

BAB 2

KONSEP DASAR

2.1 Tinjauan Teori Kejang Demam

2.1.1 Pengertian

Kejang terjadi pada suhu badan yang tinggi. Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu 38°C . Yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranium, biasanya terjadi pada usia 3 bulan sampai 5 tahun. Sedangkan usia kurang dari 4 minggu dan kejang tanpa demam tidak termasuk dengan kategori ini.

Kejang demam tidak selalu seorang anak harus mengalami peningkatan suhu tubuh, kadang dengan suhu tidak terlalu tinggi anak sudah kejang. (Ridha, 2014).

2.1.2 Jenis-Jenis Kejang Demam

Kejang demam diklasifikasikan menjadi dua, yaitu :

1. Kejang demam sederhana (*simple febrile seizure*)

Ciri dari kejang ini adalah :

- a. Kejang berlangsung singkat.
- b. Umumnya serangan berhenti sendiri dalam waktu kurang dari 10 menit.
- c. Tidak berulang dalam 24 jam.

2. Kejang demam kompleks (*complex febrile seizure*).

Ciri dari kejang ini adalah :

- a. Kejang berlangsung lama, lebih dari 15 menit.
- b. Kejang fokal atau parsial satu sisi, atau kejang umum didahului parsial.

c. Kejang berulang 2 kali atau lebih dalam 24 jam (Nurarif, 2013).

2.1.3 Etiologi

1. Faktor – faktor perinatal.
2. Malformasi otak congenital.
3. Faktor genetika.
4. Penyakit infeksi (ensefalitis, meningitis).
5. Demam.
6. Gangguan metabolisme.
7. Trauma.
8. Neoplasma, toksik.
9. Gangguan sirkulasi.
10. Penyakit degeneratif susunan saraf (Ridha, 2014).

2.1.4 Patifisiologi

Infeksi yang terjadi pada jaringan di luar kranial seperti tonsilitis, otitis media akut, bronkitis, penyebab terbanyaknya adalah bakteri yang bersifat toksik. Toksik yang dihasilkan oleh mikroorganisme dapat menyebar keseluruh tubuh melalui hematogen maupun limfogen. Penyebaran toksik ke seluruh tubuh akan direspon oleh hipotalamus dengan menaikkan pengaturan suhu di hipotalamus sebagai tanda tubuh mengalami bahaya secara sistemik naiknya pengaturan suhu di hipotalamus akan merangsang kenaikan suhu di bagian tubuh yang lain seperti otot, kulit sehingga terjadi peningkatan kontraksi otot.

Naiknya suhu di hipotalamus, otot, kulit dan jaringan tubuh yang lain akan disertai pengeluaran mediator kimia seperti epinefrin dan prostagladin.

Pengeluaran mediator kimia ini dapat merangsang peningkatan potensial aksi pada neuron. Peningkatan potensial inilah yang merangsang perpindahan ion Natrium, ion Kalium dengan cepat dari luar sel menuju ke dalam sel. Peristiwa inilah yang diduga dapat menaikkan fase depolarisasi neuron dengan cepat sehingga timbul kejang. Serangan yang cepat itulah yang dapat menjadikan anak mengalami penurunan respon kesadaran, otot ekstremitas maupun bronkus juga dapat mengalami spasma sehingga anak berisiko terhadap injuri dan kelangsungan jalan nafas oleh penutupan lidah dan spasma bronkus (Riyadi, 2013).

2.1.5 Manifestasi Klinik

Manifestasi klinik yang muncul adalah :

1. Kejang umum biasanya diawali kejang tonik kemudian klonik berlangsung 10 sampai dengan 15 menit bisa juga lebih.
2. Takikardia : pada bayi frekuensi sering diatas 150 sampai 200 per menit.
3. Pulsasi arteri melemah dan tekanan nadi mengecil yang terjadi sebagai akibat menurunnya curah jantung.
4. Gejala berhubungan sistem vena :
 - a. Hepatomegali.
 - b. Peningkatan tekanan vena jugularis.

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah:

1. Pemeriksaan Laboratorium berupa pemeriksaan darah tepi lengkap elektrolit, dan glukosa darah dapat dilakukan walaupun kadang tidak menunjukkan kelainan yang berarti.

2. Indikasi Lumbal Pungsi pada kejang demam adalah untuk menegakkan atau menyingkirkan kemungkinan meningitis. Indikasi lumbal pungsi pada pasien kejang demam meliputi:
 - a. Bayi kurang dari 12 bulan harus dilakukan lumbal pungsi karena gejala meningitis sering tidak jelas.
 - b. Bayi antara 12 bulan sampai 1 tahun dianjurkan untuk melakukan lumbal pungsi kecuali pasti bukan meningitis.
3. Pemeriksaan EEG dapat dilakukan pada kejang demam yang tidak khas.
4. Pemeriksaan foto kepala, CT-Scan, dan / atau MRI tidak dianjurkan pada anak tanpa kelainan neurologist karena hampir semuanya menunjukkan gambaran normal. CT Scan atau MRI direkomendasikan untuk kasus kejang fokal untuk mencari lesi organik di otak (Nurarif, 2013).

2.1.7 Penatalaksanaan Keperawatan

1. Tindakan Keperawatan pada kejang demam di Rumah Sakit:
 - a. Saat terjadi serangan mendadak yang harus diperhatikan pertama kali adalah : ABC (*Airway, Breating, Circulation*).
 - b. Setelah ABC aman baringkan klien ditempat yang rata untuk mencegah terjadinya perpindahan posisi tubuh ke arah *Danger* (bahaya).
 - c. Atur posisi klien dalam posisi terlentang atau dimiringkan untuk mencegah aspirasi, jangan tengkurap.
 - d. tidak perlu memasang sundip lidah, karena resiko lidah tergigit kecil. Selain itu juga sundip lidah juga membatasi jalan nafas.
 - e. Singkirkan benda-benda yang berbahaya.

