

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kejang Demam

2.1.1 Definisi Penyakit

Kejang demam atau lebih dikenal dengan penyakit step pada anak terjadi akibat kenaikan suhu tubuh (di atas 38°C) atau disebut dengan demam yang tinggi. Demam tinggi umumnya disebabkan oleh infeksi virus atau bakteri, jamur/parasit, peningkatan metabolisme tubuh, dan tingkah laku. Biasanya, kejang demam pada anak dialami dari usia 6 bulan sampai dengan 5 tahun. Beberapa masyarakat menganggap bahwa kejang demam atau biasa dikenal dengan penyakit step merupakan hal yang sudah biasa terjadi, masih ada sebagian orang tua menganggap kejang demam itu adalah panas tinggi biasa atau tidak berbahaya, dan kebanyakan orang tua masih banyak yang belum mengetahui bagaimana cara mengatasi anak yang mengalami kejang demam.

Kejang demam adalah serangan kejang yang terjadi karena kenaikan suhu tubuh, biasanya suhu rektal diatas 38°C, sebagian besar kejang demam merupakan kejang umum. Bentuk kejang umum yang sering dijumpai adalah mata mendelik atau terkadang berkedip-kedip, kedua tangan dan kaki kaku, terkadang diikuti kelojotan, dan saat kejang anak tidak sadar tidak memberi respons apabila dipanggil atau diperintah (Syamara 2020)

2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi Kejang demam dibagi menjadi 2 yaitu kejang demam sederhana dan kejang demam kompleks.

1) Kejang Demam Sederhana

Kejang demam sederhana memiliki durasi kejang yang singkat, kurang dari 15 menit, dapat berhenti sendiri secara spontan, jenis kejang merupakan kejang umum, tidak berulang dalam 24 jam.

2) Kejang Demam Kompleks

Kejang demam kompleks memiliki durasi kejang yang lama, lebih dari 15 menit, kejang yang lebih dari satu kali dalam 24 jam atau kejang berulang (Suritama 2024)

2.1.3 Etiologi

(Suritama 2024) Menurut penyebab utama kejang demam adalah demam yang tinggi. Demam yang terjadi sering disebabkan oleh :

- 1) Infeksi Saluran Pernapasan Atas (ISPA)
- 2) Gangguan metabolik
- 3) Tonsilitis, otitis media, bronchitis
- 4) Keracunan obat
- 5) Faktor herediter

Semua jenis infeksi yang bersumber di luar susunan saraf pusat yang menimbulkan demam dapat menyebabkan kejang demam. Penyakit yang paling sering menimbulkan kejang demam adalah infeksi saluran pernafasan atas, otitis media akut (cairan telinga yang tidak segera dibersihkan akan merembes ke saraf di kepala pada otak dapat

menyebabkan kejang demam). Rendahnya kadar gula darah, cedera kepala, keracunan serta kurangnya oksigen ke otak dapat menyebabkan kejang. Pada beberapa kasus, penyebab kejang tidak diketahui. Sedangkan kejang yang terjadi berulang-ulang mungkin merupakan suatu indikasi akan adanya suatu kondisi kronik yang dikenal sebagai epilepsi. Saat ini makin banyak saja virus yang berhasil diidentifikasi. Meski virus-virus ini kebanyakan menyerang saluran pernafasan bagian atas-terutama pada anak-anak gangguan ini bisa memicu pneumonia. Untunglah, sebagian besar pneumonia jenis ini tidak berat dan sembuh dalam waktu singkat. Namun bila infeksi terjadi bersamaan dengan virus influenza, gangguan bisa berat dan kadang menyebabkan kematian. Virus yang menginfeksi paru akan berkembang biak walau tidak terlihat jaringan paru yang dipenuhi cairan. Ditandai dengan demam tinggi yang mendadak dan sakit tenggorokan ringan. Selain itu juga infeksi diluar susunan syaraf pusat seperti tonsilitis, faringitis, serta pasca imunisasi DPT dan campak dapat menyebabkan kejang demam.

2.1.4 Manifestasi Klinis

(Syamara 2020) Manifestasi klinis yang dapat ditemukan pada anak dengan kejang demam adalah sebagai berikut :

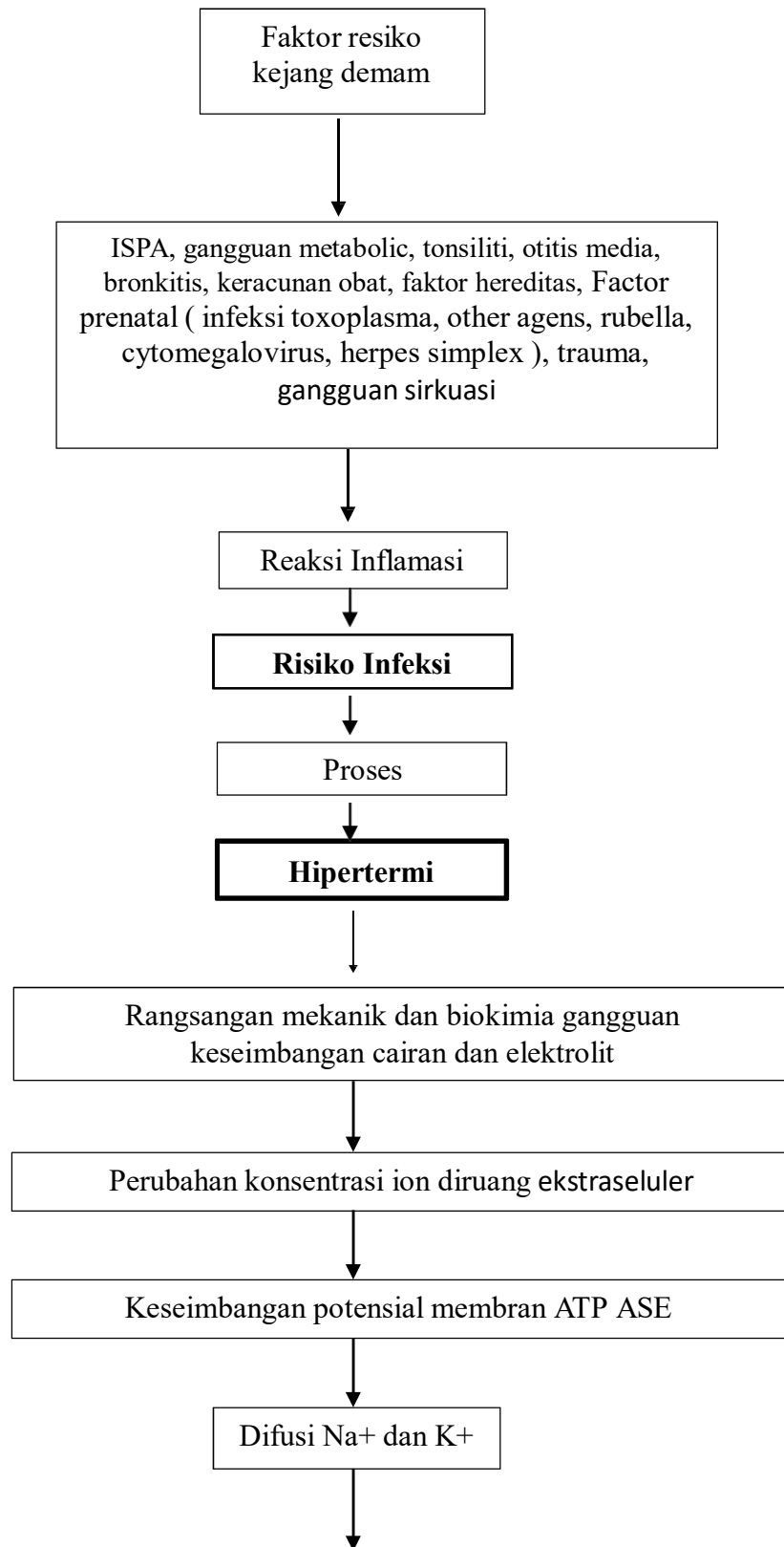
- 1) Kejang Demam Sederhana
 - a) Suhu tubuh naik lebih dari 38°C
 - b) Berlangsung singkat kurang dari 15 detik
 - c) Kejang tidak berulang dalam 24 jam
 - d) Tanpa kelainan neurologis sebelum dan sesudah kejang

