

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman

Menurut Andina Vita Sutanto & Yuni Fitriana (2017), Abraham Maslow mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah Hierarki Maslow yang meliputi lima kategori kebutuhan dasar yaitu : Kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman dan nyaman, kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki, kebutuhan akan harga diri, kebutuhan aktualisasi diri.

Rasa aman didefinisikan oleh Maslow dalam Potter & Perry (2017) sebagai sesuatu kebutuhan yang mendorong individu untuk memperoleh ketentraman, kepastian dan keteraturan dari keadaan lingkungannya yang mereka tempati. Keamanan adalah kondisi bebas dari cedera fisik dan psikologis. Kenyamanan / rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah dan nyeri) (Potter & Perry, 2017).

B. Konsep Anak usia *Toddler*

1. Pengertian anak usia *toddler*

Anak usia *toddler* merupakan anak yang berada antara rentang usia 12-36 bulan (Soetjiningsih, 2013). Masa ini juga merupakan masa *golden age*/masa keemasan untuk kecerdasan dan perkembangan anak (Loeziana Uce, 2015).

2. Perkembangan anak usia *toddler*

Perkembangan yang sudah mampu dicapai oleh anak usia *toddler* diantaranya sebagai berikut.

- a. Perkembangan motorik kasar anak usia *toddler*

- 1) Usia 12-18 bulan anak mampu berdiri sendiri tanpa berpegangan, membungkuk untuk memungut permainannya kemudian berdiri tegak kembali secara mandiri, berjalan mundur lima langkah.
 - 2) Usia 18-24 bulan anak mampu berdiri sendiri tanpa berpegangan selama 30 detik, anak mampu berjalan tanpa terhuyung-huyung.
 - 3) Usia 24-36 bulan anak mampu menaiki tangga secara mandiri, anak dapat bermain dan menendang bola kecil.
- b. Perkembangan motorik halus anak usia *toddler*
- 1) Usia 12-18 bulan anak mampu menumpuk dua buah kubus, memasukkan kubus ke dalam kotak.
 - 2) Usia 18-24 bulan anak mampu melakukan tepuk tangan, melambaikan tangan, menumpuk empat buah kubus, memungut benda kecil dengan ibu jari dan telunjuk, anak bisa menggelindingkan bola ke sasaran.
 - 3) Usia 24-36 bulan anak mampu mencoret-coretkan pensil diatas kertas (Soetjiningsih, 2013).
- c. Perkembangan bahasa
- Tahapan perkembangan bahasa pada anak yaitu *Reflective vocalization, Bubbling, Lalling, Echolalia*, dan *True speech*. Usia 10-16 bulan anak mampu memproduksi kata-kata sendiri, menunjuk bagian tubuh atau mampu memahami kata-kata tunggal ; usia 18-24 bulan anak mampu memahami kalimat sederhana, perbendaharaan kata meningkat pesat, mengucapkan kalimat yang terdiri dari dua kata atau lebih ; usia 24-36 bulan pengertian anak sudah bagus terhadap percakapan yang sudah sering dilakukan di keluarga, anak mampu melakukan percakapan melalui kegiatan tanya-jawab (Soetjiningsih, 2013).

d. Perkembangan personal-sosial

Teori Erick Erickson menyatakan perkembangan psikososial seseorang dipengaruhi oleh masyarakat dibagi menjadi lima tahap yaitu *trust* >< *mistrust* (usia 0-1 tahun), otonomi/mandiri >< malu/ragu-ragu (usia 2-3 tahun), inisiatif >< rasa bersalah (usia 3-6 tahun), keaktifan >< rendah diri (usia 6-12 tahun), identitas >< fungsi identitas (usia 12-20 tahun). Perkembangan personal-sosial anak pada usia *toddler* sebagai berikut.

- 1) Usia 12-18 bulan anak mampu bermain sendiri di dekat orang dewasa yang sudah dikenal, mampu menunjuk apa yang diinginkan tanpa menangis, anak mampu mengeluarkan suara yang menyenangkan atau menarik tangan ibu, memeluk orang tua, memperlihatkan rasa cemburu atau bersaing.
- 2) Usia 18-24 bulan anak mampu minum dari cangkir dengan dua tangan, belajar makan sendiri, mampu melepas sepatu dan kaos kaki serta mampu melepas pakaian tanpa kancing, belajar bernyanyi, meniru aktifitas di rumah, anak mampu mencari pertolongan apabila ada kesulitan atau masalah, dapat mengeluh bila basah atau kotor, frekuensi buang air kecil dan besar sesuai, muncul kontrol buang air kecil biasanya tidak kencing pada siang hari, mampu mengontrol buang air besar, mulai berbagi mainan dan bekerja bersama-sama dengan anak-anak lain, anak bisa mencium orang tua.
- 3) Usia 24-36 bulan anak mampu menunjukkan kemarahan jika keinginannya terhalang, mampu makan dengan sendok dan garpu secara tepat, mampu dengan baik minum dari cangkir, makan nasi sendiri tanpa banyak yang tumpah, mampu melepas pakaian sendiri, sering menceritakan pengalaman baru, mendengarkan cerita dengan gambar, mampu bermain pura-pura, mulai membentuk hubungan sosial dan mampu

bermain dengan anak-anak lain, menggunakan bahasa untuk berkomunikasi dengan ditambahkan gerakan isyarat. (Soetjiningsih, 2013).

- e. Perkembangan seksualitas Teori psikoseksual oleh Sigmund Freud menjelaskan bahwa tahap perkembangan anak memiliki ciri dan waktu tertentu serta diharapkan berjalan secara kontinyu. Berikut perkembangan psikoseksual anak usia 12-36 bulan menurut Freud.
- 1) Fase oral (umur 0-1 tahun) Tahap ini anak akan selalu memasukkan segala sesuatu yang berada di genggamannya ke dalam mulut. Peran dan tugas ibu disini adalah memberikan pengertian bahwa tidak semua makanan dapat dimakan.
 - 2) Fase anal (umur 2-3 tahun) Fungsi tubuh yang memberikan kepuasan terhadap anus.
 - 3) Fase *phallic/oedipal* (3-6 tahun) Anak senang memegang genitalia, anak cenderung akan dekat dengan orang tua yang berlawanan jenis kelamin (anak perempuan akan lebih dekat dengan bapak) dan mempunyai rasa persaingan ketat dengan orang tua sesama jenis (merasa tersaingi oleh bapak dalam mendapatkan kasih sayang ibu).
 - 4) Fase Laten (6-12 tahun) Anak mulai mengeksplor dunia luar, mulai mencari teman sebaya untuk diajak bermain.
 - 5) Fase Genital Pemusatan seksual pada genitalia, anak belajar menentukan identitas dirinya, belajar untuk tidak tergantung dengan orang tua, bertanggung jawab pada dirinya sendiri, mulai ada perasaan senang dengan lawan jenis (Ridha, 2014).
- f. Perkembangan kognitif anak usia *toddler* Perkembangan kognitif anak meliputi semua aspek perkembangan anak yang berkaitan dengan pengertian mengenai proses bagaimana anak belajar dan memikirkan lingkungan. Kognisi meliputi persepsi

(penerimaan indra dan makna yang di indra), imajinasi, menangkap makna, menilai dan menalar. Semua bentuk mengenal, melihat, mengamati, memperhatikan, membayangkan, memperkirakan, menduga dan menilai adalah kognisi (Sulistiyowati, 2019).

Menurut Piaget, perkembangan kognitif anak dibagi dalam empat tahap, yaitu sebagai berikut.