- f. Pakaian dilonggarkan, agar jalan nafas adekuat saat terjadi distensi abdomen.
- g. Secepatnya diberikan anti kejang via rectal (diazepam 5mg untuk BB kurang dari 10 kg, dan 10 mg untuk BB lebih dari 10 kg).

Cara memberikan anti kejang via rectal:

- 1) lesi ujungnya dengan vaselin / minyak kelapa.
- 2) Posisi klien miring.
- 3) Masukkan ke anus, jika sudah masuk semua ke anus pencet sampai habis tapi secara pelan-pelan.
- 4) Saat dicabut obat tetap dalam keadaan untuk menghindari terhisapnya cairan obat.

- h. Jika suhu tubuh lebih dari $38,5^{\circ}\text{C}$ dan jika sudah memungkinkan diberikan antipiretik (ibuprofen).
- i. Setelah klien sadar dan terbangun berikan minum air hangat.

2. Tindakan keperawatan kejang demam karena hipertermi :

- a. Pertama kali ketahui riwayat terdahulu:
 - 1) Jika klien pernah kejang sebelumnya, secepatnya berikan antipiretik (Ibuprofen) untuk mencegah jatuh ke status kejang.
 - 2) Ibuprofen diberikan jika suhu tubuh mencapai 38°C sampai 39°C .
- b. Berikan kompres air hangat secara intensif.
- c. Jangan diberi selimut tebal karena uap panas akan sulit untuk dilepaskan.
- d. Setelah klien sadar dan terbangun berikan minum air hangat (Ridha,2014).

2.1.8 Pencegahan

Pencegahan difokuskan pada pencegahan kekambuhan berulang dan pencegahan segera saat kejang berlangsung.

1. Pencegahan berulang.
2. Mengobati infeksi yang mendasari kejang.
3. Penyuluhan kesehatan tentang penyakitnya.
4. Tersedianya obat penurun panas yang didapat atas resep dokter.
5. Tersedianya alat pengukur suhu tubuh dan catatan penggunaan termometer, cara pengukuran suhu tubuh anak, serta keterangan batas-batas suhu normal pada anak (36 sampai 37,5⁰C).
6. Anak diberi obat antipiretik bila orang tua mengetahuinya pada saat mulai demam dan jangan menunggu sampai meningkat.
7. Memberitahukan kepada petugas imunisasi bahwa anaknya pernah mengalami kejang demam, bila anak akan diimunisasi (ngastiyah, 2005).

2.2 Konsep Suhu Tubuh

2.2.1 Pengertian

Suhu tubuh adalah perbedaan antara jumlah panas yang dihasilkan tubuh dengan jumlah panas yang hilang ke lingkungan luar (Panas yang dihasilkan - panas yang hilang = suhu tubuh). Mekanisme kontrol suhu pada manusia menjaga suhu inti (suhu jaringan dalam) tetap konstan pada kondisi lingkungan dan aktivitas fisik yang ekstrim. Suhu normal pada manusia berkisar dari 36 sampai 38⁰ C.

Suhu tubuh terdiri dari suhu permukaan (*shell temperature*) dan suhu inti (*core temperature*). Suhu permukaan adalah suhu yang terdapat pada permukaan tubuh yaitu pada kulit dan jaringan sub kutan, sedangkan suhu inti adalah suhu yang terdapat pada organ visera yang terlindungi dari paparan suhu lingkungan sekitar. Suhu inti sering diartikan sebagai suhu organ otak tempat pusat pengaturan suhu tubuh berada. (Arashi, 2015).

Hipertermi/demam merupakan suhu inti tubuh diatas kisaran normal diural karena kegagalan termoregulasi. Batasan karakteristik antara lain: Kenaikan suhu tubuh diatas rentang normal ($36-37,5^{\circ}\text{C}$), Serangan atau konvulsi, Kulit kemerahan, Pertambahan RR, Takikardi (Huda, 2015). Demam terjadi karena pelepasan pirogen dari dalam leukosit yang sebelumnya telah terangsang oleh pirogen eksogen yang dapat berasal dari mikroorganisme atau merupakan suatu hasil reaksi imunologik yang tidak berdasarkan suatu infeksi. Penyebab demam selain infeksi juga dapat disebabkan oleh keadaan toksemia, keganasan atau reaksi terhadap pemakaian obat, juga gangguan pada pusat regulasi suhu sentral misalnya: perdarahan otak, koma (Noer, Sjaifoellah, 2004). Infeksi oleh rotavirus terjadi selama 2 – 12 hari, atau lebih lama jika ada gangguan nutrisi (Brooks, dkk., 2005).

2.2.2 Konsep Fisiologi Pengaturan Suhu

Pengaturan suhu tubuh memerlukan mekanisme perifer yang utuh, yaitu keseimbangan produksi dan pelepasan panas, serta fungsi pusat pengatur suhu hipotalamus yang mengatur seluruh mekanisme.

1. Produksi Panas

Pada keadaan istirahat, berbagai organ seperti otak, otot, hati, jantung tiroid, pankreas, dan kelenjar adrenal berperan dalam menghasilkan panas pada tingkat sel yang melibatkan adenosin trifosfat (ATP).

2. Pelepasan Panas

Tubuh melepas panas melalui 4 cara. Yaitu: radiasi, penguapan, konveksi, dan konduksi.

