

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kejang Demam

2.1.1 Definisi

Kejang demam atau *febrile convulsion* adalah bangkitan kejang yang terjadi karena kenaikan suhu tubuh akibat demam (infeksi) di atas 38°C disebabkan oleh proses ekstrakranium yang berasal dari luar sistem saraf pusat (otak). Kejang demam biasanya terjadi pada bayi dan anak usia 6 bulan sampai 5 tahun, karena pada usia tersebut otak rentan terhadap perubahan peningkatan suhu tubuh. Insiden bangkitan kejang tertinggi terjadi pada usia 18 bulan (Paudel, 2018).

Menurut *International League Against Epilepsy Commission on Epidemiology and Prognosis (ILAECEP)* kejang demam merupakan kejang pada anak setelah usia 1 bulan, berhubungan dengan demam dan penyakit yang tidak disebabkan karena infeksi pada susunan saraf pusat. Kejadian kejang demam lebih sering terjadi karena infeksi virus dibandingkan infeksi bakteri dan umumnya terjadi pada 24 jam pertama sakit (Anggraini, 2022).

Kejang demam merupakan tipe kejang yang mayoritas ditemukan pada masa kanak-kanak. Kejang merupakan perubahan fungsi pada otak secara mendadak dan terjadi sangat singkat atau sementara yang disebabkan karena aktivitas abnormal serta adanya pelepasan listrik serebral yang sangat berlebihan (Indrayati, 2019). Sedangkan demam

diartikan sebagai peningkatan temperatur tubuh dari temperatur normal 36,5°C menjadi melebihi batas normal diatas 37°C yang disebabkan karena kelainan pada otak ataupun disebabkan bahan-bahan toksik yang memengaruhi pusat pengaturan suhu tubuh. Demam yang tinggi dapat merangsang terjadinya kejang (Maghfirah, 2022).

2.1.2 Etiologi

Penyebab utama kejang demam ialah demam yang tinggi. Demam terjadi sering disebabkan oleh infeksi saluran pernapasan atas (ISPA), gangguan metabolik, penyakit infeksi diluar susunan saraf misalnya tonsilitis, otitis media, bronkitis, keracunan obat dan faktor herediter (Yektiningsih, 2024). Infeksi virus atau bakteri yang berkaitan dengan hipertermi juga merupakan salah satu yang dapat mengakibatkan kejang demam (Kusyani, 2022). Unsur lain penyebab kejang demam yakni hiperkalemia, hipoglikemia, asidosis, kelainan otak, maupun riwayat ibu yang mengalami tekanan darah tinggi saat masa kehamilan (Yektiningsih, 2024).

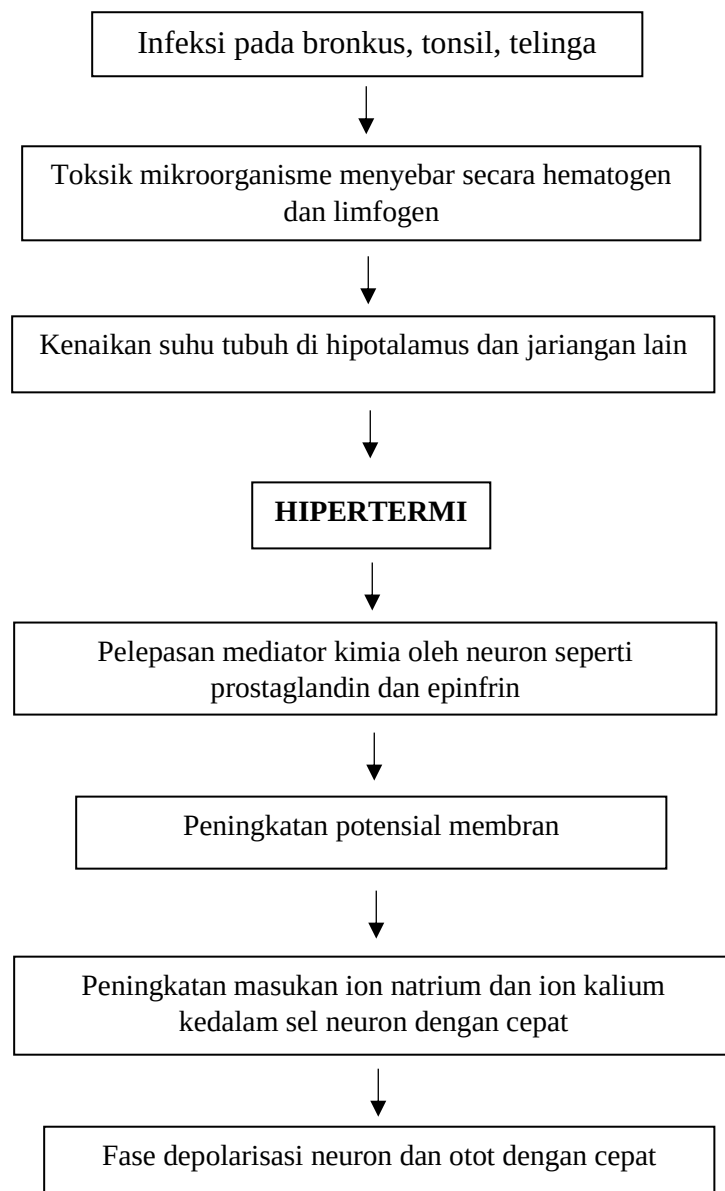
Menurut Nurarif (2016) penyebab kejang demam, di antaranya sebagai berikut:

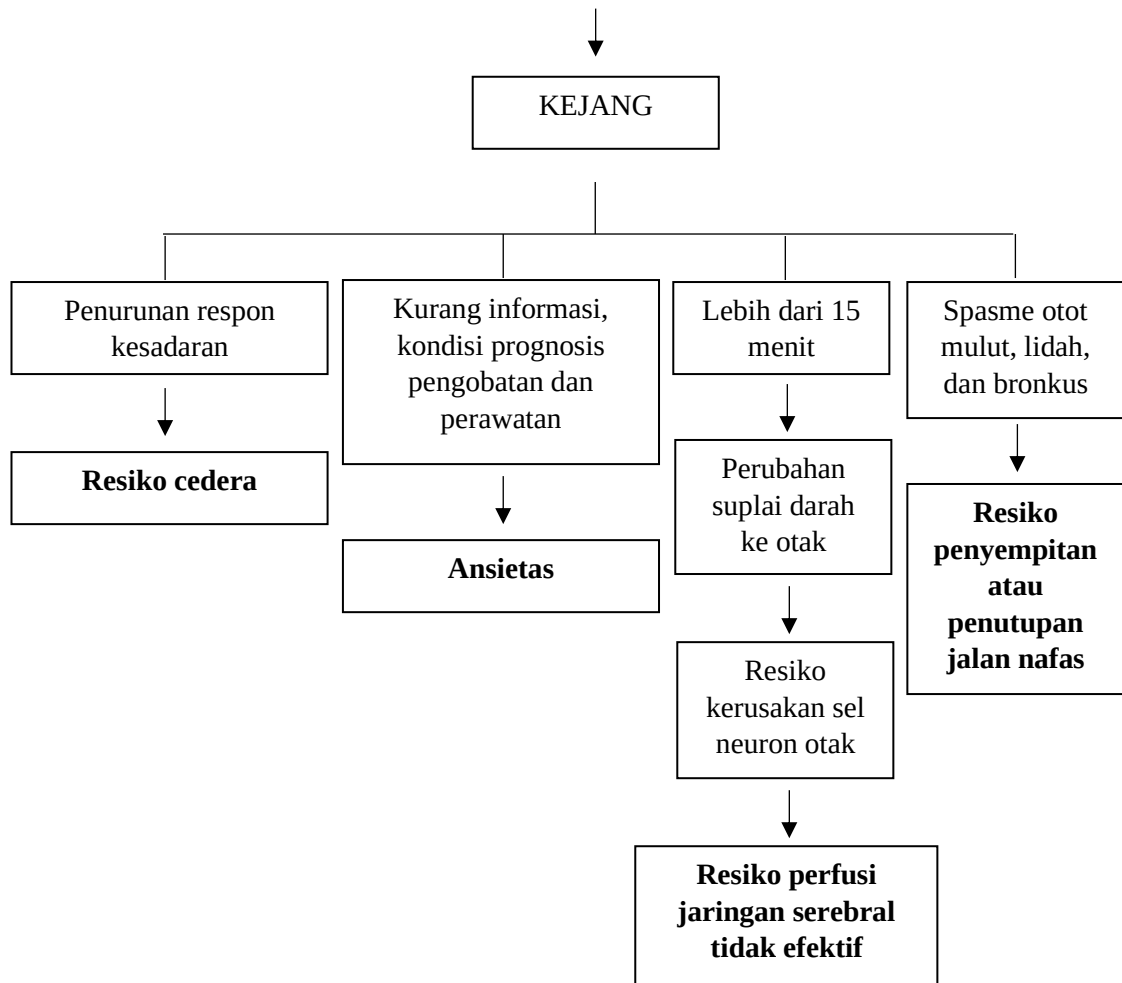
1. Riwayat keluarga dengan kejang.
2. Anak berusia ≤ 18 bulan.
3. Jika suhu tubuh meningkat sebelum kejang terjadi, maka kemungkinan risiko kejang demam berulang makin kecil.

4. Semakin singkat jarak antara kenaikan suhu tubuh dengan kejang, maka risiko kejang demam berulang semakin besar.

2.1.3 Patofisiologi

Pathway Kejang Demam





Gambar 2. 1 Patofisiologi Kejang Demam (Sujono & Sukarmin, 2009)

Uraian Pathway :

Infeksi bakteri di luar otak, seperti radang saluran bronkus (bronkitis), radang amandel (tonsilitis), dan infeksi telinga tengah (otitis media akut), seringkali menjadi pemicu kejang demam. Bakteri ini menghasilkan racun (toksik) yang menyebar ke seluruh tubuh melalui hematogen maupun limfogen. Penyebaran toksik ini memicu hipotalamus (bagian otak yang mengatur suhu tubuh) untuk meningkatkan suhu tubuh sebagai respons terhadap ancaman sistemik yang menyebabkan terjadinya

hipertermia. Kenaikan suhu di hipotalamus ini kemudian memicu peningkatan suhu di bagian tubuh lain seperti otot dan kulit, yang menyebabkan kontraksi otot yang lebih kuat. Peningkatan suhu di hipotalamus, otot, kulit, dan jaringan tubuh lainnya disertai dengan pelepasan zat kimia perantara (*mediator kimia*) seperti epinefrin dan prostaglandin. Zat-zat kimia ini dapat merangsang peningkatan potensial aksi pada sel-sel saraf (*neuron*). Peningkatan potensial inilah yang memicu pergerakan ion natrium dan kalium yang sangat cepat dari luar ke dalam sel. Peristiwa ini diyakini mempercepat fase depolarisasi neuron, yang akhirnya menyebabkan kejang. Serangan kejang yang cepat ini dapat menyebabkan penurunan kesadaran, dan kejang otot di anggota gerak yang mengakibatkan anak mengalami resiko cedera. Serangan kejang juga menjadikan anak mengalami spasme otot pada mulut, lidah dan bronkus yang mengakibatkan terjadinya resiko penyempitan atau penutupan jalan napas. Jika kejang berlanjut selama lebih dari 15 menit, suplai darah ke otak akan terganggu, yang dapat mengakibatkan kerusakan sel-sel otak (*neuron*) dan penurunan efektivitas aliran darah di otak yang mengakibatkan terjadinya resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif. Orang tua cenderung merasa cemas ketika anak mereka mengalami kejang demam karena minimnya informasi tentang apa yang akan terjadi selanjutnya dan bagaimana cara menanganinya yang menjadikan orang tua mengalami ansietas.

2.1.4 Klasifikasi

Menurut Kusyani (2022) klasifikasi kejang demam dibagi menjadi dua, yakni kejang demam simpleks (*simple febrile seizure*) dan kejang demam kompleks (*complex febrile seizure*).

1. Kejang Demam Simpleks (KDS)

Kejang demam simpleks atau kejang demam sederhana (80%) merupakan bentuk kejang demam berupa tonik atau klonik, akan berhenti sendiri, tanpa gerakan fokal, durasi kejang berlangsung singkat tidak lebih dari 15 menit, tidak berulang dalam waktu 24 jam, otot wajah dan pernapasan sering kali mengalami kejang.

2. Kejang Demam Kompleks (KDK)

Kejang demam kompleks (20%) memiliki durasi kejang berlangsung lama lebih dari 15 menit, kejang bersifat fokal (parsial satu sisi) atau kejang umum didahului kejang parsial, episode kejang lebih dari satu kali atau dapat terulang kembali dalam waktu 24 jam.