- 1) Sensori motor (0-2 tahun) Tahap ini perkembangan panca indra sangat berpengaruh dalam diri anak. Keinginan terbesar anak adalah menyentuh atau memegang karena didorong oleh keinginan untuk mengetahui reaksi dari perbuatannya.
- 2) Pra-operasional (usia 2-7 tahun) Anak menjadi egosentris, sehingga terkesan pelit karena tidak bisa melihat dari sudut pandang orang lain. Anak memiliki kecenderungan meniru orang disekitarnya. Usia 6-7 tahun anak sudah mulai mengerti motivasi, tetapi mereka tidak mengerti cara berpikir yang sistematis.
- 3) Operasional konkret (7-11 tahun) Anak mulai berpikir logis tentang kejadian-kejadian konkret, proses berpikir menjadi lebih rasional.
- 4) Operasional formal (mulai umur 11 tahun)
Perkembangan kemampuan nalar abstrak dan imajinasi lebih baik, pengertian terhadap ilmu dan teori lebih mendalam (Sulistiyowati, 2019).

Perkembangan kognitif anak *toddler* dijabarkan sebagai berikut.

- 1) Usia 12-18 bulan anak dapat menemukan objek yang disembunyikan, membedakan bentuk dan warna, memberikan respon terhadap perintah sederhana,

menggunakan trial dan error untuk mempelajari tentang objek.

- 2) Usia 18-24 bulan anak mampu menggelindingkan bola kearah sasaran, membantu atau meniru pekerjaan rumah tangga, dapat memulai permainan pura-pura, memegang cangkir sendiri, belajar makan dan minum sendiri, menikmati gambar sederhana, mengeksplorasi lingkungan, mengetahui bagianbagian dari tubuhnya.
 - 3) Usia 24-36 bulan anak dapat menunjuk satu atau lebih bagian tubuhnya ketika diminta, melihat gambar dan dapat menyebut nama benda dua atau lebih, dapat bercerita menggunakan paragraf sederhana, menggabungkan dua sampai tiga kata menjadi kalimat, menggunakan nama sendiri untuk menyebutkan dirinya. (Soetjiningsih, 2013)
- g. Perkembangan moral anak usia *toddler* Teori Kohlberg menyatakan perkembangan moral anak sudah harus dibentuk pada usia *toddler*. Tahap orientasi hukuman dan kepatuhan (sekitar usia 2-4 tahun) anak mampu menilai suatu tindakan apakah baik atau buruk bergantung dari hasilnya berupa hukuman atau penghargaan. Usia 4-7 tahun anak berada pada tahap orientasi instrumental naif dimana segala tindakan ditujukan ke arah pemuasan kebutuhan mereka dan lebih jarang ditujukan pada kebutuhan orang lain, rasa keadilan konkret. Timbal balik atau keadilan menjadi landasan mereka (misalkan, jika kamu memukul tanganku, aku akan memukul tanganmu juga) tanpa berpikir mengenai loyalitas atau rasa terima kasih (Wong, 2009).

3. Pertumbuhan anak usia *toddler*

- a. Tinggi badan Rata-rata bertambah tinggi 7,5 per tahun. Rata-rata *toddler* usia 2 tahun sekitar 86,6 cm. Tinggi badan pada usia 2 tahun adalah setengah dari tinggi dewasa yang diharapkan.

- b. Berat badan Rata-rata pertumbuhan berat badan *toddler* adalah 1,8-2,7 kg pertahun. Rata-rata berat badan *toddler* usia 2 tahun adalah 12,3 kg. Pada usia 2,5 tahun berat badan *toddler* mencapai empat kali berat lahir.
- c. Lingkar kepala Pada usia 1-2 tahun, ukuran lingkar kepala sama dengan lingkar dada. Total laju peningkatan lingkar kepala pada tahun kedua adalah 2,5cm, kemudian berkurang menjadi 1,25 cm per tahun sampai usia 5 tahun.
- d. Lingkar Lengan Atas (LAA) Lingkar Lengan Atas mencerminkan tumbuh kembang jaringan lemak dan otot yang tidak terpengaruh oleh keadaan cairan tubuh dibandingkan dengan berat badan, laju tumbuh lambat, dari 11 cm waktu lahir menjadi 16 cm pada satu tahun, selanjutnya tidak banyak berubah pada umur 1-3 tahun.
- e. Karakteristik *toddler* dengan penonjolan abdomen adalah akibat otot-otot abdomen yang kurang berkembang.
- f. Kaki yang melengkung biasanya menetap selama masa *toddler* karena otot kaki harus menahan berat badan tubuh yang relatif lebih besar (Cahyaningsih, 2011).

C. Konsep anak usia pra sekolah

1. Pengertian anak pra sekolah

Anak usia prasekolah adalah anak usia antara 3-6 tahun, tumbuh lebih lambat daripada tahun sebelumnya, dan anak prasekolah yang sehat bertubuh ramping dan tangkap dengan poster tubuh yang tegak (Kyle & Carman, 2014).

2. Perkembangan anak pra sekolah

Perkembangan Anak Usia Prasekolah Menurut Putra (2014) menyatakan bahwa perkembangan anak usia prasekolah meliputi :

- a. Perkembangan Psikososial (Fase *Intiative vs Guilt/* rasa bersalah)
Ciri pada fase ini adalah banyak beriniastif, rasa ingin tahu besar, sering bertanya, banyak bicara, aktif bermain, bekerja, aktif di luar rumah. Konflik akan timbul bila anak merasa tidak mampu

kemudian ia dicela. Bila fase ini terdapat hambatan akan timbul kesulitan belajar, pasif, takut, kurang inisiatif.

- b. Perkembangan Motorik Pada anak usia 4 tahun perkembangan motorik kasar kemampuan anak berjalan menjinjit, melompat, melompat dengan satu kaki, menangkap dan melempar bola dari atas kepala. Perkembangan motorik halus kemampuan anak menggunakan gunting dengan lancar, menggambar kotak, menggambar garis lurus, membuka dan memasang kancing. Sedangkan pada usia anak 5 tahun kemampuan motorik kasar kemampuan anak berjalan mundur sambil jinjit, menangkap bola dan melempar bola dengan baik, melompat dengan kaki bergantian, sedangkan kemampuan motorik kasar anak dapat menulis angka dengan huruf, menulis dengan katakata, menulis nama sendiri, mengikat tali sepatu.
- c. Pada masa ini anak sudah mengurangi aktifitas bermain sendiri, lebih sering berkumpul dengan teman, interaksi sosial selama bermain meningkat.
- d. Perkembangan bicara dan bahasa Menurut Emilda (2015) menyatakan bahwa perkembangan bicara dan bahasa pada anak prasekolah diawali dengan adanya kemampuan menyebutkan hingga empat gambar; menyebutkan satu hingga dua warna; menyebutkan kegunaan benda; menghitung; mengartikan dua kata; mengerti empat kata depan; mengerti beberapa kata sifat dan jenis kata lainnya; menggunakan bunyi untuk mengidentifikasi objek, orang dan aktivitas; menirukan berbagai bunyi kata; memahami arti larangan; serta merespon panggilan orang dan anggota keluarga dekat.

3. Pertumbuhan anak usia pra sekolah

- a. Berat Badan Pada masa prasekolah kenaikan berat badan anak rata-rata 2 kg pertahun.

