

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Kejang demam didefinisikan sebagai kejang yang terjadi akibat peningkatan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38°C) dari proses ekstrakranial. Kejang demam merupakan kejang yang paling sering terjadi pada anak-anak. Dari 2 hingga 5% anak di bawah 5 tahun mengalami demam, dan insiden puncaknya terjadi pada usia 17 hingga 23 bulan. Secara umum, prognosis kejang demam baik, tetapi sekitar 30% sampai 35% anak yang mengalami kejang pertama akan mengalami kejang demam berulang (Rasyid *et al.*, 2019).

Kejang demam terjadi pada kenaikan suhu 38°C, yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranium, biasanya terjadi pada usia 3 bulan – 5 tahun. Kejang demam merupakan kelainan neurologis yang paling sering dijumpai pada anak, terutama pada anak umur 6 bulan sampai 4 tahun. Hampir 3% dari anak yang berumur dibawah 5 tahun pernah menderita kejang demam. Kejang demam dibagi menjadi dua yaitu kejang demam sederhana dan kejang demam kompleks. kejang yang timbul pada waktu demam yang tidak disebabkan oleh proses di dalam kepala (otak: seperti meningitis atau radang selaput otak, ensefalitis atau radang otak) tetapi diluar kepala misalnya karena ada nya infeksi di saluran pernapasan, telinga atau infeksi di saluran pencernaan. Biasanya dialami anak usia 6 bulan sampai 5 tahun (Kakalang *et al.*, 2016).

Kejang demam merupakan kelainan neurologis yang paling sering terjadi pada anak, 1 dari 25 anak akan mengalami satu kali kejang demam. Hal ini dikarenakan, anak yang masih berusia dibawah 5 tahun sangat rentan terhadap berbagai penyakit disebabkan sistem kekebalan tubuh belum terbangun secara sempurna responden yang paling banyak mengalami demam adalah umur 1- 3 tahun, Penanganan terhadap kejang

demam dapat dilakukan dengan tindakan farmakologis, tindakan non farmakologis maupun kombinasi keduanya. Tindakan farmakologis yaitu memberikan obat antipiretik. Sedangkan tindakan non farmakologis yaitu tindakan tambahan dalam menurunkan panas setelah pemberian obat antipiretik. Tindakan non farmakologis antara lain memberikan minuman yang banyak, ditempatkan dalam ruangan bersuhu normal, menggunakan pakaian yang tidak tebal, dan memberikan kompres hangat. Kompres hangat adalah tindakan dengan menggunakan kain atau handuk yang telah dicelupkan pada air hangat, yang ditempelkan pada bagian tubuh tertentu sehingga dapat memberikan rasa nyaman dan menurunkan suhu tubuh (Kakalang *et al.*, 2016).

Faktor yang penting pada kejang demam ialah demam, usia, genetik, prenatal dan perinatal. Demam sering disebabkan infeksi saluran pernapasan atas, otitis media, pneumonia, gastroenteritis dan infeksi saluran kemih. Pneumonia adalah infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli) dan mempunyai gejala batuk, sesak nafas, ronki, dan infiltrat pada foto rontgen. Suara ini dapat digambarkan sebagai bunyi bergelombang yang dihasilkan dari tekanan aliran udara yang melewati mukosa bronkus yang mengalami pembengkakan tidak merata. Suara ini dapat digambarkan sebagai bunyi bergelombang yang dihasilkan dari tekanan aliran udara yang melewati mukosa bronkus yang mengalami pembengkakan tidak merata (Hidayani *et al.*, 2016).

2. Klasifikasi

Klasifikasi menurut Perdana (2019) menjadi dua yaitu kejang demam sederhana dan kejang demam kompleks:

a. Kejang Demam Sederhana

Berlangsung cepat (kurang dari 15 menit), wujud kejang tonik atau klonik, dan tidak kembali terjadi kurun waktu 24 jam, dan pulih dengan spontan. Kejang demam sederhana merupakan 80% di antara seluruh kejang demam.

b. Kejang Demam Kompleks

Berjalan lamban, kejang fokal, atau parsial satu sisi atau kejang umum yang didahului kejang parsial. Durasinya lebih dari 15 menit dan berulang atau lebih dari 1 kali kejang selama 24 jam.

