

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Kejang Demam

2.1.1 Definisi Penyakit

Kejang demam adalah kejang yang disertai dengan peningkatan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38°C) yang disebabkan oleh proses ekstrakranium. Kejang demam merupakan kejang yang paling sering terjadi pada anak-anak. 2% sampai 5% anak di bawah usia 5 tahun mengalami kejang disertai demam, paling sering antara usia 17 dan 23 bulan. Secara umum prognosis kejang demam baik, namun sekitar 30-35% anak dengan kejang demam awal akan mengalami kejang demam berulang (Kakalang et al., 2016).

2.1.2 Klasifikasi

Secara klinis menurut Wulandari & Erawati (2015), kejang demam dapat dibedakan menjadi dua jenis yaitu :

1. Kejang Demam Simpleks

Kejang demam simpleks (KDS) merupakan 80% dari kejadian kejang yang paling umum dan kejang yang paling singkat karena waktunya berlangsung ≤ 15 menit, KDS banyak diderita oleh anak, pada umumnya kejang berbentuk gerakan tanpa fokal, kehilangan kesadaran dan kontraksi otot hebat, kejang akan berhenti sendiri, tidak berulang dalam 1 hari.

2. Kejang Demam Kompleks

Kejang demam kompleks (KDK) adalah kejang yang berlangsung ≥ 15 menit dan menyebabkan anak kehilangan kesadaran, kejang yang terjadi hanya pada satu area otak saja (*fokal / parsial*) dan berulang lebih dari 2 kali sehari (Wulandari, D. & Erawati, M. 2015).

Menurut proses terjadinya, kejang demam dapat dibagi menjadi intrakranial dan ekstrakranial. Intrakranial disebabkan karena trauma atau perdarahan ventrikel, subdural dan subarachoid, serta infeksi akibat virus, parasit, bakteri dan dapat terjadi akibat anomali kongenital. Misalnya pembesaran pada otak dan kelainan disgenesis. Sedangkan ekstrakranial disebabkan karena adanya gangguan metabolik, seperti kekurangan atau kelebihan kalium dalam darah, kekurangan kadar magnesium dalam darah, gangguan kadar elektrolit dalam tubuh (natrium dan kalium) pada pasien dengan riwayat diare, keracunan, bius lokal, penghentian pemberian obat, kelainan kongenital akibat defisiensi peridoksin, yang menyebabkan gangguan asam basa atau ketergantungan (Nurarif, A.H & Kusuma, H. 2016).

