

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Tinjauan Teori Kejang Demam**

##### **2.1.1 Pengertian**

Kejang Demam atau *febrile convulsion* ialah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38°C) yang disebabkan oleh ekstrakranium. Kejang demam merupakan kelainan neurologis yang paling sering dijumpai pada anak, terutama pada golongan anak umur 6 bulan sampai 4 tahun. Hampir 3% dari anak yang berumur dibawah 5 tahun pernah menderita kejang demam. Pada percobaan binatang, suhu yang tinggi dapat menyebabkan terjadinya bangkitan kejang. (Ngastiyah, 2005).

Kejang demam dapat dibedakan menjadi kejang demam sederhana (simplek) dan kejang demam kompleks. Kejang demam sederhana yaitu kejang yang terjadi menyeluruh, seluruh anggota badan ikut terlibat, baik kaku (tonik), maupun menyentak/ berkelonjotan (klonik), berlangsung kurang dari 10 menit dan tidak berulang dalam 24 jam. Kejang demam kompleks adalah kejang pada salah satu lengan/ tungkai saja (fokal), yang berlangsung 10 menit/ lebih dan berulang dalam 1 hari atau selama demam berlangsung. (Guntoro, 2012).

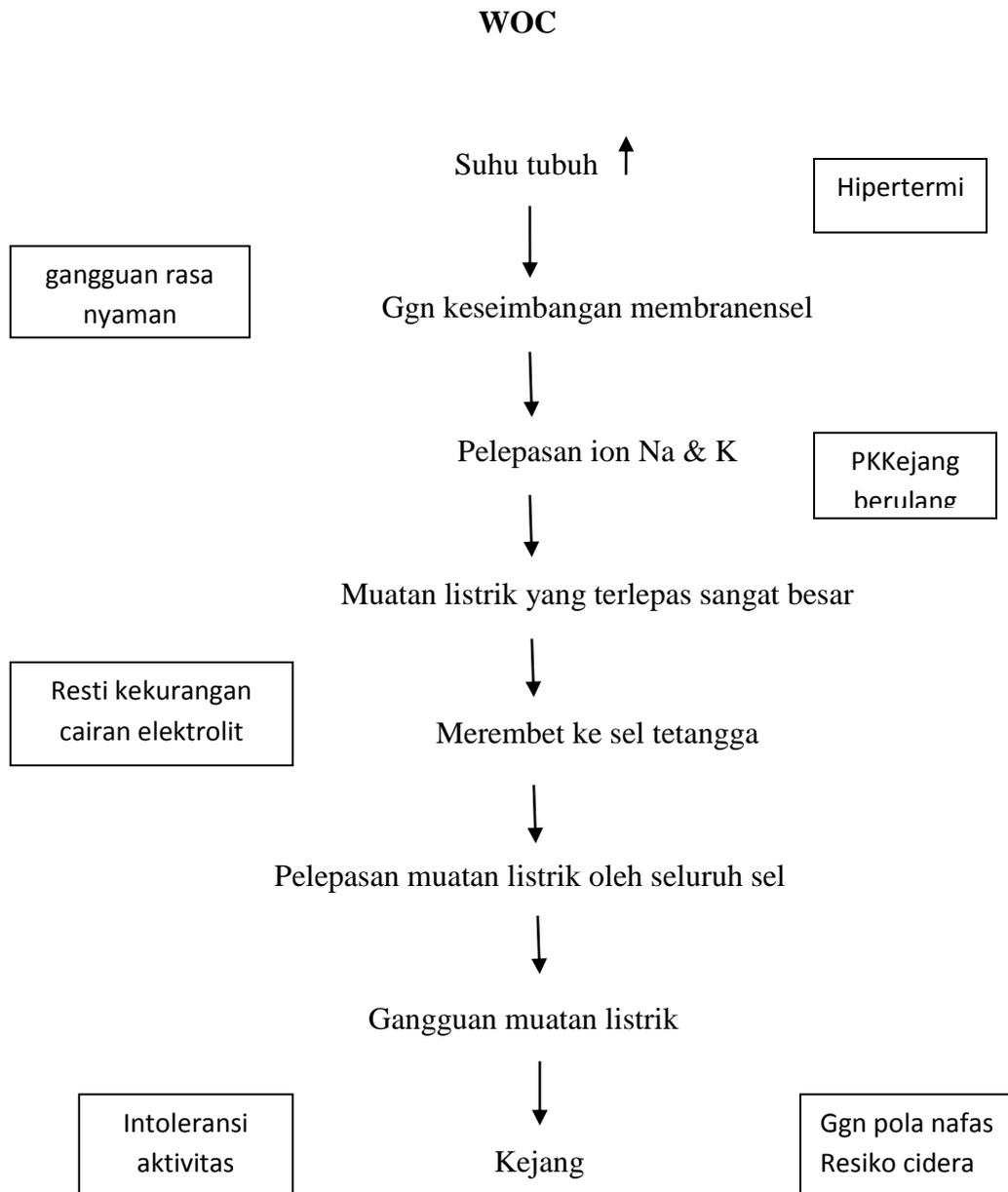
##### **2.1.2 Faktor Penyebab**

Terjadinya bangkitan kejang pada bayi dan anak kebanyakan bersamaan dengan kenaikan suhu badan yang tinggi dan cepat, yang disebabkan oleh infeksi di luar susunan saraf pusat, misalnya tonsilitis, otitis media akut, bronkitis, furunkulosis, dan lain-lain. Serangan kejang biasanya terjadi dalam 24 jam pertama sewaktu demam, berlangsung singkat dengan sifat bangkitan dapat berbentuk tonik-klonik, klonik, fokal, atau akinetik. Umumnya kejang berhenti sendiri. Begitu kejang berhenti anak tidak memberi reaksi apapun untuk sejenak tetapi setelah beberapa detik atau menit anak akan terbangun dan sadar kembali tanpa adanya kelainan saraf. (Ngastiyah, 2005).

### 2.1.3 Patofisiologi

Untuk mempertahankan kelangsungan hidup sel atau organ otak diperlukan energi yang didapat dari metabolisme. Bahan baku untuk metabolisme otak yang terpenting adalah glukosa. Sifat proses itu adalah oksidasi dengan perantara fungsi paru-paru dan diteruskan ke otak melalui fungsi kardiovaskular. Dari uraian tersebut dapat diketahui