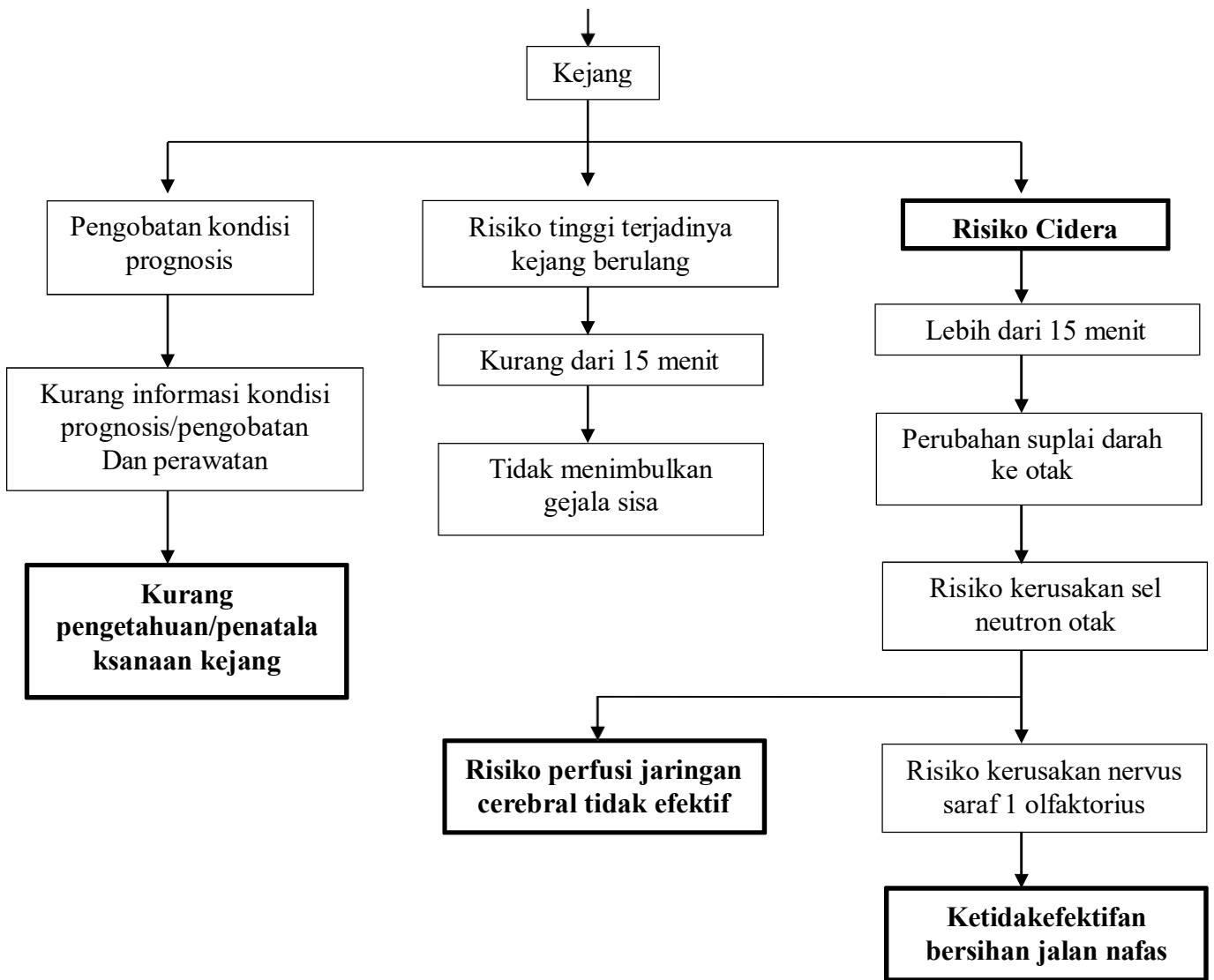
- e) Kejang demam umum tonik klonik, anak dapat terlihat mengantuk setelah kejang

2) Kejang Demam Kompleks

- a) Suhu tubuh naik lebih dari 38°C
- b) Berlangsung lebih dari 15 detik
- c) Kejang berulang dalam 24 jam
- d) Ada kelainan neurologis sebelum dan sesudah kejang
- e) Kejang fokal/parsial, atau kejang focal menjadi umum

2.1.5 Patofisiologis





Gambar 2.1 Patofisiologi Kejang Demam (Ngatsiyah, 2005)

Uraian

Hingga saat ini penyebab kejang demam belum diketahui secara pasti, namun kejang demam yang disebabkan oleh hipertermia yang muncul secara cepat yang berkaitan dengan infeksi virus atau bakteri antara lain infeksi saluran pernafasan atas (ISPA), gangguan metabolic (hipoglikemia, hipoksemia, dehidrasi, hyponatremia, hipokalemia, gangguan ginjal, gagal hati), tonsilitis, otitis media, bronkitis, keracunan obat (alcohol, teofilin, kokain) dan faktor hereditas (lingkungan). Selain itu infeksi bakteri dari virus dan parasit bisa menyebabkan terjadinya reaksi inflamasi sehingga muncul diagnosa keperawatan resiko infeksi. Resiko infeksi sendiri jika tidak segera di tangani akan menyebabkan demam semakin tinggi dan bisa muncul diagnosa keperawatan hipertermia. Kejang demam bisa disebabkan karena adanya rangsangan mekanik dan biokimia pada tubuh yang menyebabkan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadi perubahan konsentrasi ion diruang ekstraseluler. Demam yang tinggi bisa menyebabkan terjadinya kejang dan dapat menimbulkan resiko kejang berulang pada anak. Ketidakseimbangan potensial membran ATP, ASE menyebabkan difusi Na^+ dan K^+ menyebabkan anak menjadi kejang dapat beresiko terjadi kejang berulang, jika kejang kurang dari 15 menit tidak menimbulkan gejala sisa. Tetapi pada saat kejang berulang, seharusnya orang tua segera menangani agar kejang tidak berulang kembali tetapi belum semua orang tua mengetahui penanganan yang tepat sehingga menimbulkan masalah keperawatan kurang pengetahuan/penatalaksanaan kejang. Pada saat kejang bisa

mengakibatkan resiko cedera jika pada saat kejang lebih dari 15 menit bisa mengakibatkan perubahan suplai darah ke otak sehingga terjadi resiko kerusakan sel neuron otak dan muncul diagnosa keperawatan gangguan perfusi jaringan cerebral. Dari resiko kerusakan sel neuron otak dapat menimbulkan resiko kerusakan nervus saraf 1 olfaktorius sehingga dapat muncul diagnosa keperawatan ketidak efektifan bersihan jalan nafas (Ngastiyah, 2005).

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi kejang demam menurut (Syamara 2020) adalah :

1) Kerusakan neurotransmitter

Lepasnya muatan listrik ini demikian besarnya sehingga dapat meluas ke seluruh sel ataupun membran sel yang menyebabkan kerusakan pada neuron.

2) Epilepsy

Kerusakan pada daerah medial lobus temporalis setelah mendapat serangan kejang yang berlangsung lama dapat menjadi matang dikemudian hari sehingga terjadi serangan epilepsy yang spontan.

3) Kelainan anatomi di otak

Serangan kejang yang berlangsung lama yang dapat menyebabkan kelainan di otak yang lebih banyak terjadi pada anak berumur 6 bulan sampai 5 tahun .

4) Kecacatan atau kelainan neurologis karena disertai demam

2.1.7 Penatalaksanaan

1) Secara Umum

Menurut (Syamara 2020), penatalaksanaan pada anak kejang demam adalah sebagai berikut:

- a) Pertama-tama tenangkan dan yakinkan orang tua bahwa kejang demam memiliki prognosis yang sangat baik, risiko kematian sangat kecil, demikian pula dengan terjadinya epilepsi dimasa mendatang.
- b) Saat timbul serangan kejang segera pindahkan anak ke tempat yang aman seperti di lantai yang diberi alas lunak tapi tipis, jauh dari benda-benda berbahaya seperti gelas, pisau.
- c) Pastikan jalan napas tidak terhalang.
- d) Pakaian ketat longgarkan.
- e) Letakkan anak dalam posisi miring.
- f) Ventilasi ruangan harus cukup supaya terjadi pertukaran oksigen lingkungan.
- g) Sebaiknya orang tua menyediakan diazepam peranus di rumah sehingga saat serangan kejang anak dapat segera diberikan. Dosis peranus 5 mg untuk BB kurang dari 10 kg, untuk BB lebih dari 10 kg diberikan dosis 10 mg.
- h) Kalau beberapa menit kemudian tidak membaik atau tidak tersedianya diazepam maka segera bawa anak ke rumah sakit.