2.1.3 Etiologi

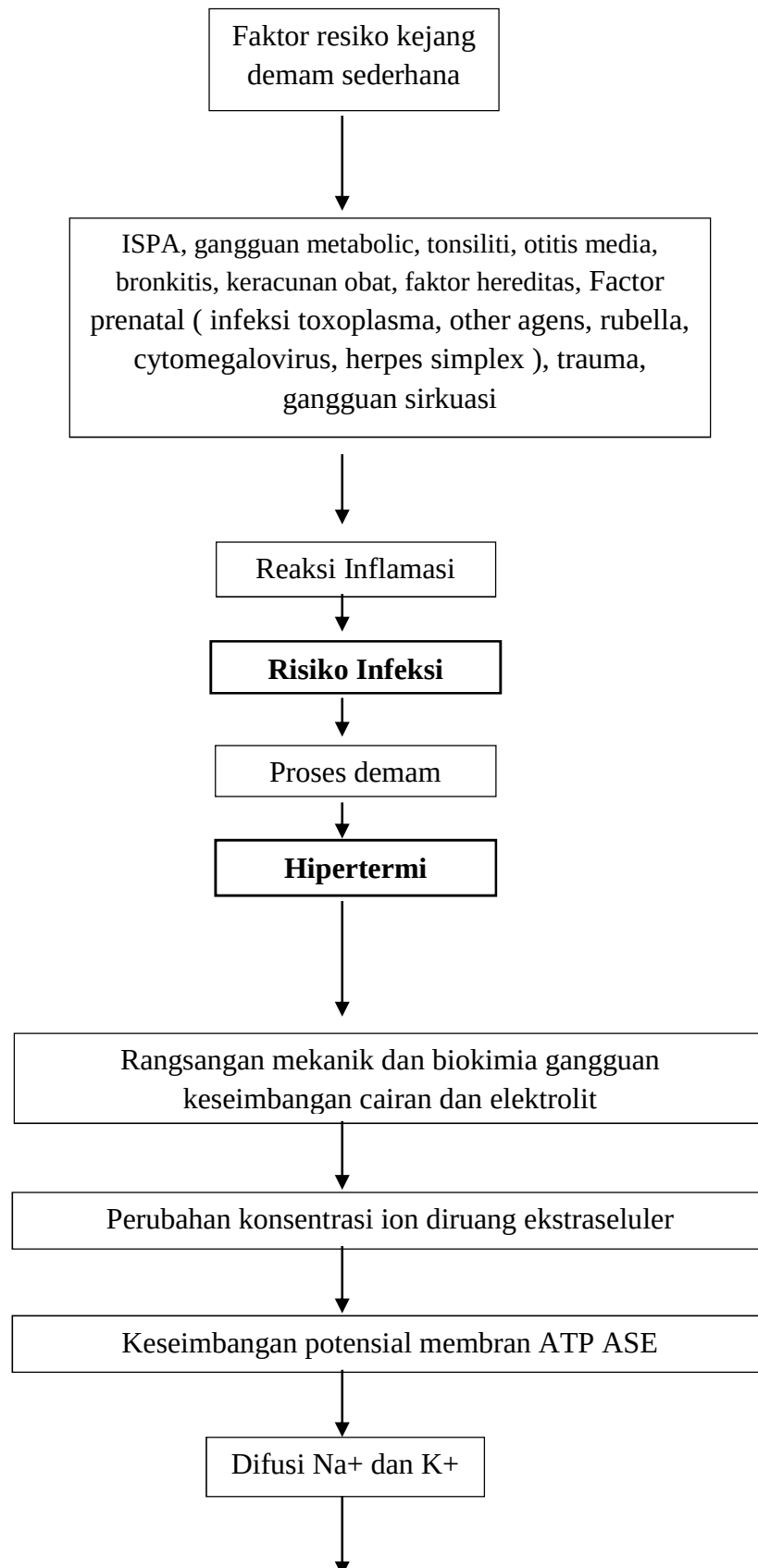
Keseimbangan asam-basa dan elektrolit dapat mengganggu fungsi normal otak, sehingga dapat memicu pelepasan muatan proksimal yang berlebihan pada neuron. Infeksi virus atau bakteri yang terkait dengan hipertermi sehingga dapat menyebabkan kejang demam.

