BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis Kejang Demam

1. Pengertian Kejang Demam

   Kejang demam atau *febrile convulsion* ialah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38˚C) yang disebabkan oleh proses ekstrakranium. Kejang demam merupakan kelainan neurologis yang paling sering dijumpai pada anak, terutama pada golongan anak umur 6 bulan sampai 4 tahun (Ngastiyah, 2014).

   Menurut Wulandari dan Erawati (2016) kejang demam merupakan kelainan neurologis yang paling sering ditemukan pada anak, terutama pada golongan anak umur 6 bulan sampai 4 tahun.

2. Etiologi Kejang Demam

   Penyebab kejang demam menurut Risdha (2014) yaitu: Faktor-faktor perinatal, malformasi otak kongenital

   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 tractus respiratorius, pharyngitis, tonsilitis, otitis media.

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

2) Virus : *varicella* (cacar), morbilli (campak), dengue (virus penyebab demam berdarah).

c. Demam

Kejang demam cenderung timbul dalam 24 jam pertama pada waktu sakit dengan demam tinggi.

d. Gangguan Metabolisme

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

e. Trauma

Kejang berkembang pada minggu pertama setelah kejadian cedera kepala.

f. Neoplasma dan 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 Degeneratif Susunan Syaraf

3. Klasifikasi Kejang Demam

Klasifikasi kejang demam menurut Wulandari & Erawati (2016) dibagi menjadi 2 yaitu:

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 parsial, kejang berulang atau lebuh dari 1 kali dalam waktu 24 jam.

4. Tanda Gejala Kejang Demam

Menurut Wulandari & Erawati (2016) tanda dan gejala dari kejang demam adalah sebagai berikut:

a. Kejang demam mempunyai insiden yang tinggi pada anak, yaitu 3-4%
b. Kejang biasanya singkat, berhenti sendiri, terjadi lebih banyak laki-laki
c. Kejang timbul dalam 24 jam setelah naiknya suhu badan akibat infeksi di luar susunan saraf misalnya otitis media akut, bronkitis.
d. Bangkitan kejang dapat berbentuk tonik-klonik, fokal atau atonik
e. Takikardia: Pada bayi, frekuensi sering di atas 150-200 per menit

Gejala Kejang Demam sesuai Klasifikasi Parsial menurut Nurarif & Kusuma (2015):

a. Kejang sederhana

Dapat bersifat motorik (gerakan abnormal unilateral), sensorik (merasakan, membaul, mendengar, sesuatu yang abnormal), automik

(takikardia, bradikardia, takipneu, kemerahan, rasa tidak enak di epigastrium), psikik (disfagia, gangguan daya ingat), biasanya berlangsung <1 menit.

b. Kejang kompleks

Gejala motorik, gejala sensorik, otomatisme (mengecap-ngecapkan bibir, mengunyah, menarik-narik baju), biasanya berlangsung 1-3 menit.

Gejala Kejang Demam sesuai Klasifikasi Generalisata menurut Nurarif & Kusuma (2015):

a. Tonik-klonik

Spasme tonik-klonik, inkontinensia urin dan alvi, menggigit lidah

b. Absence

Sering salah didiagnosis melamun, menatap kosong, kelopak mata bergetar, atau berkedip secara cepat, tonus postural tidak hilang, berlangsung beberapa detik

c. Miokolonik

Kontraksi mirip syok mendadak yang terbatas di beberapa otot atau tungkai, cenderung singkat

d. Atonik

Hilangnya secara mendadak tonus otot disertai lenyapnya postur tubuh (*drop attacks*).