2) Menurut (Suritama 2024) penatalaksanaan yang dilakukan saat pasien di rumah sakit adalah :

- a) Pemberian diazepam intravena dengan panduan dosis untuk berat badan yang kurang dari 10 kg dosisnya 0,5-0,7 mg/kg BB, di atas 20 kg dosisnya 0,5 mg/kg BB. Jika setelah pemberian pertama masih timbul kejang, maka 15 menit kemudian diberikan injeksi diazepam intravena dengan dosis yang sama. Apabila masih timbul kejang, maka 15 menit kemudian diberikan injeksi diazepam ketiga secara intramuskuler dengan dosis yang sama.
- b) Pemberian oksigen, untuk membantu kecukupan perfusi jaringan.
- c) Pemberian cairan untuk terapi intravena.
- d) Selama keadaan belum memungkinkan antikonvulsan diberikan secara suntikan dan apabila sudah membaik dilanjutkan secara oral.

2.1.8 Pencegahan

(Suritama 2024) Pencegahan difokuskan pada pencegahan kekambuhan berulang dan pencegahan segera saat kejang berlangsung.

- 1) Pencegahan berulang
 - a) Mengobati infeksi yang mendasari kejang
 - b) Pendidikan kesehatan tentang :
 - (1) Tersedianya obat penurun panas yang didapat atas resep dokter.
 - (2) Berikan obat antipiretik bila orang tua mengetahuinya pada saat mulai demam dan jangan menunggu sampai demam meningkat.
 - (3) Tersedianya alat pengukur suhu dan catatan penggunaan thermometer, cara mengukur suhu anak, serta keterangan suhu normal pada anak ($36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$).

- 2) Mencegah cedera saat kejang berlangsung, kegiatan ini meliputi
 - a) Baringkan pasien pada tempat yang rata.
 - b) Kepala dimiringkan untuk menghindari aspirasi cairan tubuh.
 - c) Lepaskan pakaian yang ketat.
 - d) Jangan melawan gerakan pasien guna menghindari cedera.

2.2 Konsep Dasar Anak

2.2.1 Definisi Anak

Anak adalah manusia yang unik berusia antara 0 sampai 18 tahun yang memiliki kebutuhan yang berbeda dengan orang dewasa karena sedang dalam proses tumbuh kembang.

Anak menurut Undang - Undang di Indonesia adalah seseorang yang berusia di bawah 18 tahun. Hal ini sesuai dengan Undang - Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak. Di dalam undang-undang tersebut, anak diakui sebagai individu yang berhak mendapatkan perlindungan, pemenuhan hak-haknya, dan juga memiliki tanggung jawab sesuai dengan usianya (Abdi 2024).

2.2.2 Prinsip Keperawatan Anak

Dalam keperawatan anak, perawat harus mengetahui bahwa prinsip keperawatan anak adalah :

- 1) Anak bukan miniatur orang dewasa tetapi sebagai individu yang unik, artinya bahwa tidak boleh memandang anak dari segi fisiknya saja melainkan sebagai individu yang unik yang mempunyai pola pertumbuhan dan perkembangan menuju proses kematangan.

- 2) Anak adalah sebagai individu yang unik dan mempunyai kebutuhan sesuai tahap perkembangannya. Sebagai individu yang unik, anak memiliki berbagai kebutuhan yang berbeda satu dengan yang lain sesuai tumbuh kembang. Kebutuhan fisiologis seperti nutrisi dan cairan, aktivitas, eliminasi, tidur dan lain-lain, sedangkan kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual yang akan terlihat sesuai tumbuh kembangnya
- 3) Pelayanan keperawatan anak berorientasi pada upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan yang bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian pada anak mengingat anak adalah penerus generasi bangsa.
- 4) Keperawatan anak merupakan disiplin ilmu kesehatan yang berfokus pada kesejahteraan anak sehingga perawat bertanggung jawab secara komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan anak. Dalam mensejahterakan anak maka keperawatan selalu mengutamakan kepentingan anak dan upayanya tidak terlepas dari peran keluarga sehingga selalu melibatkan keluarga.
- 5) Praktik keperawatan anak mencakup kontrak dengan anak dan keluarga untuk mencegah, mengkaji, mengintervensi dan meningkatkan kesejahteraan hidup, dengan menggunakan proses keperawatan yang sesuai dengan aspek moral (etik) dan aspek hukum (legal).
- 6) Tujuan keperawatan anak dan keluarga adalah untuk meningkatkan maturasi atau kematangan yang sehat bagi anak dan remaja sebagai

makhluk biopsikososial dan spiritual dalam konteks keluarga dan masyarakat

- 7) Pada masa yang akan datang kecenderungan keperawatan anak berfokus pada ilmu tumbuh kembang, sebab ini yang akan mempelajari aspek kehidupan anak.

2.2.3 Paradigma Keperawatan Anak

1) Manusia (Anak)

Dalam keperawatan anak yang menjadi individu (klien) adalah anak yang diartikan sebagai seseorang yang usianya kurang dari 18 tahun. Dalam proses berkembang anak memiliki ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola koping dan perilaku sosial. Ciri fisik pada semua anak tidak mungkin pertumbuhan fisiknya sama, demikian pula pada perkembangan kognitif adakalanya cepat atau lambat. Perkembangan konsep diri sudah ada sejak bayi akan tetapi belum terbentuk sempurna dan akan mengalami perkembangan seiring bertambahnya usia anak. Pola koping juga sudah terbentuk sejak bayi di mana bayi akan menangis saat lapar. Perilaku sosial anak juga mengalami perkembangan yang terbentuk mulai bayi seperti anak mau diajak orang lain. Proses fisiologis anak dengan dewasa mempunyai perbedaan dalam hal fungsi tubuh dimana orang dewasa cenderung sudah mencapai kematangan. Kemampuan berpikir anak dengan dewasa berbeda dimana fungsi otak dewasa sudah matang sedangkan anak masih dalam proses perkembangan. Demikian pula dalam hal tanggapan terhadap pengalaman masa lalu berbeda, pada anak

cenderung kepada dampak psikologis yang apabila kurang mendukung maka akan berdampak pada tumbuh kembang anak sedangkan pada dewasa cenderung sudah mempunyai mekanisme koping yang baik dan matang.

2) Konsep Sehat Sakit

Rentang 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. Rentang ini suatu alat ukur dalam menilai status kesehatan yang bersifat dinamis dalam setiap waktu. Selama dalam batas rentang tersebut anak membutuhkan bantuan perawat baik secara langsung maupun tidak langsung. Jadi batasan sehat secara umum dapat diartikan suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit dan kelemahan.

3) Lingkungan

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

4) Keperawatan

Bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan kepada anak bertujuan untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan secara optimal dengan melibatkan keluarga. Upaya tersebut dapat tercapai dengan keterlibatan langsung pada keluarga mengingat keluarga merupakan sistem terbuka yang anggotanya dapat dirawat secara efektif dan keluarga sangat berperan dalam menentukan keberhasilan asuhan keperawatan, di samping keluarga mempunyai peran sangat penting dalam perlindungan anak dan mempunyai peran memenuhi kebutuhan anak.

2.2.4 Tumbuh Kembang Anak

Pertumbuhan adalah perubahan secara fisiologis sebagai hasil dari proses pematangan fungsi-fungsi fisik yang berlangsung secara normal pada anak yang sehat pada waktu yang normal. Pertumbuhan dapat juga diartikan sebagai proses transmisi dari konstitusi fisik (keadaan tubuh atau keadaan jasmaniah) yang hereditas dalam bentuk proses aktif secara berkesinambungan. Jadi, pertumbuhan berkaitan dengan perubahan kuantitatif yang menyangkut peningkatan ukuran dan struktur biologis (Wawo Ika, 2013). Menurut Soetjiningsih (2015), pertumbuhan (growth) berkaitan dengan perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, kilogram) ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh).

Sedangkan perkembangan adalah peningkatan kompleksitas fungsi

dan keahlian (kualitas) dan merupakan aspek tingkah laku pertumbuhan. Contohnya kemampuan berbicara, berjalan, dan berlari. (Marmi dan Rahardjo, 2012). Perkembangan merupakan suatu proses perubahan ke arah kedewasaan atau pematangan yang bersifat kualitatif (ditekankan pada segi fungsional) akibat adanya proses pertumbuhan materil dan hasil belajar dan biasanya tidak dapat diukur (Wynda Indah, 2013).

2.2.5 Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang

Pada umumnya anak memiliki pola pertumbuhan dan perkembangan normal yang merupakan hasil interaksi banyak faktor. Adapun faktor-faktor tersebut antara lain:

1) Faktor dalam (internal)

a) Ras/etnik atau bangsa.

Ras/etnik dari suatu bangsa tidak akan berubah menjadi ras/etnik bangsa lain. Seperti ras Amerika tidak akan menjadi ras Indonesia.

b) Keluarga.

