, 2017).

Konsep Family-Centered Care (FCC) sebagai filosofi dalam memberikan pelayanan keperawatan di Rumah Sakit merupakan pendekatan yang bisa dilakukan karena dalam pendekatan ini terjadi hubungan timbal balik antara penyedia pelayanan, pasien dan keluarga sehingga akan meminimalkan konflik (Kusumaningrum, 2010). Family-centered care adalah konsep yang memungkinkan perawat untuk memberikan perawatan yang memenuhi kebutuhan anak dan dan dirawat di Rumah Sakit dan harus menjalani perawatan sampai pemulangnya kembali kerumah (Tanaem, 2019). Ada 2 konsep dasar pada proses filosofi family centered care yaitu enabling dan empowering. Enabling adalah dengan menciptakan kesempatan keluarga untuk menunjukkan kemampuan dan kompetensinya yang

berguna dalam memenuhi kebutuhan anak dan keluarga. Dukungan (empowering) menjelaskan interaksi professional dengan keluarga dimana keluarga memerlukan perasaan aman terhadap kehidupan keluarganya dan mendukung perubahan yang positif sebagai dampak dari perilaku saling tolong menolong, memperkuat kemampuan dan tindakan yang diberikan. Penerapan FCC dalam bidang keperawatan harus lebih ditingkatkan tidak hanya secara lisan namun perawat juga dapat mendampingi dan mempraktikkan langsung bersama keluarga selama proses asuhan perawatan sehingga terjadi proses asuhan keperawatan yang tertintegrasikan (Tanaem, 2019).

Program FCC pada pendampingan keluarga menggunakan media pendidikan kesehatan dapat dijadikan salah satu alternatif dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan pendekatan berfokus pada keluarga. Hal ini sesuai dengan konsep FCC dimana keluarga sebagai orang terdekat anak dilibatkan dalam perawatan anak. Program FCC pada pendampingan keluarga menggunakan media pendidikan kesehatan dapat dijadikan salah satu alternatif dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan pendekatan berfokus pada keluarga. Hal ini sesuai dengan konsep FCC dimana keluarga sebagai orang terdekat anak dilibatkan dalam perawatan anak (Yugistiyowati, 2016)

keluarganya sehingga mengurangi tekanan selama hospitalisasi (Suza, 2015). Family centered care merupakan hal terpenting dalam hospitalisasi anak yang mengharuskan anak untuk tinggal

b) Tujuan Family-Centered Care

Menurut Sulistiyowati (2017), tujuan Family Centered Care diantaranya:

1. Hubungan tenaga kesehatan dengan keluarga semakin menguat dalam meningkatkan kesehatan dan perkembangan setiap anak.
2. Meningkatkan pengambilan keputusan klinis berdasarkan informasi yang lebih baik dan proses kolaborasi.
3. Membuat dan mengembangkan tindak lanjut rencana perawatan berkolaborasi dengan keluarga.
4. Meningkatkan pemahaman tentang kekuatan yang dimiliki keluarga dan kapasitas pemberi layanan.
5. Penggunaan sumber-sumber pelayanan kesehatan dan waktu tenaga professional lebih efisien dan efektif.
6. Mengembangkan komunikasi antara anggota tim kesehatan.
7. Persaingan pemasaran pelayanan kesehatan kompetitif.

8. Meningkatkan lingkungan pembelajaran untuk spesialis anak dan tenaga profesi lainnya dalam pelatihan- pelatihan.
9. Menciptakan lingkungan yang meningkatkan kepuasan professional.
10. Mempertinggi kepuasan anak dan keluarga atas pelayanan kesehatan yang diterima.

c) Pengertian Atraumatic Care

Atraumatic care adalah kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan yang terapeutik oleh individu melalui pelaksanaan intervensi keperawatan untuk membatasi atau mengurangi pengalaman yang tidak menyenangkan terhadap anak dan keluarga di tatanan pelayanan kesehatan

Atraumatic care atau asuhan atraumatic adalah penyediaan asuhan terapeutik dalam lingkungan oleh seseorang (personal) dengan melalui penggunaan intervensi yang menghilangkan atau memperkecil distress psikologis dan fisik yang dialami oleh anak- anak dan keluarga mereka dalam system pelayanan kesehatan.

d) Prinsip Atraumatic Care

Beberapa prinsip yang dapat dilakukan oleh perawat diantaranya:

- (a) Menurunkan atau mencegah dampak perpisahan dari keluarga.
- (b) Dampak perpisahan dari keluarga maka anak mengalami gangguan psikologi seperti kecemasan, ketakutan, kurang kasih sayang sehingga gangguan ini akan menghambat proses penyembuhan anak dan dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan.
- (c) Meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan pada anak.
- (d) Melalui peningkatan kontrol orang tua pada diri anak, diharapkan anak mandiri dalam kehidupannya, anak akan selalu berhati-hati dalam melakukan aktivitas sehari-hari, selalu bersikap waspada dalam segala hal, serta pendidikan terhadap kemampuan dan keterampilan orang tua dalam mengawasi perawatan anak.
- (e) Mencegah dan mengurangi cedera (injury) dan nyeri (dampak psikologis) Mengurangi nyeri merupakan tindakan yang harus dilakukan dalam keperawatan anak. Proses pengurangan rasa nyeri sering kali tidak bisa dihilangkan secara cepat akan tetapi dapat dikurangi melalui berbagai teknik misalnya distraksi, relaksasi, imaginary. Apabila tindakan pencegahan tidak dilakukan maka cedera dan nyeri akan

berlangsung lama pada anak sehingga dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak.