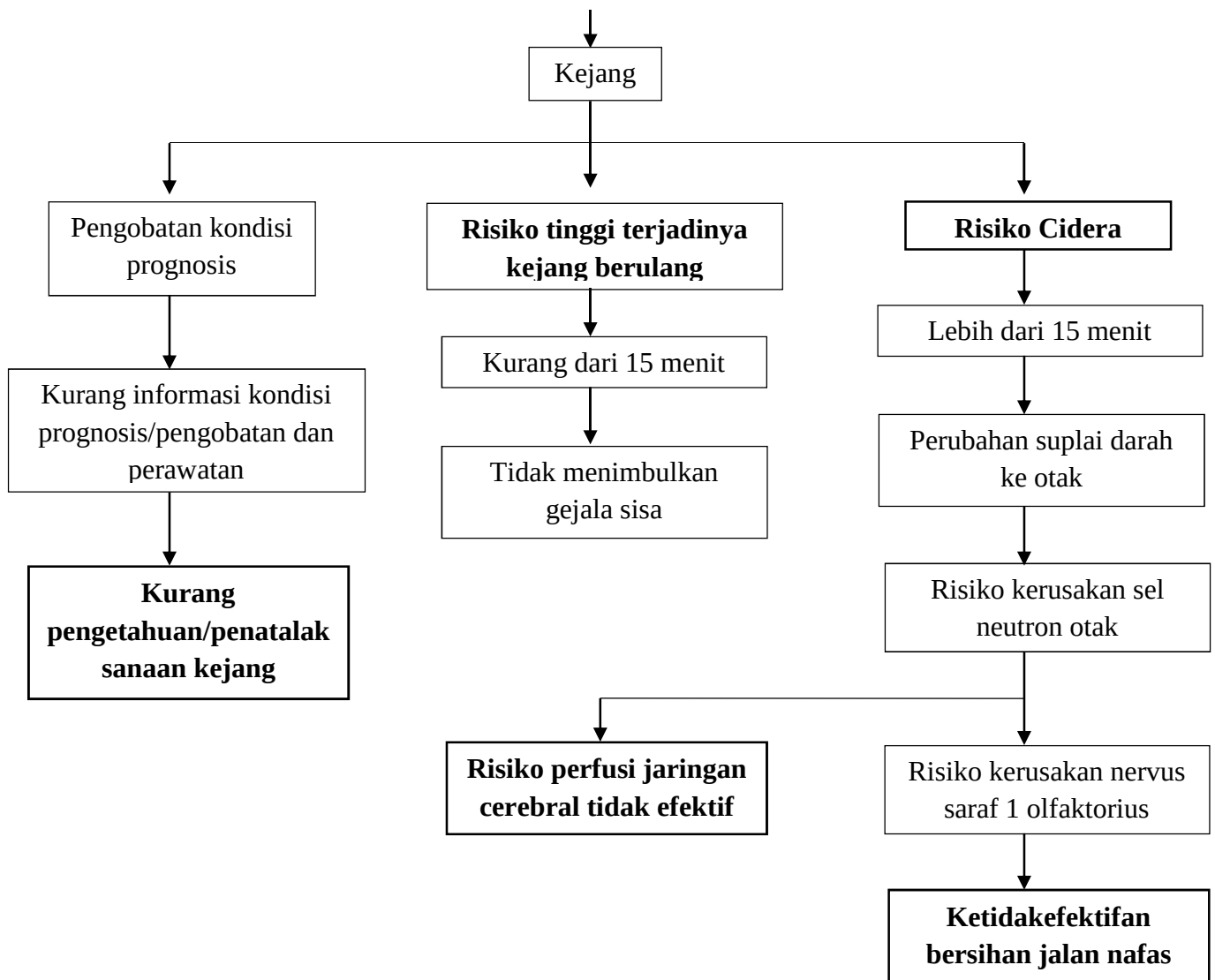
Umumnya terjadi singkat dan dapat disebabkan oleh peningkatan suhu pada tubuh yang muncul dan berhubungan dengan infeksi virus atau bakteri. Umumnya terjadi karena faktor pemicu riwayat keluarga dengan kejang dan dalam waktu yang singkat, bahkan di usia muda pun kejang bisa terjadi tanpa disertai demam (Kusyani A., dkk. 2022)

Berdasarkan Nurarif, A.H & Kusuma, H. (2016) menyebutkan beberapa faktor resiko terjadinya kejang berulang, antara lain sebagai berikut :

1. Riwayat kejang dalam keluarga.
2. Anak berusia ≤ 18 bulan.
3. Jika suhu tubuh meningkat sebelum kejang terjadi, maka kemungkinan risiko serangan demam berulang lebih rendah.
4. Semakin singkat jarak antara kenaikan suhu tubuh dengan kejang, maka risiko kejang demam berulang semakin besar.

2.1.4 Patofisiologi





Gambar 2.1 Patofisiologi Kejang Demam (Ngastiyah, 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 cidera 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).

2.1.5 Penatalaksanaan

- 1) Secara umum menurut Riyadi, S., & Sukarmin. (2009) penatalaksanaan pada anak kejang demam adalah sebagai berikut:
 - a) Saat timbul serangan kejang segera pindahkan anak ke tempat yang aman seperti dilantai yang diberi alas lunak tapi tipis, jauh dari benda-benda berbahaya seperti gelas, pisau.
 - b) Posisikan kepala anak hiperekstensi, pakaian dilonggarkan. Jika takut lidah anak menekuk atau tergigit maka diberikan tong spatel yang dibungkus dengan kasa atau kain, kalau tidak ada dapat diberikan sendok makan yang dibalut dengan kasa atau kain bersih.
 - c) Ventilasi ruangan harus cukup. Jendela dan pintu di buka supaya terjadi pertukaran oksigen lingkungan.
 - d) Kalau anak mulutnya masih dapat dibuka sebagai pertolongan awal dapat diberikan antipiretik seperti aspirin dengan dosis 60 mg / tahun / kali (maksimal sehari 3 kali).

