

BAB II

TINJUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit

1. Definisi

Kejang merupakan suatu perubahan fungsi pada otak secara mendadak dan sangat singkat atau sementara yang dapat disebabkan oleh aktifitas yang abnormal serta adanya pelepasan listrik serebal yang sangat berlebihan. Demam merupakan salah satu bentuk pertahanan tubuh terhadap masalah yang terjadi dalam tubuh. Demam pada umumnya tidak berbahaya, tetapi bila demam tinggi dapat menyebabkan masalah serius pada anak. Masalah yang sering terjadi pada kenaikan suhu tubuh diatas 38°C yaitu kejang demam (Ngastiyah, 2012).

Menurut Wulandari & Erawati (2016) Kejang Demam merupakan kelainan neurologis yang paling sering ditemukan pada anak, terutama pada golongan anak umur 6 bulan sampai 4 tahun. Kejang demam merupakan gangguan transien (timbul sepiintas/mendadak) pada anak yang terjadi bersamaan dengan demam. Keadaan ini merupakan salah satu gangguan neurologik yang paling sering dijumpai pada masa kanak-kanak dan menyerang sekiatar 4% anak (Wong, 2009). Kejang demam terjadi pada kenaikan suhu tubuh rectal diatas 38°C yang biasanya disebabkan oleh proses ekstrakranium sering terjadi pada anak, terutama pada penggolongan anak umur 6 bulan sampai 4 tahun (Ridha, 2014).

Dampak kejang demam pada anak mengakibatkan efek yang sangat buruk bagi anak, terutama untuk kecerdasan dan perkembangan anak. Salah satu cara untuk mencegah kejang demam berulang adalah dengan memberikan edukasi kesehatan kepada ibu untuk meningkatkan pengetahuan ibu sehingga sikap ibu akan berubah kearah positif (Jayanti, Nani, Allenidekania, 2020).

2. Klasifikasi Kejang Demam

Klasifikasi kejang demam dibagi menjadi 2 yaitu :

a. Kejang demam sederhana

Kejang demam yang berlangsung singkat kurang dari 15 menit, dan umumnya akan berhenti sendiri. Kejang berbentuk tonik dan klonik, tanpa gerakan fokal. Kejang tidak berlangsung dalam waktu 24 jam.

b. Kejang demam kompleks

Kejang lama lebih dari 15 menit, kejang fokal atau persial, kejang berulang atau lebih dari 1 kali dalam 24 jam.

(Wulandari & Erawati, 2016)

3. Etiologi

Hingga kini belum diketahui pasti penyebab kejang demam. Demam sering disebabkan infeksi saluran pernafasan atas, otitis media, pneumonia, dan infeksi saluran kemih (Lestari, 2016). Menurut Ridha (2014) mengatakan bahwa faktor risiko terjadinya kejang demam diantaranya yaitu faktor genetika, demam, gangguan metabolisme, faktor prenatal, trauma atau gangguan sirkulasi.