3. Pengaturan Suhu Tubuh

Pengaturan suhu tubuh di tujukan untuk mengukur suhu inti tubuh. Nilai suhu tubuh sangat dipengaruhi metabolisme tubuh dan aliran darah, serta hasil pengukuran akan berbeda sesuai dengan tempat pengukuran. Beberapa pengukuran suhu tubuh menurut tempat pengukuran adalah sebagai berikut:

a. Arteri Pulmonalis

Suhu tubuh yang dianggap paling mendekati suhu yang terukur oleh thermostat di hipotalamus adalah suhu darah arteri pulmonalis.

b. Esofagus

Suhu esofagus dianggap suhu yang mendekati suhu inti karena dekat dengan arteri yang membawa darah dari jantung ke otak.

c. Kandung Kemih

Kandung kemih merupakan tempat lain yang digunakan untuk pengukuran suhu tubuh, karena urin adalah hasil filtrasi darah yang ekivalen. Namun tingkat keakuratan pengukuran suhu tubuh sangat tergantung dari jumlah urin yang keluar.

d. Rektal

Suhu rektal di anggap baku emas dalam pengukuran suhu karena bersifat praktis dan akurat dalam estimasi rutin suhu tubuh.

e. Oral

Suhu sublingual cukup relevan secara klinis karena arteri utamanya merupakan cabang arteri karotid eksterna dan mempunyai respon yang cepat.

f. Aksila

Pengukuran suhu aksila relatif mudah bagi pemeriksa, nyaman bagi pasien, dan mempunyai risiko yang paling kecil untuk menyebar penyakit.

g. Membran Timpani

Teoritis membran timpani merupakan tempat yang ideal untuk pengukuran suhu inti karena terdapat arteri yang berhubungan dengan pusat termoregulasi (Arashi, 2015).

2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi Suhu Tubuh

faktor yang mempengaruhi suhu tubuh. Antara lain:

1. Usia

Pada bayi dan balita belum terjadi kematangan mekanisme pengaturan suhu sehingga dapat terjadi perubahan suhu tubuh yang drastis terhadap lingkungan. Seorang bayi baru lahir dapat kehilangan 30% panas tubuh melalui kepala sehingga ia harus menggunakan tutup kepala untuk mencegah kehilangan panas. Suhu tubuh bayi baru lahir berkisar antara 35,5 sampai 37,5°C. Regulasi tubuh baru mencapai kestabilan saat pubertas. Suhu normal akan semakin menurun saat seseorang semakin tua.

2. Olahraga

Aktivitas otot membutuhkan lebih banyak darah serta peningkatan pemecahan karbohidrat dan lemak. Berbagai bentuk olahraga meningkatkan metabolisme dan dapat meningkatkan produksi panas sehingga terjadi peningkatan suhu tubuh.

3. Kadar Hormon

Umumnya wanita mengalami fluktuasi suhu tubuh yang lebih besar. Hal ini dikarenakan adanya variasi hormonal saat terjadi siklus menstruasi. Saat progesteron rendah, suhu tubuh berada di bawah suhu dasar, yaitu sekitar 1/10nya. Suhu ini bertahan sampai terjadi ovulasi. Saat ovulasi kadar progesteron yang memasuki sirkulasi akan meningkat dan menaikkan suhu tubuh ke suhu dasar atau suhu yang lebih tinggi.

4. Irama Sirkadian

Suhu tubuh yang normal berubah 0,5 sampai 1 °C selama periode 24 jam. Suhu terendah berada di antara pukul 01 sampai 04 pagi. Pada siang hari, suhu tubuh meningkat dan mencapai maksimum pada pukul 6 sore, lalu menurun kembali sampai pagi hari. Di butuhkan 1 sampai 3 minggu untuk terjadinya pembalikan siklus. Secara umum, irama suhu sirkadian tidak berubah seiring usia.

5. Stres

Stres fisik maupun emosional meningkatkan suhu tubuh melalui stimulasi hormonal dan saraf. Perubahan fisiologis ini meningkatkan metabolisme, yang akan meningkatkan produksi panas. Klien yang gelisah akan memiliki suhu normal yang lebih tinggi.

6. Lingkungan

Lingkungan memengaruhi suhu tubuh. Tanpa mekanisme kompensasi yang tepat, suhu tubuh manusia akan berubah mengikuti suhu lingkungan. Suhu lingkungan lebih berpengaruh terhadap anak-anak dan dewasa tua karena mekanisme regulasi suhu mereka yang kurang efisien.

7. Perubahan Suhu

Perubahan suhu tubuh di luar kisaran normal akan memengaruhi titik pengaturan hipotalamus. Perubahan ini berhubungan dengan produksi panas berlebihan, produksi panas minimal atau kombinasi hal di atas. Sifat perubahan akan memengaruhi jenis masalah klinis yang di alami klien (Arashi, 2015).

2.3 Konsep Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak

Tumbuh kembang anak mencakup dua peristiwa yang sifatnya berbeda, tetapi saling berkaitan dan sulit dipisahkan yaitu mengenai pertumbuhan dan perkembangan.

Pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu, yang dapat diukur dengan ukuran berat (gram, pound, kg) ukuran panjang dengan cm atau meter, umur tulang, dan keseimbangan metabolik (retensi kalium dan nitrogen tubuh)

Perkembangan (*development*) adalah bertambahnya kemampuan (*skill*) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil proses pematangan. Tahap ini menyangkut adanya proses diferensiasi sel-sel tubuh, jaringan tubuh organ-organ, dan sistem organ berkembang sedemikian rupa, sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Cakupan tahap ini termasuk juga perkembangan emosi, intelektual, dan tingkah laku sebagai hasil dari interaksi terhadap lingkungan (Sulistiyawati, 2014).

2.3.1 Faktor yang Mempengaruhi Tahap Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak

Setiap orang tua akan mengharapkan anaknya tumbuh dan berkembang secara sempurna tanpa mengalami hambatan apapun. Namun ada banyak faktor yang berpengaruh terhadap proses dan pertumbuhan anak yang tidak selamanya tahapan tumbuh sesuai dengan apa yang diinginkan oleh orang tua.