- b. Tinggi Badan Pada masa prasekolah akan mengalami penambahan setiap tahunnya. Pada usia 4 tahun tinggi badan bertambah 4 cm/tahun.
- c. Lingkar Kepala Lingkar kepala berkaitan dengan isi otak, saat tulang kepala belum menutup masih mungkin bertambah besar. Perkembangan otak bergantung dari makanan yang bergizi dan stimulus lingkungan. Pada usia 3 tahun besar otak dan lingkar kepala bertumbuhnya sebesar 90% dari otak dewasa (Suririnah (2009), Putra, 2014).

D. Konsep Kejang Demam

1. Pengertian Kejang Demam

Kejang demam (*febris seizure/stuip/step*) merupakan kejang yang timbul pada waktu demam karena disebabkan oleh proses diluar kepala, seperti terdapat infeksi di saluran pernafasan, telinga, maupun infeksi saluran pencernaan (Marwan, 2017).

Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal lebih dari, 38° C) akibat suatu proses ekstra *cranial*, biasanya terjadi antara umur 3 bulan dan 5 tahun (Vebriasa et al., 2016).

Kejang demam dikelompokkan menjadi dua, yaitu kejang demam sederhana dan kejang demam kompleks. Setelah kejang demam pertama, 33% anak akan mengalami satu kali rekurensi (kekambuhan), dan 9% anak mengalami rekurensi 3 kali atau lebih. Beberapa penelitian mengatakan rekurensi dari kejang demam akan meningkat jika terdapat faktor risiko seperti kejang demam pertama pada usia kurang dari 12 bulan, terdapat riwayat keluarga dengan kejang demam, dan jika kejang pertama pada suhu <40°C, atau terdapat kejangdemam kompleks (Deliana, 2016).

2. Etiologi

Penyebab kejang demam Menurut Maiti & Bidinger (2018) yaitu: Faktor-faktor periental, malformasi otak konginetal

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. Demam

Kejang demam cenderung timbul dalam 24 jam pertama pada waktusakit dengan demam tinggi, demam pada anak paling sering disebabkan oleh :

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

d. Gangguan metabolisme

Gangguan metabolisme seperti uremia, hipoglikemia, kadar gula darah kurang dari 30 % pada neonates cukup bulan dan kurang dari 20 % pada bayi dengan berat badan lahir rendah atau hiperglikemia

e. Trauma

Kejang berkembang pada minggu pertama setelah kejadian cedera kepala

f. Neoplasma, toksin

Neoplasma dapat menyebabkan kejang pada usia berapa pun, namun mereka merupakan penyebab yang sangat penting dari

kejang pada usia pertengahan dan kemudian ketika insiden penyakit neoplastik meningkat

- g. Gangguan sirkulasi
- h. Penyakit degenerative susunan saraf.

3. Patofisiologi

Sumber energi otak adalah glukosa yang melalui proses oksidasi dipecah menjadi CO₂ 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 (K⁺) dan sangat sulit dilalui dengan mudah oleh ion natrium (Na⁺) dan elektrolit lainnya, kecuali ion klorida (Cl⁻). Akibatnya konsentrasi ion K⁺ dalam sel neuron tinggi dan konsentrasi Na⁺ rendah, sedang di luar sel, maka terdapat perbedaan 5 potensial membran yang disebut potensial membran dari neuron. Untuk menjaga keseimbangan potensial membran diperlukan energi dan bantuan enzim Na-K ATP-ase yang terdapat pada permukaan sel. Keseimbangan potensial membran ini dapat diubah oleh :

- a. Perubahan konsentrasi ion di ruan ekstraselular
- b. Rangsangan yang datang mendadak misalnya mekanisme, Kimiawi atau aliran listrik dari sekitarnya
- c. Perubahan patofisiologi dari membran sendiri karena penyakit atau keturunan

Pada keadaan demam 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 yang 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.

Besarnya pelepasan muatan listrik ini mengakibatkan aliran yang dihantarkan dapat meluas ke seluruh sel maupun ke membran sel sekitarnya dengan bantuan “*neutransmitter*” di otak dan terjadi kejang. Kejang demam yang berlangsung lama (lebih dari 15 menit) biasanya disertai apnea, meningkatnya kebutuhan oksigen dan energi untuk kontraksi otot skeletal yang akhirnya terjadi hipoksemia, hiperkapnia, asidosis laktat disebabkan oleh metabolisme anaerobik, hipotensi artenal disertai denyut jantung yang tak teratur dan suhu tubuh meningkat yang disebabkan meningkatnya aktifitas otot dan mengakibatkan metabolisme otak meningkat (Lestari, 2016).

4. Klasifikasi

Kejang demam dikelompokkan menjadi dua, yaitu kejang demam sederhana dan kejang demam kompleks.

a. Kejang demam sederhana

Kejang demam yang berlangsung singkat kurang dari 15 menit, dan umumnya akan berhenti sendiri. Kejang berbentuk tonik dan klonik, tanpa gerakan fokal. Kejang tidak berulang dalam waktu 24 jam.

b. Kejang demam kompleks

Kejang lebih dari 15 menit, kejang fokal atau persial, kejang berulang atau lebih dari 1 kali dalam 24 jam (Dervis, 2017).

5. Manifestasi klinis

Umumnya kejang demam berlangsung singkat, berupa serangan kejang klonik atau tonik klonik bilateral, setelah kejang berhenti, anak tidak memberi reaksi apapun untuk sejenak, tetapi setelah beberapa detik atau menit anak terbangun dan sadar kembali tanpa defisit neurologis. Kejang dapat diikuti oleh hemiparesis sementara (*hemiparesis touch*) atau kelumpuhan sementara yang berlangsung beberapa jam sampai beberapa hari.

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 febrillis*) atau stuiip/step (Labir & Mamuaya, 2017)

6. Komplikasi

Komplikasi kejang demam meliputi:

a. Kejang Demam Berulang

Faktor risiko terjadinya kejang demam berulang adalah:

- 1) Riwayat keluarga dengan kejang demam (derajat pertama)
- 2) Durasi yang terjadi antara demam dan kejang kurang dari 1 jam
- 3) Usia < 18 bulan
- 4) Temperatur yang rendah yang membangkitkan bangkitan kejang

b. Epilepsi

Faktor risiko kejang demam yang berkembang menjadi epilepsi adalah:

- 1) Kejang demam kompleks
- 2) Riwayat keluarga dengan epilepsi
- 3) Durasi demam kurang dari 1 jam sebelum terjadinya bangkitan kejang
- 4) Gangguan pertumbuhan neurologis (contoh: *cerebralpalsy*, hidrocefalus).

d. Paralisis Todd

Paralisis Todd adalah hemiparesis sementara setelah terjadinya kejang demam. Jarang terjadi dan perlu dikonsultasikan ke bagian neurologi. Epilepsi Parsial Kompleks Dan *Mesial Temporal Sclerosis* (MTS). Pada pasien epilepsi parsial kompleks yang berhubungan dengan MTS ditemukan adanya riwayat kejang demam berkepanjangan.

e. Gangguan Tingkah Laku Dan Kognitif

Meskipun gangguan kognitif, motorik dan adaptif pada bulan pertama dan tahun pertama setelah kejang demam ditemukan tidak bermakna, tetapi banyak faktor independen yang berpengaruh seperti status sosial-ekonomi yang buruk, kebiasaan menonton televisi, kurangnya asupan ASI dan kejang demam kompleks.

7. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang untuk penyakit kejang demam adalah :

- a. Pemeriksaan penunjang dilakukan sesuai indikasi untuk penyebab demam atau kejang, pemeriksaan dapat meliputi darah perifer lengkap, gula darah, elektrolit, urinalisi, dan biakan darah, urin atau feses.
- b. Pemeriksaan cairan serebrospinal dilakukan untuk menegakkan atau kemungkinan terjadinya meningitis. Pada bayi

kecil sering kali sulit untuk menegakkan atau menyingkirkan diagnosis meningitis karena manifestasi klinisnya tidak jelas. Jika yakin bukan meningitis secara klinis tidak perlu dilakukan fungsi lumbal, fungsi lumbal dilakukan pada :

- 1) Bayi usia kurang dari 12 bulan sangat dianjurkan
 - 2) Bayi berusia 12-18 bulan dianjurkan
 - 3) Bayi lebih usia dari 18 bulan tidak perlu dilakukan
- c. Pemeriksaan elektroenseleografi (EEG) tidak direkomendasikan, pemeriksaan ini dapat dilakukan pada kejang demam yang tidak khas, misalnya kejang demam kompleks pada anak usia lebih dari 6 tahun, kejang demam fokal.
- d. Pemeriksaan *CT Scan* dilakukan jika ada indikasi :
- 1) Kelainan neurologis fokal yang menetap atau kemungkinan adanya lesi structural di otak
 - 2) Terdapat tanda tekanan intracranial (kesadaran menurun, muntah berulang, ubun-ubun menonjol, edema pupil) (Yulianti, 2017).

8. Penatalaksanaan

Menurut Maiti & Bidinger (2018) pengobatan medis saat terjadi kejang

- a. Pemberian diazepam supositoria pada saat kejang sangat efektif dalam menghentikan kejang, dengan dosis pemberian:
 - 1) 5 mg untuk anak < 3 tahun atau dosis 7,5 mg untuk anak > 3 tahun
 - 2) 4 mg untuk BB < 10 kg dan 10 mg untuk anak dengan BB > 10 kg 0,5 – 0,7 mg/kgBB/kali
- b. Diazepam intravena juga dapat diberikan dengan dosis sebesar 0,2 – 0,5 mg/kg BB. Pemberian secara perlahan – lahan dengan kecepatan 0,5 – 1 mg/menit untuk menghindari depresi pernafasan, bila kejang berhenti sebelum obat habis, hentikan penyuntikan. Diazepam dapat diberikan 2 kali dengan jarak 5

menit bila anak masih kejang, Diazepam tidak dianjurkan diberikan per IM karena tidak diabsorpsi dengan baik.

- c. Bila tetap masih kejang, berikan fenitoin per IV sebanyak 15 mg/kg BB perlahan – lahan, kejang yang berlanjut dapat diberikan pentobarbital 50 mg IM dan pasang ventilator bila perlu. Bila kejang berhenti dan tidak berlanjut, pengobatan cukup dilanjutkan dengan pengobatan intermitten yang diberikan pada anak demam untuk mencegah terjadinya kejang demam.

Obat yang diberikan berupa:

1) Antipirentik

Parasetamol atau asetaminofen 10 – 15 mg/kgBB/kali diberikan 4 kali atau tiap 6 jam. Berikan dosis rendah dan pertimbangan efek samping berupa hiperhidrosis.

2) Ibuprofen 10 mg/kgBB/kali diberikan 3 kali

3) Antikonvulsan

4) Berikan diazepam oral dosis 0,3 – 0,5 mg/kgBB setiap 8 jam pada saat demam menurunkan risiko berulang

- a) Diazepam rektal dosis 0,5 mg/kgBB/hari sebanyak 3 kali perhari. Bila kejang berulang, berikan pengobatan rumatan dengan fenobarbital atau asam valproat dengan dosis asam valproat 15-40 mg/kgBB/hari dibagi 2-3 dosis, sedangkan fenobarbital 3-5 mg/kgBB/hari dibagi dalam 2 dosis.

- d. Pengobatan keperawatan saat terjadi kejang demam menurut adalah:

- 1) Saat terjadi serangan mendadak yang harus diperhatikan pertama kali adalah ABC (*Airway, Breathing, Circulation*)
- 2) Setelah ABC aman, Baringkan pasien ditempat yang rata untuk mencegah terjadinya perpindahan posisi tubuh kearah danger
- 3) kepala dimiringkan dan pasang sundip lidah yang sudah di

bungkus kasa

- 4) singkirkan benda-benda yang ada disekitar pasien yang bisamenyebabkan bahaya
- 5) lepaskan pakaian yang mengganggu pernapasan
- 6) bila suhu tinggi berikan kompres hangat
- 7) setelah pasien sadar dan terbangun berikan minum air hangat
- 8) jangan diberikan selimut tebal karena uap panas akan sulit dilepaskan.

E. Konsep teori hipertermia

1. Pengertian

Hipertermia adalah suhu inti tubuh di atas kisaran normal karena kegagalan termoregulasi. Batasan karakteristik pada hipertermia yaitu postur abnormal, apnea, koma, kulit kemerahan, kejang, takikardi, takipneu, kulit terasa hangat. Demam adalah suatu kejadian terjadinya peningkatan suhu tubuh. Demam merupakan kondisi suhu tubuh diatas $37,5^{\circ}\text{C}$, sedangkan hiperpireksia (demam tinggi) adalah kenaikan suhu tubuh sampai 41°C atau lebih (Pratiwi, 2016).

2. Penyebab

- a. Dehidrasi
- b. Terpapar lingkungan panas
- c. Proses Penyakit (Mis. Infeksi, kanker)
- d. Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan
- e. Peningkatan laju metabolisme
- f. Respon trauma
- g. Aktivitas berlebihan
- h. Penggunaan *incubator*

3. Kondisi klinis terkait

- a. Proses infeksi
- b. Hipertiroid
- c. Stroke
- d. Dehidrasi

- e. Trauma
- f. Prematuritas

4. Patofisiologi

Jika tingkat panas dalam melebihi $38,5^{\circ}\text{C}$, pasien mulai merasa gelisah, aliran darah menumpuk, aliran darah ke otak, jantung, dan paru-paru meningkat, aliran darah ke organ berkurang, dan tangan menjadi dingin. Demam tinggi merangsang pencernaan yang sangat cepat, jantung di pompa lebih cepat dan laju pernapasan lebih cepat. Dehidrasi menyebabkan penguapanyang memicu kenaikan suhu, kulit dan paru-paru. Suhu di atas 41°C akan menyebabkan kerusakan jaringan otak besar yang menyebabkan kejang pada pasien (Ariani, 2016).

F. Konsep *Water Tepid Sponge*

1. Pengertian *Water Tepid Sponge*

Water Tepid Sponge merupakan kombinasi teknik blok dengan seka. Teknik ini menggunakan kompres blok tidak hanya di satu tempat saja, melainkan langsung di beberapa tempat yang memiliki pembuluh darah besar. Selain itu masih ada perlakuan tambahan yaitu dengan memberikan seka di beberapa area tubuh sehingga perlakuan yang diterapkan terhadap pasien pada teknik ini akan semakin kompleks dan rumit dibandingkan dengan teknik lain namun dengan kompres blok langsung di berbagai tempat ini akan memfasilitasi penyampaian sinyal ke hipotalamus dengan lebih gencar. Selain itu pemberian seka akan mempercepat pelebaran pembuluh darah perifer memfasilitasi perpindahan panas dari tubuh kelingkungan sekitar sehingga mempercepat penurunan suhu tubuh (Bangun & Ainun, 2017).