4. Patofisiologi

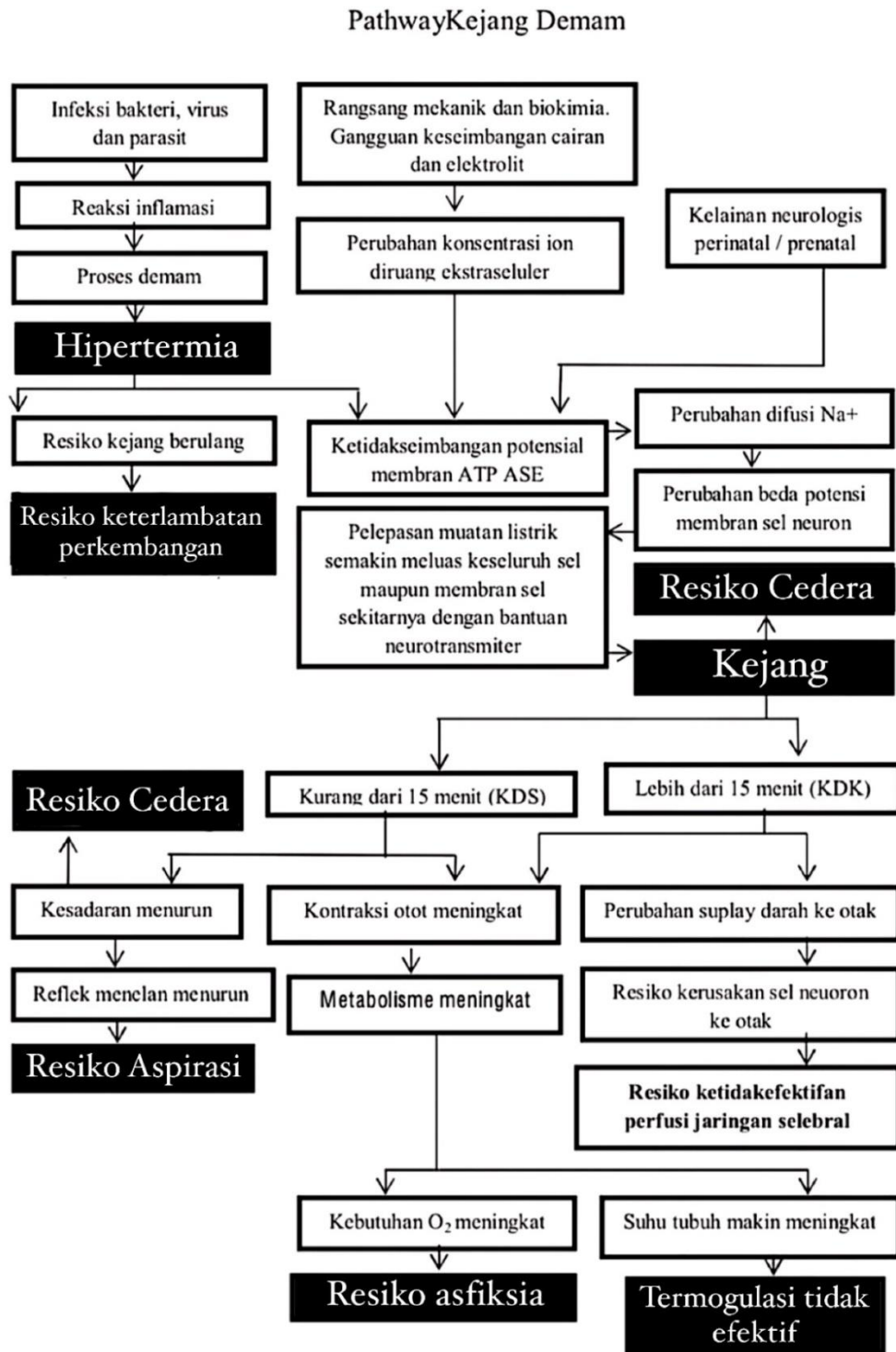
Sumber energi otak adalah glukosa yang melalui proses oksidasi dipecah menjadi CO₂ dan air. Sel dikelilingi oleh membran yang terdiri dari permukaan dalam yaitu lipoid dan permukaan luar yaitu ionic. Dalam keadaan normal membran sel neuron dapat dilalui dengan mudah ion kalium (K⁺) dan sangat sulit dilalui oleh ion Natrium (Na⁺) dan elektrolit lainnya, kecuali ion klorida (Cl). Akibatnya konsentrasi ion K⁺ dalam sel neuron tinggi dan konsentrasi Na⁺ rendah, sedangkan diluar sel neuron terdapat keadaan sebaliknya.

Karena perbedaan jenis dan konsentrasi ion di dalam dan luar sel, maka terdapat perbedaan potensial membran yang disebut potensial membrane dari neuron. Untuk menjaga keseimbangan potensial membran diperlukan energi dan bantuan enzim Na-K ATP-ase yang terdapat pada permukaan sel.

Keseimbangan potensial membrane ini dapat diubah oleh : Perubahan konsentrasi ion diruang ekstraseluler, Rangsangan yang datang mendadak misalnya mekanisme, kimiawi atau aliran listrik dan sekitarnya, Perubahan patofisiologi dan membran sendiri karena penyakit atau keturunan.