1) Faktor *Herediter*

Herediter / keturunan merupakan faktor yang tidak dapat untuk diubah ataupun dimodifikasi, ini merupakan modal dasar untuk mendapatkan hasil akhir dari proses tumbuh anak. Melalui intruksi genetik yang terkandung didalam sel telur yang telah dibuai dapatlah ditentukan kualitas dan kuantitas pertumbuhan termasuk dari faktor genetik ini adalah jenis kelamin dan suku bangsa / ras. Misalnya anak keturunan bangsa eropa akan lebih tinggi dan lebih besar jika dibandingkan keturunan asia termasuk Indonesia, pertumbuhan postur tubuh wanita akan berbeda dengan laki-laki.

2) Faktor Lingkungan

a. Lingkungan Internal

Hal yang berpengaruh diantaranya adalah hormon dan emosi. Ada tiga hormon yang mempengaruhi tumbuh kembang anak, Hormon *somatotropin* merupakan hormon yang mempengaruhi jumlah sel tulang, merangsang sel otak pada masa pertumbuhan, berkurangnya hormon ini dapat menyebabkan *Gigantisme*. Hormon *tiroid* akan mempengaruhi pertumbuhan tulang, kekurangan hormon ini akan menyebabkan *kretinisme*. dan hormon *Gonatotropin* yang berfungsi untuk merangsang perkembangan seks laki-laki dan memproduksi spermatozoa, sedangkan estrogen merangsang perkembangan seks skunder perempuan dan produksi sel telur, jika kekurangan hormon *gonatotropin* ini akan menyebabkan terhambatnya perkembangan seks.

Terciptanya hubungan yang hangat dengan orang lain seperti ayah, ibu, saudara, teman sebaya, guru dan sebagainya akan mempengaruhi besar terhadap emosi, sosial, dan intelektual anak. Cara seorang anak dalam

berinteraksi dengan orang tua akan mempengaruhi interaksi anak diluar rumah. Pada umumnya anak yang tahap perkembangannya baik akan mempunyai intelegensi yang tinggi dibandingkan dengan anak yang tahap perkembangannya terlambat.

b. Lingkungan Eksternal

Dalam lingkungan eksternal ini banyak sekali yang mempengaruhinya, diantaranya adalah kebudayaan. Kebudayaan suatu daerah akan mempengaruhi kepercayaan, adat kebiasaan dan tingkah laku dalam bagaimana orang tua mendidik anaknya. Status sosial ekonomi keluarga juga berpengaruh, orang tua yang ekonomi menengah keatas dapat dengan mudah menyekolahkan anaknya disekolah-sekolah yang berkualitas sehingga mereka dapat menerima atau mengadopsi cara-cara baru bagaimana cara merawat anak dengan baik. Status nutrisi pengaruhnya juga sangat besar, orang tua dengan ekonomi lemah bahkan tidak mampu memberikan makanan tambahan buat bayinya, sehingga bayiakan kekurangan asupan nutrisi yang akibat selanjutnya daya tahan tubuh akan menurun dan akhirnya bayi atau anak akan jatuh sakit.

Olahraga yang teratur dapat meningkatkan sirkulasi darah dalam tubuh, aktifitas fisiologis dan stimulasi terhadap perkembangan otot-otot, posisi anak dalam keluarga ditengah juga berpengaruh, anak pertama akan menjadi pusat perhatian orang tua, sehingga semua kebutuhan dipenuhi baik itu fisik, emosi, maupun sosial.

3) Faktor Pelayanan Kesehatan

Adanya pelayanan kesehatan yang memadai yang ada disekitar lingkungan dimana anak tumbuh dan berkembang, diharapkan tumbang anak dapat dipantau sehingga apabila terdapat sesuatu hal yang sekiranya meragukan atau terdapat keterlambatan dalam perkembangannya, maka segera mendapatkan pelayanan kesehatan dan diberikan solusi pencegahannya (Ridha, 2014).

2.3.2 Tahap Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak

Sangat mudah bagi orang tua untuk selalu mengamati pertumbuhan dan perkembangan fisik anaknya, karena hal ini hampir setiap hari orang tua bisa melihatnya.

1. Tumbuh Kembang infant atau bayi, umur 0 sampai 12 bulan

a. Umur 1 bulan

Fisik : Berat badan akan meningkat 1500 sampai 200 gr/mg, tinggi badan meningkat 1,5 cm/bulan. Besarnya kenaikan seperti ini akan berlangsung sampai bayi umur 6 bulan.

Motorik : Bayi akan mulai berusaha untuk mengangkat kepala dengan dibantu oleh orang tua, tubuh ditengkurapkan kepala menoleh kekiri ataupun kekanan, reflek menghisap, menelan, menggenggam sudah mulai positif.

Sensorik : Mata mengikuti sinar ketengah.

Sosialisasi : Bayi sudah mulai tersenyum pada orang yang ada disekitarnya.

b. Umur 2 sampai 3 bulan

Fisik : Frontanel posterior sudah menutup.

- Motori** : Mengangkat kepala, dada dan berusaha untuk menahannya sendiri dengan tangan, memasukkan tangan kemulut, mulai berusaha untuk meraih benda-benda yang menarik yang ada disekitarnya, bisa didudukkan dengan posisi punggung disokong, mulai asik bermain-main sendiri dengan tangan dan jarinya.
- Sensorik** : Sudah bisa mengikuti arah sinar ke tepi, koordinasi keatas kebawah mulai mendengarkan suara yang didengarnya.
- Sosialisme** : Mulai tertawa pada seseorang, senang jika tertawa keras, menangis sudah mulai berkurang.