Ukuran fisik orang tua akan mempengaruhi ukuran fisik anaknya seperti tinggi, gemuk, pendek, kurus dan sebagainya.

c) Umur.

Umur anak akan berpengaruh terhadap kecepatan pertumbuhan anak. Anak usia balita akan tumbuh lebih cepat dari dewasa.

a) Jenis Kelamin.

Fungsi reproduksi pada anak perempuan berkembang lebih cepat daripada laki-laki. Tetapi setelah melewati masa pubertas,

pertumbuhan anak laki-laki akan lebih cepat.

b) Genetik.

Genetik (heredokonstitusional) adalah bawaan anak yaitu potensi anak yang akan menjadi ciri khasnya. Ada beberapa kelainan genetik yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak seperti kerdil.

c) Kelainan Kromosom.

Kelainan kromosom umumnya disertai dengan kegagalan pertumbuhan seperti pada sindroma down's dan sindroma Turner's.

2) Faktor Eksternal

a) Lingkungan Prenatal (Faktor lingkungan ketika masih dalam kandungan), faktor prenatal yang berpengaruh antara lain gizi ibu pada waktu hamil, faktor mekanis, toksin atau zat kimia, endokrin, radiasi, infeksi, stress, imunitas, dan anoksia embrio.

b) Lingkungan Postnatal (lingkungan setelah kelahiran)

Lingkungan postnatal dapat digolongkan menjadi :

- (1) Lingkungan biologis, meliputi ras, jenis kelamin, gizi, perawatan kesehatan, penyakit kronis, dan fungsi metabolisme.
- (2) Lingkungan fisik, meliputi sanitasi, cuaca, keadaan rumah dan radiasi
- (3) Lingkungan psikososial, meliputi stimulasi, motivasi belajar, teman sebaya, stress, sekolah, cinta kasih, interaksi anak dengan orang tua.
- (4) Lingkungan keluarga dan adat istiadat, meliputi pekerjaan atau

pendapatan keluarga, pendidikan orang tua, stabilitas rumah tangga, kepribadian orang tua.

3) Faktor Status Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi dapat berpengaruh pada tumbuh kembang anak. Anak yang lahir dan dibesarkan dalam lingkungan status sosial yang tinggi cenderung lebih dapat tercukupi kebutuhan gizinya, dibandingkan dengan anak yang lahir dan dibesarkan dalam status ekonomi yang rendah.

4) Faktor asupan/nutrisi

Faktor ini juga mempengaruhi dalam proses pertumbuhan manusia. Dengan pemberian asupan seperti makanan, vitamin, buah-buahan, sayuran, dll secara teratur dalam proses pertumbuhannya maka akan terbentuklah manusia yang sehat, baik sehat fisik dan sehat psikis. Asupan juga berpengaruh dengan cara berfikir, pertumbuhan badan, dan lain-lain.

5) Faktor kesehatan

Status kesehatan dapat berpengaruh pada pencapaian tumbuh kembang. Pada anak dengan kondisi tubuh sehat, percepatan untuk tumbuh kembang sangat mudah dan sebaliknya ada anak dengan kondisi kurang baik, percepatan tumbuh kembang akan sulit.

2.2.6 Tahapan Tumbuh Kembang Anak

Berdasarkan beberapa teori, maka proses tumbuh kembang anak dibagi menjadi beberapa tahap (Soetjiningsih, 2015) yaitu

1) Masa prenatal atau masa intra uterin (masa janin dalam kandungan)

Masa ini dibagi menjadi 3 periode, yaitu:

- a) Masa zigot/mudigah, yaitu sejak saat konsepsi sampai umur kehamilan 2 minggu.
 - b) Masa embrio, sejak umur kehamilan 2 minggu sampai 8/12 minggu. Sel telur/ovum yang telah dibuahi dengan cepat akan menjadi suatu organism, terjadi diferensiasi yang berlangsung dengan cepat, terbentuk sistem organ dalam tubuh.
 - c) Masa janin fetus, dibagi menjadi 2 periode yaitu :
 - (1) Masa fetus dini sejak kehamilan usia 9 minggu sampai trimester ke 2
 - (2) Masa fetus lanjut pada trimester akhir kehamilan.
- 2) Masa bayi (*Infancy*) umur 0-11 bulan.

Masa bayi dibagi menjadi 2 periode:

- a) Masa neonatal, umur 0-28 hari.

Pada masa ini terjadi adaptasi terhadap lingkungan dan terjadi perubahan sirkulasi darah serta mulai berfungsinya organ-organ.

Masa neonatal dibagi menjadi dua periode:

- (1) Masaneonata/dini, umur 0-7 hari.
 - (2) Masneonata/lanjut, umur 8-28 hari
- b) Masa post neonatal, umur 29 hari sampai 11 bulan.

Pada masa ini terjadi pertumbuhan yang pesat dan proses pematangan berlangsung secara terus-menerus terutama meningkatnya fungsi sistem saraf. Selain itu untuk menjamin berlangsungnya proses tumbuh kembang optimal, bayi

membutuhkan pemeliharaan kesehatan yang baik termasuk mendapatkan ASI eksklusif selama 6 bulan, diperkenalkan pada makanan pendamping ASI sesuai dengan umurnya, mendapatkan imunisasi sesuai jadwal serta mendapatkan pola asuh yang sesuai. Masa ini juga masa di mana kontak ibu dan bayi berlangsung sangat erat, sehingga dalam masa ini pengaruh ibu dalam mendidik anak sangat besar.

3) Masa anak *toddler* (umur 1-3 tahun).

Pada periode ini kecepatan pertumbuhan mulai menurun dan terdapat kemajuan dalam perkembangan motorik kasar dan motorik halus serta fungsi ekskresi. Periode ini juga merupakan masa yang penting bagi anak karena pertumbuhan dan perkembangan yang terjadi pada masa balita akan menentukan dan mempengaruhi tumbuh kembang anak selanjutnya. Sebagai sumber pelayanan kesehatan, perawat berkepentingan untuk mengetahui konsep tumbuh kembang anak usia *toddler* guna memberikan asuhan keperawatan anak.

4) Masa anak pra sekolah (umur 3-6 tahun).

Pada masa ini pertumbuhan berlangsung stabil, Aktivitas jasmani bertambah seiring dengan meningkatnya keterampilan dan proses berpikir. Pada masa ini selain lingkungan di dalam rumah, anak mulai diperkenalkan pada lingkungan di luar rumah. Anak mulai senang bermain di luar rumah dan menjalin pertemanan dengan anak lain. Pada masa ini anak dipersiapkan untuk sekolah, untuk itu panca indra

dan sistem reseptor penerima rangsangan serta proses memori harus sudah siap sehingga anak mampu belajar dengan baik.

5) Masa anak sekolah (6-12 tahun)

Pada masa ini pertumbuhan dan penambahan berat badan mulai melambat. Tinggi badan bertambah sedikitnya 5 cm per tahun. Anak mulai masuk sekolah dan mempunyai teman yang lebih banyak sehingga sosialisasinya lebih luas. Mereka terlihat lebih mandiri. Mulai tertarik pada hubungan dengan lawan jenis tetapi tidak terikat. Menunjukkan kesukaan dalam berteman dan berkelompok dan bermain dalam kelompok dengan jenis kelamin yang sama tetapi mulai bertempur.

6) Masa anak usia remaja (12-18 tahun)

Pada remaja awal pertumbuhan meningkat cepat dan mencapai puncaknya. Karakteristik sekunder mulai tampak seperti perubahan suara pada anak laki-laki dan pertumbuhan payudara pada anak perempuan. Pada usia remaja tengah, pertumbuhan melambat pada anak perempuan. Bentuk tubuh mencapai 95% tinggi orang dewasa. Karakteristik sekunder sudah tercapai dengan baik. Pada remaja akhir, mereka sudah matang secara fisik dan struktur dan pertumbuhan organ reproduksi sudah hampir komplet.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

Tarwoto dan Wartonah (2015) menjelaskan proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis dalam melakukan asuhan

keperawatan pada individu, kelompok, dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya. Proses keperawatan digunakan untuk membantu perawat melakukan praktek keperawatan secara sistematis dalam memecahkan masalah keperawatan. Dengan menggunakan metode ini perawat dapat mendemonstrasikan tanggung jawab pada klien, sehingga kualitas praktek keperawatan dapat meningkat.