Pada keadaan demam kenaikan suhu 1°C akan mengakibatkan kenaikan metabolisme basal 10-15% dan kebutuhan oksigen akan meningkat 20%. Pada anak 3 tahun sirkulasi otak mencapai 65% dari seluruh tubuh dibandingkan dengan orang dewasa hanya 15%. Oleh karena itu kenaikan suhu tubuh dapat mengubah keseimbangan dari membran neuron dan dalam waktu yang singkat terjadi difusi dari ion kalium maupun ion natrium akibat terjadinya lepas muatan listrik. Lepas muatan listrik ini demikian besarnya sehingga dapat meluas keseluruhan tubuh sel maupun ke membran sel disekitarnya dengan bantuan “neurotransmitter” dan terjadi kejang. Tiap anak mempunyai ambang kejang yang berbeda dan tergantung tinggi rendahnya ambang kejang seseorang anak akan menderita kejang pada kenaikan suhu tertentu (Lestari, 2006 & Ngastiyah, 2012).

Kejang demam yang berlangsung singkat pada umumnya tidak berbahaya dan tidak meninggalkan gejala sisa. Tetapi kejang demam yang berlangsung lama (lebih dari 15 menit) biasanya disertai apnea, meningkatnya kebutuhan oksigen dan energi untuk kontraksi otot skeletal yang akhirnya terjadi hipoksemia, hiperkapnia, asidosis laktat disebabkan oleh metabolisme anerobik, hipotensi artenal disertai denyut jantung yang tidak teratur dan suhu meningkat yang disebabkan makin meningkatnya aktifitas otot dan mengakibatkan metabolisme otak meningkat. Rangkaian kejadian diatas adalah faktor penyebab hingga terjadinya kerusakan neuron otak selama berlangsung kejang (Lestari, 2006 & Ngastiyah, 2012).



Sumber : Nurarif & Kusuma (2013)

Gambar 2.1. Pathway Kejang Demam

5. Manifestasi Klinis

Kejang demam biasanya terjadi pada awal demam. Saat kejang, anak akan terlihat aneh untuk beberapa saat, hilang kesadaran, tangan dan kaki kaku, tersentak-sentak atau kelonjotan, dan mata berputar-putar sehingga hanya putih mata yang terlihat. Anak tidak responsive untuk beberapa waktu, napas akan terganggu dan kulit akan tampak gelap dari biasanya. Namun, tidak beberapa lama kemudian, anak akan segera normal kembali (Sudarmoko, 2017).

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk pasien kejang demam yaitu:

a. Pemeriksaan laboratorium

Bertujuan untuk mengevaluasi sumber infeksi penyebab demam atau keadaan lain misalnya gastroenteritis, dehidrasi disertai demam. Pemeriksaan laboratorium antara lain pemeriksaan darah lengkap, elektrolit serum (terutama pada anak yang mengalami dehidrasi. Kadar gula darah, serum kalsium, fosfor, magnesium, kadar BLOOF Urea Nitrogen (BUN) dan urinalisis. Pemeriksaan lain yang mungkin dapat membantu adalah kadar antikonvulsan dalam darah pada anak yang mendapat pengobatan untuk gangguan kejang serta pemeriksaan kadar gula darah bila terdapat penurunan kesadaran berkepanjangan setelah kejang (Arief, 2015).

b. Pungsi lumbal

Pada anak kejang demam sederhana yang berusia <18 bulan sangat disarankan untuk dilakukan observasi dan pemeriksaan lebih lanjut seperti pungsi lumbal karena merupakan pemeriksaan cairan serebrospinal yang dilakukan untuk menegakkan atau menyingkirkan kemungkinan meningitis serta pada anak yang memiliki kejang demam kompleks (karna lebih banyak yang berhubungan dengan meningitis) dapat dilakukan pemeriksaan pungsi lumbal dan dilakukan pada anak usia 12 bulan karena tanda dan gejala klinis kemungkinan meningitis pada usia ini minimal bahkan dapat tidak adanya gejala. Pada bayi dan anak dengan kejang demam yang telah terapi antibiotik, pungsi lumbal

merupakan indikasi penting karena pengobatan antibiotik sebelumnya dapat menutupi gejala meningitis (Ikatan Dokter Anak Indonesia, 2016).