- e) Kalau memungkinkan sebaiknya orang tua atau pengasuh di rumah menyediakan diazepam (melalui dokter keluarga) per anus sehingga saat serangan kejang anak dapat segera diberikan. Dosis per anus 5 mg untuk berat badan kurang dari 10 kg, kalau berat badan lebih dari 10 kg maka dapat diberikan dosis 10 mg. untuk dosis rata-rata pemberian per anus adalah 0,4-0,6 mg / KgBB.
 - f) Kalau beberapa menit kemudian tidak membaik atau tidak tersediannya diazepam maka segera bawa anak ke rumah sakit.
- 2) Menurut Sujono (2009) 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.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Anak Balita dengan Kejang Demam

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya pengumpulan informasi secara lengkap atau sistematis, dimulai dengan pendataan, identifikasi dan evaluasi status kesehatan pasien (Tarwoto, 2013). Langkah-langkah penelitian meliputi:

1) Pengumpulan Data

a) Biodata Pasien

Biodata pasien meliputi nama, umur, dan jenis kelamin. Di sisi lain, harus menanyakan informasi pribadi orang tua untuk mengetahui status sosial anak mereka, termasuk nama, umur, agama, suku/suku, pendidikan, pekerjaan, serta alamat orang tua. (Groot, K. De 2018)

b) Riwayat Penyakit

1) Frekuensi Serangan

Kaji riwayat kejang. 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 (Gunawan & Saharso, 2012).

2) Keadaan sebelum, selama dan sesudah serangan

Sebelum kejang perlu ditanyakan adakah demam yang

dikarenakan infeksi . Dimana kejang dimulai dan bagaimana menjalarnya. Sesudah kejang perlu ditanyakan apakah penderita segera sadar, tertidur, kesadaran menurun, ada paralise, menangis dan sebagainya (Gunawan & Saharso, 2012).

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada kasus kejang demam pada anak ditemukan keluhan utama kejang karena panas. Kaji juga apakah ada muntah, diare, truma kepala, gagap bicara (khususnya pada penderita epilepsi), gagal ginjal, kelainan jantung, DHF, ISPA, OMA, Morbili dan lain-lain. (Gunawan & Saharso, 2012).

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Ada faktor predisposisi terjadinya kejang demam antara lain trauma kepala, infeksi dan reaksi terhadap imunisasi. Selain itu kejang demam juga bias muncul akibat hiperthermi. (Gunawan & Saharso, 2012).

c) Riwayat Kehamilan dan Persalinan

Pada masa pre natal pengaruh konsumsi pada semester pertama, penyakit selama kehamilan yang menyertai seperti hipertensi, panas saat masa kehamilan, atau bahkan memiliki riwayat kejang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim dan beresiko tinggi penyebab kejang demam pada anak. Pada masa natal, umur kehamilan, persalinan dengan bantuan alat yang dapat mempengaruhi fungsi

dan maturitas organ. pada masa post natal apgar skor < 6 berhubungan dengan asfiksia, resusitasi, atau bahkan anak yang lahir belum cukup bulan atau *prematum* memiliki resiko 10x lebih besar untuk menderita bangkitan kejang demam dibandingkan dengan anak yang lahir cukup bulan. (Gunawan & Saharso, 2012)

d) Riwayat Perkembangan (Gunawan & Saharso, 2012) Ditanyakan kemampuan perkembangan meliputi:

1) Personal sosial (Kepribadian/Tingkah laku sosial)

a) Kognitif

Perkembangan kognitif pada anak usia (1 samapi 5 tahun) masuk pada tahap sensori motorik. Pada tahap ini anak mempunyai kemampuan dalam mengasimilasi dan mengakomodasi informasi dengan cara melihat, mendengar, menyentuh dan aktivitas motorik.

b) Moral

Perkembangan moral pada anak usia (1 sampai 5 tahun) masuk pada tingkat premoral (prekonvensional) dimana anak menyesuaikan minat diri sendiri dengan aturan, berasumsi bahwa penghargaan atau bantuan akan diterimanya, kewaspadaan terhadap moral yang bisa diterima secara sosial, kontrol emosi didapatkan dari luar.

c) Psikososial

Pada Anak usia (1 sampai 5) tahun masuk pada tahap kemandirian, rasa malu dan ragu. Pada masa ini anak

mulai mandiri seperti berlatih berjalan sendiri, berbicara dan merasa malu apabila orang tua terlalu melindungi.