3. Etiologi

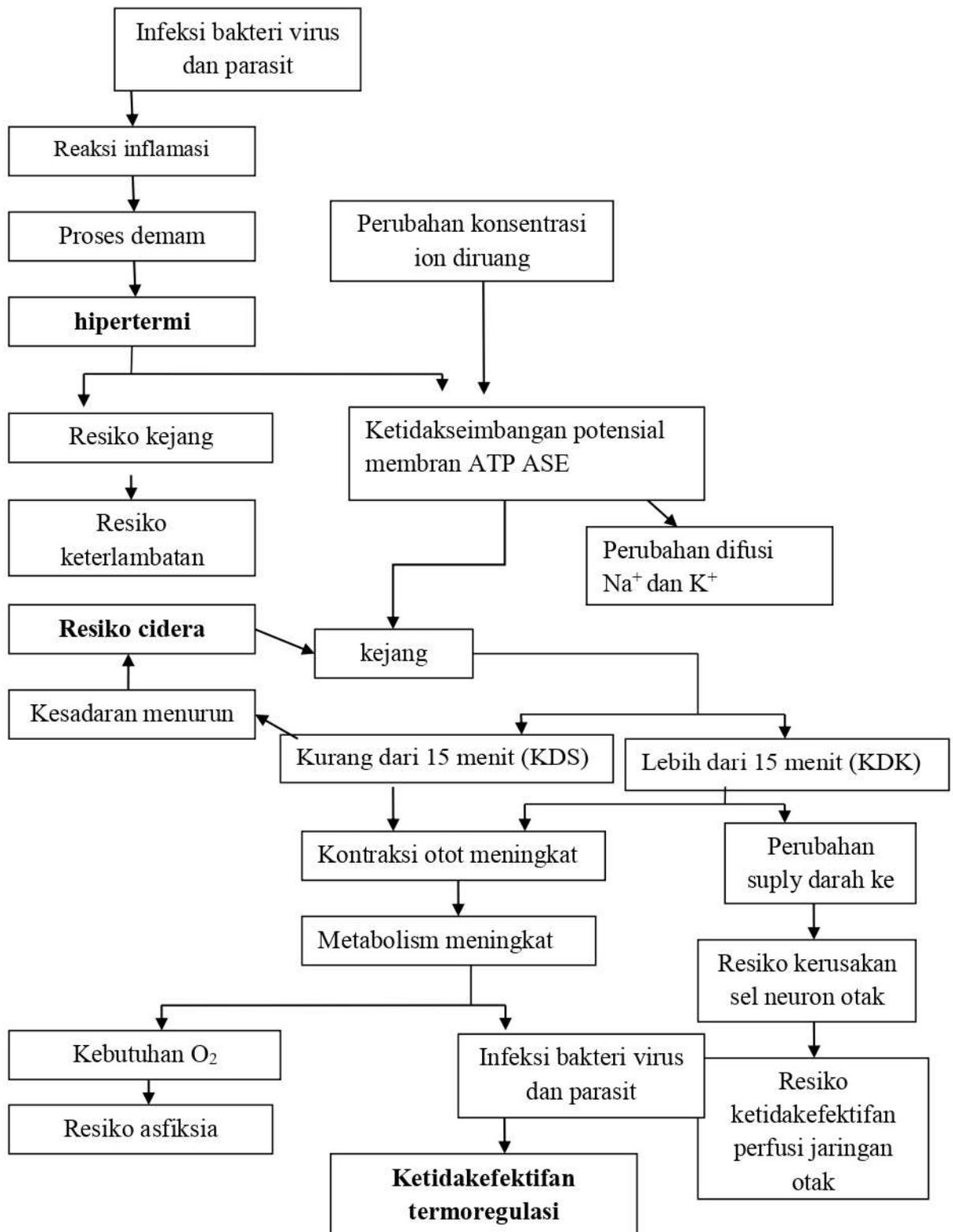
Kejang disebabkan oleh penembakan paroksismal yang berlebihan dari populasi neuron yang sangat tereksitasi yang memengaruhi fungsi otak normal, dan juga dapat diakibatkan oleh keseimbangan asam-basa atau elektrolit yang abnormal. Kejang sendiri juga bisa menjadi manifestasi berbahaya dari kondisi medis yang mendasarinya. Beberapa faktor risiko kekambuhan epilepsi antara lain riwayat keluarga kejang, berusia kurang dari 18 bulan, memiliki suhu tinggi sebelum kejang epilepsi, semakin tinggi suhu sebelum kejang demam, semakin kecil kemungkinan kejang kembali, durasi demam. sebelum serangan epilepsi. sebuah kejadian Semakin pendek interval antara timbulnya demam dan serangan, semakin besar risiko serangan demam berulang Faktor keturunan dari serangan demam adalah salah satu penyebab yang disebut serangan demam. Anak yang mengalami kejang demam merupakan faktor risiko terjadinya kejang demam pertama yaitu ibu kandung dan ayah kandung atau saudara kandung (Perdana, 2019).