Kejang demam diklasifikasikan menjadi dua kategori berdasarkan proses terjadinya: intrakranial dan ekstrakranial. Kejang intrakranial disebabkan karena faktor trauma atau perdarahan yang terjadi di sistem ventrikel, infeksi yang diakibatkan oleh virus, parasit, dan bakteri, dan mungkin juga timbul dari kelainan kongenital seperti pembesaran otak dan gangguan disgenesis. Sebaliknya, kejang ekstrakranial timbul karena disebabkan adanya gangguan metabolik misalnya hipokalemia atau

hiperkalemia, hipomagnesemia, dan kadar elektrolit yang tidak diatur (natrium dan kalium) dengan kondisi riwayat seperti diare, keracunan, bius lokal, penghentian pemberian obat, dan kelainan bawaan karena kekurangan obat peridoksin yang menyebabkan gangguan asam basa atau ketergantungan. (Nurarif, 2016).

2.1.5 Komplikasi

Komplikasi kejang demam diantaranya adalah:

a. Kerusakan neurotransmitter

Besarnya lepasnya muatan listrik ini sehingga dapat menyebar ke seluruh struktur sel atau membrane yang mengakibatkan kerusakan pada neuron.

b. Epilepsi

Serangan kejang yang berlangsung lama menyebabkan cedera pada daerah medial lobus temporalis sehingga dapat terjadi serangan kejang epilepsi spontan di kemudian hari.

c. Kelainan anatomis di otak

Serangan kejang yang berlangsung lama dapat menyebabkan kelainan otak, yang lebih banyak banyak terjadi pada anak berusia 4-5 tahun.

d. Mengalami kecacatan atau kelainan neurologis karena disertai demam.

e. Kemungkinan mengalami kematian

Serangan kejang yang berlangsung lama biasanya akan disertai henti napas. Adanya kejang dan disertai pertolongan yang tidak tepat dapat berisiko terjadinya aspirasi. Aspirasi pada jalan napas dapat menyebabkan kegawatan pernapasan dengan berujung kematian (Wulandari, 2016 dalam Indriyani, 2017).

2.1.6 Manifestasi Klinik

Menurut Cahyaningsih, S. D. (2025) manifestasi klinik yang muncul pada penderita kejang demam:

- 1) Suhu tubuh anak (suhu rektal) lebih dari 38°C.
- 2) Timbulnya kejang yang bersifat tonik-klonik, tonik, klonik, fokal atau akinetik. Beberapa detik setelah kejang berhenti anak tidak memberikan reaksi apapun tetapi beberapa saat kemudian anak akan tersadar kembali tanpa ada kelainan persarafan.
- 3) Saat kejang anak tidak berespon terhadap rangsangan seperti panggilan, cahaya (penurunan kesadaran).
- 4) Kejang berlangsung tidak lebih dari 15 menit.
- 5) Kejang bersifat umum (tidak pada satu bagian tubuh seperti pada otot rahang saja).
- 6) Kejang timbul 16 jam pertama setelah timbulnya demam

Manifestasi klinis lain yang sering dijumpai pada balita kejang demam adalah mata mendelik atau terkadang berkedip-kedip, kekakuan pada ekstremitas atas dan bawah, terkadang diikuti kelojotan, dan saat

kejang anak tidak sadar menunjukkan ketidakresponsifan terhadap rangsangan atau perintah verbal (Soebadi, 2015).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk mencari penyebab kejang demam atau menyingkirkan infeksi susunan saraf pusat (SSP). Pemeriksaan penunjang meliputi pemeriksaan laboratorium, fungsi lumbal, *elektroen sefalografi (EEG)*, dan pencitraan (Anggraini, 2022).

1. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium tidak dilakukan secara rutin untuk kejang demam, namun digunakan untuk mengidentifikasi etiologi infeksi penyebab demam. Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan yaitu pemeriksaan darah perifer (kadar hemoglobin, hematocrit, leukosit, dan trombosit), elektrolit, dan glukosa darah.

2. Fungsi lumbal

Pemeriksaan cairan serebrospinal dilakukan untuk mengkonfirmasi atau menyingkirkan kemungkinan meningitis. Terdapat tanda dan gejala rangsang meningeal, terdapat kecurigaan adanya infeksi SSP (susunan saraf pusat), dipertimbangkan pada anak dengan kejang disertai demam yang sebelumnya telah mendapat pemberian antibiotik dapat mengaburkan tanda dan gejala meningitis.

3. Pemeriksaan Rekaman *Elektroen Sefalografi* EEG

Pemeriksaan EEG dilakukan dalam kasus kejang demam yang tidak khas, seperti kejang demam kompleks yang sering berulang atau kejang demam fokal untuk memastikan adanya fokus kejang di otak.

4. Pencitraan

Pemeriksaan neuroimaging (CT scan atau MRI kepala) dilakukan bila terdapat indikasi, seperti kelainan neurologis fokal yang menetap, misalnya hemiparesis atau paresis nervus kranialis.

2.1.8 Penatalaksanaan

Prinsip penanganan kejang demam, antara lain:

1. Menghentikan kejang secepat mungkin dengan pemberian obat diazepam secara intravena atau dapat diberikan diazepam rektal, dan diberikan antikonvulsan secara intravena jika klien masih kejang.
2. Memastikan jalan nafas tetap terbuka untuk menjamin kebutuhan oksigen dan berikan oksigen jika diperlukan.
 - a) Buka seluruh pakaian klien
 - b) Posisikan kepala miring untuk mencegah aspirasi ludah atau isi lambung dari mulut.
 - c) Penghisapan lendir dengan suction atau dengan cara manual finger sweep bila diperlukan.
3. Observasi tanda-tanda vital.
4. Observasi tingkat kesadaran.

5. Kompres hangat untuk menurunkan suhu tubuh yang tinggi dan pemberian obat antipiretik untuk mencegah terjadinya kejang berulang (Ismet, 2017).

2.2 Konsep Anak

2.2.1 Definisi Anak

Anak adalah individu yang berumur antara 0 sampai 18 tahun yang sedang dalam masa tumbuh kembang. Anak mengalami fase pertumbuhan dan perkembangan yang dimulai sejak bayi, sekolah, remaja sampai dewasa. Masa pertumbuhan dan perkembangan dimulai dari bayi (0-1 tahun), usia bermain/toddler (1-2.5 tahun), pra sekolah (2.5 tahun), usia sekolah (5- 11 tahun), remaja (11-18 tahun). Pada anak terdapat rentang perubahan pertumbuhan dan perkembangan yaitu rentang cepat dan lambat. Dalam proses berkembang anak memiliki ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola coping dan perilaku sosial (Mahihody, 2024).