c. Umur 4 sampai 5 bulan

- Fisik** : Berat badan menjadi dua kali dari berat badan lahir, ngeces karena tidak adanya koordinasi menelan saliva.
- Motorik** : Jika didudukkan kepala sudah bisa seimbang dan punggung sudah mulai kuat, bila ditengkurapkan sudah bisa mulai miring dan kepala sudah bisa tegak lurus, reflek trimitif sudah mulai hilang, berusaha meraih benda sekitar dengan tangannya.
- Sensoris** : Sudah bisa mengenal orang-orang yang sering berada didekatnya, akomodasi mata positif.
- Sosialisasi** : Senang jika berinteraksi dengan orang lain walaupun belum pernah dilihatnya atau dikenalnya, sudah bisa mengeluarkan suara pertanda tidak senang bila mainan atau benda miliknya diambil oleh orang lain.

d. *Usia 6 sampai 7 bulan*

Fisik : Berat badan meningkat 90 sampai 25 gr/minggu, tinggi badan meningkat 1,25 cm/bulan, lingkar kepala meningkat 0,5 cm/bulan, besarnya kenaikan seperti ini akan berlangsung sampai bayi berusia 12 bulan (6 bulan kedua., gigi sudah mulai tumbuh). Bayi sudah bisa membalikkan badan sendiri, memindahkan anggota badan dari tangan yang satu ketangan yang lainnya, mengambil mainan dengan tangannya, senang memasukkan kaki kemulut, sudah mulai bisa memasukkan makanan kemulut sendiri.

Sosialisasi : Sudah dapat membedakan orang yang dikenalnya dengan yang tidak dikenalnya, jika bersama dengan orang yang belum dikenalnya bayi akan merasa cemas (*strager anxiety*), sudah dapat menyebut atau mengeluarkan suara em....em....em..., bayi biasanya cepat menangis jika terdapat hal-hal yang tidak disenanginya, akan tetapi akan cepat tertawa lagi.

e. *Umur 8 sampai 9 bulan*

Fisik : Sudah bisa duduk dengan sendirinya, koordinasi tangan kemulut sangat sering, bayi mulai tengkurap sendiri dan mulai merangkak, sudah bisa mengambil benda dengan menggunakan jari-jarinya.

Sensorik : Bayi tertarik dengan benda-benda kecil yang ada disekitarnya.

Sosialisasi : Bayi mengalami *stranger anxiety* atau merasa cemas terhadap hal-hal yang belum dikenalnya (orang asing. sehingga dia akan

menangis dan mendorong serta meronta-ronta, merangkul atau memeluk orang yang dicintainya, jika dimarahi dia sudah bisa memberikan reaksi menangis dan tidak senang, mulai mengulang kata-kata “dada.....dada” tetapi belum punya arti.

f. *Umur 10 sampai 12 bulan*

Fisik : Berat badan tiga kali berat badan waktu lahir, gigi bagian atas dan bawah sudah tumbuh.

Motorik : Sudah mulai belajar berdiri tetapi tidak bertahan lama, belajar berjalan dengan bantuan, sudah bisa berdiri dan duduk sendiri, mulai belajar akan dengan menggunakan sendok akan tetapi lebih senang menggunakan tangan, sudah bisa bermain ci...luk...ba..., mulai senang mencoret-coret kertas.

Sensorik : *Visual aculty* 20 sampai 50 positif sudah dapat membedakan bentuk.

Sosialisasi : Emosi positif, cemburu, marah lebih senang pada lingkungan yang sudah diketahuinya, merasa takut pada situasi asing, mulai mengerti akan perintah sederhana, sudah mengerti namanya sendiri, sudah bisa menyebut Ami, Umi.

2. Tumbuh Kembang Toddler (Batita Umur 1 Sampai 3 Tahun)

a. *Umur 15 bulan*

Motorik Kasar : Sudah bisa belajar sendiri tanpa bantuan orang lain.

Motorik Halus : Sudah bisa memegang cangkir, memasukkan jari kelubang, membuka kotak, melempar benda.

b. *Umur 18 bulan*

Motorik Kasar : Mulai berlari tetapi masih sering jatuh, menarik-narik mainan, mulai senang naik tangga tetapi masih dengan bantuan .

Motorik Halus : Sudah bisa makan dengan menggunakan sendok, bisa membuka halaman buku, belajar menyusun balok-balok.

c. *Umur 24 bulan*

Motorik Kasar : Berlari sudah baik, dapat naik tangga sendiri dengan kedua kaki tiap tahap.

Motorik Halus : Sudah bisa membuka pintu, membuka kunci, menggunting sederhana, minum dengan menggunakan gelas atau cangkir, sudah dapat menggunakan sendok dengan baik.

d. *Umur 36 bulan*

Motorik Kasar : Sudah bisa naik turun tangga tanpa bantuan, memakai baju dengan bantuan, mulai bisa naik sepeda beroda tiga.

Motorik Halus : Bisa menggambar lingkaran, mencuci tangannya sendiri, menggosok gigi.

3. Tumbuh Kembang Pra Sekolah

a. *Usia 4 tahun*

Motorik Kasar : Berjalan berjinjit, melompat, melompat dengan satu kaki, menangkap bola dan melemparkannya dari atas kepala.

Motorik Halus : Sudah bisa menggunakan gunting dengan lancar, sudah bisa menggambar kotak, menggambar garis vertikal

maupun horizontal, belajar membuka dan memasang kancing baju.

b. *Usia 5 tahun*

Motorik Kasar : Berjalan mundur sambil berjinjit, sudah dapat menangkap dan melempar bola dengan baik, sudah dapat melompat dengan kaki secara bergantian.

Motorik Halus : Menulis dengan angka-angka, menulis dengan huruf, menulis dengan kata-kata belajar menulis nama, belajar mengikat tali sepatu.

Sosial emosional : Bermain sendiri mulai berkurang, sering berkumpul dengan teman sebaya, interaksi sosial selama bermain meningkat, sudah siap menggunakan alat-alat bermain.

Pertumbuhan fisik : Berat badan meningkat 2,5 kg/tahun, tinggi badan meningkat 6,75 sampai 7,5 cm/tahun.