d) Bahasa

Secara umum perkembangan bahasa anak usia 1 – 5 tahun merupakan proses yang bersifat fisik dan psikis. Secara fisik kemampuan anak dalam memproduksi kata – kata ditandai oleh perkembangan bibir, lidah, dan gigi mereka yang sedang tumbuh. Sedangkan secara psikis, kemampuan memproduksi kata – kata dan variasi ucapan sangat ditentukan oleh situasi emosional anak saat berlatih mengucapkan kata – kata.

a) Gerakan Motorik Halus

Motorik halus pada anak usia 15 bulan antara lain sudah bisa memegang cangkir, memasukkan jari ke lubang, membuka kotak, melempar benda. Pada anak usia 18 bulan sudah bisa makan dengan menggunakan sendok, bisa membuka halaman buku, belajar menyusun balok-balok. Anak usia 24 bulan sudah bisa membuka pintu, membuka kunci, menggunting sederhana, minum dengan menggunakan gelas atau cangkir, sudah dapat menggunakan sendok dengan baik. Sedangkan pada anak usia 36 bulan sudah bisa menggambar lingkaran, mencuci tangan nya sendiri, menggosok gigi.

f) Gerakan Motorik Kasar

Motorik kasar anak umur 15 bulan antara lain sudah bisa berjalan sendiri tanpa bantuan orang lain. Anak usia 18 bulan sudah mulai berlari tapi masih sering jatuh, menarik-narik mainan, mulai senang naik tangga tetapi masih dengan bantuan. Pada anak usia 24 bulan berlari sudah baik, dapat naik tangga sendiri dengan kedua kaki tiap tahap. Sedangkan pada anak usia 36 bulan sudah bisa naik turun tangga tanpa bantuan, memakai baju dengan bantuan, mulai bisa naik sepeda beroda tiga.

2) Riwayat Kesehatan Keluarga

Kebanyakan 25% - 50% kejang demam mempunyai faktor keturunan adanya faktor keluarga yang menderita kejang demam, penyakit saraf atau penyakit lainnya (Saharso D, 2012:42).

3) Riwayat Sosial

Kaji status sosial keluarga, sumber ekonomi keluarga, respon keluarga dan pola perawatan anak sehari-hari.

4) Pola Kebiasaan dan Fungsi Kesehatan

Ditanyakan keadaan sebelum dan selama sakit. Pola kebiasaan dan fungsi ini meliputi:

a) Pola Persepsi dan Tatalaksanaan Hidup Sehat

Gaya hidup yang berkaitan dengan kesehatan, pengetahuan tentang kesehatan, pencegahan dan kepatuhan

pada setiap perawatan dan tindakan medis. Bagaimana pandangan terhadap penyakit yang diderita, pelayanan kesehatan yang diberikan, tindakan apabila ada anggota keluarga yang sakit, penggunaan obat-obatan pertolongan pertama.

b) Pola Nutrisi

Penderita akan sensitif terhadap makanan yang memicu kejang, adanya *hiperplasi ginggiva* sebagai akibat efek samping dilantin.

Makanan pada umumnya jarang menyebabkan kejang, tetapi ada beberapa makanan yang harus di hindari yaitu, makanan yang tinggi lemak, minuman yang mengandung kafein, makanan yang mengandung adiktif (Lumbantobing, 2012).

c) Pola Eliminasi

1) BAK

Ditanyakan frekuensinya, jumlahnya, secara makroskopis ditanyakan bagaimana warna, bau, dan apa terdapat darah dalam urin. Serta ditanyakan apakah disertai nyeri saat anak kencing. Peningkatan tekanan bladder dan tonus springter akan terjadi pada fase ictal.(Ngastiyah, 2012).

2) BAB

Penderita kejang demam akan mengalami

inkontinensia (Ngastiyah, 2012).

d) Pola Aktivitas dan Latihan

Terjadi kelemahan umum, perubahan tonus otot dan pembatasan aktivitas (Ngastiyah, 2012).

e) Pola Tidur/Istirahat

Kaji waktu tidur penderita, lama tidur, kualitas tidur dan kebiasaan sebelum tidur. (Ngastiyah, 2012)

2) Pemeriksaan fisik

1) 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, nadi dan juga suhu. (Nursalam, 2012)

2) Pemeriksaan kepala dan wajah

a) Kepala

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

b) 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).

c) Telinga

Inspeksi : telinga sejajar antara kiri dan kanan.

d) Mata

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

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan.

e) 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.

3) Pemeriksaan leher

Inspeksi : kulit teraba kasar, kering, bersisik pucat, ptekie, kehilangan lemak subkutan (Nursalam, 2009).