(f) Tidak melakukan kekerasan pada anak.

Kekerasan pada anak akan menimbulkan gangguan psikologis yang sangat berarti dalam kehidupan anak. Apabila ini terjadi pada saat anak dalam proses tumbuh kembang maka kemungkinan pencapaian kematangan akan terhambat, dengan demikian tindakan kekerasan pada anak sangat tidak dianjurkan karena akan memperberat kondisi anak.

(g) Modifikasi lingkungan

Melalui modifikasi lingkungan fisik yang bernuansa anak dapat meningkatkan keceriaan, perasaan aman dan nyaman bagi lingkungan anak sehingga anak selalu berkembang dan merasa nyaman di lingkungannya

e) Prinsip dan Elemen Family Centered Care

(1) Prinsip Family Center Care

- a. Menghormati setiap anak dan keluarga
- b. Membangun sistem kolaborasi daripada kontrol.
- c. Berfokus pada kekuatan dan sumber-sumber keluarga daripada kelemahan keluarga
- d. Mengakui keahlian keluarga dalam merawat anak seperti sebagaimana professional

- e. Membangun ketergantungan pemberdayaan dari pada Meningkatkan lebih banyak sharing informasi dengan pasien, keluarga dan pemberi pelayanan dari pada informasi hanya diketahui oleh professional.
- f. Menciptakan program yang fleksibel dan tidak kaku.

(2) Elemen Family-Centered Care

Element Family-Centered Care di antaranya:

- a. Keluarga dipandang sebagai unsur yang konstan sementara kehadiran profesi kesehatan fluktuatif.
- b. Memfasilitasi kolaborasi orang tua professional pada semua level perawatan kesehatan.
- c. Meningkatkan kekuatan keluarga, dan mempertimbangkan metode-metode alternative dalam coping.
- d. Memperjelas hal-hal yang kurang jelas dan informasi lebih komplis oleh orangtua tentang perawatan anaknya yang tepat.
- e. Menimbulkan kelompok support antara orang tua.
- f. Mengerti dan memanfaatkan sistem pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan perkembangan bayi, anak, dewasa dan keluarganya.
- g. Melaksanakan kebijakan dan program yang tepat, komprehensif meliputi dukungan emosional dan

finansial dalam memenuhi kebutuhan kesehatan keluarganya.

- h. Mmenunjukkan desain transportasi perawatan kesehatan fleksibel, accessible, dan responsive terhadap kebutuhan pasien
- i. Implementasi kebijakan dan program yang tepat dan komprehensif meliputi dukungan emotional dengan staff.

a. Konsep dasar anak

1) Pengertian anak

Anak berusia di bawah 18 tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan, sesuai dengan ketentuan undang-undang perlindungan anak nomor 23 tahun 2002. Dalam pasal ini, anak-anak termasuk dalam kelompok anak di bawah usia 18 tahun. Di dalam rahim ibu, artinya, minat untuk melindungi anak dimulai sejak dalam kandungan sampai anak berusia 18 tahun.

2) Kebutuhan dasar anak

Kebutuhan dasar anak untuk tumbuh kembang pada umumnya yaitu kebutuhan biomedis (pendidikan), termasuk nutrisi, pemeliharaan kesehatan, tempat tinggal, sandang yang layak dan lengkap, kebugaran atau rekreasi yang digolongkan sebagai. Hubungan yang erat dan serasi antara kebutuhan emosional, kasih sayang (Asih), ibu, ibu pengganti, dan anak usia 1 tahun merupakan pertumbuhan fisik dan mental yang

harmonis secara intelektual dan sosial, merupakan syarat mutlak untuk menjamin perkembangan. Perlunya stimulasi mental (Asah), stimulasi mental yaitu metode perintisan dalam proses belajar anak (Pendidikan dan Pelatihan). Stimulus psikologis ini mengembangkan perkembangan psikososial metalik seperti kecerdasan, keterampilan, kemandirian, kreativitas, agama, dan kepribadian (Zaini Muhammad, 2022)

b. Pengkajian

Dalam pengkajian keperawatan menurut (Prayogi, 2018)

1) Data Subjektif Identitas :

- Biodata anak mencakup nama, umur, jenis kelamin.
- Biodata orang tua perlu dipertanyakan untuk mengetahui status sosial anak meliputi nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, alamat.
- Riwayat Penyakit Riwayat penyakit yang diderita sekarang tanpa kejang ditanyakan
- Apakah betul ada kejang. Diharapkan ibu atau keluarga yang mengantar dianjurkan menirukan gerakan kejang si anak.

a. Apakah disertai demam

Dengan mengetahui ada tidaknya demam yang menyertai kejang, maka diketahui apakah infeksi infeksi memegang peranan dalam terjadinya bangkitan kejang. Jarak antara timbulnya kejang dengan demam.

b. Lama serangan

Seorang ibu yang anaknya mengalami kejang merasakan waktu berlangsung lama. Lama bangkitan kejang kita dapat mengetahui kemungkinan respon terhadap prognosa dan pengobatan.

c. Pola serangan

Perlu diusahakan agar diperoleh gambaran lengkap mengenai polaserangan apakah bersifat umum, fokal, tonik, klonik.