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan proses dinamis yang terorganisasi yang meliputi tiga aktivitas dasar yaitu: pengumpulan data secara sistematis, memilih, dan mengatur data yang diperlukan dan mendokumentasikan data dalam format yang dapat dibuka kembali. Pengkajian sebagai proses yang kegiatannya bertujuan mengumpulkan informasi mengenai pasien. Informasi tersebut akan menentukan masalah kesehatan yang meliputi: pengkajian fisik, observasi, wawancara, riwayat keperawatan, analisa catatan laporan serta dokumen-dokumen lain yang terkait dengan pengkajian data dasar keperawatan.

Data dasar pengkajian pasien menurut Marylinn E. Doenges, dkk (2014):

1) Identitas pasien

Identitas pasien Nama, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, alamat, pekerjaan.

2) Keluhan utama

Keluhan yang dirasakan atau sangat mengganggu pada saat di rumah dan di rumah sakit. Berisi tentang keluhan klien pada saat dilakukan pengkajian yang dikembangkan melalui metode PQRSST.

P (provokatus-paliatif) : Apa yang menyebabkan gejala ? Apa yang bisa memperberat ? Apa yang bisa mengurangi ?

Q (quality-quantity) : Bagaimana gejala dirasakan ? Sejauh mana gejala dirasakan ?

R (regio-radiasi): Dimana gejala dirasakan ? Apakah menyebar?

S (scala-serverity) : Seberapa parah tingkat keparahan yang dirasakan ? Pada skala berapa?

T (time) : Kapan gejala mulai timbul ? Seberapa sering gejala dirasakan ? Tiba-tiba atau bertahap? Seberapa lama gejala dirasakan?

3) Riwayat penyakit sekarang

Keluhan atau penyakit dari sebelum dibawa ke rumah sakit hingga sampai di rumah sakit.

a) Riwayat penyakit yang lalu

Kondisi atau penyakit yang diderita pasien di masa lalu yang berpengaruh dengan penyakitnya saat ini.

b) Riwayat penyakit keluarga

Mencari diantara anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama.

c) Riwayat psikososial spiritual

Pada penderita yang status ekonominya menengah ke bawah dan sanitasi dan kesehatan yang kurang ditunjang dengan padatnya penduduk.

d) Pola aktifitas sehari hari

Pola aktifitas yang meliputi makan dan minum, pola eliminasi, pola istirahat tidur dan kebersihan yang dilakukan dirumah dan dibandingkan dengan pola aktifitas yang dilakukan dirumah sakit

e) Pemeriksaan fisik

(1) Keadaan umum

Bagaimana keadaan pasien? Sadar atau tidak?

(2) Tanda-tanda vital

Tekanan Darah: Apakah terdapat peningkatan tekanan darah (hipertensi)? Atau terdapat penurunan tekanan darah (hipotensi)?

Nadi: Apakah terdapat peningkatan nadi (bradikardia)? Atau terdapat penurunan nadi (takikardia)?

Suhu : Apakah terdapat peningkatan suhu (hipertermi)? Atau terdapat penurunan suhu (hipotermi)

Respirasi : Apakah terdapat bradypnea? Atau takipnea? Atau apnea?

(3) Sistem pernapasan

Inspeksi : Apakah terdapat pernapasan cuping hidung?, apakah terdapat retraksi intercosta?

Palpasi: Apakah terdapat getaran vocal premitus?

Perkusi: Apakah terdapat suara tambahan seperti ronchi, wheezing?

(4) Sistem kardiovaskuler

Inspeksi: Bagaimana bentuk dada pasien? (normal chest, barrel

chet, peagion chest)

Palpasi: Terdapat pembesaran jantung atau tidak?

Perkusi : Bagaimana suara jantung?

Auskultasi : Ada atau tidak suara jantung tambahan Suara?

(5) Sistem gastrointestinal

Berapa berat badan pasien sebelum dan saat masuk rumah sakit?, adakah mual muntah atau tidak?

(6) Sistem neurologis

Bagaimana reflek pada pasien?, kesadaran pada pasien?
(composmetis, apatis, somnolen, delirium, sopor/semi koma, koma), glasscoe coma scale (GCS).

EYE :

4 = Membuka mata spontan

3 = Membuka mata dengan rangsangan suara

2 = Membuka mata dengan rangsangan nyeri

1 = Tidak ada respon

VERBAL :

5 = Orientasi baik dan mampu berbicara

4 = Disorientasi dan bingung

3 = Mengulang kata-kata yang tidak tepat dan secara acak

2 = Meregang atau merintih (suara tidak jelas)

1 = Tidak ada respon

MOTORIK:

6 = Dapat mengikuti perintah

5 = Dapat melokalisir nyeri (menjangkau & menjauhkan stimulus saat diberi rangsangan nyeri)

4 = Menarik (menghindar atau menarik ekstremitas atau tubuh menjauhi stimulus saat diberi rangsangan nyeri)

3 = Menjauhi rangsangan nyeri

2 = ekstensi spontan

1 = tidak ada Gerakan

(7) Sistem muskuloskeletal kekuatan otot pasien

0 = Otot sama sekali tidak bergerak, tampak berkontraksi, bila lengan atau tungkai dilepaskan, akan jatuh 100% pasif.

1 = Tampak kontraksi atau ada sedikit gerakan dan ada tahanan sewaktu jatuh.

2 = Mampu menahan tegak yang berarti mampu menahan gaya gravitasi saja, tapi dengan sentuhan akan jatuh.

3 = Mampu menahan tegak walaupun sedikit didorong tetapi tidak mampu melawan tekanan atau dorongan dari pemeriksa.

4 = Kekuatan kurang dibanding sisi lain.

5 = Kekuatan utuh.

(8) Sistem integument

Apakah turgor kulit normal? (<2 detik) atau tidak? (kembali > 2 detik), terdapat luka atau tidak, akral teraba hangat atau dingin, integritas kulit baik atau tidak, kulit lembab atau kering.

(9) Sistem endokrin

Apakah klien mengalami tremor atau tidak, apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid atau tidak, terdapat distensi atau bendungan pada vena jugularis atau tidak.

(10) Sistem genetalia

Ada kelainan atau tidak pada genetalia pasien.

(11) Sistem sexualitas

Pola sexualitas klien mengalami gangguan atau tidak.

2.3.2 Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan pasien. Data yang ada kemudian dikumpulkan dan dikelompokkan sesuai masalahnya untuk kemudian dianalisa sehingga menghasilkan suatu kesimpulan berupa masalah keperawatan yang pada akhirnya menjadi diagnosa keperawatan (Mahyar, 2010).

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subyektif dan obyektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan melibatkan proses berfikir kompleks, tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medis, dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain (Mahyar, 2010).

2.3.4 Intervensi Keperawatan

Metode komunikasi tentang asuhan keperawatan kepada klien. Setiap klien yang memerlukan asuhan keperawatan perlu suatu perencanaan yang baik. Sehingga semua tindakan keperawatan harus istandarisasi dan standar tersebut dapat dibaca. Penulisan kriteria hasil berdasarkan SMART.

S = Spesifik (tujuan tidak menimbulkan arti ganda)

M = Measurable (tujuan harus dapat diukur)

A = Achievable (tujuan harus dapat dicapai)

R = Reasonable (tujuan harus dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah)

T = Time (waktu pemberian keperawatan)

2.3.5 Implementasi

Implementasi adalah tahap keempat dari proses keperawatan yang terkait dengan pelaksanaan perencanaan yang telah dibuat. Perawat bertanggung jawab dalam pelaksanaan rencana keperawatan dengan melibatkan klien dan keluarga serta anggota tim keperawatan dan kesehatan yang lain (Maryam, 2017).

2.3.6 Evaluasi

Evaluasi dapat dilakukan pada setiap tahap dari proses keperawatan. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan, dan penerapan. Pada tahap ini, perawat menemukan penyebab mengapa suatu proses keperawatan dapat berhasil atau gagal. Selain itu perawat juga dapat menemukan reaksi klien terhadap intervensi keperawatan yang

telah diberikan dan menempatkan apakah sasaran dari rencana keperawatan telah dapat diterima. Adapun komponen-komponen untuk melakukan suatu evaluasi adalah:

S = Respon subyektif klien terhadap tindakan yang telah dilakukan

I = Implementasi atau tindakan selanjutnya.

O = Respon obyektif klien terhadap tindakan yang telah dilakukan.

A = Analisa ulang atas data-data untuk menyimpulkan masalah.

P = Perencanaan atau tindakan selanjutnya.

E = Evaluasi.

R= Reassessment.

2.4 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Kejang Demam

2.4.1 Pengkajian

1) Identitas Pasien

Identitas pasien meliputi (nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, suku atau bangsa, tanggal masuk rumah sakit. Orang tua meliputi (nama ayah, nama ibu, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, umur) (Nursalam, 2005).