Tepid water sponge suatu metode alternatif non farmakologis untuk menurunkan suhu tubuh. *Tepid water sponge* adalah sebuah teknik kompres hangat yang menggabungkan teknik kompres blok pada pembuluh darah supervisial dengan teknik seka, pemberian *tepid sponge* memungkinkan aliran udara lembab membantu pelepasan panas

tubuh dengan cara konveksi. Suhu tubuh lebih hangat daripada suhu udara atau suhu air memungkinkan panas akan pindah ke molekul-molekul udara melalui kontak langsung dengan permukaan kulit (Dewi, 2016). Menurut Nurlaili, Ain dan Supono (2018) Pelaksanaan *tepid water sponge* dilakukan dengan cara mengelap seluruh tubuh dengan menggunakan waslap lembab hangat selama 15 menit. Efek hangat dari waslap tersebut dapat memvasodilatasi pembuluh darah sehingga pembuluh darah lancar.

Penelitian Yuniawati, Wulandari dan Parmilah (2020) menyebutkan bahwa pemberian *tepid water sponge* dengan suhu air hangat 37-40°C berpengaruh dalam penurunan suhu tubuh pada pasien dengan masalah keperawatan hipertermia. Hal ini disebabkan dengan pemberian *tepid water sponge* dengan menyeka tubuh dengan air hangat akan membuat penurunan suhu tubuh dengan cara konveksi dan evaporasi. Melalui metode ini panas yang dihantarkan air hangat akan membuat pori-pori pada tepi kulit melebar sehingga mempercepat pengeluaran panas melalui evaporasi. Selain itu, dengan cara konveksi dimana penerapan air hangat yang suhunya lebih rendah dari suhu tubuh akan mempengaruhi pusat termoregulasi di dalam tubuh, sehingga tubuh otomatis akan bekerja untuk menurunkan suhu tubuh minimal 1°C pada pasien demam dengan suhu air 40°C dan dilakukan evaluasi setelah 15 menit.

2. Manfaat Water Tepid Sponge

Manfaat dari pemberian *water tepid sponge* adalah menurunkan suhu tubuh yang sedang mengalami demam, memberikan rasa nyaman, mengurangi nyeri dan ansietas yang diakibatkan oleh penyakit yang mendasari demam. *Water tepid sponge* juga sangat bermanfaat pada pasien yang memiliki riwayat kejang demam dan penyakit liver (Putra et al., 2018).

3. Indikasi Tindakan Keperawatan

- a. *Febris* (demam) dengan suhu diatas 38 °C

- b. Hipertermia
- c. Tidak ada luka pada daerah pemberian *water tepid sponge*
- d. Tidak diberikan pada neonatus

4. Mekanisme Pemberian *Water Tepid Sponge*

Pemberian *water tepid sponge* pada daerah tubuh akan mengakibatkan anak berkeringat. *Water tepid sponge* bertujuan untuk mendorong darah ke permukaan tubuh sehingga darah dapat mengalir dengan lancar. Ketika suhu tubuh meningkat dan dilakukan *water tepid sponge*, hipotalamus anterior memberi sinyal pada kelenjar keringat untuk melepaskan keringat. Tindakan ini diharapkan akan terjadi penurunan suhu tubuh sehingga mencapai keadaan normal kembali (Maharani, 2011).

5. Prosedur Terapi *Water Tepid Sponge*

Water tepid sponge dilakukan selama 15 menit, apabila dalam 15 menit setelah dilakukan tepid sponge suhu tubuh belum turun maka tindakan dihentikan kemudian hasil tindakan dilaporkan ke perawat ruangan atau dokter. Pemberian terapi *water tepid sponge* yang terlalu sering atau lebih dari 2 kali pemberian dalam 1 waktu akan mengakibatkan tingkat ketidaknyamanan pada anak meningkat, dan beresiko mengalami Hipotermia pada anak.

1. Peralatan

- a. Baskom
- b. Washlap 6 buah
- c. Handuk mandi 2 buah
- d. Selimut
- e. Termometer air
- f. Termometer
- g. Air dengan Suhu 30-40°C

Terapi *Water Tepid Sponge* dilakukan dengan menggunakan air hangat dengan suhu 30-40°C, suhu air disesuaikan dengan suhu anak pada saat mengalami demam, semakin tinggi demam maka

suhu air sebaiknya lebih ditinggikan, hal ini bertujuan untuk lebih mempercepat pelepasan panas melalui konduksi, konveksi, radiasi dan evaporasi.

2. Persiapan

- a. Jelaskan prosedur dan demonstrasikan kepada keluarga cara *water tepid sponge*.
- b. Jelaskan manfaat dari dilakukan terapi *water tepid sponge* pada anak

3. Prosedur Pelaksanaan

- a. Cuci tangan
- b. Beri kesempatan pasien untuk buang air sebelum dilakukan tindakan kompres *water tepid sponge*.
- c. Ukur suhu tubuh pasien dan catat.
- d. Buka seluruh pakaian pasien dan alasi pasien dengan handuk mandi.
- e. Tutup tubuh pasien dengan handuk mandi. Kemudian basahkan washlap atau lap mandi. Letakkan washlap di dahi pasien, aksila, dan lipatan paha. Menyeka bagian ekstremitas atas dan bawah, punggung, dan bokong dengan tekanan lembut yang lama, lap bagian tubuh (Ekstrimitas, punggung, bokong) pasien selama 15 menit. Pertahankan suhu air (30-40°C).
- f. Apabila washlap mulai mengering maka rendam kembali dengan air hangat
- g. Lalu ulangi prosedur yang sama.
- h. Hentikan prosedur jika pasien kedinginan atau menggigil atau segera setelah suhu normal
- i. Tubuh pasien mendekati normal. Selimuti pasien dengan handuk mandi dan Keringkan.
- j. Pakaikan pasien baju yang tipis dan mudah menyerap keringat.
- k. Rapikan alat dan kemudian cuci tangan.

- l. Catat suhu tubuh pasien sebelum dilakukan tindakan kompres *water tepid sponge*, kemudian.
- m. Lakukan pengukuran kembali suhu tubuh pasien 15 menit setelah dilakukan tindakan kompres *water tepid sponge*

G. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Dalam pengkajian keperawatan menurut Mendri & Prayogi (2018).

a. Data Subjektif

Identitas :

- 1) Biodata anak mencakup nama, umur, jenis kelamin.
- 2) Biodata orang tua perlu dipertanyakan untuk mengetahui statussosial anak meliputi nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, alamat.

3) Riwayat Penyakit

Riwayat penyakit yang diderita sekarang tanpa kejang ditanyakan

4) Apakah betul ada kejang.

Diharapkan ibu atau keluarga yang mengantar dianjurkan menirukan gerakan kejang si anak.

b. 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.

c. Lama serangan

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

d. Pola serangan

- 1) Perlu diusahakan agar diperoleh gambaran lengkap mengenai pola serangan apakah bersifat umum, fokal, tonik, klonik.

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

e. 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.

f. 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.

g. Riwayat penyakit sekarang yang menyertai

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

h. Riwayat penyakit dahulu

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

i. Riwayat kehamilan dan persalinan

Kedaaan 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.

j. 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.

k. Riwayat perkembangan

Ditanyakan kemampuan perkembangan meliputi:

- 1) Personal sosial (kepribadian/tingkah laku sosial) berhubungan dengan kemampuan mandiri, bersosialisasi, dan berinteraksi dengan lingkungannya.
- 2) 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.
- 3) Gerakan motorik kasar berhubungan dengan pergerakan dan sikap tubuh.
- 4) Bahasa : kemampuan memberikan respon terhadap suara, mengikuti perintah dan berbicara spontan.

l. Riwayat kesehatan keluarga.