- Apakah serangan berupa kontraksi sejenak tanpa hilang kesadaran
- Apakah serangan berupa tonus otot hilang sejenak disertai gangguan kesadaran seperti epilepsi akinetik.
- Apakah serangan dengan kepala dan tubuh mengadakan flexi sementara tangan naik sepanjang kepala, seperti pada spasme infantile.
- Pada kejang demam sederhana kejang ini bersifat umum.

d. Frekuensi serangan

Apakah penderita mengalami kejang sebelumnya, umur berapa kejang terjadi untuk pertama kali, dan berapa frekuensi kejang per tahun. Prognosa makin kurang baik apabila kejang timbul pertama kali pada umur muda dan bangkitan kejang sering timbul.

e. Keadaan sebelum, selama dan sesudah serangan

Sebelum kejang perlu ditanyakan adakah aura atau rangsangan tertentu yang dapat menimbulkan kejang, misalnya lapar, lelah, muntah, sakit kepala dan lain-lain. Dimana kejang dimulai dan bagaimana menjalarnya. Sesudah kejang perlu ditanyakan apakah penderita segera sadar, tertidur, kesadaran menurun, ada paralise, menangis dan sebagainya.

f. Riwayat penyakit sekarang yang menyertai

Apakah muntah, diare, truma kepala, gagap bicara (khususnya pada penderita epilepsi), gagal ginjal, kelainan jantung, Dengue Hemoragi Fever (DHF), Infeksi saluran pernapasan akut (ISPA), Otitis media akut (OMA), Morbili dan lain-lain.

g. Riwayat penyakit dahulu

- Sebelum penderita mengalami serangan kejang ini ditanyakan apakah penderita pernah mengalami kejang sebelumnya, umur berapa saat kejang terjadi untuk pertama kali.
- Apakah ada riwayat trauma kepala, radang selaput otak, Otitis media akut (OMA) dan lain-lain.

h. Riwayat kehamilan dan persalinan

Kedaan ibu sewaktu hamil per trimester, apakah ibu pernah mengalami infeksi atau sakit panas sewaktu hamil.

Riwayat trauma, perdarahan per vaginam sewaktu hamil, penggunaan obat-obatan maupun jamu selama hamil. Riwayat persalinan ditanyakan apakah sukar, spontan atau dengan tindakan (forcep/vakum), perdarahan ante partum, asfiksi dan lain-lain. Keadaan selama neonatal apakah bayi panas, diare, muntah, tidak mau menetek, dan kejang-kejang.

i. Riwayat imunisasi

Jenis imunisasi yang sudah didapatkan dan yang belum ditanyakan serta umur mendapatkan imunisasi dan reaksi dari imunisasi. Pada umumnya setelah mendapat imunisasi difteri, pertusis, dan tetanus (DPT) efek sampingnya adalah panas yang dapat menimbulkan kejang.

j. Riwayat perkembangan Ditanyakan kemampuan perkembangan meliputi:

- Personal sosial (kepribadian/tingkah laku sosial) berhubungan dengan kemampuan mandiri, bersosialisasi, dan berinteraksi dengan lingkungannya.
- Gerakan motorik halus berhubungan dengan kemampuan anak untuk mengamati sesuatu, melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu saja dan dilakukan otot-otot kecil dan memerlukan koordinasi yang cermat, misalnya menggambar, memegang suatu benda, dan lain-lain.
- Gerakan motorik kasar berhubungan dengan pergerakan

dan sikap tubuh.

- Bahasa : kemampuan memberikan respon terhadap suara, mengikuti perintah dan berbicara spontan.

k. Riwayat kesehatan keluarga.

- Adakah anggota keluarga yang menderita kejang (+25% penderitakejang demam mempunyai faktor turunan)
- Adakah anggota keluarga yang menderita penyakit syaraf ataulainnya.
- Adakah anggota keluarga yang menderita penyakit seperti Infeksi saluran pernapasan akut (ISPA), diare atau penyakit infeksi menular yang dapat mencetuskan terjadinya kejang demam.

l. Riwayat social.