bahwa sumber energi otak adalah glukosa yang melalui proses oksidasi dipecah menjadi  $\text{CO}_2$  dan air. Sel dikelilingi oleh membran yang terdiri dari permukaan dalam yaitu lipoid dan permukaan luar yaitu ionik. Dalam keadaan normal membran sel neuron dapat dilalui dengan mudah oleh ion kalium ( $\text{K}^+$ ) dan sangat sulit dilalui oleh ion natrium ( $\text{Na}^+$ ) dan elektrolit lainnya, kecuali ion klorida ( $\text{Cl}^-$ ). Akibatnya konsentrasi  $\text{K}^+$  dalam sel neuron tinggi dan konsentrasi  $\text{Na}^+$  rendah, sedang di luar sel neuron terdapat keadaan sebaliknya. Karena perbedaan jenis dan konsentrasi ion di dalam dan di luar sel, maka terdapat perbedaan potensial membran yang disebut potensial membran dari neuron. Untuk menjaga keseimbangan potensial membran ini diperlukan energi dan bantuan enzim Na-K ATP-ase yang terdapat pada permukaan sel.

Prognosis Kejang demam dengan penanggulangan yang tepat dan cepat prognosinya baik dan tidak perlu menyebabkan kematian (Nursalam, 2005).



**Gambar 3 Gambar WOC Kejang demam**

#### **2.1.4 Tanda dan Gejala**

Serangan kejang biasanya terjadi 24 jam pertama sewaktu demam, berlangsung singkat dengan sifat bangkitan kejang dapat berbentuk tonik-klonik, tonik, klonik, fokal atau akinetik. Umumnya kejang berhenti sendiri. Begitu kejang berhenti anak tidak memberi reaksi apapun sejenak tapi setelah beberapa detik atau menit anak akan sadar tanpa ada kelainan saraf.

### **2.1.5 Klasifikasi**

1. Kejang demam simplek : Lama kejang < 15 menit, kejang bersifat umum tonik dan atau klonik, umumnya akan berhenti sendiri, kejang tidak berulang dalam 24 jam.

2. Kejang demam komplek : kejang bersifat focal atau parsial satu sisi atau kejang umum didahului kejang parsial, lama kejang > 15 menit, kejang multiple atau berulang (> 1 x kejang dalam 24 jam).

### **2.1.6 komplikasi**

1. Kejang berulang
2. Epilepsi
3. Hemiparese
4. Gangguan mental dan belajar

### **2.1.7 Penatalaksanaan**

Dalam penanggulangan kejang demam ada 4 faktor yang perlu dikerjakan, yaitu memberantas kejang secepat mungkin, pengobatan penunjang, memberikan pengobatan rumat, dan mencari dan mengobati penyebab.