Sedangkan, balita merupakan anak yang telah menginjak usia satu tahun atau lebih populer dengan sebutan usia anak dibawah lima tahun. Pada periode ini sering dijuluki sebagai *golden age* atau masa keemasan, karena pada rentang waktu inilah proses optimalisasi fungsi dan pertumbuhan otak berlangsung (Aisyah, 2025).

2.2.2 Prinsip Keperawatan Anak

Menurut (Lufianti, 2022) prinsip keperawatan anak, diantaranya yaitu :

1. Anak bukan miniatur orang dewasa tetapi sebagai individu yang unik, artinya tidak boleh memandang anak dari segi fisik saja melainkan sebagai individu unik yang mempunyai pola pertumbuhan dan perkembangan menuju proses kematangan.
2. Anak sebagai individu unik dan mempunyai berbagai kebutuhan berbeda satu dengan yang lain sesuai dengan tahap perkembangannya. 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.
4. Keperawatan anak merupakan disiplin ilmu kesehatan yang berfokus pada kesejahteraan anak sehingga perawat bertanggung jawab secara komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan anak dengan mengutamakan kepentingan anak dan 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. Upaya kematangan anak adalah dengan selalu memperhatikan lingkungan yang baik secara internal maupun eksternal.
7. Pada masa mendatang kecenderungan keperawatan anak berfokus pada ilmu tumbuh kembang yang akan mempelajari aspek kehidupan anak.

2.2.3 Paradigma Keperawatan Anak

Komponen paradigma keperawatan anak terdiri dari manusia (anak), sehat-sakit, keperawatan dan lingkungan. Keempat komponen ini saling berhubungan dan mempengaruhi (Hinonaung, 2023).

1) Manusia (Anak)

Anak diartikan sebagai seseorang yang usianya kurang dari 18 tahun yang sedang dalam masa tumbuh kembang. Proses fisiologis pada anak cenderung masih dalam tahap dewasa dan cara berpikir dengan merespons secara berbeda terhadap pengalaman masa lalu. Pada anak, respon emosional terhadap penyakit bervariasi tergantung pada usia dan tingkat pencapaian

tugas perkembangan. Setiap anak berhak mendapatkan pelayanan secara individual serta masih bergantung dengan orang lain dan lingkungannya.

2) Sehat Sakit

Rentang sehat sakit ialah batasan yang dapat membantu pelayanan keperawatan pada anak dengan status kesehatan yang meliputi sejahtera, sehat optimal, sehat, sakit, sakit kronis, dan meninggal. Rentang ini merupakan 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 tidak hanya dapat diartikan bebas dari penyakit dan kelemahan, tetapi suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental, maupun sosialnya.

3) Lingkungan

Dalam paradigma keperawatan anak lingkungan yang dimaksud ialah lingkungan eksternal dan internal yang berperan dalam perubahan status kesehatan anak. Lingkungan eksternal diantaranya seperti gizi buruk, peran orang tua, saudara, teman sebaya, disiplin yang diterapkan orang tua, agama, budaya, status sosial-ekonomi, iklim, lingkungan fisik/biologis baik rumah maupun sanitasi di sekelilingnya dan masyarakat akan mempengaruhi status kesehatan anak. Sedangkan lingkungan

internal seperti saat anak lahir dengan kelainan bawaan, genetik, jenis kelamin, intelektual, emosi dan adanya predisposisi atau resistensi terhadap penyakit maka di kemudian hari terdapat perubahan status kesehatan mental yang cenderung sakit. Perkembangan anak dipengaruhi rangsangan terutama dari lingkungan eksternal yaitu lingkungan aman, peduli dan kasih sayang.

4) Keperawatan

Keperawatan adalah bentuk pelayanan profesional berupa pemenuhan kebutuhan dasar yang diberikan kepada individu yang sehat maupun sakit yang mengalami gangguan fisik, psikis, dan sosial agar dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal. Keperawatan pada anak berfokus pada kesejahteraan anak sehingga perawat bertanggung jawab secara komprehensif pada upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan bukan hanya mengobati anak yang sakit. Pelayanan keperawatan yang diberikan adalah dengan upaya melibatkan keluarga dalam rangka mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan anak mengingat keluarga merupakan sistem terbuka yang anggotanya dapat dirawat secara efektif dan keluarga sangat berperan dalam menentukan keberhasilan asuhan keperawatan.

2.2.4 Tumbuh Kembang Anak

Pertumbuhan adalah perubahan secara fisiologis yang dapat diukur, diamati dan dipelajari sebagai hasil dari proses pematangan fungsi-fungsi fisik yang berlangsung normal pada anak. Pertumbuhan berkaitan dengan adanya perubahan kuantitatif yang menyangkut peningkatan ukuran dan struktur biologis yang dimana terjadi peningkatan jumlah dan ukuran sel yang menghasilkan ukuran (cm, meter), berat (gram, *pound*, kilogram), peningkatan kosa kata, dan keterampilan fisik (Wawi, 2013).

Perkembangan merupakan perubahan yang berlangsung secara bertahap dari suatu kemajuan yang sederhana menjadi lebih sulit/kompleksitas. Perkembangan menunjuk pada perubahan dalam bentuk dan peningkatan progresif dalam fungsi tubuh, misalnya peningkatan kemampuan bayi mencerna padatan (Wawi, 2013).

2.2.5 Tahapan Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Menurut Lufianti (2022) ada beberapa tahapan pertumbuhan dan perkembangan pada masa anak, yakni :

1. Masa Prenatal: Konsepsi hingga Kelahiran

Geminal: Konsepsi hingga sekitar 2 minggu

Embrio: usia 2 hingga 8 minggu

Janin: 8 hingga 40 minggu (lahir)

Periode paling penting dalam proses perkembangan karena tingkat pertumbuhannya yang cepat dan ketergantungan total.

Perawatan prenatal yang baik dapat meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan bayi.

2. Masa Bayi: Usia Lahir hingga 12 Bulan

Neonatal: Lahir hingga 27 atau 28 hari

Bayi: 1 hingga sekitar 12 bulan

Masa ini merupakan masa perkembangan motorik, kognitif, dan sosial yang pesat. Bulan pertama kehidupan seorang bayi merupakan periode kehidupan kritis, karena bayi dan orang tua berada pada tahap adaptasi/penyesuaian. Bayi beradaptasi dengan kehidupan di luar rahim dan orang tua beradaptasi secara psikologis terhadap perubahan yang terjadi.