4. Patofisiologi

Pada kasus demam, kenaikan suhu 1 C meningkatkan metabolisme dan meningkatkan kebutuhan O₂. Pada anak usia 3 tahun, aliran darah serebral seluruh tubuh dibandingkan dengan aliran darah serebral orang dewasa, sehingga peningkatan suhu tubuh dapat mengubah keseimbangan membran sel neuron, dan difusi kalium dan kalium . terjadi dalam waktu singkat. Ion natrium melintasi membran listrik. Dengan bantuan "neurotransmitter", perubahan mendadak ini bisa memicu kejang. Setiap anak memiliki suhu ambang kejang yang berbeda bisa 38°C tetapi ada juga yang baru mengalami kejang ketika derajat demam di angka 40°C. Suhu tubuh merupakan suhu tubuh pasien saat datang ke rumah sakit dilihat dari

temperatur $<38^{\circ}\text{C}$ atau $\geq 38^{\circ}\text{C}$. Adanya riwayat kejang atau tidak, kejang umum merupakan jenis kejang yang lebih banyak ditemukan pada pasien kejang demam. Berdasarkan klasifikasi kejang demam, didapatkan lebih banyak yang mengalami kejang demam sederhana suhu tubuh berada pada angka atau $\geq 38^{\circ}\text{C}$. Suhu tubuh $\geq 38^{\circ}\text{C}$ lebih banyak ditemukan pada pasien kejang demam saat datang ke rumah sakit.

Kejang Demam jangka pendek biasanya tidak berbahaya dan tidak meninggalkan bekas. Namun kejang yang lebih lama (lebih dari 15 menit) biasanya disertai dengan apnea, yang meningkatkan kebutuhan oksigen dan energi untuk kontraksi otot, yang pada akhirnya menyebabkan detak jantung tidak teratur dan peningkatan suhu tubuh akibat aktivitas otot yang meningkat, yang pada akhirnya menyebabkan peningkatan metabolisme di otak (Anggraini & Hasni, 2022).



Sumber: (Angraini & Hasni, 2022)

Gambar 2. 1
Pathway kejang demam

5. Tanda dan gejala

Kejang terjadi pada bayi dan anak-anak, paling sering dikombinasikan dengan kenaikan suhu tubuh yang tinggi dan cepat, akibat infeksi di luar sistem saraf pusat, seperti tonsilitis, otitis media, mediastinitis akut, bronkitis, furunkulosis dan lain-lain. Kejang biasanya terjadi dalam 24 jam pertama demam, berumur pendek, dan mungkin tonik-klonik, fokal, atau akinetik. Kejang biasanya berhenti dengan sendirinya. Setelah kejang berakhir, anak tidak responsif untuk sementara, tetapi setelah beberapa detik atau menit, anak bangun dan sadar kembali tanpa gangguan neurologis. Pengobatan pasien dengan kejang demam (Maghfirah & Namira, 2022).

6. Pemeriksaan penunjang

Menurut Maghfirah & Namira (2022) Pemeriksaan penunjang terdiri dari:

- a. pemeriksaan laboratorium berupa pemeriksaan darah tepi lengkap, elektrolit, dan glukosa darah dapat dilakukan walaupun kadang tidak menunjukkan kelainan yang berarti.
- b. Indikasi lumbal pungsi pada kejang demam adalah untuk menegakkan atau menyingkirkan kemungkinan meningitis. Indikasi lumbal pungsi pada pasien dengan kejang demam meliputi:
 - 1) Bayi <12 bulan harus dilakukan lumbal pungsi karena gejala meningitis sering tidak jelas
 - 2) Bayi antara 12 bulan – 1 tahun dianjurkan untuk melakukan lumbal pungsi kecuali bukan meningitis
 - a) Pemeriksaan EEG dapat dilakukan pada kejang demam yang tidak khas
 - b) Pemeriksaan foto kepala, CT scan atau MRI direkomendasikan untuk kasus kejang fokal untuk mencari lesi organik di otak.