- Untuk mengetahui perilaku anak dan keadaan emosionalnya perlu dikaji siapakah yang mengasuh anak.
- Bagaimana hubungan dengan anggota keluarga dan temansebayanya.

m. Pola kebiasaan dan fungsi Kesehatan

Ditanyakan keadaan sebelum dan selama sakit bagaimana.

n. Pola kebiasaan dan fungsi ini meliputi :

- Pola persepsi dan tatalaksanaan hidup sehat
- Gaya hidup yang berkaitan dengan kesehatan, pengetahuan tentang kesehatan, pencegahan dan kepatuhan pada setiap perawatan dan tindakan medis.

- Bagaimana pandangan terhadap penyakit yang diderita, pelayanan kesehatan yang diberikan, tindakan apabila ada anggota keluarga yang sakit, penggunaan obat-obatan pertolongan pertama.
- o. Pola nutrisi
- Untuk mengetahui asupan kebutuhan gizi anak.
 - Ditanyakan bagaimana kualitas dan kuantitas dari makanan yang dikonsumsi oleh anak.
 - Makanan apa saja yang disukai dan yang tidak. Bagaimana selamatkan anak. Berapa kali minum, jenis dan jumlahnya per hari
- p. Pola eliminasi
- Buang air kecil (BAK) ditanyakan frekuensinya, warnanya, jumlahnya, secara makroskopis.
 - Ditanyakan bagaimana warna, bau, dan apakah terdapat darah, serta ditanyakan apakah disertai nyeri saat anak kencing.
 - Buang air besar (BAB) ditanyakan kapan waktu BAB, teratur atau tidak, dan bagaimana konsistensinya lunak, keras, cair atau berlendir.
- q. Pola aktivitas dan Latihan
- Apakah anak senang bermain sendiri atau dengan teman sebayanya
 - Berkumpul dengan keluarga sehari berapa jam

- Aktivitas apa yang disukai
- Pola tidur/istirahat
- Berapa jam sehari tidur.
- Berangkat tidur jam berapa.
- Bangun tidur jam berapa.
- Kebiasaan sebelum tidur, bagaimana dengan tidur siang.

2) Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Pertama kali perhatikan keadaan umum vital : tingkat kesadaran, tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu. Pada kejang demam sederhana akan didapatkan suhu tinggi sedangkan kesadaran setelah kejang akan kembali normal seperti sebelum kejang tanpa kelainan neurologi.

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

Adakah tanda-tanda mikro atau makrosepali? Adakah dispersi bentuk kepala? Apakah tanda-tanda kenaikan tekanan intrakranial, yaitu ubun-ubun besar cembung, bagaimana keadaan ubun-ubun besar menutup atau belum.

b. Rambut

Dimulai warna, kelebatan, distribusi serta karakteristik lain rambut. Pasien dengan malnutrisi energi protein mempunyai rambut yang jarang, kemerahan seperti rambut jagung dan mudah dicabut tanpa menyebabkan rasa sakit pada pasien.

c. Muka/ wajah

Paralisis fasialis menyebabkan asimetri wajah; sisi yang paresis tertinggal bila anak menangis atau tertawa, sehingga wajah tertarik ke sisi sehat. Adakah tanda rhisus sardonicus, opistotonus, trimus, Apakah ada gangguan nervus cranial.

d. Mata

Saat serangan kejang terjadi dilatasi pupil, untuk itu periksa pupil dan ketajaman penglihatan. Apakah keadaan sklera, konjungtiva.

e. Telinga

Periksa fungsi telinga, kebersihan telinga serta tanda-tanda adanya infeksi seperti pembengkakan dan nyeri di daerah belakang telinga, keluar cairan dari telinga, berkurangnya pendengaran.

f. Hidung

Apakah ada pernapasan cuping hidung, Polip yang menyumbat jalan napas, Apakah keluar sekret, bagaimana konsistensinya, jumlahnya.

g. Mulut

Adakah tanda-tanda sardonicus, cyanosis, Bagaimana keadaan lidah, Adakah stomatitis, Berapa jumlah gigi yang tumbuh, Apakah ada caries gigi.

h. Tenggorokan

Adakah tanda-tanda peradangan tonsil, Adakah tanda-tanda infeksi faring, cairan eksudat.

i. Leher

Tanda-tanda kaku kuduk, pembesaran kelenjar tiroid, adakah pembesaran vena jugulans.

j. Thorax

Pada infeksi, amati bentuk dada klien, bagaimana gerak pernapasan, frekwensinya, irama, kedalaman, adakah retraksi intercostale? Pada auskultasi, adakah suara napas tambahan.

k. Jantung

Bagaimana keadaan dan frekwensi jantung serta iramanya, Adakah bunyi tambahan, Adakah bradycardi atau tachycardia.

l. Abdomen

Adakah distensia abdomen serta kekakuan otot pada abdomen, Bagaimana turgor kulit dan peristaltik usus, Adakah tanda meteorismu Adakah pembesaran lien dan hepar.

m. Kulit

Bagaimana keadaan kulit baik kebersihan maupun warnanya, Apakah terdapat oedema, hemangioma, Bagaimana keadaan turgor kulit.

n. Ekstremitas

Apakah terdapat oedema, atau paralise terutama setelah terjadi kejang, Bagaimana suhunya pada daerah akral.

o. Genetalia

Adakah kelainan bentuk oedema, sekret yang keluar dari vagina, tanda-tanda infeksi.