2) Keluhan Utama

Biasanya anak mengalami peningkatan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$, anak biasanya mengalami kejang dan bahkan pada anak dengan kejang demam kompleks biasanya mengalami kesadaran.

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Pada kasus kejang demam pada anak ditemukan keluhan utama kejang karena panas, lama terjadinya kejang biasanya tergantung pada jenis demam yang dialami anak

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Ada faktor predisposisi terjadinya kejang demam antara lain trauma kepala, infeksi dan reaksi terhadap imunisasi. Selain itu kejang demam juga bisa muncul akibat hipertermi (Suharso D, 2012).

5) Riwayat Prenatal, Natal, Postnatal

a) Prenatal

Pengaruh konsumsi kesehatan ibu selama kehamilan dapat mempengaruhi kesehatan janin, seperti infeksi, hipertensi, dan diabetes dapat meningkatkan risiko kejang demam pada anak demam (Suharso D, 2012).

b) Natal

Proses persalinan yang sulit atau tidak normal dapat mempengaruhi kesehatan janin dan meningkatkan risiko kejang demam demam (Suharso D, 2012).

c) Post Natal

Biasanya kesehatan bayi setelah lahir dapat mempengaruhi risiko kejang demam, seperti infeksi, demam, dan kondisi lainnya dapat meningkatkan risiko kejam demam demam (Suharso D, 2012).

6) Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan dan perkembangan pada penderita kejang demam dapat berpengaruh terhadap keterlambatan perkembangan motorik, seperti mengalami kesulitan dalam berjalan dan berbicara. Sedangkan untuk pertumbuhan sendiri dapat berpengaruh terhadap penurunan berat badan (Erika Lubis, Maryuni 2015)

7) Riwayat Kesehatan Keluarga

Kejang demam mempunyai faktor keturunan adanya faktor keluarga yang menderita kejang demam, penyakit saraf atau penyakit lainnya sebesar 25-50% (Suharso D, 2012).

8) Pola Kebiasaan dan Fungsi Kesehatan

a) Pola persepsi dan Tatalaksana 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 yang sakit, penggunaan obat-obatan pertolongan pertama.

b) Pola Nutrisi

Penderita kejang demam akan mengalami nafsu makan menurun, sehingga tidak mendapatkan nutrisi yang cukup, akan sensitive terhadap makanan yang memicu kejang demam, adanya *hiperplasi gingiva* sebagai akibat efek samping dilatin (Lumbangtobing, 2009).

c) Pola Eliminasi

(1) BAB

Penderita kejang demam akan mengalami inkontinensia (Kyle & Carman, 2015).

(2) BAK

Kehilangan kendali eliminasi, pada saat buang air kecil (Kyle & Carman, 2015)

d) Pola Aktivitas dan Latihan

Terjadi kelemahan umum, perubahan tonus otot dan pembatasan aktivitas (Ngastiyah, 2005).

e) Pola Tidur/Istirahat

Biasanya pada penderita kejang demam sering kali mengalami gangguan pola istirahat tidur seperti, kesulitan untuk tidur, tidur tidak nyenyak, dan biasanya mengalami kecemasan. (Ngastiyah, 2005).

9) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

Pada Umumnya anak yang mengalami kejang demam terlihat lemah dengan kesadaran letargi, coma dan apatis saat kejang berlangsung dan akan kembali normal atau compos metis saat kejang berhenti. Selain itu terdapat peningkatan respirasi, dan juga suhu. (Nursalam, 2012).

b) Pemeriksaan Kepala dan Wajah

(1) Kepala

Biasanya pada penderita yang memiliki riwayat kejang demam sebelumnya tidak ada tanda - tanda yang signifikan pada pemeriksaan kepala. (Ngastiyah, 2005).

(2) Wajah

Inspeksi : terdapat hemiparesis/hemiplegia, mulut mencong ke arah salah satu sisi wajah, wajah pucat.

Palpasi : Kaji adanya tanda rhisus sardonicus, opistotonus, trimus dan juga ada tidaknya gangguan nervus cranial. (Ngastiyah, 2005).

(3) Telinga

Inspeksi : telinga sejajar antara kiri dan kanan

(4) Mata

Pada umumnya anak yang mengalami kejang demam dapat ditemukan data seperti :

Inspeksi : Kaji pupil dan ketajaman penglihatan, gerakan mata dan bola mata cepat, reflek cahaya turun dan konjungtiva merah. (Ngastiyah, 2005).

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan.

c) Pemeriksaan Mulut dan Faring

Inspeksi : Terlihat Mukosa bibir kering akibat peningkatan suhu tubuh yang tinggi, reflek menelan dan menghisap berkurang.

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan.

d) Pemeriksaan Leher

Inspeksi : kulit teraba kasar, kering, bersisik pucat, ptekie, kehilangan lemak subkutan (Nursalam, 2012).

Palpasi : tidak terdapat benjolan.

e) Pemeriksaan Thorax

(1) Paru – Paru

Inspeksi : Terjadi peningkatan jumlah frekuensi respirasi, irama regular, adanya retraksi intercosta, kedalaman dan upaya bernafas antara lain: takipnea, dyspnea progresif, pernafasan dangkal, dada corong (pektus ekskavatum) dada burung (pektus karanatum), barrel chest.

Palpasi : Terabanya kedalaman pernafasan, vocal teraba pada semua lapang paru.

Perkusi : suara sonor.

Auskultasi : Suara nafas yang meningkat intensitasnya, biasanya terdapat suara ronchi atau wheezing (Aridiana, 2016).

(2) Jantung

Inspeksi : tidak ada pembesaran pada dada sebelah kiri.

Palpasi : kemungkinan terdapat nyeri tekan jika keadaan penyakit semakin parah.

Perkusi : terdapat pekak dalam batas jantung.

Auskultasi : bunyi jantung 1 dan bunyi jantung 2 terdengar lupdup (Aridiana 2016)..

f) Pemerikaan Abdomen

Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak terdapat lesi, tidak terdapat

bekas operasi.

Perkusi : Suara Abdomen Tympani.

Auskultasi : biasanya terdapat peningkatan peristaltic usus (normalnya 4-9x/menit).

Palpasi : Biasanya terdapat kekakuan otot abdomen.

g) Pemeriksaan Integumen

Apabila klien mengalami kekurangan oksigen maka kulit akan tampak pucat serta adanya peningkatan suhu tubuh di atas normal ($<37,5^{\circ}\text{C}$).

h) Pemeriksaan Ekstremitas

Biasanya akan didapatkan data pergerakan sendi terbatas Karena terjadi nyeri sendi, kelelahan, kelemahan dan mailase, CRT <2 detik (Mahyar, 2010).

i) Pemeriksaan Genetalia dan Anus

Kaji kelengkapan (laki laki: penis, skrotum, perempuan: labia mayora, labia minora, klitoris), fungsi buang air besar dan fungsi buang air kecil.(Mahyar, 2010).

10)Pemeriksaan Penunjang

a) Glukuso Darah

Pada kasus kejang demam sering didapati *hipoglikemia* pada pemeriksaan gula darah. *Hipoglikemia* merupakan faktor predisposisi kejang ($\text{N}<200\text{mg/dl}$).

b) BUN

Peningkatan BUN mempunyai potensi kejang dan merupakan indikasi *nephrotosis* akibat dari pemberian obat.

c) Elektrolit (K, Na)

Ketidakseimbangan elektrolit merupakan predisposisi kejang. Kalium (Normal=3,80-5,00 mq/dl) dan Natrium (Normal=135-144 mq/dl)

d) Cairan Cerebro Spinal

Mendeteksi tekanan abnormal dari CCS, tanda infeksi, perdarahan penyebab kejang.

e) Skull Ray

Untuk mengidentifikasi adanya proses desak ruang dan adanya lesi pada otak.

f) EEG

Teknik untuk menekan aktivitas listrik otak melalui tengkorak yang utuh untuk mengetahui focus aktivitas kejang.

g) CT Scan

Untuk mengidentifikasi lesi cerebral infark hematoma, cerebral edema, trauma, abses, tumor dengan dengan atau tanpa kontras (Mahyar, 2010)

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah menganalisis data subjektif dan objektif untuk membuat diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan merupakan proses berpikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik, dan pemberi pelayanan kesehatan. Proses

diagnosa keperawatan dibagi menjadi kelompok interpretasi dan menjamin keakuratan diagnosa dari proses keperawatan itu sendiri. Perumusan pernyataan diagnosa keperawatan memiliki beberapa syarat yaitu mempunyai pengetahuan yang dapat membedakan antara sesuatu yang aktual, resiko, dan potensial dalam diagnosa keperawatan (Proverawati & Sulistyorini 2015). Diagnosis keperawatan bertujuan mengidentifikasi respons klien terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan pada klien dengan *kejang demam*, yaitu :

1) Hipertermia SDKI : D.0130 (PPNI 2016)

Kategori : Lingkungan

Sub Kategori : Keamanan dan Proteksi

Definisi : Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh.