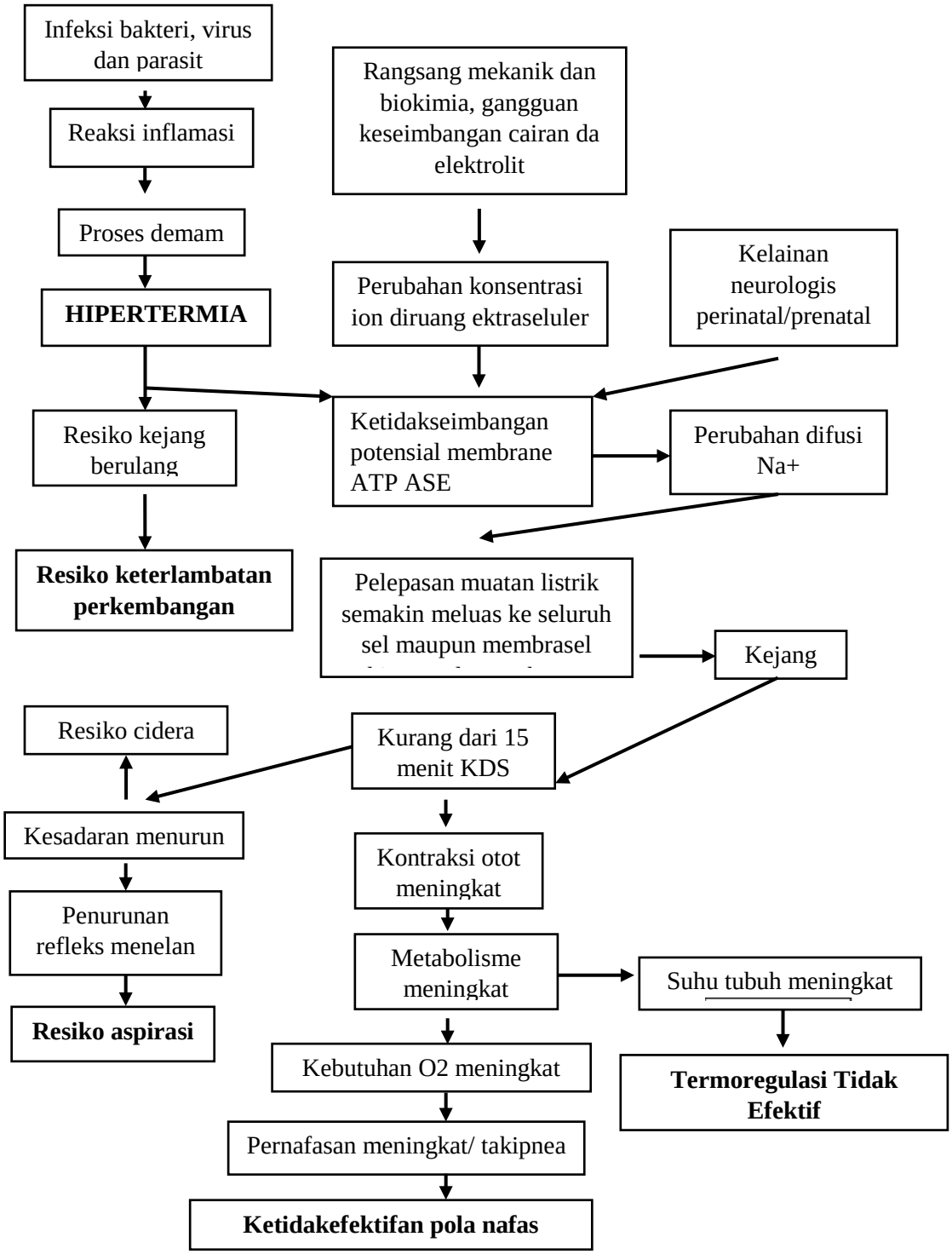
e. Klonik

Hilangnya secara mendadak tonus otot disertai lenyapnya postur tubuh (*drop attacks*).

f. Tonik

Peningkatan mendadak tonus otot (menjadi kaku, kontraksi) wajah dan tubuh bagian atas; fleksi lengan dan ekstensi tungkai, dapat menyebabkan henti nafas, mata kepala berputar ke satu sisi.