- 1) Adakah anggota keluarga yang menderita kejang (+25%

penderita kejang demam mempunyai faktor turunan)

- 2) Adakah anggota keluarga yang menderita penyakit syaraf atau lainnya.
- 3) Adakah anggota keluarga yang menderita penyakit seperti Infeksi saluran pernapasan akut (ISPA), diare atau penyakit infeksi menular yang dapat mencetuskan terjadinya kejang demam.
- 4) Riwayat sosial
 - a) Untuk mengetahui perilaku anak dan keadaan emosionalnya perlu dikaji siapakah yang mengasuh anak.
 - b) Bagaimana hubungan dengan anggota keluarga dan teman sebayanya.

m. Pola kebiasaan dan fungsi kesehatan

Ditanyakan keadaan sebelum dan selama sakit bagaimana.

n. Pola kebiasaan dan fungsi ini meliputi :

- 1) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat
- 2) Gaya hidup yang berkaitan dengan kesehatan, pengetahuan tentang kesehatan, pencegahan dan kepatuhan pada setiap perawatan dan tindakan medis.
- 3) 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

- 1) Untuk mengetahui asupan kebutuhan gizi anak. Ditanyakan bagaimana kualitas dan kuantitas dari makanan yang dikonsumsi oleh anak.
- 2) Makanan apa saja yang disukai dan yang tidak. Bagaimana selera makan anak. Berapa kali minum, jenis dan jumlahnya per hari.

p. Pola eliminasi

- 1) Buang air kecil (BAK) ditanyakan frekuensinya, warnanya, jumlahnya, secara makroskopis.
- 2) ditanyakan bagaimana warna, bau, dan apakah terdapat darah, serta ditanyakan apakah disertai nyeri saat anak kencing.
- 3) Buang air besar (BAB) ditanyakan kapan waktu BAB, teratur atau tidak, dan bagaimana konsistensinya lunak, keras, cair atau berlendir.

q. Pola aktivitas dan latihan

- 1) Apakah anak senang bermain sendiri atau dengan teman sebayanya
- 2) Berkumpul dengan keluarga sehari berapa jam
- 3) Aktivitas apa yang disukai

r. Pola tidur/istirahat

- 1) Berapa jam sehari tidur.
- 2) Berangkat tidur jam berapa.
- 3) Bangun tidur jam berapa.
- 4) Kebiasaan sebelum tidur, bagaimana dengan tidur siang.

s. 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 makrosefali? 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*, *opisthotonus*, *trimus*, Apakah ada gangguan *nervus cranial*.

d) Mata

Saat serangan kejang apakah terjadi dilatasi pupil, untuk itu periksa pupil dan ketajaman penglihatan, keadaan sklera, dan 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

Adakah tanda-tanda kaku kuduk, pembesaran kelenjar tiroid, Adakah pembesaran vena jugulans.

j) Thorax

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

k) Jantung

Bagaimana keadaan dan frekuensi jantung serta iramanya, adakah bunyi tambahan, adakah bradikardi atau takikardia.

l) Abdomen

Adakah distensia abdomen serta kekakuan otot pada abdomen, bagaimana turgor kulit dan peristaltik usus, adakah tanda meteorismus, adakah pembesaran lien dan hepar.

m) Kulit

Bagaimana keadaan kulit baik kebersihan maupun warnanya, apakah terdapat edema, 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 edema, sekret yang keluar dari vagina, tanda-tanda infeksi.

2. Diagnosa

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

- a. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
- c. Risiko aspirasi dibuktikan dengan penurunan tingkat kesadaran
- d. Risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan trauma
- e. Risiko cedera dibuktikan dengan perubahan fungsi psikomotor

3. Intervensi

Tabel 1. Tabel Intervensi Keperawatan

No	DX Keperawatan	Tujuan	Rencana tindakan
1.	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	<p>Termoregulasi (L.14134, Hal 129) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menggigil menurun. Takikardi menurun. Suhu tubuh membaik. Suhu kulit membaik. 	<p>Manajemen Hipertermia (I.15506, Hal 181) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi penyebab hipertermia. Monitor suhu tubuh. Monitor kadar elektrolit Monitor haluaran urine. Monitor komplikasi akibat hipertermia <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 hiperhidrosis (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 <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu.
2.	Risiko Cedera	<p>Tingkat Cedera (L.14136, Hal 135) Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu ...x24 jam maka masalah tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Toleransi aktivitas meningkat Nafsu makan meningkat Toleransi makan meningkat 	<p>Pencegahan Kejang (I.14537, Hal 275) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor status neurologis Monitor tanda-tanda vital <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Baringkan pasien agar tidak terjatuh Rendahkan ketinggian tempat tidur

		<ul style="list-style-type: none"> d. Kejadian cedera menurun e. Luka/lecet menurun f. Ketegangan otot menurun g. Fraktur menurun h. Ekspresi wajah kesakitan menurun i. Gangguan mobilitas menurun j. Tekanan darah membaik k. Frekuensi nadi membaik l. Frekuensi napas membaik m. Pola istirahat/tidur membaik 	<ul style="list-style-type: none"> c. Pasang side-rail tempat tidur d. Berikan alas empuk di bawah kepala, jika memungkinkan e. Jauhkan benda-benda berbahaya terutama benda tajam f. Sediakan suction di samping tempat tidur <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan segera melapor jika merasakan aura b. Ajarkan keluarga pertolongan pertama pada kejang <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasikan pemberian antikonvulsan, jika perlu
3.	Risiko Aspirasi	<p>Tingkat Aspirasi (L.01006, Hal 133) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan tingkat aspirasi pada pasien menurun yang ditandai dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tingkat kesadaran meningkat b. Kemampuan menelan meningkat c. Kebersihan mulut meningkat d. Dispnea menurun e. Kelemahan otot menurun f. Akumulasi sekret menurun g. Wheezing menurun h. Batuk menurun i. Sianosis menurun j. Gelisah menurun k. Frekuensi napas membaik 	<p>Pencegahan Aspirasi (L.01018, Hal 273)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan b. Monitor status pernapasan c. Monitor bunyi napas, terutama setelah makan/minum d. Periksa residu gaster sebelum memberikan asupan oral e. Periksa kepatenan selang nasogastrik sebelum memberi asupan oral <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Posisikan semifowler (30-40 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral b. Pertahankan posisi semifowler (30-40 derajat) pada pasien tidak sadar c. Pertahankan kepatenan jalan napas d. Lakukan penghisapan jalan napas, jika produksi sekret meningkat e. Sediakan suction di ruangan f. Hindari memberi makan melalui selang gastrointestinal, jika residu banyak g. Berikan makan dengan ukuran kecil dan lunak h. Berikan obat oral dalam bentuk cair <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan makan secara perlahan