7. Komplikasi

Komplikasi kejang demam menurut Waskitho (2013) adalah:

a. Kerusakan neurotransmitter

Lepasnya muatan listrik ini demikian besarnya sehingga dapat meluas keseluruh sel maupun membran sel yang menyebabkan kerusakan pada neuron.

b. Epilepsi

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

c. Kelainan anatomi di otak

Serangan kejang yang berlangsung lama dapat menyebabkan kelainan di otak yang lebih banyak terjadi pada anak berumur 4 bulan sampai 5 tahun.

d. Kecacatan atau kelainan neurologis karena disertai demam

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan kejang demam :

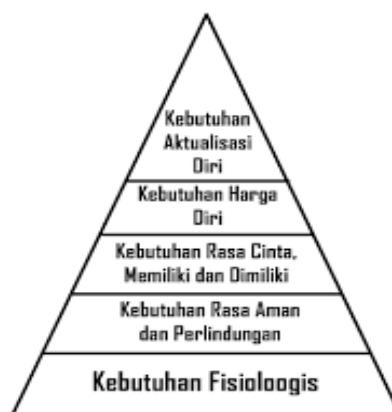
a. Penatalaksanaan keperawatan menurut Wulandari & Erawatii (2016)

- 1) Saat terjadi serangan mendadak yang harus diperhatikan pertama kali adalah ABC (Airway, Breathing, Circulation)
- 2) Setelah ABC aman baringkanlah pasien ditempat yang rata untuk mencegah terjadinya perpindahan psosisi tubuh kearah Danger
- 3) Kepala dimiringkan dan pasang sundip lidah yang sudah dibungkus kasa
- 4) Singkirkan benda-benda yang ada disekitar pasien yang bisa menyebabkan bahaya
- 5) Lepaskan pakaian yang mengganggu pernapasan

- 6) Bila suhu tinggi berikan kompres hangat
 - 7) Setelah pasien sadar dan terbangun berikan minum air hangat
 - 8) Jangan berikan selimut tebal karena uap panas akan sulit dilepaskan
- b. Penatalaksanaan medis untuk pasien kejang demam menurut Ngastiyah (1997: 232-235)
- 1) Segera berikan diazepam intravena dosis rata rata 0,3 mg/kg
 - 2) Diazepam rektal dosis ≤ 10 kg = 5 mg/kg
 - 3) Paracetamol 10mg/kgBB/kali kombinasi diazepam oral 0,3mg/kgBB
 - 4) Memberikan cairan yang cukup bila kejang berlangsung cukup lama (>10 menit) dengan IV : D5 $\frac{1}{4}$, D5 $\frac{1}{5}$ RL

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Andina Vita Susanto & Yuni Fitriana (2017), Abraham Maslow mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah Hierarki Maslow yang meliputi lima kategori kebutuhan dasar yaitu : Kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman dan nyaman, kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki, kebutuhan akan harga diri, kebutuhan aktualisasi diri.



Sumber : Abraham Maslow dalam (Mubarak & Chayatin, 2007)

Gambar 2.2

Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow

Konsep Dasar Keamanan dan Proteksi

Menurut Potter and Perry (2006) keamanan bisa didefinisikan sebagai keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis, salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi. Dalam lingkungan pelayanan kesehatan memiliki rasa aman merupakan hal yang penting dalam perawatan pasien terutama bagi seorang perawat yang sudah tugasnya menjaga keamanan diri serta orang yang dirawat baik yang sakit maupun sehat yang berkaitan terhadap kehidupan dan kelangsungan pasien. Kenyamanan yaitu suatu kondisi mekanisme prolektif tubuh yang timbul bilamana jaringan mengalami kerusakan dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan tersebut.

Menurut PPNI (2017) diagnosa hipertermia masuk ke dalam kategori lingkungan dan sub kategori : keamanan dan proteksi. Hipertermia adalah keadaan suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh. Hipertermia terjadi karena adanya ketidakmampuan mekanisme kehilangan panas untuk mengimbangi produksi panas yang berlebihan sehingga terjadi peningkatan suhu tubuh. Jika panas yang berlebihan tersebut tidak ditangani dengan baik maka akan timbul kejang pada anak. Bagi pasien kejang demam dengan hipertermia selain keluarga harus diedukasi oleh perawat untuk mencegah agar suhu tubuh tidak naik, keluarga juga harus di edukasi bagaimana caranya menjaga keamanan dan proteksi lingkungan agar tidak terjadi komplikasi atau kejang berulang pada anak dan berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan anak tidak lagi dalam kondisi yang baik. Maka untuk mengatasi masalah tersebut, dibutuhkan perawatan yang cepat dan tepat yaitu memberikan pelayanan kesehatan yang komperhensif melalui 4 upaya kesehatan yang meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Lingkungan dapat mempengaruhi suhu tubuh manusia. Lingkungan yang aman akan mempengaruhi berkurangnya penyakit dan cedera serta mempercepat tindakan keperawatan pada pasien. Lingkungan yang aman merupakan salah satu kebutuhan dasar yang terpenuhi, bahaya pada fisik akan berkurang.