1). Bila pasien datang dalam keadaan status konvulsivus, obat pilihan utama adalah diazepam yang diberikan secara intravena dosis rata-rata 0,3 mg/kg Atau diazepam rectal dosis  $\leq 10$  kg : 5 mg bila kejang tidak berhenti  $\geq 10$  kg : 10 mg tunggu 15 menit dapat diulang dengan cara yang sama, kejang berhenti berikan dosis awal.

2). Semua pakaian ketat dibuka, posisi kepala sebaiknya miring untuk mencegah aspirasi isi lambung, usahakan agar jalan nafas bebas untuk menjamin kebutuhan oksigen, bila perlu dilakukan intubasi atau trakeostomi, dan pengisapan lendir harus dilakukan secara teratur dan diberikan oksigen.

3). Diberikan obat antiepileptik misalnya fenobarbital dengan dosis neonatus : 30 mg I.M 1 bulan – 1 tahun : 50 mg I.M > 1 tahun : 75 mg I.M dan dalam dosis rumat 8-10 mg/kg

BB dibagi 2 dosis pada hari pertama, kedua diteruskan 4-5 mg/kg BB dibagi 2 dosis pada hari berikutnya.

4). Untuk mencegah terulangnya kejang dikemudian hari, pasien yang menderita kejang demam sederhana diberikan obat campuran antikonvulsan dan antipiretika. (Ngastiyah, 2005).

### **2.1.8 Pemeriksaan Penunjang**

Untuk menegakkan diagnosa penyakit kejang demam perlu dilakukan pemeriksaan yaitu pemeriksaan laboratorium:

1. Darah Glukosa Darah : Hipoglikemia merupakan predisposisi kejang ( $N < 200$  mg/dl)
2. BUN : Peningkatan BUN mempunyai potensi kejang dan merupakan indikasi nepro toksik akibat dari pemberian obat.
3. Elektrolit : K, Na Ketidakseimbangan elektrolit merupakan predisposisi kejang Kalium (  $N$  3,80 – 5,00 meq/dl )
4. Natrium (  $N$  135 – 144 meq/dl )
5. Cairan Cerebro Spinal : Mendeteksi tekanan abnormal dari CCS tanda infeksi, pendarahan penyebab kejang.
6. Skull Ray : Untuk mengidentifikasi adanya proses desak ruang dan adanya lesi
7. Transiluminasi : Suatu cara yang dikerjakan pada bayi dengan UUB masih terbuka (di bawah 2 tahun) di kamar gelap dengan lampu khusus untuk transiluminasi kepala.
8. EEG : Teknik untuk menekan aktivitas listrik otak melalui tengkorak yang utuh untuk mengetahui fokus aktivitas kejang, hasil biasanya normal.
9. CT Scan : Untuk mengidentifikasi lesi cerebral infaik hematoma, cerebral oedem, trauma, abses, tumor dengan atau tanpa kontras. ( Ngastiyah,2005).

### **2.1.9 Teori perkembangan menurut Sigmund Freud**

a. Fase Oral : 0 – 1 tahun

- 1). Keuntungan : Kepuasan/kebahagian terletak pada mulut, mengisap, menelan, memainkan bibir, makan kenyang dan tidur.
  - 2). Kerugian :Menggigit, mengeluarkan air liur, marah, menangis jika tidak terpenuhi.
- b. Fase Anal : 1 – 3 tahun
- 1). Keuntungan : Belajar mengontrol pengeluaran BAB dan BAK, senang melakukan sendiri.
  - 2). Kerugian : Jika tidak dapat melakukan dengan baik.
- c. Fase Phalic : 3 – 6 tahun
- Dekat dengan orang tua lawan jenis, Bersaing dengan orang tua sejenis
- d. Fase latent : 6 – 12 tahun
- Orientasi social keluar rumah, Pertumbuhan intelektual dan social, Banyak teman dan punya group, Impuls agresivitas lebih terkontrol
- e. Fase genital
- Pemusatan seksual pada genital, Penentuan identitas, Belajar tidak tergantung pada orang tua, Bertanggung jawab pada diri sendiri, Intim dengan lawan jenis.
- 1). Keuntungan : bergroup
  - 2). Kerugian : konflik diri, ambivalen.