5. *athways* Kejang Demam



Gambar 3.1 *Pathway* Kejang Demam (Nurarif & Kusuma, 2015)

6. Pencegahan Kejang demam

Kejang demam berulang lebih sering ditemukan pada subjek dengan KDK, namun tidak ditemukan perbedaan yang bermakna. Hasil ini berbeda dari literatur yang menjelaskan bahwa kasus KDS lebih umum terjadi, mencakup 65-90% dari total kasus kejang demam. Kemungkinan perbedaan hasil ini disebabkan oleh etnis dan lokasi geografis yang berbeda dan metode dalam seleksi pasien yang digunakan menjadi sampel penelitian. Tosun dkk. Razieh dan Sedighah memperoleh hasil serupa dengan penelitian ini. Akan tetapi, Dewanti dkk. menemukan bahwa rekurensi kejang demam 1,4 kali lebih banyak pada anak dengan riwayat KDK (Hardika & Mahalini, 2019).

Untuk mencegah terulangnya kejang kembali di kemudian hari, pasien yang yang menderita kejang demam sederhana diberikan obat campuran antikonvulsan dan antipiretika, yang harus diberikan kepada anak bila menderita demam lagi. Antikonvulsan yang diberikan ialah fenobarbital dengan dosis 4-5 mg/kgBB/hari yang mempunyai akibat samping paling sedikit jika dibandingkan dengan obat antikonvulsan lainnya (Ngastiyah, 2014).

Menurut Ngastiyah (2014), obat antipiretika yang digunakan misalnya aspirin, dosis yang diberikan 60 mg/tahun/kali, sehari diberikan 3 kali. Untuk bayi dibawah umur 6 bulan diberikan 10 mg/ bulan/kali, sehari diberikan 3 kali. Kadar maksimal dalam darah tercapai dalam 2 jam pemberian peroral (pemberian obat antipirektik dan antikonvulsan ini

walaupun dapat mencegah kejang dianggap kurang berhasil, karena untuk keberhasilan yang lebih besar diperlukan fenobarbital dengan dosis yang lebih tinggi, yaitu 10-15 mg/kgBB/hari, tetapi dosis tersebut mempunyai akibat samping berupa mengantuk, penekana terhadap pusat pernapasan dan sebagainya).

Sekarang ada obat yang lebih tepat mencegah terulangnya kejang demam sederhana yaitu diazepam, baik diberikan secara rektal maupun oral pada waktu anak mulai demam (mulai teraba panas). Profilaksi intermiten ini sebaiknya diberikan sampai kemungkinan sangat kecil anak mendapatkan kejang demam sederhana yaitu kira-kira sampai anak umur 4 tahun (Ngastiyah, 2014).

7. Pengobatan Kejang Demam

Menurut Ngastiyah (2014) cara memberantas kejang dapat dilakukan dengan:

a. Segera berikan diazepam intravena: dosis rata-rata 0,3 mg/kgBB atau diazepam rektal dosis berat badan kurang dari 10 kg, 5 mg; lebih dari 10 kg, 10 mg. Jika kejang tidak berhenti tunggu 15 menit dapat diulang dengan dosis dan cara sama. Setelah kejang berhenti maka diberikan dosis awal fenobarbital sebagai berikut:
   1) Neonatus: 30 mg intramuskular
   2) 1 bulan -1 tahun: 50 mg intramuskular dan
   3) Lebih dari 1 tahun 75 mg intramuskular

Pengobatan rumat: 4 jam kemudian (setelah berhenti kejang) hari ke-1 + ke-2, fenobarbital 9-10 mg/kgBB, dibagi dalam 2 dosis. Hari berikutnya fenobarbital 4-5 mg/kgBB dibagi dalam 2 dosis.

b. Bila diazepam tidak tersedia, lansung dipakai fenobarbital dengan dosis awal dan selanjutnya diteruskan dengan pengobatan rumat.