3. Anak Usia Dini: 1 hingga 6 Tahun

Toddler: 1 hingga 3 tahun

Prasekolah: 3 hingga 6 tahun

Pada periode ini perkembangan motorik anak terus berlanjut sampai dengan capaian kemampuan berbahasa semakin meningkat, dan hubungan sosial lebih luas. Selain itu, anak mampu mempelajari standar peran, mengembangkan tingkat kemandirian, dan mulai mengembangkan konsep diri.

4. Periode kanak-kanak pertengahan: usia 6 hingga 11 atau 12

Periode yang disebut sebagai usia sekolah. Periode dimana anak-anak mulai jauh dari keluarga dan berpusat pada hubungan teman

sebaya. Ini merupakan periode kritis dalam pengembangan konsep diri.

5. Periode kanak-kanak akhir: Usia 11 hingga 19 Tahun

Prapubertas: 10 hingga 13 tahun

Remaja: 13 hingga sekitar 18 tahun

Usia remaja merupakan periode usia yang bergejolak dan mengalami perubahan yang cepat.

2.2.6 Faktor Yang Mempengaruhi Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Menurut Sujono (2009) beberapa faktor yang dapat berpengaruh terhadap proses pertumbuhan dan perkembangan anak adalah :

1. Faktor Herediter (keturunan)

Faktor yang tidak dapat diubah atau dimodifikasi, berfungsi sebagai modal dasar yang diperlukan untuk memastikan hasil akhir dalam perkembangan proses tumbuh anak. Instruksi genetik yang dikodekan dalam sel telur yang dibuahi sangat penting dalam menentukan kualitas dan kuantitas pertumbuhan. Komponen genetik ini mencakup jenis kelamin serta etnis atau ras individu.

2. Faktor Lingkungan

a. Lingkungan Internal

Mencakup pengaruh hormonal dan keadaan emosional. Khususnya, tiga hormon spesifik memberikan dampak besar

pada pertumbuhan anak (*somatotropin*), yang mengatur proliferasi sel tulang dan merangsang pertumbuhan sel otak. Pembentukan hubungan pengasuhan dengan orang penting, seperti ayah, ibu, saudara kandung, dan pendidik, sangat mempengaruhi perkembangan emosional, sosial, dan intelektual anak. Cara anak berinteraksi dengan orang tua akan mempengaruhi interaksi anak di luar lingkungan rumah.

b. Lingkungan Eksternal

Lingkungan eksternal terdiri dari banyak faktor, termasuk pengaruh budaya, status sosial ekonomi keluarga, status nutrisi mengingat bahwa orang tua dengan sumber daya keuangan terbatas mungkin berjuang untuk menyediakan nutrisi tambahan yang cukup untuk bayi mereka, berpotensi menyebabkan asupan nutrisi yang tidak memadai, yang dapat mengurangi kekebalan anak dan akhirnya mengakibatkan penyakit, olahraga secara teratur, dan posisi anak dalam keluarga

3. Faktor Pelayanan Kesehatan

Kehadiran layanan kesehatan yang memadai di lingkungan sekitar, sangat penting untuk anak dilakukan pemantauan kemajuan perkembangan. Aksesibilitas ini memungkinkan intervensi tepat waktu dalam kasus keterlambatan perkembangan

atau masalah lain, memastikan bahwa anak menerima perawatan medis yang tepat dan tindakan pencegahan seperlunya.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Kejang Demam

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap pertama dari seluruh proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan data informasi mengenai kondisi pasien agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah, dan kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. Pengkajian yang sistematis dalam keperawatan dibagi dalam 3 tahap kegiatan, mulai dari pengumpulan data, analisis data dan penentuan masalah (Sinulingga, 2019).

Menurut Cahyaningsih, S. D. (2025) pengkajian pada anak dengan kejang demam meliputi:

1. Pengumpulan Data

a. Biodata Pasien

Biodata pasien meliputi nama, umur (pada kejang demam tersering menyerang anak usia 6 bulan – 4 tahun), jenis kelamin, alamat, agama, suku atau bangsa, tanggal MRS, tanggal pengkajian, diagnose medis, dan nomer registrasi. Orang tua meliputi nama ayah, nama ibu, usia ibu, agama ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, alamat ibu.

b. Keluhan Utama

Pada pasien kejang demam biasanya didapatkan hasil suhu tubuh meningkat $>38^{\circ}\text{C}$, pasien tampak lemah, biasanya terjadi penurunan kesadaran apabila kejang berulang, gerakan kejang pada tubuh, baik berupa kejang seluruh tubuh (tonik-klonik) maupun kejang yang melibatkan bagian tubuh tertentu.

c. Riwayat Penyakit

1) Riwayat Penyakit Sekarang

Pada kasus kejang demam ditemukan keluhan utama anak mengalami kenaikan suhu tubuh yang tinggi, kejang disertai dengan sesak nafas yang terjadi secara tiba-tiba atau mendadak.

2) Durasi Kejang

Durasi kejang pada kejang demam sederhana ditandai dengan durasinya lebih singkat tidak lebih dari 15 menit, sedangkan kejang demam kompleks durasinya lebih lama yaitu lebih dari 15 menit.

3) Pola Serangan

Anak dapat mengalami kejang dalam berbagai bentuk yaitu kontraksi otot yang kaku (tonik), sentakan atau kedutan (klonik), kombinasi keduanya (tonik-klonik), terbatas pada satu sisi tubuh (fokal), atau hilangnya tonus otot (akinetik). Begitu kejang berhenti, anak akan terdiam dan tidak

merespons selama beberapa detik, tetapi setelah itu akan sadar kembali seperti biasa tanpa adanya gangguan pada sistem saraf.

4) Frekuensi Terjadinya Kejang

Kejadian kejang pada anak terjadi dalam frekuensi rendah, yakni dalam waktu 1 tahun tidak lebih dari 4 kali.

5) Riwayat Penyakit Penyerta

Pemicu kejang demam biasanya berasal dari infeksi yang terjadi di luar jaringan otak, di antaranya adalah radang amandel (tonsilitis), infeksi telinga tengah (otitis media akut), serta peradangan saluran pernapasan (bronkitis).

6) Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya faktor predisposisi pada kejang demam antara lain yaitu riwayat trauma kepala pasca saat lahir, adanya penyakit infeksi, reaksi terhadap imunisasi, radang selaput otak, dan otitis media akut (OMA). Selain itu kejang demam juga bisa muncul akibat hipertermi. (Nuryanti, E.,dkk 2024).