## **2.2 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan**

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan penulis mengacu dalam proses keperawatan yang terdiri dari lima tahapan, yaitu :

### **2.2.1 Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi (Nikmatur, 2012).

### **2.2.2 Diagnosis Keperawatan**

Pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi actual/potensial) dari individu atau kelompok agar perawat dapat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan tindakan keperawatan secara pasti untuk menjaga status kesehatan (Nikmatur, 2012).

### 2.2.3 Perencanaan

Pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Nikmatur, 2012).

### 2.2.4 Pelaksanaan

Realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nikmatur, 2012).

### 2.2.5 Evaluasi

Penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur, 2012).

## **2.3 Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Kejang Demam**

### **2.3.1 Pengkajian**

Pengumpulan data pada kasus kejang demam ini meliputi :

#### 1. Data subyektif

##### a. Biodata/Identitas

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

## b. Riwayat Penyakit

### 1) Riwayat penyakit pada kejang demam biasanya terjadi kejang.

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

### 2) Ada tidaknya gejala demam anak

Dengan mengetahui ada tidaknya demam yang menyertai kejang, maka diketahui apakah infeksi memegang peranan dalam terjadinya bangkitan kejang. Jarak antara timbulnya kejang dengan demam.

### 3) Lama serangan kejang

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

### 4) Pola serangan kejang

Perlu diusahakan agar diperoleh gambaran lengkap mengenai pola serangan apakah bersifat umum, fokal, tonik, klonik, Serangan berupa kontraksi sejenak tanpa hilang kesadaran seperti epilepsi mioklonik, Serangan berupa tonus otot hilang sejenak disertai gangguan kesadaran seperti epilepsi akinetik, Serangan dengan kepala dan tubuh mengadakan flexi sementara tangan naik sepanjang kepala, seperti pada spasme infantile, Pada kejang demam sederhana kejang ini bersifat umum.

### 5) Frekuensi serangan kejang

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.

6) Keadaan sebelum, selama dan sesudah serangan kejang

Sebelum kejang biasanya menimbulkan lapar, lelah, muntah, sakit kepala dan lain-lain. Dimana kejang dimulai dan bagaimana menjalarnya. Sesudah kejang perlu ditanyakan apakah penderita segera sadar, tertidur, kesadaran menurun, ada paralise, menangis dan sebagainya.

7) Riwayat penyakit sekarang yang menyertai

Biasanya muntah, diare, truma kepala, gagap bicara (khususnya pada penderita epilepsi), gagal ginjal, kelainan jantung, DHF, ISPA, OMA, Morbili dan lain-lain.

8) Riwayat penyakit dahulu

Sebelum penderita mengalami serangan kejang, penderita pernah mengalami kejang sebelumnya, umur berapa saat kejang terjadi untuk pertama kali, Apakah ada riwayat trauma kepala, radang selaput otak, KP, OMA dan lain-lain.

9) Riwayat kehamilan dan persalinan

Keadaan ibu sewaktu hamil per trimester, apakah ibu pernah mengalami infeksi atau sakit panas sewaktu hamil. Riwayat trauma, perdarahan per vagina sewaktu hamil, penggunaan obat-obatan maupun jamu selama hamil. Riwayat persalinan ditanyakan apakah sukar, spontan atau dengan tindakan (forcep/vakum), perdarahan ante partum, asfiksi dan lain-lain. Keadaan selama neonatal apakah bayi panas, diare, muntah, tidak mau menetek, dan kejang-kejang.

10) Riwayat imunisasi

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

### 11) Riwayat perkembangan

Ditanyakan kemampuan perkembangan meliputi :

- a) Personal sosial (kepribadian/tingkah laku sosial) : berhubungan dengan kemampuan mandiri, bersosialisasi, dan berinteraksi dengan lingkungannya.
- b) Gerakan motorik halus : berhubungan dengan kemampuan anak untuk mengamati sesuatu, melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu saja dan dilakukan otot-otot kecil dan memerlukan koordinasi yang cermat, misalnya menggambar, memegang suatu benda, dan lain-lain.
- c) Gerakan motorik kasar : berhubungan dengan pergerakan dan sikap tubuh.
- d) Bahasa : kemampuan memberikan respon terhadap suara, mengikuti perintah dan berbicara spontan.

### 12) Riwayat kesehatan keluarga.

Adakah anggota keluarga yang menderita kejang (+ 25 % penderita kejang demam mempunyai faktor turunan), adakah anggota keluarga yang menderita penyakit syaraf atau lainnya, adakah anggota keluarga yang menderita penyakit seperti ISPA, diare atau penyakit infeksi menular yang dapat mencetuskan terjadinya kejang demam.