B. Konsep Asuhan Keperawatan Kejang Demam

1. Pengkajian Kejang Demam

Pengkajian bertujuan untuk mendapatkan data dasar tentang kesehatan klien baik fisik,psikososial, maupun emosional. Data dasar ini digunakan untuk menetapkan status kesehatan klien, menemukan masalah aktual ataupun potensial serta sebagai acuan dalam memberikan edukasi pada klien (Debora, 2013)

Data yang perlu dikumpulkan saat pengkajian pada anak dengan kejang demam adalah:

a. Biodata/ Identitas pasien

Biodata pasien mencakup nama, umur, jenis kelamin. Sedangkan biodata orang tua perlu ditanyakan untuk mengetahui status sosial anak meliputi nama, umur, agama, suku/ bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat.

b. Keluhan Utama

Keluhan paling utama yang dialami oleh pasien, biasanya keluhan yang dialami pasien kejang demam adalah anak mengalami kejang pada saat panas diatas > 37,5˚C.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

1) Riwayat penyakit yang diderita sekarang tanpa kejang ditanyakan, apakah betul ada kejang. Diharapkan ibu atau keluarga yang mengantar mengetahui kejang yang dialami oleh anak.
2) Dengan mengetahui ada tidaknya demam yang menyertai kejang, maka diketahui apakah terdapat infeksi. Infeksi mempengaruhi penting dalam terjadinya bangkitan kejang pada anak.
3) Lama Serangan

   Seorang ibu yang anaknya mengalami kejang merasakan waktu berlangsung lama. Dari lama bangkitan kejang dapat kita ketahui respon terhadap prognosa dan pengobatan
4) Pola Serangan

   Perlu diusahakan agar diperoleh gambaran lengkap mengenai pola serangan apakah bersifat umum, fokal, tonik atau klonik. Pada kejang demam sederhana kejang ini bersifat umum.
5) Frekuensi Serangan

   Apakah penderita mengalami kejang sebelumnya, umur berapa kejang teljadi untuk pertama kali dan berapa frekuensi kejang per tahun. Prognosa makin kurang baik apabila timbul kejang pertama kali pada umur muda dan bangkitan kejang sering terjadi.
6) 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 menjalamya. Sesudahnya kejang perlu ditanyakan apakah penderita segera sadar, tertidur, kesadaran menurun, ada paralise, menangis dan sebagainya.

7) Riwayat Penyakit Sekarang Yang Menyertai

Apakah muntah, diare, trauma kepala, gagap bicara (khususnya pada penderita epilepsi), gagal ginjal, kelainan jantung, DHF, ISPA, OMA, Morbili.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Sebelum penderita mengalami serangan kejang ini ditanyakan apakah penderita pemah mengalami kejang sebelumnya, umur berapa saat kejang teljadi untuk pertama kalinya. Apakah ada riwayat trauma kepala, radang selaput otak, OMA dan lain-lain.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Adakah keluarga yang memiliki penyakit kejang demam seperti pasien (25 % penderita kejang demam mempunyai faktor turunan). Adakah anggota keluarga yang menderita penyakit saraf atau lainnya. Adakah anggota keluarga yang menderita penyakit seperti ISPA, diare atau penyakit infeksi menular yang dapat mencetuskan tejadinya kejang demam.

f. Riwayat Kehamilan dan Persalinan

Kelainan ibu sewaktu hamil setiap trisemester, apakah ibu pemah mengalami infeksi atau sakit panas sewaktu hamil. Riwayat trauma perdarahan pervagina sewaktu hamil, penggunakan obat-obatan maupun jamu selama hamil. Riwayat persalinan ditanyakan apakah sukar, spontan atau dengan tindakan (forcep/ vakum), perdarahan ante partum, asfiksia dan lain-lain. Keadaan selama neonatal apakah bayi panas, diare, muntah, tidak mau netek dan kejang kejang.

g. Riwayat Imunisasi

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

h. Riwayat Perkembangan

Ditanyakan kemampuan perkembangan meliputi:

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

i. Riwayat Sosial

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

1) Pola Persepsi dan Tatalaksanaan Hidup Sehat

Gaya hidup yang berkaitan denga kcsehatan, pengetahuan tentang kesehatan, pencegahan dan kepatuhan pada setiap perawatan dan tindakan medis. Bagaimana pandangan tehadap penyakit yang diderita, pelayanan kesehatan yang diberikan, tindakan apabila anggota keluarga yang sakit, penggunaan obat-obatan pertolongan pertama.