Pada anak dengan kejang demam kebutuhan dasar yang terganggu adalah :

a. Oksigenasi

Pada anak dengan kejang demam salah satu kebutuhan dasar yang terganggu adalah kebutuhan oksigenasi. Hal ini terjadi karena pada saat kejang terjadi inkoordinasi atau ketidakmampuan untuk mengkoordinasi tubuhnya sebagai akibat dari penurunan kesadaran, salah satu dampak dari kondisi tersebut diatas dapat menyebabkan lidah anak jatuh kebelakang sehingga terjadi obstruksi jalan nafas sehingga menghambat suplai oksigen keparu-paru. Jadi kebutuhan dasar fisiologis anak kejang demam yang terganggu adalah oksigenasi.

b. Cairan

Pada anak kejang demam dampak yang ditimbulkan dapat berupa penguapan cairan tubuh yang berlebihan sehingga terjadi kekurangan cairan dan kejang berulang jika tidak ditangani dengan cepat. Oleh karena itu pemantauan status cairan sangat diperlukan agar tidak adanya kejadian kejang berulang. Jadi kebutuhan dasar fisiologis anak kejang demam yang terganggu adalah cairan.

c. Suhu Tubuh

Pada anak kejang demam umumnya yang terjadi adalah perubahan suhu tubuh diluar rentang normal. Perubahan dapat berhubungan dengan produksi dan pengeluaran panas yang berlebihan, produksi panas minimal (gabungan perubahan tersebut). Sifat perubahan tersebut mempengaruhi masalah klinis yang dialami klien. Perubahan ini menyebabkan ketidakseimbangan suhu tubuh pada anak. Maka kebutuhan dasar rasa aman nyaman anak kejang demam yang terganggu adalah suhu tubuh.

d. Resiko Jatuh

Pada anak dengan kejang demam terjadi penurunan kesadaran dan ketidakmampuan anak untuk mengontrol dirinya seperti gerakan-gerakan yang tidak dapat dikendalikan sehingga dapat menyebabkan resiko cedera seperti jatuh dari tempat tidur, menjatuhkan barang-barang yang ada didekatnya, menggigit lidah. Jadi kebutuhan dasar rasa aman nyaman anak kejang demam yang terganggu adalah kemandirian dan keselamatan anak.

C. Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu pendekatan untuk pemecahan masalah yang membuat perawat dapat merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan. Tahapannya meliputi : pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. (Potter dan Perry, 1997)

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien agar dapat mengidentifikasi masalah-masalah kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. Pengkajian yang lengkap, akurat, sesuai kenyataan, kebenaran data sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu. Pengkajian yang sistematis dalam keperawatan dibagi dalam lima tahap kegiatan, meliputi pengumpulan data, analisis data, sistematika data, penentuan masalah, dan dokumentasi data. Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan proses sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Iyer et.al.,2005)

Tujuan pengkajian menurut Dermawan (2012) adalah untuk memperoleh informasi tentang keadaan kesehatan pasien, untuk menentukan masalah keperawatan dan kesehatan pasien, untuk menilai keadaan kesehatan pasien, untuk membuat keputusan yang tepat dalam menentukan langkah-langkah berikutnya.

Pengkajian pada anak kejang demam dengan peningkatan suhu tubuh menurut Lestari (2016) meliputi : Observasi manifestasi klinis demam, riwayat kejang, peningkatan suhu tubuh diatas rentang normal, kulit kemerahan, kulit teraba hangat, peningkatan frekuensi pernafasan, dan takikardia.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Tarwonto dan Wartoh (2011) diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah aktual atau resiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan yang mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan yang ada pada tanggung jawabnya.