3. Diagnosa Keperawatan dan Fokus Intervensi

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan Kejang demam menurut (SDKI,SLKI, SIKI, DPP PPNI 2017) :

a. Hipertermia (D.0130)

1) Pengertian

Suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh

2) Etiologi

- Dehidrasi
- Terpapar lingkungan panas
- Proses penyakit (mis. Infeksi, kanker)
- Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan
- Peningkatan laju metabolisme
- Respon trauma
- Aktivitas berlebihan
- Penggunaan incubator

3) Manifestasi klinis

a) Mayor

(1) Subjektif

(tidak tersedia)

(2) Objektif

Suhu tubuh diatas nilai normal

b) Minor

(1) Subjektif

(tidak tersedia)

(2) Objektif

- Kulit merah
- Kejang
- Takikardi
- Takipnea
- Kulit terasa hangat

4) Kondisi klinis terkait

(1) Proses infeksi

(2) Hipertiroid

(3) Stroke

(4) Dehidrasi

(5) Trauma

(6) Prematuritas

b. Deficit pengetahuan (D.0111)

1) Pengertian

Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu

2) Etiologi

- Keterbatasan kognitif
- Gangguan fungsi kognitif
- Kekeliruan mengikuti anjuran
- Kurang terpapar informasi
- Kurang minat dalam belajar
- Kurang mampu mengingat
- Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

3) Manifestasi klinis

a) Mayor

(1) Subjektif

- Menanyakan masalah yang dihadapi

(2) Objektif

- Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
- Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

b) Minor

(1) Subjektif

Tidak tersedia

(2) Objektif

- Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
- Menunjukkan perilaku yang berlebih (mis. Apatis, bermusuhan, agitasi dsb)

4) Kondisi klinis

- (1) Kondisi klinis yang dihadapi oleh klien

(2) Penyakit aku

(3) Penyakit kronis

c. Resiko cedera (D.0136)

1) Pengertian

Berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik.

2) Factor risiko

Eksternal :

- Terpapar patogen
- Terpapar zat kimia toksik
- Terpapar agen nosokomial
- Ketidakamanan transportasi

Internal :

- Ketidaknormalan profil darah
- Perubahan orientasi afektif
- Perubahan sensasi
- Disfungsi autoimun
- Disfungsi biokimia
- Hipoksia jaringan
- Kegagalan mekanisme pertahanan tubuh

3) Kondisi klinis terkait

(1) Kejang

- (2) Sinkop
- (3) Vertigo
- (4) Gangguan penglihatan
- (5) Gangguan pendengaran
- (6) Penyakit Parkinson
- (7) Hipotensi
- (8) Kelainan nervus vestibularis
- (9) Retardasi mental

d. Pola Napas Tidak Efektif (D.0005)

1) Pengertian

Pola napas tidak efektif adalah adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

2) Etiologi

- Depresi pusat pernapasan
- Hambatan upaya napas (mis. nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan)
- Deformitas dinding dada
- Deformitas tulang dada
- Gangguan neuromuscular
- Gangguan neurologis (mis. elektroensefalogram [EEG] positif, cedera kepala, gangguan kejang)
- Imaturitas neurologis
- Penurunan energi
- Obesitas

- Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru
- Sindrom hipoventilasi
- Kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf C5 keatas)
- Cidera pada medula spinalis
- Efek agen farmakologis
- Kecemasan

3) Manifestasi klinis

a) Mayor

(1) Subjektif

- Dispnea

(2) Objektif

- Penggunaan otot bantu nafas
- Fase ekspirasi
- Pola nafas abnormal

b) Minor

(1) Subjektif

- Ortopnea

(2) Objektif

- Pernafasan pursed-lips
- Pernafasan cuping hidung
- Diameter thorakx anterior-posterior meningkat
- Ventilasi semenit menurun
- Kapasitas vital menurun

- Tekanan ekspirasi menurun
- Tekanan inspirasi menurun
- Ekskursi dada berubah

4) Kondisi klinis terkait

- (1) Depresi system saraf pusat
- (2) Cedera kepala
- (3) Trauma thoraks
- (4) Gullian barre syndrome
- (5) Multiple sclerosis
- (6) Myasthenia gravis
- (7) Stroke
- (8) Kuadrplegia
- (9) Intoksikasi alcohol

e. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)

1) Pengertian

Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak

2) Factor risiko

- Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa tromboplastin parsial
- Penurunan kinerja ventikel kiri
- Aterosklerosis aorta
- Diseksi arteri
- Fibrilasi atrium
- Tumor otak

- Stenosis karotis
- Miksoma atrium
- Aneurisma serebri
- Koagulopati (mis. anemia sel sabit)
- Dilatasi kardiomiopati
- Koagulasi (mis. anemia sel sabit)
- Embolisme
- Cedera kepala
- Hiperkolesteronemia
- Hipertensi
- Endokarditis infeksi
- Katup prostetik mekanis
- Stenosis mitral
- Neoplasma otak
- Infark miokard akut
- Sindrom sick sinus
- Penyalahgunaan zat
- Terapi trombolitik
- Efek samping tindakan (mis. tindakan operasi bypass)