4. *Tumbuh Kembang Usia Sekolah*

Motorik : Lebih mampu menggunakan otot-otot kasar dari pada otot-otot halus. Misalnya lompat tali, badminton, bola volly, pada akhir masa sekolah motorik halus lebih berkurang, Anak laki-laki lebih aktif daripada anak perempuan.

Sosial emosional : Mencari lingkungan yang lebih luas sehingga cenderung sering pergi dari rumah hanya untuk bermain dengan teman, saat ini sekolah sangat berperan untuk

membentuk pribadi anak, disekolah anak harus berinteraksi dengan orang lain selain keluarganya, sehingga peran guru sangatlah besar.

Pertumbuhan fisik : Berat badan meningkat sampai 2 hingga 3 kg/tahun, tinggi badan meningkat 6 sampai 7cm/tahun.

5. *Tumbuh Kembang Remaja (Andolescent)*

Pertumbuhan Fisik : Merupakan tahap pertumbuhan yang sangat pesat, tinggi badan 25% berat badan 50% semua sistem tubuh berubah dan yang paling banyak perkembangan adalah sistem endokrin, bagian-bagian tubuh tertentu memanjang, misalnya tangan kaki proporsi tumbuh memanjang.

Sosial emosional : Kemampuan akan sosialisasi meningkat, relasi dengan teman wanita / pria akan tetapi lebih penting dengan teman sejenis, penampilan fisik remaja sangat penting karena mereka supaya diterima oleh kawan dan disamping itu pula persepsi terhadap badannya akan mempengaruhi konsep dirinya peran orang tua atau keluarga sudah tidak begitu penting tetapi sudah mulai beralih pada teman sebaya (Ridha, 2014).

2.4 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan

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

2.4.1 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).

2.4.2 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).

2.4.3 Perencanaan

Pengembangan strategis 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 (Hidayat, A. 2003).

2.4.4 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).

2.4.5 Evaluasi

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

2.5 Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Kejang Demam

2.5.1 Pengkajian

Pengumpulan data pada kasus kejang demam ini meliputi :

1. Riwayat penyakit

Pada anak kejang demam, riwayat yang menonjol adalah demam yang dialami oleh anak (suhu rektal di atas 38⁰C). demam ini dilatarbelakangi adanya penyakit lain yang terdapat pada luar kranial seperti : tonsilitis dan faringitis. Sebelum serangan kejang pada pengkajian status kesehatan, biasanya anak tidak mengalami apa-apa. Anak masih menjalani aktivitas sehari-hari seperti biasa seperti bermain dengan teman sebaya dan pergi sekolah.

2. Pengkajian fungsional

Pengkajian fungsional yang sering mengalami gangguan adalah terjadi penurunan kesadaran anak dengan tiba-tiba sehingga kalau dibuktikan dengan test *Glasgow Coma*, Skala skor yang dihasilkan sekitar 5 sampai 10 dengan tingkat kesadaran dari apatis sampai samnolen atau mungkin dapat juga koma. Kemungkinan ada gangguan jalan nafas yang dibuktikan dengan peningkatan frekuensi pernafasan lebih dari 30 x/menit dengan irama cepat dan dangkal, lidah terlihat menekuk menutup faring. Pada kebutuhan rasa aman dan nyaman anak mengalami gangguan kenyamanan akibat hipertemi, sedangkan keamanan terjadi ancaman karena anak mengalami kehilangan kesadaran yang tiba-tiba yang beresiko terjadinya cedera secara fisik maupun fisiologis. Untuk pengkajian pola

kebutuhan atau fungsi yang lain kemungkinan belum terjadi gangguan kalau ada mungkin sebatas ancaman seperti penurunan personal hygiene, aktifitas, intake, dan nutrisi.

3. Pengkajian tumbuh kembang anak

Secara umum kejang demam tidak mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak. Ini dipahami dengan catatan kejang yang dialami anak tidak terlalu sering terjadi atau dalam batas masih dikemukakan oleh Livingstone (1 tahun tidak lebih dari 4 kali) atau penyakit yang melatarbelakangi timbulnya kejang seperti tonsilitis, faringitis segera dapat diatasi. Kalau kondisi tersebut tidak terjadi, anak dapat mudah mengalami keterlambatan pertumbuhan misalnya berat badan yang kurang karena tidak cukup asupan nutrisi sebagai dampak anoreksia, tinggi badan yang kurang dari umur semestinya sebagai akibat penurunan asupan nutrisi mineral. Selain gangguan pertumbuhan sebagai dampak kondisi di atas anak juga dapat mengalami gangguan perkembangan seperti penurunan kepercayaan diri akibat sering kambuhnya penyakit sehingga anak lebih banyak berdiam diri. Bersama ibunya kalau disekolah tidak mau berinteraksi dengan teman sebaya. Saat dirawat di rumah sakit, anak terlihat pendiam, sulit berinteraksi dengan orang yang ada disekitar, jarang menyentuh mainan. Kemungkinan juga dapat terjadi gangguan perkembangan yang lain seperti penurunan kemampuan motorik kasar seperti meloncat dan berlari (Riyadi, 2013).

4. Pengumpulan Data

- a. Identitas meliputi nama anak, umur, jenis kelamin, pendidikan, nama orang tua, agama, pendidikan, pekerjaan, dan alamat.

b. Keluhan utama yaitu kejang dan panas.

c. Riwayat penyakit sekarang meliputi :

1) Bangkitan Kejang

Karena pada ibu-ibu yang anaknya menderita panas tinggi, kadang-kadang bingung dan menganggap gerakan-gerakan yang dilakukan si anak sebagai bangkitan kejang si anak.

2) Demam

Pada umumnya yang menyebabkan terjadinya kejang adalah panas (suhu per rectal diatas 38°C) atau kenaikan suhu 1°C .

a) Lamanya Serangan

Sedangkan lamanya kejang sederhana berlangsung kurang lebih 15 menit.

b) Pola serangan ditandai dengan kekakuan otot, mata melotot, serta kebiruan.

c) Frekuensi serangan.