7. Penatalaksanaan

a. Pengobatan fase akut

Pada waktu kejang pasien dimiringkan untuk mencegah aspirasi ludah atau muntahan, dan buka semua pakaian yang ketat. Jalan nafas harus bebas agar oksigenisasi terjamin. Perhatikan keadaan vital seperti kesadaran, tekanan darah, suhu, pernapasan dan fungsi jantung. Suhu tubuh yang tinggi di turunkan dengan kompres air hanga. Menganjurkan keluarga kompres menggunakan air hangat di dahi Kompres adalah tindakan alternative yang sering di gunakan. Kompres dilakukan bukan untuk keadaan darurat bila anak demam. Kompres dipakai untuk membantu penurunan suhu tubuh disamping pemberian obat penurun panas. Jika anak panas tinggi, yang pertama dilakukan bukan kompres tapi memberikan obat penurun panas. Bila suhu tubuh anak tetap tinggi, barulah dibantu dengan kompres. Jika cukup dengan obat, tidak perlu dilakukan kompres atau pemberian antipiretik. Obat yang paling cepat menghentikan kejang adalah diazepam yang diberikan intravena (Windawati & Alfiyanti, 2020).

b. Terapi Obat

Pemberian antipiretik dan diazepam secara IV diberikan diazepam secara oral dengan 0,3-0,5mg/kg BB/hari dibagi dalam 3 dosis saat pasien demam. Diazepam juga dapat diberikan secara intrarektal setiap 8 jam sebanyak 5 mg (BB<10kg) dan 10 mg (BB>10kg) setiap pasien menunjukkan suhu >38,5°C. Paracetamol merupakan obat analgesic antipiretik lini pertama untuk penatalaksanaan demam dan nyeri pada bayi dan anak-anak, berdasarkan pedoman nasional dan internasional menurut *World Health Organization* (WHO) Diazepam 5 mg yang diberikan secara suppositoria sebagai tatalaksana awal untuk menghentikan kejang merupakan tindakan tepat. Hal ini dimaksudkan agar kejang dapat segera dihentikan. Dosis diazepam per rektal yang dapat digunakan adalah 5 mg untuk berat badan kurang dari 10 kg. Pemberian terapi nebulizer merupakan pemberian obat secara langsung ke dalam saluran

nafas melalui penghisapan, dengan keuntungan berupa obat bekerja langsung pada saluran nafas, onset kerjanya cepat, dosis yang digunakan kecil, serta efek samping yang minimal karena konsentrasi obat di dalam darah sedikit atau rendah (Khariroh Syamiratul, Satia Dede, 2019).

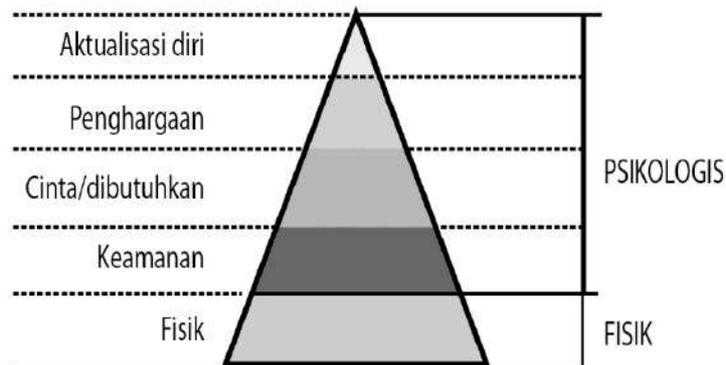
8. Komplikasi

Menurut Waskitho (2013) dalam Rizaldi (2019). Komplikasi yang dapat terjadi dari kejang demam jika tidak dapat ditangani dengan cepat dan tepat adalah:

- a. Kerusakan neurotransmitter. Lepasnya muatan listrik ini demikian besarnya sehingga dapat meluas keseluruh sel ataupun sel yang menyebabkan kerusakan pada neuron.
- b. Epilepsi. Kerusakan pada daerah media lobus temporalis setelah mendapat serangan kejang yang berlangsung lama dapat menjadi matang di kemudian hari sehingga terjadi epilepsi yang spontan.
- c. Kelainan anatomi di otak. Serangan yang berlangsung lama yang dapat menyebabkan kelainan di otak yang lebih banyak terjadi pada anak berumur 4 bulan sampai 5 tahun.
- d. Kecacatan atau kehilangan neurologi karena di sertai demam.