			<ul style="list-style-type: none"> b. Ajarkan strategi mencegah aspirasi c. Ajarkan teknik mengunyah atau menelan, jika perlu
4	Pola Nafas Tidak Efektif	<p>Pola Napas (L.01004, Hal 95) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan pola napas pada pasien membaik yang ditandai dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ventilasi semenit meningkat b. Kapasitas vital meningkat c. Tekanan ekspirasi meningkat d. Tekanan inspirasi meningkat e. Dispnea menurun f. Penggunaan otot bantu napas menurun g. Pernapasan cuping hidung menurun h. Frekuensi napas membaik i. Kedalaman napas membaik 	<p>Manajemen Jalan Napas (L.01011, Hal 186) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) b. Monitor bunyi napas tambahan c. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift b. Posisikan semifowler atau fowler c. Berikan minum hangat d. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu e. Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
5	Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif	<p>Perfusi Perifer (L.02011, Hal 84) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan perfusi perifer pada pasien meningkat yang ditandai dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Denyut nadi perifer meningkat b. Warna kulit pucat menurun c. Edema perifer menurun d. Nyeri ekstremitas menurun e. Kelemahan otot menurun f. Kram otot menurun g. Akral membaik h. Turgor kulit membaik i. Tekanan darah sistolik membaik 	<p>Perawatan Sirkulasi (L.02079, Hal 345) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Periksa sirkulasi perifer (mis, nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle branchial index) b. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi) c. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi b. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi c. Hindari pemasangan atau penekanan tourniquet pada area yang cedera

		<p>j. Tekanan darah diastolik membaik</p>	<p>d. Lakukan pencegahan infeksi e. Lakukan perawatan kaki dan kuku f. Lakukan hidrasi</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Anjurkan berolahraga rutin b. Anjurkan program rehabilitasi vaskuler c. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) d. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</p>
--	--	---	---

4. Implementasi

Implementasi merupakan langkah keempat dalam tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Dalam tahap ini perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada pasien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari pasien serta dalam memahami tingkat perkembangan pasien.

Tindakan yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (PPNI, 2018), yaitu :

- a. Tindakan Observasi yaitu tindakan yang diajukan untuk mengumpulkan dan menganalisis data status kesehatan pasien. Tindakan ini umumnya diawali dengan kata periksa, identifikasi, atau monitor.
- b. Tindakan Terapeutik yaitu tindakan yang secara langsung dapat berefek memulihkan status kesehatan pasien atau dapat mencegah perburukan masalah kesehatan pasien dan umumnya menggunakan kata lakukan, berikan, dan sebagainya.
- c. Tindakan Edukasi yaitu tindakan yang ditunjukkan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam merawat dirinya dengan membantu pasien dalam memperoleh perilaku baru yang dapat mengatasi masalah dan umumnya menggunakan kata ajarkan, anjurkan, latih, dan sebagainya.
- d. Tindakan Kolaborasi yaitu tindakan yang membutuhkan kerjasama baik perawat lainnya maupun profesi kesehatan lainnya. Tindakan ini membutuhkan gabungan antara pengetahuan dan keterampilan baik perawat maupun profesi kesehatan lainnya serta umumnya menggunakan kata kolaborasi, rujuk, atau konsultasi.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah fase kelima dan fase terakhir proses keperawatan, dalam konteks ini aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan dan terarah ketika pasien dan professional kesehatan menentukan kemajuan kemajuan pasien menuju pencapaian tujuan/hasil dan keefektifan rencana asuhan keperawatan.

Adapun komponen SOAP yaitu S (Subjektif) dimana perawat menemui keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan, O (Objektif) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada pasien yang dirasakan pasien setelah tindakan keperawatan, A (Assessment) adalah interpretasi dari data subjektif dan data objektif, P (planning) adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

H. Hasil review literatur jurnal

1. Pertanyaan Klinis (PICOT)

Berisi rumusan pertanyaan klinis yang tepat, sebagai berikut :

- a. *Problem* : Hipertermia
- b. *Intervention* : Terapi *water tepid sponge*
- c. *Comparison* : Tidak dilakukan
- d. *Outcome* : Suhu tubuh pasien menurun
- e. *Time* : 15-20 menit

Sehingga dapat dirumuskan masalah klinis dari permasalahan yang ditemukan yaitu “Penerapan terapi *water tepid sponge* pada anak kejang demam usia *toddler* dengan masalah keperawatan hipertermia di ruang Menur dan Kenanga RSUP dr. Soeradji tirtonegoro Klaten”.

2. Metode Penelusuran *Evidence*

Pencarian artikel ditetapkan dengan menggunakan jurnal yang sudah terpublikasi baik nasional maupun international dengan batasan tahun terbit 2019 sampai dengan 2023 atau 5 tahun terakhir. Pencarian jurnal dilakukan melalui *Science Direct*, *Research Gate*, *Google*

Scholar, Elsevier, dan PubMed pada 07 Maret 2023. Hasil pencarian melalui pilihan *advanced search* didapatkan total sebanyak 5 artikel yang relevan dengan rentang tahun terbit kurang dari 5 tahun dengan tipe artikel seluruhnya berjenis *research articles*.

3. Hasil Review Litiatur

Setelah menganalisa artikel yang sudah ditemukan, penulis menyajikan data dalam tabel.

a. Analisis Jurnal 1

Tabel 2. Tabel Analisis Jurnal 1

Penerapan <i>Tepid Water Sponge</i> Untuk Menurunkan Demam Pada Anak Dengan Kejang Demam Di Rsud Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin	
P (Patient/Population)	Subyek dalam penelitian ini yaitu satu orang pasien anak dengan kejang demam yang mengalami hipertermia di Ruang Anak RSUD Dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin dengan kriteria subyek pasien yang masih mengalami hipertermia (37,5°C-38,3°C), keluarga pasien bersedia menjadi responden, pasien yang belum pernah mendapatkan tindakan tepid water sponge dan pasien yang masih berumur 3 tahun.
I (Intervention)	Intervensi keperawatan tepid water sponge
C (Comparation)	Tidak ada pembandingan
O (Outcome)	Hasil menunjukkan suhu anak sebelum diberikan tepid water sponge yaitu 38.5°C dan setelah diberikan tepid water sponge selama 3 hari yaitu 36.5 °C. Intervensi keperawatan tepid water sponge dilakukan pada pagi dan siang hari dalam rentang waktu 15-20 menit. Dari hasil penelitian ini rata-rata penurunan suhu dengan nilai 1°C dan dapat disimpulkan bahwa tepid water sponge dapat menurunkan suhu tubuh pada anak hipertermia dengan kejang demam.
T (Time)	Tahun 2022
Kesimpulan : Kesimpulan dari penelitian ini adalah tepid water sponge dapat menurunkan suhu tubuh pada anak yang mengalami demam.	

b. Analisis Jurnal 2

Tabel 3. Tabel Analisis Jurnal 2

Penerapan <i>Water Tepid Sponge</i> Pada Anak Demam di Puskesmas Pringsurat Kabupaten Temanggung	
P (Patient/Population)	sampel diambil sebanyak 2 responden yang kemudian diberikan intervensi kompres hangat dengan <i>water tapid sponge</i>
I (Intervention)	Intervensi keperawatan <i>water tepid sponge</i>
C (Comparation)	Tidak ada pembandingan

O (Outcome)	Hasil yang diperoleh demam pada kedua kasus mengalami penurunan setelah dilakukan intervensi selama 3 hari. Kasus I dari 39,5°C menjadi 37,3°C, sementara kasus II dari 39,20C menjadi 37,2°C.
T (Time)	Tahun 2021
Kesimpulan : Kesimpulan yang diperoleh <i>Water tepid sponge</i> terbukti efektif menurunkan suhu tubuh pada anak demam.	