### 13) Riwayat sosial

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

14) Pola kebiasaan dan fungsi kesehatan

a) Ditanyakan keadaan sebelum dan selama sakit bagaimana.

b) Pola kebiasaan dan fungsi ini meliputi :

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.

15) Pola nutrisi

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

16) Pola eliminasi

a) BAK : berapa frekuensinya, jumlahnya, secara makroskopis ditanyakan bagaimana warna, bau, dan apakah terdapat darah, Serta ditanyakan apakah disertai nyeri saat anak kencing.

b) BAB : kapan waktu BAB, teratur atau tidak, Bagaimana konsistensinya lunak,keras,cair atau berlendir.

17) Pola aktivitas dan latihan

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

## 18) Pola tidur / istirahat

Berapa jam sehari tidur, Berangkat tidur jam berapa, Bangun tidur jam berapa, Kebiasaan sebelum tidur, bagaimana dengan tidur siang.

## 2. Data Obyektif

### a. Pemeriksaan Umum

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

### b. Pemeriksaan Fisik

#### 1) Kepala

Ada tanda-tanda mikro atau makrosepali, ada dispersi bentuk kepal, ada tanda-tanda kenaikan tekanan intrakranial, yaitu ubun-ubun besar cembung, bagaimana keadaan ubun-ubun besar menutup atau belum.

#### 2) Rambut

Dimulai warna, kelebatan, distribusi serta karakteristik lain rambut. Pasien dengan malnutrisi energi protein mempunyai rambut yang jarang, kemerahan seperti rambut jagung dan mudah dicabut tanpa menyebabkan rasa sakit pada pasien.

#### 3) Muka

Paralisis fasialis menyebabkan asimetri wajah; sisi yang paresis tertinggal bila anak menangis atau tertawa, sehingga wajah tertarik ke sisi sehat. tanda rhisus sardonicus, opistotonus, trimus ada gangguan nervus cranial.

#### 4) Mata

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

5) Telinga

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

6) Hidung

ada pernapasan cuping hidung, polip yang menyumbat jalan napas, sekret, konsistensinya, dan jumlahnya.

7) Mulut

tanda-tanda sardonius, cyanosis, keadaan lidah, stomatitis, jumlah gigi yang tumbuh, caries gigi.

8) Tenggorokan

Peradangan tonsil, tanda infeksi faring, cairan eksudat.

9) Leher

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

10) Thorax

Pada infeksi, amati bentuk dada klien, bagaimana gerak pernapasan frekwensinya, irama, kedalaman, retraksi intercostale Pada auskultasi, suara napas tambahan

11) Jantung

keadaan dan frekwensi jantung serta iramanya, bradycardi atau tachycardia

12) Abdomen

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

### 13) Kulit

Bagaimana keadaan kulit baik kebersihan maupun warnanya. Apakah terdapat oedema, hemangioma. Bagaimana keadaan turgor kulit agak kering.

### 14) Ekstremitas

Apakah terdapat oedema, atau paralise terutama setelah terjadi kejang. Bagaimana suhunya pada daerah akral.

### 15) Genetalia

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

## **2.3.2 Diagnosa Keperawatan**

Masalah yang sering terjadi :

1. kejang berulang berhubungan dengan hipertermi.
2. Peningkatan suhu tubuh ( hipertermi ) berhubungan dengan proses infeksi.
3. Risiko trauma fisik berhubungan dengan kurangnya koordinasi otot/kejang.
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme.
5. Resiko tinggi kekurangan cairan elektrolit berhubungan dengan penurunan tekanan osmotik koloid kapiler, perdarahan.
6. Resiko terjadi kerusakan sel otak berhubungan dengan proses kejang.
7. Gangguan rasa aman dan nyaman berhubungan dengan peningkatan suhu.
8. Kurangnya pengetahuan orang tua berhubungan dengan kejang.

(Nugroho, 2011)

### 2.3.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Ada 4 tahap dalam fase perencanaan yaitu menentukan prioritas masalah keperawatan, menetapkan tujuan dan kriteria hasil, merumuskan rencana tindakan keperawatan dan menetapkan rasional rencana tindakan keperawatan (Nikmatur, 2012).

#### 1. PK kejang berulang berhubungan dengan hipertermi

Tujuan :

Perawat mampu mengontrol dan mencegah terjadinya kejang.