Palpasi : tidak terdapat benjolan.

4) Pemeriksaan thorax

a) 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 terabapada semua lapang paru.

Perkusi : suara sonor.

Auskultasi: Suara nafas yang meningkat intensitasnya, biasanya terdapat suara ronchi atau wheezing.

b) 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 : takikardi, bunyi jantung 1 dan bunyi jantung 2 terdengar lupdup

5) Pemeriksaan abdomen

Inspeksi : bentuk abdomen datar, terdapat lesi atau tidak, terdapat bekas operasi ataukah tidak.

Perkusi : Suara Abdomen Tympani.

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

Palpasi : Biasanya terdapat kekakuan otot abdomen

6) Pemeriksaan integumen

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

7) Pemeriksaan ekstremitas

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

8) 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)

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien terhadap situasi yang berhubungan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Diagnosa keperawatan yang dapat dibuat untuk kejang demam antara lain:

- a) Hipertermi berhubungan dengan proses demam.
- b) Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan informasi.
- c) Resiko cidera berhubungan dengan kelemahan, penurunan kesadaran.
- d) Resiko tinggi terjadinya kejang berulang berhubungan dengan peningkatan suhu.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan, dan evaluasi dari serangkaian intervensi keperawatan untuk pasien, berdasarkan analisa pengkajian, untuk membantu memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan pasien (Amin Huda, H. K., 2016).

1) Hipertermi berhubungan dengan proses demam.

- a) Tujuan : setelah dilakukan tindakan selama 1 x 24 jam suhu tubuh kembali normal.
- b) Kriteria hasil : suhu tubuh $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$ dan klien bebas dari demam.

c) Intervensi

Observasi:

- a) Identifikasi penyebab hipertermia.
- b) Monitor suhu tubuh.
- c) Monitor kadar elektrolit.
- d) Monitor haluan urine.
- e) Monitor komplikasi akibat hipertermia.

Terapeutik

- a) Sediakan lingkungan yang dingin.
- b) Longgarkan atau lepaskan pakaian.
- c) Basahi dan kipasi permukaan tubuh.
- d) Berikan cairan oral.

- e) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih).
- f) Lakukan pendinginan eksternal.
- g) Hindari pemberian antipiretik atau aspirin.
- h) Berikan oksigen, *jika perlu*.

Edukasi

- a) Anjurkan tirah baring.

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, *jika perlu*.

2) Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan informasi.

- a) Tujuan: setelah dilakukan tindakan aftercare 1 x 24 jam. Klien/keluarga dapat mengungkapkan stimulasi secara verbal yang dapat meningkatkan kejang tanpa kebingungan.

- b) Kriteria hasil: keluarga dapat mengatasi kejang.

- c) Intervensi:

Observasi :

- a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.

Terapeutik :

- a) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.
- b) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.
- c) Berikan kesempatan untuk bertanya.

Edukasi :

- a) Jelaskan cara mengukur suhu tubuh, nadi, pernapasan dan tekanan darah pasien.
- b) Ajarkan cara memberikan kompres hangat.
- c) Anjurkan menggunakan selimut hipotermi sesuai kebutuhan.
- d) Anjurkan menggunakan pakaian yang menyerap keringat.
- e) Anjurkan intake yang adekuat.
- f) Ajarkan cara memonitor intake dan output cairan.
- g) Anjurkan pemberian analgetik, *jika perlu*.

3) Resiko cidera berhubungan dengan kelemahan, penurunan kesadaran.

- a) Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam, diharapkan keluarga dapat mengetahui faktor yang mungkin terjadinya trauma sehingga bisa menghindari resiko cidera.
- b) Kriteria hasil: klien terbebas dari trauma ketika kejang terjadi.
- c) Intervensi:

Observasi:

- a) Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cidera.
- b) Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cidera.
- c) Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstermitas bawah.

Terapeutik :

- a) Sediakan pencahayaan yang memadai.