Kemungkinan masalah keperawatan yang muncul adalah :

- a. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)
- b. Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan keabnormalan masa protombin dan/atau masa tromboplastin parsial
- c. Resiko cedera ditandai dengan perubahan fungsi psikomotor
- d. Resiko gangguan perkembangan ditandai dengan infeksi

3. Rencana keperawatan

Perencanaan merupakan keputusan awal tentang apa yang akan dilakukan, bagaimana, kapan itu dilakukan, dan siapa yang akan melakukan kegiatan tersebut. Rencana keperawatan yang memberikan arah pada kegiatan keperawatan (Santosa. NI, 1998;160)

Rencana Keperawatan

Tabel 2.1
Rencana Keperawatan Pasien dengan Hipertermia pada Kasus Kejang Demam

Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan	
	SLKI	SIKI
1	2	3
Hipertermia b.d Infeksi d.d suhu tubuh diatas nilai normal, kulit merah, kejang, kulit terasa hangat	<p>Termoregulasi (L.14134)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan termoregulasi klien membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh normal 2. Kulit tidak ada kemerahan 3. Tidak kejang 	<p>Manajemen Hipertermia (I.15506)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermia (misalnya dehidrasi) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor komplikasi akibat hipertermia <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Longgarkan atau lepaskan pakaian 2. Berikan cairan oral 3. Sediakan lingkungan yang dingin 4. Basahi dan kipasi permukaan tubuh <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena

1	2	3
		Regulasi Temperatur (I.14578) Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tekanan darah, frekuensi napas dan nadi 2. Monitor suhu kulit
Ketidakefektifan perfusi serebral tidak efektif d.d keabnormalan masa protombin dan/atau masa tromboplastin parsial	Perfusi Serebral (L.02014) Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral klien membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Fungsi kognitif meningkat 3. Tidak gelisah 4. Tidak cemas 5. Tidak demam 	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis.tekanan darah, nadi, dan kesadaran) 2. Monitor status pernafasan 3. Monitor intake dan output cairan Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi semifowler 3. Cegah terjadinya kejang 4. Pertahankan suhu tubuh normal

1	2	3
<p>Risiko cedera d.d perubahan fungsi psikomotor</p>	<p>Tingkat Cedera (L.14136) Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat cedera klien menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada kejadian cedera 2. Tidak ada luka/lecet 3. Tidak ada fraktur 4. Tidak ada gangguan mobillitas 5. Tidak ada gangguan kognitif 	<p>Pencegahan Cedera (I.14537)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat (misalnya lokasi kamar mandi) 2. Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau 3. Pastikan roda tempat tidur atau kursi roda dalam kondisi terkunci 4. Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan 5. Diskusikan bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien 6. Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, sesuai kebutuhan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga

1	2	3
Resiko keterlambatan perkembangan d.d infeksi	<p>Status Perkembangan (L.10101) Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat status perkembangan klien membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keterampilan/perilaku sesuai usia meningkat 2. Kemampuan melakukan perawatan diri meningkat 3. Respon social meningkat 4. Kontak mata meningkat 5. Tidak mudah marah 6. Afek membaik 	<p>Perawatan perkembangan (I.10329)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pencapaian tugas perkembangan anak <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meminimalkan kebisingan ruangan 2. Pertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan optimal 3. Motivasi anak berinteraksi dengan anak lain 4. Pertahankan kenyamanan anak 5. Fasilitasi anak melatih keterampilan pemenuhan kebutuhan secara mandiri (misalnya makan, sikat gigi, cuci tangan, memakai baju) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan orangtua berinteraksi dengan anaknya 2. Ajarkan anak keterampilan berinteraksi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rujuk untuk konseling

1	2	3
		Promosi Perkembangan Anak (I.10340) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebutuhan khusus anak dan kemampuan adaptasi anak Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukung anak berinteraksi dengan anak lain 2. Fasilitasi hubungan anak dengan teman sebaya 3. Berikan mainan yang sesuai dengan usia anak

4. Implementasi

Implementasi merupakan tahap setelah perawat menyusun rencana keperawatan dalam bentuk intervensi yang dapat mencapai tujuan dan hasil yang diinginkan untuk mendukung dan meningkatkan status kesehatan klien. (Setiadi, 2012)

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan aktif dari proses keperawatan, dimana perawat menilai sejauh mana masalah dapat diatasi. Disamping itu perawat juga memberikan umpan balik atau pengkajian ulang seandainya tujuan yang ditetapkan belum tercapai, maka dalam hal ini proses keperawatan dapat dimodifikasi (Mityani, 2009).