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan seseorang untuk menjaga keseimbangan fisiologis dan psikologis, yang tujuannya tentu saja adalah pelestarian kehidupan dan kesehatan. Menurut hierarki kebutuhan Abraham Maslow, kebutuhan dasar menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu kebutuhan fisiologis, keamanan, cinta, harga diri, dan pemenuhan.



Sumber: Maslow 1954 dalam (Nurwening & Herry, 2020)

Gambar 2. 2

Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan primer dan harus dipenuhi untuk mempertahankan homeostasis biologis dan kelangsungan hidup pada setiap manusia. Kebutuhan ini merupakan kebutuhan pokok, jika kebutuhan ini tidak terpenuhi dapat mempengaruhi kebutuhan lainnya. Perawat membantu setiap klien dari segala usia memenuhi kebutuhan fisiologis mereka. Memenuhi kebutuhan fisiologis lebih penting daripada kebutuhan tingkat tinggi lainnya. Kebutuhan fisiologis meliputi oksigen, cairan, nutrisi, eliminasi, istirahat, tidur, kebebasan dari rasa sakit, pengaturan suhu tubuh, dll. Ketika kebutuhan fisiologis ini terpenuhi, orang tersebut mencoba memenuhi kebutuhan lain yang lebih tinggi.

Teori Maslow tersebut menjelaskan kebutuhan dasar manusia yang dibagi atas tingkatan kebutuhan (*hierachy of needs*) dengan penjelasan sebagaimana berikut.

1. Pada tahap awal seseorang memerlukan kebutuhan dasar fisik untuk mempertahankan hidupnya, seperti bernafas, makan, minum, sex, tidur dan homeostatis⁵. Jenjang ini merupakan tahap penting agar manusia dapat tetap mempertahankan hidupnya sebelum naik ke jenjang kebutuhan berikutnya.
2. Tahap kebutuhan akan keamanan dapat berupa permintaan akan tersedianya jaminan terhadap lapangan kerja, akses ke sumber daya, moral, keluarga, kesehatan, dan kepemilikan (properti). Tahap ini merupakan kebutuhan dasar yang dijamin oleh negara agar masyarakat

merasakan bahwa negara benar-benar dapat menjamin kebutuhannya. Realisasinya dapat berupa pemberian jaminan kesehatan dan bahkan sampai dengan jaminan pendidikan.

3. Tahap kebutuhan akan cinta berupa kebutuhan akan persahabatan dan kekeluargaan. Ini tahap di mana seseorang sebagai makhluk sosial akan membutuhkan kehadiran orang lain dalam mengisi kehidupannya.
4. Tahap kebutuhan akan penghargaan berupa kebutuhan untuk mendapatkan penghargaan, keyakinan, pencapaian, menghormati orang lain, dan dihormati orang lain. Pada tahap ini seseorang memerlukan bentuk penghargaan tertentu untuk dapat diakui oleh komunitasnya yang membedakan dirinya dengan orang lain.
5. Tahap kebutuhan aktualisasi diri berupa moral, kreativitas, spontanitas, pemecahan masalah, berpikir positif, dan mau menerima fakta. Aktualisasi diyakini merupakan alasan adanya kebutuhan-kebutuhan dasar lain. Dalam teori ini, Maslow juga meyakini bahwa kreativitas adalah inti dari aktualisasi diri.