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 inkubator

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

(Tidak tersedia)

Objektif

- a) Suhu tubuh di atas nilai normal

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(Tidak tersedia)

Objektif

- a) Kulit merah
- b) Kejang
- c) Takikardi
- d) Takipnea
- e) Kulit terasa hangat

Kondisi Klinis Terkait

- a) Proses infeksi
- b) Hipertiroid
- c) Stroke
- d) Dehidrasi
- e) Trauma
- f) Prematuritas

2) Defisit Pengetahuan SDKI : D.0111 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017)

Kategori : Perilaku

Sub Kategori : Penyuluhan dan pembelajaran

Definisi : Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang

berkaitan dengan topik tertentu.

Penyebab :

- a) Keterbatasan kognitif
- b) Gangguan fungsi kognitif
- c) Kekeliruan mengikuti anjuran
- d) Kurang terpapar informasi
- e) Kurang minat dalam belajar
- f) Kurang mampu mengingat
- g) Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- a) Menanyakan masalah yang dihadapi

Objektif

- a) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
- b) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

- a) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
- b) Menunjukkan perilaku berlebihan (mis, apatis, bermusuhan, agitasu, histeria)

Kondisi Klinis Terkait

- a) Kondisi klinis yang baru dihadapi oleh klien

- b) Penyakit akut
- c) Penyakit kronis

3) Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif SDKI : D.0001 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017)

Kategori : Fisiologis

Sub Kategori : Respirasi

Definisi : Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten.

Penyebab :

Fisiologis

- a) Spasme jalan nafas
- b) Hipersekresi jalan nafas
- c) Disfungsi neuromuskuler
- d) Benda asing dalam jalan nafas
- e) Adanya jalan nafas buatan
- f) Sekresi yang tertahan
- g) Hiperplasia dinding jalan nafas
- h) Proses infeksi
- i) Respon alergi
- j) Efek agen farmakologis (mis, anastesi)

Situasional

- a) Merokok aktif
- b) Merokok pasif
- c) Terpajan polutan

Gejala dan Tanda Mayor***Subjektif***

(tidak tersedia)

Objektif

- a) Batuk tidak efektif
- b) Tidak mampu batuk
- c) Sputum berlebih
- d) Mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering
- e) Mekonium dijalan nafas (pada neunatus)

Gejala dan Tanda Minor***Subjektif***

- a) Dispnea
- b) Sulit bicara
- c) Ortopnea

Objektif

- a) Gelisah
- b) Sianosis
- c) Bunyi nafas menurun
- d) Frekuensi nafas berubah
- e) Pola nafas berubah

Kondisi Klinis Terkait

- a) Gullian barre syndrome
- b) Sklerosis multipel
- c) Myasthenia gravis

- d) Prosedur diagnostik (mis, bronkoskopi, transesophageal echocardiography TEE)
- e) Depresi sistem saraf pusat
- f) Cedera kepala
- g) Stroke
- h) Kuadriplegia
- i) Sindrom aspirasi mekonium
- j) Infeksi saluran napas

4) Risiko Infeksi SDKI : 0142 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017)

Kategori : Lingkungan

Sub Kategori : Keamanan dan Proteksi

Definisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor Risiko :

- a) Penyakit kronis (mis, diabetes melitus)
- b) Efek prosedur invasif
- c) Malnutrisi
- d) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
 - (1) Gangguan Peristaltik
 - (2) Kerusakan Integritas kulit
 - (3) Perubahan sekresi Ph
 - (4) Penurunan kerja siliaris
 - (5) Ketuban pecah lama

(6) Ketuban pecah sebelum waktunya

(7) Merokok

(8) Statis cairan tubuh

f) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder

(1) Penurunan hemoglobin

(2) Imununosupresi

(3) Leukopenia

(4) Supresi respon inflamasi

(5) Vaksinasi tidak adekuat

Kondisi Klinis Terkait :

a) AIDS

b) Luka bakar

c) Penyakit paru obstruktif kronis

d) Diabetes melitus

e) Tindakan invasif

f) Kondisi penggunaan terapi steroid

g) Penyalahgunaan obat

h) Ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW)

i) Kanker

j) Gagal ginjal

k) Imunosupresi

l) Lymphedema

m) Leukositopenia

n) Gangguan fungsi hati

5) Risiko Cidera SDKI : D.0136 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017)

Kategori : Lingkungan

Sub Kategori : Keamanan dan proteksi

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

Faktor Risiko :

Eksternal

- a) Terpapar patogen
- b) Terpapar zat kimia toksik
- c) Terpapar agen nosokomial
- d) Ketidakamanan transportasi

Internal

- a) Ketidaknormalan profil darah
- b) Perubahan orientasi afektif
- c) Perubahan sensasi
- d) Disfungsi autoimun
- e) Difusi biokimia
- f) Hipoksia jaringan
- g) Kegagalan mekanisme pertahanan tubuh
- h) Malnutrisi
- i) Perubahan fungsi psikomotor
- j) Perubahan fungsi kognitif

Kondisi Klinis Terkait

- a) Kejang
- b) Sinkop
- c) Vertigo
- d) Gangguan penglihatan
- e) Gangguan pendengaran
- f) Penyakit parkinson
- g) Hipotensi
- h) Kelainan nervus vestibularis
- i) Retardasi mental

6) Risiko Perfusi Jaringan Serebral Tidak Efektif SDKI : D.0017

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017)

Kategori : Fisiologis

Sub Kategori : Sirkulasi

Definisi : Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak

Faktor Risiko :

- a) Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa tromboplastin parsial
- b) Penurunan kinerja ventrikel kiri
- c) Aterosklerosis aorta
- d) Diseksi arteri
- e) Fibrilasi atrium
- f) Tumor otak
- g) Stenosis karotis
- h) Miksoma atrium

- i) Aneurisma serebri
- j) Koagulopati (mis, anemia sel sabit)
- k) Dilatasi kardiomiopati
- l) Koagulasi intravaskuler diseminata
- m) Embolisme
- n) Cedera kepala
- o) Hiperkolesteronemia
- p) Hipertensi
- q) Endokarditis infeksi
- r) Katup prostetik mekanis
- s) Stenosis mitral
- t) Neoplasma otak
- u) Infark miokard akut
- v) Sindrom sick sinus
- w) Penyalahgunaan zat
- x) Terapi trombolitik
- y) Efek samping tindakan (mis, tindakan operasi bypass)

Kondisi Klinis Terkait

- a) Stroke
- b) Cedera kepala
- c) Aterosklerotik aortik
- d) Infark miokard akut
- e) Diseksi arteri
- f) Embolisme

- g) Endokarditis infeksi
- h) Fibrilasi atrium
- i) Hiperkolesterolemia
- j) Hipertensi
- k) Dilatasi kardiomiopati
- l) Koagulasi intravaskular diseminata
- m) Miksoma atrium
- n) Neoplasma otak
- o) Segmen ventrikel kiri akinetik
- p) Sindrom sick sinus
- q) Stenosis karotid
- r) Stenosis mitral
- s) Hidrosefalus
- t) Infeksi otak (mis, meningitis, ensefalitis, abses serebri)

2.4.3 Rencana atau Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan merupakan suatu proses menyusun berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah - masalah klien. Tahap perencanaan ini dapat dilaksanakan dengan berbagai kegiatan atau tahap diantaranya penentuan prioritas diagnosis, penentuan tujuan, hasil yang diharapkan dan penentuan rencana tindakan (Lafina Widiastuti, 2022). Dalam buku Diagnosa Keperawatan SIKI, 2018. Intervensi keperawatan yang muncul pada pasien *Kejang Demam* adalah :

1) Hipertermia

Manajemen Hipertermia (1.15506) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2019)

Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan suhu tubuh akibat disfungsi termoregulasi.