2) Pola Nutrisi

Untuk mengetahui asupan kebutuhan gizi anak, ditanyakan bagaimana kualitas dan kuantitas dari makanan yang dikonsumsi oleh anak, makanan apa saja 13 yang disukai dan yang tidak, bagaimana selera makan anak, berapa kali minum, jenis dan jumlahnya per hari.

3) Pola Eliminasi BAK

Ditanyakan frekuensinya, jumlahnya, secara makroskopis ditanyakan bagaimana warna, ban, adan akaha terdapat darah, serta ditanyakan apakah disertai nyeri saat anak kencing.

4) BAB: ditanyakan kapan waktu BAB, teratur atau tidak, bagaimana konsistensinya lunak, keras, cair atau berlendir.

5) Pola Aktivitas dan Latihan

Apakah anak senang bermain sendiri atau dengan teman sebayanya, berkumpul dengan keluarga sehari berapa jam, aktivitas apa yang disukai.

6) Pola Tidur/Istirahat

Berapa jam sehari tidur, berangkat tidur jam berapa. Bangun tidur jam berapa, kebiasaan sebelum tidur, serta bagaimana dengan tidur siang.

j. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

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

2) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik merupakan peninjauan dari ujung rambut sampai ujung kaki pada setiap system tubuh yang memberikan informasi objektif tentang klien dan memungkinkan perawat untuk mebuat penilaian klinis. Keakuratan pemeriksaan fisik mempengaruhi pemilihan terapi yang diterima klien dan penetuan respon terhadap terapi tersebut. (Potter & Perry, 2017)

a) Kepala

Adakah tanda-tanda mikro atau makrosepali, adakah dispersi bentuk kepala, apakah tanda-tanda kenaikan tekanan intrakranial, yajtu 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. Bagaimana keadaan sklera, konjungtiva.

e) Telinga

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

f) Hidung

Adakah ada pemafasan cuping hidung, polip yang menyumbat jalan nafas, apakah keluar sekret, bagaimana konsistensinya Jumlahnya.

g) Mulut

Adakah tanda-tanda sardonicus, bagaimana keadaan lidah, adakah stomatitis, berapa jumlah gigi yang tumbah, apakah ada carries gigi.

h) Tenggorokan

Adakah tanda-tanda peradangan tonsil, adakah tandatanda infeksi faring.

i) Leher

Adakah tanda-tanda kaku kuduk, pembasaran kelenjar tyroid, adakah pembesaran vena jugularis.

j) Thorax

Pada infeksi amati bentuk dada klien, bagaimana gerak pernafasan, frekuensinya, irama, kedalaman, adakah retraksi dada. Pada auskultasi adakah suara nafas tambahan.

k) Jantung

Bagaimana keadaan dan frekuensi jantung serta iramanya, adakah bunyi tambahan, adakah bradicardi atau tachycardia.

l) Abdomen

Adakah distensi 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 wamanya, apakah terdapat oedema, hemangioma, bagaimana keadaan turgor kulit.

n) Ekstremitas

Apakah terdapat kulit baik kebersihan maupun wamanya, apakah terdapat oedema, hemangioma, bagaimana keadaan turgor kulit.

o) Genetalia

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

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2017), diagnosa keperawatan yang muncul pada kejang demam yaitu :

a. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit.
b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis.
c. Risiko aspirasi dibuktikan dengan gangguan menelan.
d. Risiko jatuh dibuktikan dengan penurunan tingkat kesadaran.