Pada pasien kejang demam gangguan kebutuhan yang mengganggu adalah Pengaturan suhu tubuh, terdiri dari tiga bagian yaitu reseptor sensoris yang paling banyak terdapat pada kulit. Bila kulit menjadi dingin melebihi suhu tubuh, maka ada tiga proses yang dilakukan untuk meningkatkan suhu tubuh. Ketiga proses tersebut yaitu menggigil untuk meningkatkan produksi panas, berkeringan untuk menghalangi kehilangan panas, dan vasokonstriksi untuk menurunkan kehilangan panas. Hipotalamus integrator sebagai pusat pengaturan suhu inti berada di preoptik area hipotalamus. Bila sensitif reseptor panas di hipotalamus dirangsang, efektor sistem mengirim sinyal yang memprakarsai pengeluaran keringat dan vasodilatasi perifer. Hal tersebut dimaksudkan untuk menurunkan suhu, seperti menurunkan produksi panas dan meningkatkan kehilangan panas. Efektor sistem yang lain adalah sistem saraf somatis. Bila sistem ini dirangsang, maka seseorang secara sadar membuat penilaian yang cocok misalnya mendekati kipas angin bila kepanasan. Peningkatan suhu tubuh juga dapat disebabkan oleh pirogen (virus, bakteri, jamur, dan beberapa antigen). Pirogen melepaskan racun endogen dan

eksogen yang akan menyebabkan sel darah putih bekerja dan merangsang pusat pengaturan suhu di hipotalamus.

Orang sakit membutuhkan istirahat dan tidur untuk mempercepat proses penyembuhan. Tidur adalah keadaan tidak sadar di mana persepsi dan respons seseorang terhadap lingkungan berkurang atau hilang dan dapat dibangunkan kembali dengan sensasi atau stimulasi yang tepat. Tujuan tidur manusia diperlukan untuk menjaga keseimbangan mental, emosional, fisiologis dan kesehatan (Nurwening & Herry, 2020).

C. Konsep Proses Keperawatan Penyakit Kejang Demam

1. Pengkajian

Menurut Jannah (2018) Pengkajian dalam proses keperawatan merupakan tahap awal dari semua proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi data pasien di rumah sakit, mengukur data, memvalidasi data, dan yang terakhir mendokumentasikan data yang diperoleh. Pengkajian juga bisa disebut dengan pengumpulan, pengaturan, validasi, dan mendokumentasikan data secara sistematis dan berkesinambungan.

a. Riwayat penyakit

Pada anak dengan kejang demam, riwayat yang khas adalah demam yang dialami anak. Saat memeriksa anak yang menderita kejang, riwayat kejang, perilaku anak saat kejang, jenis kejang, lama kejang, gerakan saat kejang harus diperiksa lebih detail.

b. Pemeriksaan tanda vital

Mengukur dan memantau tanda-tanda vital meliputi pengukuran frekuensi pernapasan, memonitor pola napas, nadi dan suhu tubuh yang bertujuan untuk memantau suhu tubuh dan frekuensi pernafasan klien supaya dalam batas normal. Menyediakan lingkungan yang dingin, melepaskan pakaian klien yang bertujuan untuk memberikan rasa nyaman kepada klien ketika seseorang melakukan pengecekan suhu tubuh sistem akan menampilkan secara langsung di LCD yang ada pada alat tersebut, dan sistem akan memberikan peringatan dalam

bentuk suara apabila suhu tubuh seseorang melebihi batas suhu tubuh yang sudah ditentukan dan memberikan pemberitahuan suhu tubuh seseorang tersebut dalam keadaan normal atau tidak. Pengukuran detak jantung dapat ditambahkan ke pemeriksaan denyut nadi untuk mengetahui apakah ada defisit denyut nadi, yaitu. detak jantung yang tidak cukup kuat untuk menimbulkan denyut sehingga detak jantung lebih tinggi dari detak jantung. Takikardia adalah kasus di mana detak jantung lebih cepat dari biasanya. Hipertermia dapat meningkatkan denyut jantung 15 sampai 20 kali per menit untuk setiap kenaikan suhu tubuh satu derajat Celcius. Kontrol suhu Pengukuran suhu dapat dilakukan melalui mulut, rektum dan ketiak, yang digunakan untuk menilai keseimbangan suhu tubuh dan menentukan deteksi dini penyakit.

c. Pengkajian fungsional

Pengkajian fungsional yang sering mengalami gangguan adalah terjadi penurunan kesadaran anak dengan tiba-tiba sehingga kalau dibuktikan dengan tes *Glasgow Coma Scala* (GCS) skor yang dihasilkan berkisar 5-10 dengan tingkat kesadaran dari apatis sampai samnolen atau mungkin koma. Kemungkinan ada gangguan jalan nafas yang dibuktikan dengan peningkatan frekuensi pernafasan > 30 x/menit dengan irama cepat dan dangkal, lidah terlihat menekuk menutup faring. Pada kebutuhan rasa aman nyaman anak mengalami gangguan kenyamanan akibat hipertermi, sedangkan keamanan terjadi ancaman karena anak mangalami kehilangan kesadaran yang tiba-tiba yang berisiko terjadi cedera fisik maupun fisiologi. Untuk pengkajian pola kebutuhan atau fungsi yang lain kemungkinan belum terjadi gangguan kalau ada mungkin sebatas ancaman seperti penurunan personal hygiene, aktifitas, intake nutrisi.