Setelah kejang demam pertama, $\pm 33\%$ anak akan mengalami satu kali frekuensi atau lebih, dan $\pm 9\%$ anak mengalami 3 kali frekuensi atau lebih.

d) Keadaan sebelum, selama dan sesudah serangan

Sebelum bangkitan kejang ada serangan tertentu yang dapat menimbulkan kejang, tetapi ada juga yang tanpa rangsangan.

Serangan kejang biasanya terjadi dalam 24 jam pertama sewaktu demam, berlangsung singkat. Umumnya kejang berhenti sendiri.

Begitu kejang berhenti anak tidak memberi reaksi apapun untuk

sejenak tetapi setelah beberapa detik atau menit akan terbangun dan sadar kembali tanpa adanya kelainan saraf (Arashi, 2015).

5. Riwayat Penyakit Dahulu

Anak dengan kejang demam biasanya didapatkan adanya problem masa neonatus, anak dalam perawatan khusus dan kadar natrium rendah.

6. Riwayat Penyakit Keluarga

Terdapat faktor riwayat kejang demam pada orang tua atau saudara kandung.

7. Riwayat Persalinan

a) *Prenatal care* : pada ibu hamil yang mengalami trauma, pre eklamsi, eklamsi, penggunaan obat-obatan akan mempunyai resiko bahwa bayinya mengalami kejang demam.

b) *Natal care* : proses kelahiran dengan dilakukan tindakan lain (forcep dan vakum) mempunyai resiko anak dengan kejang demam.

8. *Post natal care* : perawatan setelah kelahiran yang kurang baik berdampak buruk terhadap bayi.

9. Riwayat Imunisasi

imunisasi dasar seperti BCG, DPT, Polio, Campak, dan Hepatitis B harus sudah diberikan sebelum umur 12 bulan. Dari pemberian imunisasi ini umumnya menimbulkan panas pada tubuh bayi. Sehingga perlu diwaspadai tentang penyebab utama terjadinya panas.

10. Pola-pola Fungsi Kesehatan

a. Pola persepsi kesehatan

Menggambarkan persepsi klien dan penanganan kesehatan dan kesejahteraan.

b. Pola nutrisi dan metabolik

Menggambarkan masukan nutrisi : keseimbangan cairan dan elektrolit menurun karena luapan panas yang tinggi yang dapat menyebabkan dehidrasi, kondisi kulit kemerahan, rambut dan kuku, juga keadaan metabolisme tubuh meningkat.

c. Pola eliminasi

Menggambarkan pola fungsi ekskresi usus meningkat, kandung kemih : output urin menurun dan pekat.

d. Pola aktifitas dan latihan

Pola latihan dan aktifitas menurun karena keadaan klien yang lemas pasca kejang.

e. Pola tidur/istirahat

Menggambarkan pola tidur, istirahat, dan persepsi tentang tingkat energi.

f. Pola kognitif / perseptual

Menggambarkan pola pendengaran, penglihatan, pengecap, penghirup, persepsi nyeri, bahasa, memori, dan pengambil keputusan.

g. Pola persepsi diri/konsep diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan.

h. Pola peran/hubungan

Menggambarkan keefektifan peran dan hubungan dengan orang terdekat.

i. Pola seksualitas/reproduksi

Menggambarkan kepuasan atau masalah yang aktual dirasakan dengan seksualitas.

j. Pola coping/toleransi stress

Menggambarkan kemampuan untuk menangani stress dan pengulangan sistem pendukung.

k. Pola nilai/kepercayaan

Menggambarkan sistem spiritual, nilai, dan kepercayaan.

11. Pemeriksaan Umum

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

a. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Tanda-tanda mikro atau makro sepalidispersi, bentuk kepala, tanda-tanda kenaikan tekanan intrakarnial, yaitu ubun-ubun cembung, 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 dan wajah

Paralisis fasialis menyebabkan simetris wajah; sisi yang paresis tertinggal bila anak menangis atau tertawa sehingga wajah tertarik kesisi sehat, tanda

4) Mata

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

4) Telinga

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

5) Hidung

Pernapasan cuping hidung, polip yang menyumbat jalan nafas, keluar sekret konsistensinya, jumlahnya jika keluar sekret, taupun tanda-tanda adanya apneu.

6) Mulut

Tanda-tanda sianosis, stomatitis, jumlah gigi yang tumbuh, caries gigi, penutupa faring oleh lidah.

7) Tenggorokan

Tanda-tanda peradangan tonsil, tanda-tanda infeksi faring oleh lidah.

8) Leher

Tanda-tanda kaku kuduk, pembesaran kelenjar tiroid, pembesaran vena juguralis.

9) Thorax

Pada infeksi amati bentuk dada klien, bagaimana bergerak pernapasan, frekuensinya, iramanya, kedalaman, adakah retraksi intercostale, pada auskultasi, adakah suara nafas tambahan.

10) Jantung

Keadaan dan frekuensi jantung serta iramanya, bunyi tambahan, bradycardia atau takhykardia.

11) Abdomen

Distensi abdomen serta kekakuan otot pada abdomen, turgor kulit dan Paristaltik usus, tanda meteorismus, pembesaran lien dan hepar kulit.

12) Kulit

Keadaan kulit warnanya kemerahan, turgor kulit menurun, terdapat odema, hemangioma atau tidak.

13) Ekstremitas

Terdapat paralise trauma setelah terjadi kejang, suhunya pada daerah akral.

14) Genetalia

Kelainan bentuk odema, sekret yang keluar dari vagiana, tanda-tanda infeksi (Judha, 2012).