3. Perencanaan Keperawatan

Adapun perencanaan yang dilakukan pada setiap diagnosa keperawatan yang dibuat menurut SIKI (2018) dan SLKI (2018) adalah sebagai berikut:

a. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit.

Tujuan Keperawatan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:

1) Suhu tubuh membaik 36,2˚C – 37,2˚C
2) Suhu kulit membaik
3) Kulit merah menurun
4) Kejang menurun
5) Konsumsi oksigen meningkat
6) Pucat menurun
7) Takikardi menurun

Intervensi Keperawatan:

Manajemen Hipertermia

1) Identifikasi penyebab hipertermia
2) Monitor suhu tubuh
3) Monitor kadar elektrolit
4) Monitor haluaran urin
5) Monitor komplikasi akibat hipertermia
6) Sediakan lingkungan yang dingin
7) Longgarkan atau lepaskan pakaian
8) Basahi dan kipasi permukaan tubuh
9) Berikan cairan oral
10) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis
11) Lakukan pendinginan eksternal
12) Hindari pemberian antipiretik atau aspirin
13) Berikan oksigen jika perlu
14) Anjurkan tirah baring
15) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis.

Tujuan Keperawatan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil:

1) Dispnea menurun
2) Penggunaan otot bantu napas menurun

3) Frekuensi napas membaik 22 – 34 x/menit

Intervensi Keperawatan:

Pemantauan respirasi

1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas
2) Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, *Kussmaul*, *Cheyne-Stokes*, *Biot*, ataksik0
3) Monitor kemampuan batuk efektif
4) Monitor adanya produksi sputum
5) Monitor adanya sumbatan jalan napas
6) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
7) Auskultasi bunyi napas
8) Monitor saturasi oksigen
9) Monitor nilai AGD
10) Monitor hasil *x-ray* toraks
11) Atur interval waktu pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
12) Dokumentasikan hasil pemantauan
13) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
14) Informasikan hasil pemantauan, *jika perlu*

c. Risiko aspirasi dibuktikan dengan gangguan menelan.

Tujuan Keperawatan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan tingkat respirasi meningkat dengan kriteria hasil:

1) Mual muntah menurun
2) Status menelan membaik

Intervensi Keperawatan:

Pencegahan Aspirasi

1) Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan
2) Monitor status pernafasan
3) Monitor bunyi nafas, terutama setelah makan/ minum
4) Periksa residu gaster sebelum memberi asupan oral
5) Periksa kepatenan selang nasogastric sebelum memberi asupan oral
6) Posisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral
7) Pertahankan posisi semi fowler (30-45 derajat) pada pasien tidak sadar
8) Pertahanakan kepatenan jalan nafas (mis. Tehnik *head tilt chin lift, jaw trust, in line)*
9) Pertahankan pengembangan balon ETT
10) Lakukan penghisapan jalan nafas, jika produksi secret meningkat
11) Sediakan suction di ruangan
12) Hindari memberi makan melalui selang gastrointestinal jika residu banyak
13) Berikan obat oral dalam bentuk cair
14) Anjurkan makan secara perlahan
15) Ajarkan strategi mencegah aspirasi
16) Ajarkan teknik mengunyah atau menelan, *jika perlu*

d. Risiko jatuh dibuktikan dengan penurunan tingkat kesadaran.