3) Kondisi klinis terkait

- Stroke
- Cedera kepala
- Aterosklerotik aortik
- Infark miokard akut

- Diseksi arteri
- Embolisme
- Endokarditis infeksi
- Fibrilasi atrium
- Hiperkolesterolemia
- Hipertensi
- Dilatasi kardiomiopati
- Koagulasi intravaskular diseminata
- Miksoma atrium
- Neoplasma otak
- Segmen ventrikel kiri akinetik
- Sindrom sick sinus
- Stenosis karotid
- Stenosis mitral
- Hidrosefalus
- Infeksi otak (mis. meningitis, ensefalitis, abses serebri)

f. Risiko aspirasi (D.0006)

1) Pengertian

Risiko aspirasi adalah adalah risiko mengalami masuknya sekresi gastrointestinal, sekresi orofaring, benda cair atau padat ke dalam saluran trakeobronkhial akibat disfungsi mekanisme protektif saluran napas

2) Factor risiko

- Penurunan tingkat kesadaran

- Penurunan refleks muntah dan/atau batuk
- Gangguan menelan
- Disfagia
- Kerusakan mobilitas fisik
- Peningkatan residu lambung
- Peningkatan tekanan intragastrik
- Penurunan motilitas gastrointestinal
- Sfingter esofagus bawah inkompeten
- Perlambatan pengosongan lambung
- Terpasang selang nasogastrik
- Terpasang trakeostomi atau ETT
- Trauma/pembedahan leher, mulut, dan/atau wajah
- Efek agen farmakologis
- Ketidakmatangan koordinasi menghisap, menelan, dan bernapas.

3) Kondisi klinis terkait

- Cedera Kepala.
- Stroke
- Cedera medula sipinalis
- Guillain barre syndrome
- Penyakit Parkinson
- Keracunan obat dan alkoholPembesaran uterus.
- Miesteniagravis

- Fistulatrakeoesofagus.
- Strikuraesofagus.
- Sklerosis multiple.
- Labiopalatoskizis.
- Atresiaesofagus.
- Laringomalasia.
- Prematureritas.

4. Intervensi

Intervensi keperawatan disusun dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018), yang diuraikan sebagai berikut :

a. Hipertemia (D.0130)

SLKI : Termogulasi (L.14134)

1) Definisi

Pengaturan suhu tubuh agar tetap berada pada rentang normal

2) Ekspektasi

Membaik

3) Kriteria hasil

Tabel 2. 1 Indikator Termogulasi

| | Cukup Meningkat | Cukup meningkat | Sedang | Cukup menurun | Menurun |
|--------------|--------------------|--------------------|--------|------------------|---------|
| Menggigil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kulit merah | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kejang | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Akrosianosis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|------------------------|---|-------------------|-------------------|--------|------------------|---------|
| Konsumsi oksigen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Piloereksi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Vasokonstriksi perifer | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| Kutis memorata | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Pucat | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Takikardi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Takipnea | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Bradikardi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Dasar kuku sianolik | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Hipoksia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Cukup Memburuk | Cukup memburuk | Sedang | Cukup membaik | Membaik |
| Suhu tubuh | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Suhu kulit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Kadar glukosa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Pengisian kapiler | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Ventilasi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Tekanan darah | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

SIKI : Manajemen Hipertermi (I.15506)

1) Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan suhu tubuh akibat disfungsi termogulasi

2) Tindakan

Observasi

- Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator)
- Monitor suhu tubuh
- Monitor kadar elektrolit

- Monitor haluaran urin
- Monitor komplikasi akibat hipertermi

Terapeutik

- Sediakan lingkungan yang dingin
- Longgarkan atau lepaskan pakaian
- Basahi dan kipasi permukaan tubuh
- Berikan cairan oral

Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami

Edukasi

- Anjurkan tirah baring
- hyperhidrosis (keringat berlebih)
- Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)
- Hindari pemberian antipiretik atau aspirin
- Berikan oksigen, jika perlu

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu.

b. Deficit pengetahuan (D.0111)

SLKI : Tingkat Pengetahuan (L.12111)

1) Definisi

Kecukupan informasi kognitif yang berkaitan dengan topik

- tertentu
- 2) Ekspektasi
- Meningkat
- 3) Kriteria hasil

Tabel 2. 2 Indikator Tingkat Pengetahuan

| | Menurun | Cukup menurun | Sedang | Cukup meningkat | Meningkat |
|--|-----------|--------------------|--------|--------------------|-----------|
| Perilaku sesuai anjurannya | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Verbalisasi minat dalam belajar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kemampuan menjelaskan tentang suatu topik | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya dengan topik | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Perilaku sesuai dengan pengetahuan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Meningkat | Cukup meningkat | Sedang | Cukup menurun | Menurun |
| Pertanyaan yang dihadapi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Persepsi yang keliru terhadap masalah | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

SIKI : Edukasi Kesehatan (I.12383)