- b) Gunakan lampu tidur selama jam tidur.
- c) Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat (mis. penggunaan telepon, tempat tidur, penerangan ruangan dan lokasi kamar mandi).
- d) Gunakan alas lantai jika beresiko mengalami cedera serius.
- e) Sediakan alas kaki antislip.
- f) Sediakan pispot atau urinal untuk eliminasi di tempat tidur, *jika perlu*
- g) Pastikan bel panggilan atau telepon mudah dijangkau.
- h) Pastikan barang – barang pribadi mudah dijangkau.
- i) Pertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah saat digunakan.
- j) Pastikan roda tempat tidur atau kursi roda dalam kondisi terkunci.
- k) Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan.
- l) Pertimbangkan penggunaan alarm elektronik pribadi atau alarm sensor pada tempat tidur atau kursi.
- m) Diskusikan mengenal latihan dan terapi fisik yang diperlukan.
- n) Diskusikan mengenai alat bantu mobilitas yang sesuai (mis. tongkat atau alat bantu jalan)
- o) Diskusikan bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien.

- p) Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, *sesuai kebutuhan*

Edukasi :

- a) Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga.
 - b) Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri.
- 4) Resiko tinggi terjadinya kejang berulang berhubungan dengan peningkatan suhu.
- a) Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam, diharapkan tidak akan terjadi kejang.
 - b) Kriteria hasil: tidak terjadi kejang berulang.
 - c) Intervensi:

Observasi

- a) Monitor terjadinya kejang berulang.
- b) Monitor karakteristik kejang (mis. Aktivitas motorik, dan progresi kejang).
- c) Monitor status neurologis.
- d) Monitor tanda – tanda vital.

Terapeutik

- a) Baringkan pasien agar tidak terjatuh.
- b) Berikan alas empuk dibawah kepala, *jika memungkinkan*
- c) Pertahankan kepatenan jalan napas.
- d) Longgarkan pakaian, terutama di bagian leher.

- e) Dampingi selama periode kejang.
- f) Jauhkan benda – benda berbahaya terutama benda tajam.
- g) Catat durasi kejang.
- h) Reorientasikan setelah periode kejang.
- i) Dokumentasikan periode terjadinya kejang.
- j) Pasang akses IV, *jika perlu*.
- k) Berikan oksigen, *jika perlu*.

Edukasi

- a) Anjurkan keluarga menghindari memasukkan apapun ke dalam mulut pasien saat periode kejang.
- b) Anjurkan keluarga tidak menggunakan kekerasan untuk menahan gerakan pasien.

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian antikonvulsan, *jika perlu*.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah langkah keempat dalam proses keperawatan. Fase ini muncul saat rencana yang dibuat diterapkan ke klien. Tindakan yang dilakukan mungkin tidak dalam urutan yang sama seperti yang dilakukan dalam rencana. Praktik keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Sebelum melakukan suatu tindakan, perawat harus mengetahui tindakan keperawatan yang akan dilakukan sesuai dengan tindakan yang direncanakan, dalam keadaan

terencana, tepat, aman, serta sesuai dengan kondisi pasien (Debora, O., 2013).

Implementasi yang dapat dilakukan sesuai dengan intervensi yaitu :

- 1) Monitor suhu tubuh.
- 2) Pantau pengeluaran urine.
- 3) Memberikan lingkungan yang sejuk.
- 4) Memakai pakaian yang longgar dan tipis.
- 5) Berikan obat oral.
- 6) Memberikan kompres pada dahi dan ketiak.
- 7) Menganjurkan tirah baring
- 8) Kolaborasi pemberian cairan elektrolit dan intravena.

2.2.5 Evaluasi

Pada tahap ini, perawat membandingkan hasil tindakan yang dilakukan dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan menilai apakah masalah teratasi secara tuntas, hanya sebagian atau belum tuntas. Evaluasi adalah proses yang berkesinambungan mengukur dan memantau kondisi klien untuk mengetahui kesesuaian pengobatan, perbaikan tindakan pengobatan, kebutuhan klien saat ini, perlunya rujukan ke tempat kesehatan lain dan perlu menyusun kembali prioritas diagnosa sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi atau teratasi. Kerangka pembuatan kriteria hasil di buat dalam bentuk SOAP (Subyektif, Obyektif, Assesment, Planning). (Debora, O., 2013).

Menurut Groot (2018) evaluasi dinilai berdasarkan reaksi pasien terhadap aplikasi yang diterapkan, sehingga kriteria hasil yang diharapkan adalah:

- 1) Menggigil mengalami penurunan.
- 2) Suhu tubuh membaik menjadi $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$.
- 3) Kejang menurun.
- 4) Suhu kulit membaik
- 5) Penurunan takikardia.
- 6) Penurunan takipnea.
- 7) Kulit merah menurun.