Tujuan Keperawatan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil:

1) Jatuh dari tempat tidur menurun
2) Jatuh saat duduk menurun
3) Jatuh saat dipindahkan menurun

Intervensi Keperawatan:

Pemantauan Risiko jatuh

1) Identifikasi defisit kognitif atau fisik pasien yang dapat meningkatkan potensi terjatuh di lingkungan tertentu
2) Identifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhu risiko jatuh
3) Identifikasi riwayat jatuh
4) Identifikasi karakteristik lingkungan yang dapat meningkatkan potensi jatuh
5) Monitor keterampilan, keseimbangan, dan tingkat kelelahan dengan ambulasi
6) Monitor kemampuan untuk pindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya
7) Periksa persepsi keseimbangan, jiak perlu
8) Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien
9) Dokumentasikan hasil pemantauan
10) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
11) Infromasikan hasil pemantauan, jika perlu

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap ke empat dari proses keperawatan. tahap ini muncul jika perencanaan yang dibuat di aplikasikan pada klien. Tindakan yang dilakukan mungkin sama mungkin juga berbeda dengan urutan yang telah di buat pada perencanaan. Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibelitas dan kreatifits perawat. Sebelum melakukan suatu tindakan, perawat harus mengetahui tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan tindakan yang sudah direncanakan, dilakukan dengan rencana yang tepat,aman,serta sesuai dengan kondisi pasien (Ode Debora, 2013).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap kelima dari proses keperawatan. pada tahap ini perawat membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah masakah yang terjadi sudah diatasi seluruhnya,hanya sebagian,atau belum teratasi semuanya. Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan yaitu suatu proses yang digunakan untuk mengukur dan memonitor kondisi klien untuk mengetahui kesesuain tindakan keperawatan,perbaikan tindakan keperawatan,kebutuhan klien saat ini,perlunya dirujuk pada tempat kesehatan lain dan perlu menyusun ulang prioritas diagnosa supaya kebutuhan klien bisa terpenuhui atau teratasi (Ode Debora, 2013).

C. Intervensi yang Sesuai dengan Hasil Penelitian

1. Batasan Prosedur

   Batasan prosedur yang ditetapkan adalah semua tindakan yang diberikan untuk mengatasi masalah keperawatan pada anak dengan Kejang Demam Sederhana fokusnya adalah masalah hipertermia.

2. Hasil - Hasil Penelitian Terkait

   Menurut penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2016) Mengajarkan keluarga pasien untuk melakukan kompres hangat (bagian axilla/ketiak) dengan benar. Hal ini dilakukan dengan mendemostrasikan kepada keluarga pasien, dengan tujuan apabila pasien timbul panas, keluarga dapat memberi kompres hangat dengan benar, kompres merupakan salah satu metode fisik untuk menurunkan suhu tubuh apabila anak demam.

   Dari hasil penelitian Masruroh, Hartini, dan Rahayu (2017) menyebutkan bahwa diarea axilla dan femoral merupakan daerah dengan letak pembuluh darah besar yang merupakan pusat pengendali suhu inti, berada di area praoptik hipotalamus sehimgga pemberian kompres hangat pada kedua tempat tersebut sangat berpengaruh pada penurunan suhu panas pada anak yang sedang mengalami demam.

   Tindakan menganjurkan pasien memakai pakaian tipis sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Sodikin, (2012) yaitu menganjurkan memakai pakaian tipis bisa mengurangi penguapan dan membantu penyerapan keringat, karena ketika suhu tubuh tinggi maka tubuh akan merespon dengan mengeluarkan keringat dan menguap, selain itu juga

melindungi permukaan tubuh terhadap lingkungan dengan suhu udara yang tinggi atau panas.

Meningkatkan intake cairan dan nutrisi adekuat dengan menganjurkan ibu pasien untuk menjaga pola makan anaknya terutama pada pemenuhan cairan selama dirawat di rumah sakit untuk mencegah peningkatan suhu. Karena suhu tubuh yang meningkat mengakibatkan hilangnya cairan tubuh melalui penguapan dan keringat serta membantu menurunkan panas, hal ini disebabkan karena air minum 8 mempunyai unsur pendingin tubuh yang penting dalam lingkungan panas, dan air sendiri diperlukan untuk mencegah dehidrasi akibat keringat (Sodikin, 2011).

Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian anti piretik dan anti biotik untuk menurunkan panas dan menghentikan terjadinya proses infeksi. Pada kasus ini An. A mendapatkan terapi obat paracetamol sirup 120 mg, 3x5 ml/per oral. Anti piretik adalah obat yang digunakan untuk menurunkan suhu tubuh yang tinggi (Arief, 2018).

3. Prosedur Tindakan

   a. Prosedur Tindakan Mengukur Suhu Tubuh Per Aksila

      1) Salam terapeutik disampaikan pada pasien
      2) Jelaskan Tindakan dan tujuan Tindakan
      3) Cuci tangan
      4) Ciptakan lingkungan yang terapeutik
      5) Dekatkan peralatan ke dekat pasien

6) Atur posisi klien duduk atau supinasi
7) Buka baju klien pada bagian bahu sampai lengan
8) Keringkan ketiak klien dengan handuk kecil
9) Pasang thermometer hingga bagian reservoir berada tepat di tengah ketiak
10) Pastikan thermometer menempel di permukaan kulit
11) Silangkan tangan klien ke dada
12) Tunggu sampai alat thermometer berbunyi tanda pengukuran sudah selesai
13) Ambil thermometer dan keringkan thermometer dari bagian tengah ke ujung thermometer dengan tissue secara memutar
14) Bersihkan thermometer dengan air sabunkemudian dengan air bersih lalu keringkan menggunakan tissue
15) Informasikan hasil pengukuran poada klien
16) Rapikan baju klien
17) Cuci tangan
18) Evaluasi respon klien
19) Dokumentasikan hasil

b. Prosedur Tindakan Kompres Hangat

1) Beritahu klien, dekatkan alat
2) Cuci tangan
3) Atur posisi klien
4) Ukur suhu tubuh klien

5) Basahi waslap dengan air hangat, peras lalu letakkan pada punggung bagian bawah
6) Tutup waslap yang digunakan untuk kompres dengan handuk kering agar air tidak menetes
7) Apabila kain terasa kering atau suhu kain menjadi rendah, masukkan kembali waslap pada air hangat
8) Lakukan berulang selama 20 menit
9) Setelah selesai, keringkan punggung bagian bawah yang basah dengan handuk kering

c. Prosedur tindakan pemberian obat secara intravena melalui *three way*

1) Salam terapeutik disampaikan pada pasien
2) Tujuan tindakan disampaikan
3) Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar
4) Posisi aman nyaman diatur dengan hati-hati
5) Lingkungan disiapkan untuk menjaga privasi klien
6) Alat-alat didekatkan dengan benar
7) Cuci tangan dilakukan dengan benar
8) Verifikasi program dengan 6 prinsip benar dilakukan dengan benar
9) Verifikasi dengan perawat lain
10) Bebaskan area penyunntikan dari pakaian dan selimut
11) Perlak dan pengalas di pasag dibawah lokasi penyuntikan

12) Spuit yang terisi obat di ambil dan dikeluarkan udaranya
13) Jarum spuit dilepas dengan hati-hati
14) Hubungkan sputit dengan *three way* dengan benar
15) Aliran *three way* diatur dengan benar, dengan cara memutar *three way* untuk menutup arah dari aliran infus dan membuka aliran *three way* yang mengarah ke vena
16) Aspirasi untuk mengeluarkan udara dengan benar
17) Piston di dorong dengan benar
18) Aliran *three way* diatur dengan benar dengan cara memutar *three way* untuk membuka aliran infus
19) Sambungan spuit dan *three way* dilepas dengan hati-hati
20) Spuit diletakkan di bengkok
21) Perlak dan pengalas diangkat dengan benar
22) Cuci tangan dilakukan dengan benar
23) Anamnesa respon dilakukan dengan benar
24) Upaya tindak lanjut dirumuskan
25) Salam terapeutik disampaikan dengan mengakhiri tindakan
26) Dokumentasikan tindakan, respon klien saat dan setelah Tindakan
27) Waktu, paraf dan nama dicantumkan pada catatan pasien