1) Definisi

Mengajarkan pengelolaan factor risiko penyakit dan perilaku
bersih serta sehat

2) Tindakan

a. Observasi :

- Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- Identifikasi faktor-faktor yang meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

b. Terapeutik :

- Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- Berikan kesempatan untuk bertanya

c. Edukasi :

- Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

c. Resiko cedera (D.0136)

SLKI : Tingkat cedera (L.141369)

1) Definisi

Keparahan dari cedera yang diamati dan dilaporkan

2) Ekspektasi

Menurun

3) Kriteria hasil

Tabel 2. 3 Indikator Tingkat Cedera

| | Menurun | Cukup menurun | Sedang | Cukup meningkat | Meningkat |
|--------------------------|-----------|--------------------|--------|--------------------|-----------|
| Toleransi aktivitas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nafsu makan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Toleransi makanan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Meningkat | Cukup meningkat | Sedang | Cukup menurun | Menurun |
| Kejadian cedera | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Luka/lecet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ketegangan otot | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fraktur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pendarahan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ekspresi wajah kesakitan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Agitasi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Iritabilitas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Gangguan mobilitas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Gangguan kognitif | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Menurun | Cukup menurun | Sedang | Cukup meningkat | Meningkat |
| Tekanan darah | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Frekuensi nadi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Frekuensi nafas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Denyut jantung apical | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Denyut jantung radialis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pola istirahat dan tidur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

SIKI : Manajemen kejang (I.06193)

1) Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola kontraksi otot dan gerakan yang tidak terkendali

2) Tindakan

a. *Observasi* :

- Monitor terjadinya kejang berulang
- Monitor karakteristik kejang
- Monitor tanda-tanda vital

b. *Terapeutik* :

- Baringkan pasien agar tidak terjatuh
- Pertahankan kepatenan jalan nafas
- Dampingi selama periode kejang
- Catat durasi kejang

c. *Edukasi* :

- Anjurkan keluarga menghindari memasukan apapun kedalam mulut pasien saat periode kejang
- Anjurkan keluarga tidak menggunakan kekerasan untuk menahan gerakan pasien.

d. *Kolaborasi* :

- Kolaborasi pemberian antikonvulsan, jika perlu

d. Pola nafas tidak efektif (D.0005)

SLKI : Pola nafas (L01004)

1) Definisi

Inspirasi dan/atau ekspirasi yang memberikan ventilasi edukat

2) Ekspektasi

Membaik

3) Kriteria hasil

Tabel 2. 4 Indikator Pola Nafas

| | Menurun | Cukup menurun | Sedang | Cukup meningkat | Meningkat |
|---|-----------|--------------------|--------|--------------------|-----------|
| Ventilasi semenit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kapasitas vital | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Diameter thoraks anterior dan posterior | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tekanan ekspirasi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tekanan inspirasi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Meningkat | Cukup meningkat | Sedang | Cukup menurun | Menurun |
| Dispnea | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Penggunaan otot bantu nafas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pemanjangan fase ekspirasi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ortopnea | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pernafasan pursed-lips | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pernafasan cuping hidung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Memburuk | Cukup memburuk | Sedang | Cukup membaik | Membaik |
| Frekuensi nafas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kedalaman nafas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ekskursori dada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

e. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)

SLKI : Perfusi Selebral (L.02014)

1) Definisi

Ketidakedukatan aliran darah serebral untuk menunjang
fungsi otak

2) Ekspektasi

Meningkat

3) Kriteria hasil

Tabel 2. 5 Indikator Perfusi Serebral

| | Menurun | Cukup menurun | Sedang | Cukup meningkat | Meningkat |
|----------------------|-----------|--------------------|--------|--------------------|-----------|
| Tingkat kesadaran | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kognitif | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Meningkat | Cukup meningkat | Sedang | Cukup menurun | Menurun |
| Tekanan intracranial | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sakit kepala | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Gelisah | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Agitasi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Demam | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

f. Resiko aspirasi (D.0006)

SLKI :Tingkat Aspirasi (L.61006)

1) Definisi

Kondisi masuknya partikel cair atau padat ke paru-paru

2) Ekspektasi

Menurun

3) Kriteria hasil

Tabel 2. 6 Indikator Tingkat Aspirasi

| | Menurun | Cukup menurun | Sedang | Cukup meningkat | Meningkat |
|-------------------|---------|------------------|--------|--------------------|-----------|
| Tingkat kesadaran | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kemampuan menelan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kebersihan mulut | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Meningkat | Cukup meningkat | Sedang | Cukup menurun | Menurun |
|------------------------------|-----------|--------------------|--------|------------------|---------|
| Dispnea | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kelemahan otot | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Akumulasi secret | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Wheezing | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Batuk | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Penggunaan otot aksesoris | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sianosis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Gelisah | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Memburuk | Cukup memburuk | Sedang | Cukup membaik | Membaik |
| Frekuensi nafas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

5. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Penatalaksanaan Hipertensi adalah terapi farmakologi berupa obat penurun panas (antipiretik) dan nonfarmakologi seperti kompres hangat, tirah baring, dan banyak minum (Pranata dan Gusti, 2017). Penggunaan kompres hangat bertujuan untuk menurunkan suhu tubuh yakni menggunakan kain yang dibasahi air hangat lalu diletakan pada permukaan kulit di area aksila dengan letak pembuluh darah besar upaya memberikan rangsangan preoptic hipotalamus agar menurunkan suhu

tubuh. (Wowor et al., 2017)

6. Evaluasi

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Evaluasi asuhan keperawatan ini disusun dengan menggunakan SOAP yaitu :

- S : keluhan secara subjektif yang dirasakan pasien atau keluarga setelah dilakukan implementasi keperawatan
- O : keadaan objektif pasien yang dapat dilihat oleh perawat
- A : setelah diketahui respon subjektif dan objektif kemudian dianalisis oleh perawat meliputi masalah teratasi (perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku sesuai dengan kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan), masalah teratasi sebagian (perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku hanya sebagian dari kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan),

masalah belum teratasi (sama sekali tidak menunjukkan perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku atau bahkan muncul masalah baru).

- P : setelah perawat menganalisis kemudian dilakukan perencanaan selanjutnya

C. EVIDENCE BASE PRACTICE (EBP)

1. (Baig Fitrihan Rukmana¹ et al., 2022) Dengan judul “Pengaruh Pemberian Kompres Hangat Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Yang Terkena *Typhoid Fever*” Penelitian yang digunakan adalah *Pre Experimental Design* dengan bentuk rancangan *One Group Pretest-Posttest*. Jumlah responden sebanyak 35 anak, yang diobservasi sebelum dan setelah dilakukan intervensi kompres air hangat selama 3x24 jam. Penelitian mengambil sampel menggunakan metode *purposive sampling*, dengan menggunakan kriteria inklusi, yaitu responden berusia 0-13 tahun, responden didagnosa suspek atau demam typhoid dengan suhu lebih dari 37.5oC, dan responden bersedia menerima perlakuan. Analisis lebih lanjut menggunakan uji *Wilcoxon*. Peneliti menguji normalitas data menggunakan uji *Kolmogorov-Smirnov*. Hasilnya menunjukkan data tidak berdistribusi normal sebab nilai signifikansi pre-test = 0.017 dan nilai signifikansi post-test = 0.000. Keduanya lebih kecil dari 0.05. Jadi, analisis lanjut menggunakan uji *Wilcoxon* diperoleh p value = 0,000 atau $p < 0,05$ yang berarti ada pengaruh kompres air hangat terhadap penurunan suhu tubuh pada anak yang terkena typhoid fever di Puskesmas Pringgaratan Kesimpulannya ada pengaruh kompres air hangat terhadap penurunan suhu tubuh pada anak yang terkena *typhoid fever* setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam.
2. Sumakul & Lariwu, 2022 Dengan judul “Menurunkan Demam Dengan Kompres Hangat Pada Anak” Penelitian ini menggunakan metode

eksperimental dengan rancangan pre-post test design. Sampel yang digunakan diambil dengan cara syarat sampel minimal untuk penelitian komparatif dan eksperimental yaitu 15 orang. Pengumpulan data menggunakan lembar observasi dan pengukur suhu tubuh langsung. Hasil penelitian berdasarkan uji T (Paired T-test) menunjukkan adanya pengaruh kompres air hangat terhadap perubahan suhu tubuh anak di rumah sakit dengan $p \text{ value} = 0,000$ kurang dari nilai $\alpha = 0,05$.

3. Fadli dan Hasan (2018) Dengan judul “Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Perubahan Suhu Tubuh Pada Pasien Febris” Jenis penelitian yang digunakan adalah kuantitatif dengan desain quasi eksperimen dengan rancangan pre and post test design, sampel pada penelitian ini adalah pasien anak yang mengalami febris di ruang instalasi gawat darurat dengan jumlah sampel sebanyak 17 orang. Teknik pengambilan sampel adalah purposive sampling. Dari hasil penelitian dengan uji Kolmogorov-Smirnov Z didapat nilai pre $p=0,62$ dan untuk post $p=0,54$. Dengan tingkat kemaknaan $p > \alpha (0,05)$ Yang dimana $p > \alpha (0,05)$ berarti uji normalitas data berdistribusi normal maka dari itu dilakukan uji Paired T test, dengan hasil $p=0,0001$ dengan tingkat kemaknaan $p < \alpha (0,05)$ yang dimana $0,0001 < 0,05$ maka dari itu dapat disimpulkan bahwa adanya pengaruh kompres hangat terhadap perubahan suhu tubuh pasien febris di ruangan instalasi gawat darurat puskesmas Tanru Tedong Kabupaten Sidrap. Hasil penelitian ini dapat di pergunakan sebagai bahan masukan bagi institusi kesehatan dan penanganan peningkatan suhu tubuh pada pasien febris. Semoga

penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan wawasan peneliti sekaligus menjadi pengalaman berharga bagi peneliti dalam hal melakukan penelitian.