d. Pengkajian tumbuh kembang

Kejang demam tidak mempengaruhi tumbuh kembang anak selama kejang pada anak tidak terlalu sering (tidak lebih dari 4 kali dalam setahun) dan masih dalam batasan Livingstone. Pertumbuhan

tertunda, misal karena anoreksia, penurunan berat badan karena nutrisi yang tidak adekuat, defisiensi karena konsumsi mineral yang berkurang. Pada gangguan pertumbuhan, selain yang telah disebutkan di atas, gangguan perkembangan juga dapat terjadi misal. Hilangnya rasa percaya diri akibat penyakit kambuhan yang menyebabkan anak lebih banyak menghabiskan waktu berdua dengan ibunya di sekolah karena tidak mau berinteraksi dengan teman sebayanya. Saat dirawat di rumah sakit, anak tampak tenang, sulit berinteraksi dengan orang di sekitarnya, jarang menyentuh mainan.

2. Diagnosa keperawatan

Menurut Novieastari (2014) Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosis keperawatan sejalan dengan diagnosis medis sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosa medis Diagnosa yang muncul pada kasus anak dengan kejang demam yaitu:

- a. Hipertermi berhubungan proses penyakit.
- b. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Sekresi Yang Tertahan.
- c. Risiko jatuh berhubungan dengan penurunan respon terhadap lingkungan.
- d. Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan efek ketidakmampuan fisik ditandai dengan pertumbuhan fisik terganggu.
- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan menanyakan masalah yang dihadapi.

3. Rencana Keperawatan

Proses perencanaan meliputi perumusan tujuan dan menentukan intervensiintervensi yang tepat. Proses ini dimulai dengan membuat daftar semua masalah-masalah pasien dan mencari masukan dari pasien atau keluarganya tentang penentuan tujuan akhir yang dapat diterima dan dapat dicapai secara rasional. Pernyataan tujuan akhir harus dinyatakan dalam bentuk pernyataan yang dapat diukur, yang secara obyektif menunjukkan perkembangan terhadap pemecahan masalah yang ditemukan. Bagian lain dari perencanaan keperawatan adalah menentukan intervensi yang digunakan perawat dengan melibatkan pasien dan keluarga untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Nasution, 2020).

Rencana Keperawatan Pada Kasus Kejang Demam sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) terdapat pada table di bawah ini:

Tabel 2. 1
Rencana keperawatan Kasus Kejang Demam

Diagnosa keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3
Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan suhu tubuh diatas nilai normal	Termogulasi (L.14134) kriteria hasil : 1. Kejang menurun 2. Pucat menurun 3. Suhu tubuh membaik 36,5°C-37°C 4. Suhu kulit membaik	Manajemen hipertermia(L.15506) Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis.Dehidrasi) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urine Teraupetik 1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Longgarkan atau lepaskan baju 4. Berikan cairan oral Edukasi Anjurkan tirah baring Kolaborasi Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit melalui intravena

1	2	3
<p>Bersihkan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Sekresi Yang Tertahan</p>	<p>Pola napas (L.01004) Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. penggunaan otot bantu napas menurun 3. pemanjangan fase ekspirasi menurun 4. frekuensi napas membaik 5. kedalaman napas membaik 	<p>Manajemen jalan napas (L.01011) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Monitor pola napas 5. Monitor bunyi napas tambahan (mis.gurgling) 6. monitor sputum <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi semi-fowler 2. Berikan minum hangat 3. Berikan oksigen jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml 2. Ajarkan batuk efektif <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu</p>
<p>Risiko jatuh berhubungan dengan penurunan respon terhadap lingkungan</p>	<p>Tingkat jatuh (L.14138) Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat di pindahkan menurun 	<p>Pencegahan jatuh (L.14540) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi factor risiko jatuh 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2. Pastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci 3. Atur tempat tidur pada posisi terendah 4. Pasang handrail tempat tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