7) Riwayat Kesehatan Keluarga

Kejang demam mempunyai faktor genetic dari keluarga yang menderita kejang demam, penyakit syaraf atau menderita ISPA, diare atau penyakit infeksi menular lainnya sebesar 25%-50%. Faktor genetik tersebut diturunkan secara autosomal dominan sehingga anak dengan riwayat keluarga

kejang lebih berisiko mengalami kejang demam. Secara keturunan, terdapat gen tertentu yang membuat saraf otak anak lebih sensitif, sehingga lebih gampang mengalami kejang saat suhu tubuhnya naik. (Susanti, Y. E & Wahyudi, T, 2020)

8) Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kehamilan dan Persalinan

1. Pada masa pre natal pengaruh konsumsi pada trimester 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 berisiko tinggi penyebab kejang demam pada anak.
2. Pada masa natal, umur kehamilan, persalinan dengan bantuan alat yang dapat mempengaruhi fungsi dan maturitas organ.
3. Pada masa post natal apgar skor <6 berhubungan dengan asfiksia, resusitasi, atau bahkan anak yang lahir belum cukup bulan atau premature memiliki resiko 10x lebih besar untuk menderita bangkitan kejang demam dibandingkan dengan anak yang lahir cukup bulan (Arif, 2017).

b. Riwayat Imunisasi

Beberapa vaksin, seperti DPT atau MMR, dapat menyebabkan demam pasca-imunisasi yang berpotensi memicu kejang demam pada anak yang rentan.

c. Riwayat Perkembangan

1) Personal Sosial (kepribadian/tingkah laku sosial)

a) Kognitif

Perkembangan kognitif pada anak usia (1 sampai 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.

e) 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 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.

d. Pola Kebiasaan dan Fungsi Kesehatan

a) Pola Nutrisi

Umumnya, anak-anak yang sakit akan mengalami berkurangnya nafsu makan yang disebabkan oleh perasaan ingin muntah atau mual itu sendiri.

b) Pola Eliminasi

Di pola ini pada anak kejang demam tidak ada masalah yang signifikan.

a. BAK

Pada penderita kejang demam tidak mengalami kondisi yang signifikan pada saat BAK. (Kyle & Carman, 2020)

b. BAB

Pada penderita kejang demam tidak mengalami inkontinensia. (Kyle & Carman, 2020)

c) Pola Aktivitas dan Latihan

Terjadi kelemahan umum, perubahan tonus otot dan pembatasan aktivitas sehari-harinya.

d) Pola Tidur/Istirahat

Pasca-serangan kejang (fase post-iktal), pasien umumnya menunjukkan penurunan kesadaran berupa somnolen atau kecenderungan untuk tidur.

2. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Biasanya anak rewel dan menangis, kesadaran composmentis dan ada yang mengalami penurunan kesadaran. Pada kejang demam akan didapatkan suhu tinggi sedangkan kesadaran setelah kejang akan kembali normal seperti sebelum kejang tanpa kelainan neurologi. Perhatikan keadaan umum vital: tingkat kesadaran, tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu.

b. Kepala

Biasanya tampak simetris dan tidak ada kelainan yang tampak, pada penderita riwayat kejang demam sebelumnya tidak ada tanda-tanda yang signifikan pada pemeriksaan kepala.

c. Rambut

Pemeriksaan rambut dimulai dari warna, kelembatan, dan 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.

d. 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, trimus, dan gangguan *nervus cranial*.

e. Mata

Pergerakan mata abnormal seperti berputar ke arah belakang, pandangan yang kaku, deviasi bola mata atau tatapan tetap (Hafida, 2025)

f. Telinga

Pada kejang demam tidak ditemukan kelainan pada telinga.

g. Hidung

Pada kejang demam biasanya hidung normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, pernafasan cepat, pada anak yang mengalami kejang demam kompleks bisa terjadi sianosis.

h. Mulut

Biasanya pada penderita kejang akibat meningkatnya suhu tubuh maka mukosa bibir akan kering, reflek menelan dan menghisap mungkin sedikit berkurang, ataupun terjadi vomiting akibat dari peningkatan produksi saliva dan sianosis mukosa mulut (Kyle & Carman, 2020).

i. Tenggorokan

Adakah adanya tanda-tanda peradangan tonsil, dan tanda-tanda infeksi faring.

j. Leher

Umumnya pada penderita dengan kejang demam tidak mengalami gangguan atau masalah yang signifikan pada leher.

k. Thorax(Dada)

a. Paru-paru

- (1) Inspeksi: Terjadi peningkatan jumlah frekuensi respirasi, irama regular, pola pernafasan tidak teratur, adanya retraksi intercostal, kedalaman dan upaya bernafas antara lain: *takipnea*, *dyspnea progresif*, pernafasan dangkal, dada corong (*pectus ekskavatum*) dada burung (*pectus karanatum*), barrel chest
- (2) Palpasi: Terabanya kedalaman pernafasan, vocal fremitus teraba pada semua lapang paru
- (3) Perkusi: Suara sonor
- (4) Auskultasi: Adakah suara nafas tambahan. Suara pernafasan yang meningkat intensitasnya, suara nafas tambahan yang sering muncul ronchi.

b. Jantung

Pada klien dengan kejang demam akan mengalami penurunan dan peningkatan denyut jantung.

- (1) Inspeksi: Ictus cordis terlihat, tidak ada pembesaran pada dada sebelah kiri
- (2) Palpasi: Ictus cordis di ICS V teraba, terdapat nyeri tekan jika keadaan penyakit semakin parah
- (3) Perkusi: Suara jantung pekak

(4) Auskultasi: Takikardi, bunyi jantung 1 dan bunyi jantung 2 terdengar lupdup

l. Pemeriksaan Abdomen

- (1) Inspeksi : bentuk abdomen datar, terdapat lesi atau tidak, terdapat bekas operasi atau tidak
- (2) Palpasi : tidak terdapat kekakuan otot abdomen
- (3) Perkusi : tidak terdapat peningkatan peristaltic usus (normalnya 5-12x/menit)
- (4) Auskultasi : Suara abdomen tympani (kembung).

m. Pemeriksaan Integumen

Kulit tampak pucat atau biru (sianosis) serta peningkatan suhu tubuh di atas normal ($>37,5^{\circ}\text{C}$). (Hafida, 2025)

n. Pemeriksaan Ekstremitas

Biasanya akan didapatkan data pergerakan sendi terbatas, karena terjadi nyeri sendi, kelelahan, kelemahan dan mailase, CRT <2 detik.

o. Pemeriksaan Genetalia dan Anus

Umumnya, tidak ada kelainan yang terdeteksi pada area genitalia. Kaji kelengkapan (laki laki: penis, skrotum, perempuan: labia mayora, labia minora, klitoris), fungsi buang air besar dan fungsi buang air kecil, kaji tanda-tanda infeksi lainnya.