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan patofisiologi penyakit, dan manifestasi klinik yang muncul maka diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan kejang demam menurut (Riyadi, 2009 dan Nurarif, 2013) adalah:

1. Hipertermi berhubungan dengan infeksi kelenjar tonsil, telinga, bronkus atau pada tempat lain.
2. Risiko gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan oksigen darah.
3. Risiko gangguan perkembangan (kepercayaan diri. berhubungan dengan peningkatan frekuensi kekambuhan).
4. Risiko cedera (terjatuh, terkena benda tajam. berhubungan dengan penurunan respon terhadap lingkungan).

2.5.3 Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan yang diberikan pada pasien kejang demam berdasarkan diagnosa keperawatan adalah :

1. Hipertermi berhubungan dengan infeksi kelenjar tonsil, telinga, bronkus atau pada tempat lain.

Tujuan : *NOC Thermoregulation*

Kriteria Hasil :

- a. Suhu tubuh dalam rentang normal
- b. Nadi dan frekwensi pernapasan dalam rentang normal

- c. Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing

Rencana Tindakan :

NIC : Fever treatment

- 1) Kaji faktor – faktor terjadinya hiperthermi.
Rasional : Mengetahui penyebab terjadinya hiperthermi karena penambahan pakaian/selimut dapat menghambat penurunan suhu tubuh.
- 2) Observasi tanda – tanda vital tiap 4 jam sekali
Rasional : Pemantauan tanda vital yang teratur dapat menentukan perkembangan keperawatan yang selanjutnya.
- 3) Pertahankan suhu tubuh normal
Rasional : Suhu tubuh dapat dipengaruhi oleh tingkat aktivitas, suhu lingkungan, kelembaban tinggi akan mempengaruhi panas atau dinginnya tubuh.
- 4) Ajarkan pada keluarga memberikan kompres dingin pada kepala / ketiak .
Rasional : Proses konduksi/perpindahan panas dengan suatu bahan perantara.
- 5) Anjurkan untuk menggunakan baju tipis dan terbuat dari kain katun
Rasional : proses hilangnya panas akan terhalangi oleh pakaian tebal dan tidak dapat menyerap keringat.
- 6) Beri ekstra cairan dengan menganjurkan pasien banyak minum
Rasional : Kebutuhan cairan meningkat karena penguapan tubuh meningkat.
- 7) Batasi aktivitas fisik
Rasional : aktivitas meningkatkan metabolisme dan meningkatkan panas.

2. Risiko gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan oksigen darah.

NOC :

- a. Circulation status
- b. Tissue Prefusion :Cerebral

Kriteria Hasil :

Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan :

- a. Tekanan systole dandiastole dalam rentang yang diharapkan
- b. Tidak ada ortostatikhipertensi
- c. Tidk ada tanda tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg).

Mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan:

- a. Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan.
- b. Menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi.
- c. Memproses informasi.
- d. Membuat keputusan dengan benar.

Menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh : tingkat kesadaran mambaik, tidak ada gerakan gerakan involunter.

NIC :

Intrakranial PressureMonitoring (Monitor tekanan intrakranial)

- a. Berikan informasi kepada keluarga
- b. Monitor tekanan perfusi serebral
- c. Catat respon pasien terhadap stimuli
- d. Monitor tekanan intrakranial pasien dan respon neurology terhadap aktivitas

- e. Monitor jumlah drainage cairan serebrospinal
- f. Monitor intake dan output cairan
- g. Monitor laboratorium, WBC.
- h. Kolaborasi pemberian antibiotik
- i. Posisikan pasien pada posisi semifowler
- j. Minimalkan stimuli dari lingkungan

Peripheral Sensation Management (Manajemen sensasi perifer)

- a. Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lisi atau laserasi
 - b. Gunakan sarung tangan untuk proteksi
 - c. Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung
 - d. Monitor kemampuan BAB
 - e. Kolaborasi pemberian analgetik.
3. Risiko gangguan perkembangan (kepercayaan diri, berhubungan dengan peningkatan frekuensi kekambuhan).

NOC:

1. Growth and development delayed
2. Family coping
3. Breastfeeding ineffective
4. Nutritional status: nutrient intake
5. Parenting performance

Kriteria hasil

1. Pengetahuan orangtua terhadap perkembangan anak meningkat
2. Berat Badan sama dengan index masa tubuh

3. Perkembangan sesuai umur
4. Fungsi gastrointestinal adekuat
5. Makanan dan asupan cairan bergizi

NIC : *Pendidikan orang tua: masa bayi*

1. Ajarkan kepada orangtua tentang penanda perkembangan normal
 2. Demonstrasikan aktivitas yang menunjang perkembangan
 3. Tekankan pentingnya perawatan prenatal sejak dini
 4. Ajarkan ibu mengenai pentingnya berhenti mengkonsumsi alkohol, merokok, dan obat-obatan selama kehamilan.
 5. Ajarkan tentang perilaku yang sesuai dengan usia anak.
4. Risiko cedera (terjatuh, terkena benda tajam. berhubungan dengan penurunan respon terhadap lingkungan).

NOC : *risk kontrol*

Kriteriahasil :

1. klien terbebas dari cedera
2. mampu memodifikasi gaya hidup untuk mencegah cedera
3. menggunakan fasilitas kesehatan yang ada
4. mampu mengenali perubahan status kesehatan

NIC: *Manajemen lingkungan*

1. sediakan lingkungan yang aman
2. identifikasi kebutuhan keamanan, sesuai kondisi fisik

3. memasang side rail (pagar pengaman) tempat tidur
4. membatasi pengunjung
5. menganjurkan keluarga untuk menemani pasien
6. memindahkan barang-barang yang dapat membahayakan

2.5.4 Penatalaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan 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 (Nugroho, 2011).

2.5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan penelitian 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 merumuskan rencana tindakan keperawatan selanjutnya (Nikmatur, 2012).

Mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP Pengertian SOAP adalah sebagai berikut:

S : Data Subyektif

Keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

O : Data Objektif

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

A : Analisis

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

P : Planning

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