Kriteria Hasil :

1. Tidak terjadi serangan kejang ulang.
2. Suhu 36,5 – 37,5 ° C (bayi), 36 – 37,5 ° C (anak)
3. Nadi 110 – 120 x/menit (bayi), 100-110 x/menit (anak)
4. Respirasi 30 – 40 x/menit (bayi), 24 – 28 x/menit (anak)
5. Kesadaran composmentis

Intervensi :

- 1) Longgarkan pakaian, berikan pakaian tipis yang mudah menyerap keringat

Rasional :

proses konveksi akan terhalang oleh pakaian yang ketat dan tidak menyerap keringat

- 2) Berikan ekstra susu atau makanan dalam keadaan hangat.

Rasional :

Perpindahan panas secara konduksi

- 3) Berikan kompres pada kepala, badan, dan aksila,

Rasional :

Membantu penyerapan suhu tubuh

- 4) Observasi kejang dan tanda vital tiap 4 jam

Rasional :

Pemantauan yang teratur menentukan tindakan yang akan dilakukan

5) Batasi aktivitas selama anak panas

Rasional :

Aktivitas dapat meningkatkan metabolisme dan meningkatkan panas.

2. Peningkatan suhu tubuh ( hipertermi ) berhubungan dengan proses infeksi

Tujuan :

Suhu tubuh dapat normal kembali

Kriteria Hasil :

1. Suhu normal (36-37°C)
2. Mata tidak cowong
3. Tanda-tanda vital dalam batas normal

Intervensi :

1) Lakukan observasi tanda – tanda vital.

Rasional :

Dengan mengobservasi tanda – tanda vital untuk mengetahui perkembangan pasien secara dini.

2) Beri kompres dingin pada daerah axial, leher dan daerah pelipatan tubuh klien.

Rasional :

Pemberian kompres dingin dapat menurunkan suhu tubuh.

3) Beri minum yang cukup.

Rasional :

Dengan minum yang cukup dapat menghindari terjadi dehidrasi karena suhu tubuh yang meningkat.

4) Pakaian baju yang tipis dan menyerap keringat.

Rasional :

Pakaian yang tipis dan menyerap keringat dapat mempermudah ventilasi udara dan sirkulasi jaringan perifer pada kulit.

5) Kolaborasi pemberian antipiretik dan antibiotik.

Rasional :

Pemberian antipiretik dapat menurunkan panas dan antibiotik untuk membunuh bakteri penyakit infeksi.

6) Libatkan keluarga dalam perawatan serta ajari cara menurunkan suhu dan mengevaluasi perubahan suhu tubuh.

Rasional :

Dengan penjelasan pada keluarga dapat mengerti sehingga akan mau bekerja sama dengan perawat.

3. Risiko trauma fisik berhubungan dengan kurangnya koordinasi otot/kejang

Tujuan :

Risk detection.

Kriteria Hasil :

1. Tidak terjadi trauma fisik selama perawatan.
2. Mempertahankan tindakan yang mengontrol aktivitas kejang.
3. Mengidentifikasi tindakan yang harus diberikan ketika terjadi kejang.
4. Pengetahuan tentang risiko
5. Memonitor faktor risiko dari lingkungan

Intervensi :

- 1) Beri pengaman pada sisi tempat tidur dan penggunaan tempat tidur yang rendah.

Rasional :

meminimalkan injuri saat kejang

2) Tinggallah bersama klien selama fase kejang.

Rasional :

meningkatkan keamanan klien.

3) Berikan tongue spatel diantara gigi atas dan bawah.

Rasional :

menurunkan resiko trauma pada mulut.

4) Catat tipe kejang (lokasi,lama) dan frekuensi kejang.

Rasional :

membantu menurunkan lokasi area cerebral yang terganggu.

5) Catat tanda-tanda vital sesudah fase kejang

Rasional :

mendeteksi secara dini keadaan yang abnormal.

#### **2.3.4 Pelaksanaan Keperawatan**

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi.

Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat serta bukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain.

Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain (Mitayani,2011).

#### **2.3.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi adalah mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan dan meneruskan rencana tindakan keperawatan (Nikmatur, 2012).

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP. Pengertian SOAP adalah sebagai berikut :

a. S : Data Subjektif

Keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

b. O : Data Objektif

Hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

c. A : Analisis

Interpretasi dari data subjektif dan objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

d. P : Planning

Perencanaan perawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.