Kriteria Hasil :

- a) Mengigil menurun (5)
- b) Kulit merah menurun (5)
- c) Kejang menurun (5)
- d) Akrosianosis menurun (5)
- e) Konsumsi oksigen menurun (5)
- f) Piloereksi menurun (5)
- g) Vasokonstriksi perifer menurun (5)
- h) Kutis memorata menurun (5)
- i) Pucat menurun (5)
- j) Takikardi menurun (5)
- k) Takipnea menurun (5)
- l) Bradikardi menurun (5)
- m) Dasar kuku sianolik menurun (5)
- n) Hipoksia menurun (5)
- o) Suhu tubuh membaik (5)
- p) Suhu kulit membaik (5)
- q) Kadar glukosa darah membaik (5)
- r) Pengisian kapiler membaik (5)
- s) Ventilasi membaik (5)
- t) Tekanan darah membaik (5)

Rencana Tindakan :

Observasi

- a) Identifikasi penyebab hipertermia (mis dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator)
- b) Monitor suhu tubuh
- c) Monitor kadar elektrolit
- d) Monitor haluaran urine
- e) Monitor komplikasi akibat hipertermia

Terapeutik

- f) Sediakan lingkungan yang dingin
- g) Longgarkan atau lepaskan pakaian
- h) Basahi dan kipasi permukaan tubuh
- i) Berikan cairan oral
- j) 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)
- k) Hindari pemberian antipiretik atau aspirin
- l) Berikan oksigen, jika perlu

Edukasi

- m) Anjurkan tirah baring

Kolaborasi

- n) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

2) Defisit Pengetahuan

Edukasi Kesehatan (I.12383) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2019)

Definisi : Mengajarkan pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih serta sehat.

Kriteria Hasil :

- a) Perilaku sesuai anjuran meningkat (5)
- b) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat (5)
- c) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat (5)
- d) Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat (5)
- e) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (5)
- f) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (5)
- g) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (5)
- h) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun (5)
- i) Perilaku membaik (5)

Rencana Tindakan

Observasi

- o) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.
- p) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

Terapeutik

- q) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- r) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- s) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

- t) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- u) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- v) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

3) Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif (Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2019)

Manajemen Jalan Nafas (I.01011)

Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan nafas

Kriteria Hasil :

- a) Produksi sputum menurun (5)
- b) Mengi menurun (5)
- c) Wheezing menurun (5)
- d) Dispnea menurun (5)
- e) Ortopnea menurun (5)
- f) Sulit bicara menurun (5)
- g) Sianosis menurun (5)
- h) Gelisah menurun (5)
- i) Frekuensi nafas membaik (5)
- j) Pola nafas membaik (5)

Rencana Tindakan***Observasi***

- a) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

- b) Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)
- c) Monitor sputum (jumlah, wama, aroma)

Terapeutik

- a) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal)
- b) Posisikan semi-Fowler atau Fowler
- c) Berikan minum hangat
- d) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
- e) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
- f) Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal
- g) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill
- h) Berikan oksigen, jika perlu

Edukasi

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

Kolaborasi

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

4) Risiko Infeksi (Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2019)

Edukasi Pencegahan Infeksi (I.12406)

Definisi : Mengajarkan pencegahan dan deteksi dini infeksi pada pasien berisiko

Kriteria Hasil :

- a) Kebersihan tangan meningkat (5)
- b) Kebersihan badan meningkat (5)
- c) Nafsu makan meningkat (5)
- d) Demam menurun (5)
- e) Kemerahan menurun (5)
- f) Nyeri menurun (5)
- g) Bengkak menurun (5)
- h) Periode menggigil menurun (5)
- i) Lelargi menurun (5)
- j) Gangguan kognitif menurun (5)

Rencana Tindakan

Observasi

- a) Periksa kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Terapeutik

- a) Siapkan materi, media tentang faktor-faktor penyebab, cara identifikasi dan pencegahan risiko infeksi di rumah sakit maupun di rumah.
- b) Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga
- c) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

- a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

- b) Informasikan hasil pemeriksaan laboratorium (mis. leukosit, WBC)
- c) Anjurkan mengikuti tindakan pencegahan sesuai kondisi
- d) Anjurkan membatasi pengunjung
- e) Ajarkan cara merawat kulit pada area yang edema
- f) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- g) Anjurkan kecukupan nutrisi, cairan, dan istirahat
- h) Anjurkan kecukupan mobilisasi dan olahraga sesuai kebutuhan
- i) Anjurkan latihan napas dalam dan batuk sesuai kebutuhan
- j) Anjurkan mengelola antibiotik sesuai resep
- k) Ajarkan cara mencuci tangan
- l) Ajarkan etika batuk

5) Risiko Cidera

Tingkat Cedera (I.14136) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2019)

Definisi : Keparahan dan cedera yang diamati atau dilaporkan.

Kriteria Hasil :

- a) Toleransi aktivitas meningkat (5)
- b) Nafsu makan meningkat (5)
- c) Toleransi makanan meningkat (5)
- d) Kejadian cedera menurun (5)
- e) Luka/lecet menurun (5)
- f) Ketegangan otot menurun (5)
- g) Fraktur menurun (5)
- h) Perdarahan menurun (5)

- i) Ekspresi wajah kesakitan menurun (5)
- j) Agitasi menurun (5)
- k) Iritabilitas menurun (5)
- l) Gangguan mobilitas menurun (5)
- m) Gangguan kognitif menurun (5)
- n) Tekanan darah membaik (5)
- o) Frekuensi nadi membaik (5)
- p) Frekuensi nafas membaik (5)
- q) Pola istirahat/tidur membaik (5)

Rencana Tindakan

Observasi

- a) Memonitor status neurologis.
- b) Memonitor tanda-tanda vital

Terapeutik :

- a) Baringkan pasien agar tidak terjatuh
- b) Rendahkan ketinggian tempat tidur
- c) Pasang side-rail tempat tidur
- d) Berikan alas empuk dibawah kepala, jika memungkinkan
- e) Jauhkan benda-benda berbahaya terutama benda tajam
- f) Sediakan suction disamping tempat tidur

Edukasi :

- a) Anjurkan segera melapor jika merasakan aura
- b) Anjurkan tidak berkendara

- c) Ajarkan keluarga pertolongan pertama pada kejang

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian antikonvulsan, jika perlu

6) Risiko Perfusi Jaringan Serebral Tidak Efektif

Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2019)

Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan tekanan dalam rongga kranial.

Kriteria Hasil :

- a) Kognitif meningkat (5)
- b) Tekanan intrakranial menurun (5)
- c) Sakit kepala menurun (5)
- d) Gelisah menurun (5)
- e) Kecemasan menurun (5)
- f) Agitasi menurun (5)
- g) Demam menurun (5)
- h) Tekanan darah sistolik membaik (5)
- i) Tekanan darah diastolik membaik (5)
- j) Refleks saraf membaik (5)

Rencana Tindakan

Observasi

- a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)

- b) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
- c) Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)
- d) Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu
- e) Monitor PAWP, jika perlu
- f) Monitor PAP, jika perlu
- g) Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia
- h) Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure)
- i) Monitor gelombang ICP
- j) Monitor status pemapasan
- k) Monitor intake dan output cairan
- l) Monitor cairan serebro-spinalis (mis. warna, konsistensi)

Terapeutik

- a) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang.
- b) Berikan posisi semi Fowler
- c) Hindari Maneuver Valsava
- d) Cegah terjadinya kejang
- e) Hindari penggunaan PEEP
- f) Hindari pemberian cairan IV hipotonik
- g) Atur ventilator agar PaCO₂: optimal Pertahankan suhu tubuh normal

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu
- b) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
- c) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang di hadapi ke status kesehatan yang lebih baik dan menggambarkan kriteria hasil yang di harapkan. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan kepada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang di harapkan (Tyas 2023). Tindakan keperawatan dibedakan menjadi 2 yaitu :

1) Tindakan Keperawatan Mandiri

Tindakan yang dilakukan Tanpa Pesanan Dokter. Tindakan keperawatan mandiri dilakukan oleh perawat. Misalnya menciptakan lingkungan yang tenang.

2) Tindakan Keperawatan Kolaboratif

Tindakan yang dilakukan oleh perawat apabila perawat bekerja dengan anggota perawatan kesehatan yang lain dalam membuat keputusan bersama yang bertahan untuk mengatasi masalah klien.

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya.

Evaluasi adalah perbandingan hasil-hasil yang diamati dengan kriteria yang dibuat pada tahap intervensi Anak akan kembali ke dalam sistem atau proses keperawatan jika masalah keperawatan belum selesai atau akan keluar dari proses keperawatan jika masalah keperawatan anak telah berakhir (Rofifah, N 2019),.

Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahap proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Kerangka pembuatan kriteria hasil dibuat dalam bentuk.

SOAP (*Subyektif, Obyektif, Assesment, Planning*)

- 1) *Subyektif* : Keluhan klien (apa yang dikatakan oleh klien, keluarga klien, dan orang terdekat klien).
- 2) *Obyektif* : Semua sesuatu yang bisa dilihat, diraba, dicium dan diukur oleh perawat.
- 3) *Assesment* : Kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat atas kondisi klien.
- 4) *Planning* : Rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah klien selanjutnya.