1	2	3
<p>Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan efek ketidakmampuan fisik ditandai dengan pertumbuhan fisik terganggu</p>	<p>Status perkembangan (L.10101) Kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai usia meningkat 2. Kemampuan melakukan perawatan diri meningkat 3. Respon social meningkat 4. Kontak mata meningkat 5. Kemerahan menurun</p>	<p>Perawatan perkembangan (10339) Kriteria hasil: Observasi 1. Identifikasi pencapaian tugas perkembangan anak 2. Identifikasi isyarat perilaku dan fisiologis yang ditunjukkan bayi (mis lapar, tidak nyaman) Terapeutik 1. Pertahankan sentuhan seminimal mungkin pada bayi prematur 2. Berikan sentuhan yang bersifat gentle dan tidak ragu-ragu 3. Minimalkannyeri 4. Minimalkan kebisingan ruangan Edukasi 1. Jelaskan orang tua dan/atau pengasuh tentang milestone perkembangan anak dan p anak 2. Anjurkan orang tua menyentuh dan menggendong bayinya 3. Anjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya 4. Ajarkan anak keterampilan berinteraksi 5. Ajarkan anak teknik asertif Kolaborasi Rujuk untuk konseling, jika perlu</p>
<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan menanyakan masalah yang dihadapi</p>	<p>Tingkat pengetahuan (L.12111) Kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic meningkat 4. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 5. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun</p>	<p>Edukasi kesehatan (L.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Arkan perilaku hidup bersih</p>

4. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan dari rencana yang telah disusun, implementasi adalah tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan rencana tindakan klien. Setelah rencana tindakan keperawatan disusun, penulis melakukan implementasi sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang dibuat berdasarkan kebutuhan klien. Selama tindakan keperawatan bertujuan agar semua masalah keperawatan klien dapat teratasi.

Perawat harus yakin bahwa: pekerjaan perawatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang direncanakan, tepat, aman dan sesuai dengan kondisi pasien, selalu mengevaluasi kegiatan dan selalu mendokumentasikan sesuai dengan urutan waktu, tindakan yang dilakukan pada tahap implementasi sebagai berikut: Asesmen tindak lanjut, Prioritas, Perhitungan distribusi personel, Inisiasi tindakan perawatan, Kegiatan pasien dan pendokumentasian tanggapan, Kegiatan keperawatan mencakup hal-hal yang membantu pasien dalam kehidupan sehari-hari, tugas keperawatan yang memerlukan keterampilan khusus (intervensi terapeutik), memantau dan mengukur keberhasilan kegiatan, melatih, membuat panduan, mengembalikan klien, mengawasi dan mengkoordinir perawat (Novieastari, 2014).

5. Evaluasi

Menurut Novieastari (2014) Pada tahap evaluasi perawat membandingkan hasil tindakan yang dilakukan dengan kriteria kinerja yang telah ditentukan sebelumnya dan mengevaluasi apakah masalah yang muncul teratasi secara tuntas, hanya sebagian atau tidak sama sekali. Evaluasi merupakan proses yang berkesinambungan yaitu proses mengukur dan memantau kondisi pasien untuk mengetahui kesesuaian tindakan pengobatan, peningkatan sumber pengobatan, kebutuhan klien saat ini, kebutuhan rujukan ke kesehatan lain. pusat jika perlu. mengatur ulang prioritas diagnostik sesuai dengan kebutuhan pasien. Selain mengevaluasi kegiatan keperawatan, evaluasi juga meninjau seluruh proses keperawatan.

Seperti yang dijelaskan, SOAP terdiri atas empat bagian, yaitu subjektif, objektif, analisis, dan planning. Berikut deskripsi kegiatan dan contoh penulisan SOAP keperawatan yang bisa dipahami.

1. Subjektif, yakni segala bentuk pernyataan atau keluhan dari pasien.
Subjektif adalah data yang diperoleh perawat secara langsung dari pasien. Pada bagian ini, perawat dapat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.
2. Objektif, adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi perawat secara langsung kepada pasien dan yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.
3. Analisis, yakni kesimpulan dari objektif dan subjektif.
Analisis adalah hasil analisis keperawatan yang masih terjadi atau dapat dituliskan diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.
4. Planning, yakni rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis. Perencanaan adalah rencana yang dilakukan perawat terhadap masalah, apakah tindakan akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.