c. Analisis Jurnal 3

Tabel 4. Tabel Analisis Jurnal 3

<i>Effect of Tepid Sponge on changes in body temperature in children under five who have fever in Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Hospital</i>	
P (Patient/Population)	Responden anak balita yang menderita demam sebanyak 12 orang
I (Intervention)	Intervensi keperawatan <i>tepid water sponge</i>
C (Comparation)	Tidak ada pembandingan
O (Outcome)	Sebelum diberikan <i>tepid Sponge</i> semua balita mengalami panas tinggi (100%) sebanyak 12 responden, setelah diberikan satu kali pemberian <i>tepid Sponge</i> suhu seluruh responden menjadi normal (100%). Hasil uji statistik menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan pemberian <i>tepid Sponge</i> terhadap perubahan suhu tubuh dengan $P=0,000 (\leq 0,05)$.
T (Time)	Tahun 2018
Kesimpulan : Kesimpulan dari penelitian ini bahwa terdapat pengaruh <i>tepid Sponge</i> terhadap perubahan suhu tubuh. Petugas kesehatan diharapkan memberikan <i>tepid Sponge</i> kepada anak balita yang mengalami peningkatan suhu tubuh.	

d. Analisis Jurnal 4

Tabel 5. Tabel Analisis Jurnal 4

<i>The Difference Between the Conventional Warm Compress and Tepid Sponge Technique Warm Compress in the Body Temperature Changes of Pediatric Patients with Typhoid Fever</i>	
P (Patient/Population)	Populasi diambil dari Puskesmas Kampili sedangkan sampel sebanyak 20 orang diambil dengan menggunakan teknik <i>purposive sampling</i> .
I (Intervention)	Intervensi keperawatan <i>water tepid sponge</i>
C (Comparation)	Kompres hangat konvensional dan teknik <i>tepid sponge</i>
O (Outcome)	Data hasil uji kemaknaan menggunakan <i>General linear model repeat measure</i> (nilai p 0,03 untuk kompres hangat konvensional dan nilai p 0,01 pada kompres hangat teknik <i>tepid sponge</i>)
T (Time)	Tahun 2019

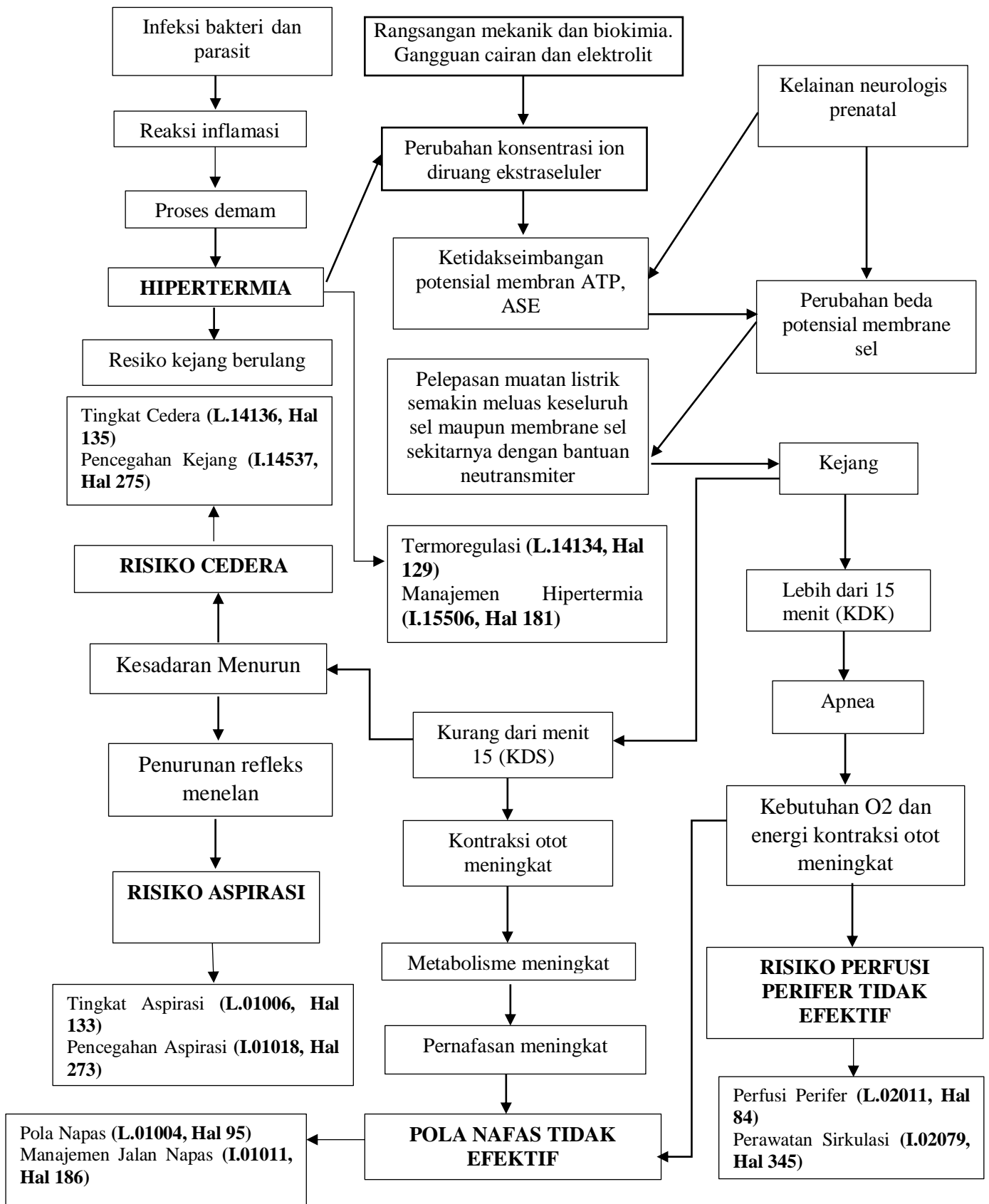
Kesimpulan : Kesimpulan dari penelitian ini Secara statistik teknik kompres hangat *tepid sponge* lebih bermakna dan secara kualitatif perubahan suhu setelah kompresi lebih baik.

e. Analisis Jurnal 5

Tabel 6. Tabel Analisis Jurnal 5

<i>Tepid Sponging And Compress Plaster On Toddlers Who Have A Fever</i>	
P (Patient/Population)	30 orang balita dibedakan menjadi 2 kelompok intervensi
I (Intervention)	Intervensi keperawatan <i>tepid sponging</i> dan plester kompres
C (Comparation)	Kelompok <i>tepid sponge</i> dan kelompok plester kompres
O (Outcome)	Hasil pada kelompok intervensi berupa <i>tepid sponging</i> dengan menggunakan kain/washlap yang sudah direndam air hangat suhu 34°C di kompres pada daerah dahi ketiak dan selangkangan (tempat berlalunya pembuluh darah besar) kurang lebih 5-6 kali. Sedangkan kelompok perlakuan plester kompres pada daerah bagian dahi, ketiak dan selangkangan. Pengukuran suhu pada kedua kelompok intervensi dilakukan sebelum dan 30 menit setelah perlakuan. Rata-rata suhu tubuh sebelum diberikan tepid sponging 38.29°C mengalami penurunan sebesar 0,82°C begitupun dengan plester kompres mengalami penurunan sebesar 0,460C. Uji statistic menggunakan Mann Whitney nilai $P=0,000 < 0,005$ (\bar{y}) yang berarti ada perbedaan yang signifikan antara lama pemakaian tepid sponging dan plester kompres pada balita yang mengalami demam.
T (Time)	Tahun 2022
Kesimpulan : Kesimpulan dari penelitian ini perawatan <i>tepid sponging</i> lebih baik jika dibandingkan dengan kompres plester terhadap penurunan suhu tubuh pada balita yang mengalami demam.	

WEB OF CAUTION (WOC)



Gambar 1. Web Of Caution

Sumber referensi: Lestari, 2016.