2.3.2 Analisis Data

Analisis data adalah proses pengelompokan, interpretasi, dan pengaitan data subjektif serta objektif dari pengkajian pasien untuk mengidentifikasi masalah keperawatan (diagnosis), menggunakan format PES (Problem, Etiologi, Symptoms).

Analisis data juga merupakan kemampuan berpikir kritis dari perawat dan alur yang dibarengi dengan pengetahuan dan pengalaman yang rasional yang kemudian dikaitkan berdasarkan konsep dan teori (Sinulingga, 2019).

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau proses kehidupan. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan masalah asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal (PPNI, 2017). Diagnosa keperawatan yang dapat dibuat untuk kejang demam antara lain:

- a) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas dan gangguan neurologis
- b) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit
- c) Ansietas berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi dan ketidaktahuan prognosis/pengobatan dan perawatan
- d) Resiko cedera berhubungan dengan kejang

- e) Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan oksigen darah

Berdasarkan penelitian sebelum-sebelumnya, diagnosa yang muncul pada anak balita dengan kejang demam yaitu:

1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit
2. Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
3. Risiko Cedera berhubungan dengan kejang
4. Nausea berhubungan dengan iritasi lambung
5. Diare berhubungan dengan proses infeksi
6. Resiko jatuh berhubungan dengan anak <2 tahun

2.3.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan atau perencanaan keperawatan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengatasi atau menanggulangi suatu masalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan dan dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (PPNI, 2018).

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan Berdasarkan PPNI 2018

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Pola Nafas Tidak Efektif (D. 0005)	Pola Napas (L.01004)	Manajemen Jalan Napas (I.01011)

	Definisi: Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Penyebab: 1. Depresi pusat pernapasan 2. Hambatan upaya napas (mis. nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan) 3. Deformitas dinding dada 4. Deformitas tulang dada 5. Gangguan neuromuskular 6. Gangguan neurologis (mis. elektroensefalogram [EEG] positif, cedera kepala, gangguan kejang) 7. Imaturitas neurologis 8. Penurunan energi 9. Obesitas 10. Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru 11. Sindrom hipoventilasi 12. Kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf C5 ke atas) 13. Cedera pada medula spinalis 14. Efek agen farmakologis 15. Kecemasan Gejala dan Tanda Mayor: 1) Subjektif : a. Dispnea 2) Objektif : a. Penggunaan otot bantu napas b. Fase ekspirasi memanjang c. Pola napas abnormal (mis. takipnea, bradypnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes) Gejala dan Tanda Minor: 1) Subjektif : a. Ortopnea 2) Objektif : a. Pernapasan pursed-lip b. Pernapasan cuping hidung c. Diameter thoraks anterior-posterior meningkat	Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan gangguan pola napas teratasi dengan kriteria hasil : 1. Dispnea menurun (5) 2. Penggunaan otot bantu napas menurun (5) 3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun (5) 4. Frekuensi napas membaik (5) 5. Kedalaman napas membaik (5)	Observasi : 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik : 1) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan <i>head-tilt</i> dan <i>chin-lift</i> (<i>jaw-thrust</i> jika curiga trauma servikal) 2) Posisikan semi-fowler atau fowler 3) Berikan minum hangat 4) Lakukan fisioterapi dada, <i>jika perlu</i> 5) Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik 6) Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 7) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forseps McGill 8) Berikan oksigen, <i>jika perlu</i> Edukasi : 1) Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, <i>jika tidak kontraindikasi</i> 2) Ajarkan teknik batuk efektif
--	--	--	---

	d. Ventilasi semenit menurun e. Kapasitas vital menurun f. Tekanan ekspirasi menurun g. Tekanan inspirasi menurun Ekskursi dada berubah		Kolaborasi: 1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i>
2.	Hipertermia (D.0130) Definisi: Suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh. Penyebab: 1. Dehidrasi 2. Terpapar lingkungan panas 3. Proses penyakit (mis. infeksi, kanker) 4. Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan 5. Peningkatan laju metabolisme 6. Respon trauma 7. Aktivitas berlebihan 8. Penggunaan inkubator Gejala dan tanda Mayor: 1) Subjektif : - 2) Objektif : suhu tubuh diatas normal Gejala dan tanda Minor: 1) Subjektif : - 2) Objektif : a. Kulit merah b. Kejang c. Takikardi d. Takipnea e. Kulit terasa hangat	Termoregulasi (L.14134) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan suhu tubuh kembali normal dengan kriteria hasil: 1. Suhu tubuh dalam batas normal (36,5-37,5°C) (5) 2. Suhu kulit dalam batas normal (5) 3. Menggigil menurun (5) 4. Kejang menurun (5)	Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi : 1) Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2) Monitor suhu tubuh 3) Monitor kadar elektrolit 4) Monitor haluaran urine 5) Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik : 1) Sediakan lingkungan yang dingin 2) Longgarkan atau lepaskan pakaian 3) Basahi dan kipasi permukaan tubuh 4) Berikan cairan oral 5) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat lebih) 6) Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)

			7) Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 8) Berikan oksigen, <i>jika perlu</i> Edukasi : 1) Anjurkan tirah baring Kolaborasi : 1) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, <i>jika perlu</i>
3.	Ansietas (D. 0080) Definisi: Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. Penyebab: 1. Krisis situasional 2. Kebutuhan tidak terpenuhi 3. Krisis maturasional 4. Ancaman terhadap konsep diri 5. Ancaman terhadap kematian 6. Kekhawatiran mengalami kegagalan 7. Disfungsi sistem keluarga 8. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan 9. Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir) 10. Penyalahgunaan zat 11. Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain) 12. Kurang terpapar informasi Gejala dan Tanda Mayor: 1) Subjektif : a. Merasa bingung b. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi c. Sulit berkonsentrasi	Tingkat Ansietas (L.09093) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan gangguan ansietas menurun dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kebingungan menurun (5) 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (5) 3. Perilaku gelisah menurun (5) 4. Perilaku tegang menurun (5) 5. Pola tidur membaik (5)	Reduksi Ansietas (I.09314) Observasi : 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor) 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik : 1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, <i>jika memungkinkan</i> 3) Pahami situasi yang membuat ansietas 4) Dengarkan dengan penuh perhatian 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6) Tempatkan barang pribadi

	2) Objektif : - Tampak gelisah - Tampak tegang - Sulit tidur Gejala dan Tanda Minor: 1) Subjektif : - Mengeluh pusing - Anoreksia - Palpitasi - Merasa tidak berdaya 2) Objektif : - Frekuensi napas meningkat - Frekuensi nadi meningkat - Tekanan darah meningkat - Diaforesis - Tremor - Muka tampak pucat - Suara bergetar - Kontak mata buruk - Sering berkemih - Berorientasi pada masa lalu		yang memberikan kenyamanan 7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi : - Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami - Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis - Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, <i>jika perlu</i> - Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, <i>sesuai kebutuhan</i> - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi - Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan - Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat - Latih teknik relaksasi Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian obat antiansietas, <i>jika perlu</i>
--	---	--	---

4.	Resiko cedera (D. 0136) Definisi: Berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik. Faktor Resiko: 1) Eksternal a. Terpapar patogen b. Terpapar zat kimia toksik c. Terpapar agen nosocomial d. Ketidakamanan transportasi 2) Internal a. Ketidaknormalan profil darah b. Perubahan orientasi afektif c. Perubahan sensasi d. Disfungsi autoimun e. Disfungsi biokimia f. Hipoksia jaringan g. Kegagalan mekanisme pertahanan tubuh h. Malnutrisi i. Perubahan fungsi psikomotor j. Perubahan fungsi kognitif	Kontrol Kejang (L.06050) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan diharapkan tidak terjadi kejang berulang dengan kriteria hasil : a. Kemampuan mengidentifikasi faktor risiko/pemicu kejang meningkat (5) b. Kemampuan mencegah faktor risiko/pemicu kejang meningkat (5) c. Pola tidur meningkat (5) d. Melaporkan frekuensi kejang menurun (5)	Manajemen Kejang (I.06193) Observasi : 1) Monitor terjadinya kejang berulang 2) Monitor karakteristik kejang (mis. aktivitas motoric, dan progresi kejang) 3) Monitor status neurologis 4) Monitor tanda-tanda vital Terapeutik : 5) Baringkan pasien agar tidak terjatuh 6) Berikan alas empuk di bawah kepala, jika memungkinkan 7) Pertahankan kepatenan jalan napas 8) Longgarkan pakaian, terutama di bagian leher 9) Dampingi selama periode kejang 10) Jauhkan benda-benda berbahaya terutama benda tajam 11) Catat durasi kejang 12) Reorientasikan setelah periode kejang 13) Dokumentasikan periode terjadinya kejang 14) Pasang akses IV, jika perlu 15) Berikan oksigen, jika perlu Edukasi : 16) Anjurkan keluarga menghindari
----	---	--	--

			memasukkan apapun ke dalam mulut pasien saat periode kejang 17) Anjurkan keluarga tidak menggunakan kekerasan untuk menahan gerakan pasien Kolaborasi : 18) Kolaborasi pemberian antikonvulsan, jika perlu
5.	Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D. 0017) Definisi: Beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak. Faktor Resiko: 1. Keabnormalan masa protombin dan/atau masa tromboplastin parsial 2. Penurunan kinerja ventrikel kiri 3. Aterosklerosis aorta 4. Diseksi arteri 5. Fibrilasi atrium 6. Tumor otak 7. Stenosis karotis 8. Miksoma atrium 9. Aneurisma serebri 10. Koagulopati (mis. anemia sel sabit) 11. Dilatasi kardiomiopati 12. Koagulasi intravaskuler diseminata 13. Embolisme 14. Cedera kepala 15. Hiperkolesteronemia 16. Hipertensi 17. Endokarditis infeksi 18. Katup prostetik mekanis 19. Stenosis mitral 20. Neoplasma otak 21. Infark miokard akut 22. Sindrom sick sinus 23. Penyalahgunaan zat 24. Terapi tombolitik	Perfusi Serebral (L.02014) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan resiko gangguan perfusi serebral tidak terjadi dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat (5) 2. Sakit kepala menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. Tekanan intrakranial membaik (5) Demam menurun (5)	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) Observasi : 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3) Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) 4) Monitor CVP (<i>Central Venous Pressure</i>), jika perlu 5) Monitor PAWP, jika perlu 6) Monitor PAP, jika perlu 7) Monitor ICP (<i>Intra Cranial</i>)

	Efek samping tindakan (mis. tindakan operasi bypass)		<i>Pressure</i>), <i>jika tersedia</i> 8) Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) 9) Monitor gelombang ICP 10) Monitor status pernapasan 11) Monitor intake dan output cairan 12) Monitor cairan serebro-spinalis (mis. warna, konsistensi) Terapeutik : 1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2) Berikan posisi semi fowler 3) Hindari manuver Valsava 4) Cegah terjadinya kejang 5) Hindari penggunaan PEEP 6) Hindari pemberian cairan IV hipotonik 7) Atur ventilator agar PaCO₂ optimal 8) Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi : 1) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, <i>jika perlu</i> 2) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, <i>jika perlu</i> Kolaborasi pemberian pelunak tinja, <i>jika perlu</i>
--	--	--	--

2.3.5

Implementasi Keperawatan

Implementasi Keperawatan merupakan langkah keempat dalam proses keperawatan dimana perawat mengaplikasikan rencana perawatan atau intervensi yang bertujuan membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditentukan (Budiono, 2015). Tahapan implementasi terdiri dari tindakan mandiri dan kolaboratif yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Untuk mempercepat perbaikan kondisi pasien, sangat penting untuk berkolaborasi dengan keluarga pasien selama proses implementasi untuk memastikan realisasi tujuan yang ditetapkan dan kriteria hasil yang sudah dibuat dalam intervensi (Nursalam, 2016). Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Sebelum melakukan suatu tindakan, perawat harus mengetahui alasan mengapa tindakan tersebut dilakukan. Perawat harus yakin bahwa tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan tindakan yang sudah direncanakan, dilakukan dengan cara yang tepat, aman, serta sesuai dengan kondisi klien, selalu dievaluasi apakah sudah efektif dan selalu didokumentasikan menurut urutan waktu (Doenges, 2006 dalam Debora, 2012).

2.3.6 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 masalah yang terjadi sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian, atau bahkan belum teratasi semuanya. Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan yaitu suatu proses yang digunakan untuk mengukur dan memonitor kondisi klien untuk mengetahui kesesuaian tindakan keperawatan, perbaikan tindakan keperawatan, kebutuhan klien saat ini, perlunya dirujuk pada tempat kesehatan lain, apakah perlu menyusun ulang prioritas diagnosis supaya kebutuhan klien bisa terpenuhi. Selain digunakan untuk mengevaluasi tindakan keperawatan yang sudah dilakukan, evaluasi juga digunakan untuk memeriksa semua proses keperawatan (Debora, 2012).