

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit

1. Definisi

International League Against Epilepsy (ILAE) (1993) mendefinisikan kejang demam adalah kejang pada bayi setelah usia 1 bulan, disertai demam yang tidak disebabkan oleh infeksi sistem saraf pusat (SSP), tidak berkaitan dengan kejang neonatal atau kejang tanpa alasan sebelumnya, dan tidak memenuhi kriteria gejala kejang akut lainnya (Hasibuan & Dimiyati, 2020).

Kejang demam atau biasa disebut step, biasanya terjadi ketika seorang bayi usia 3 bulan sampai 5 tahun saat suhu rektal diatas 38°C. Namun serangan kejang demam tidak sama antara satu anak dengan yang lainnya tergantung nilai ambang kejang masing-masing. Kejang demam dapat berakibat menurunkan kecerdasan dan kecacatan syaraf (Nurlaily & Oktariani, 2023).

Kejang demam yang terjadi pada anak dipicu oleh demam, lebih dari 90% kejang bersifat umum, berlangsung kurang dari 5 menit dan terjadi pada awal penyakit infeksi yang menyebabkan demam. Penyebab kejang demam sangat bervariasi dari satu negara ke negara lain (Change *et al.*, 2021).

2. Klasifikasi kejang demam

Kejang demam dibagi menjadi dua jenis diantaranya merupakan *simple febrile seizure* atau kejang demam sederhana dan *complex febrile seizure* atau kejang demam kompleks. Kejang demam sederhana adalah kejang general yang berlangsung singkat (kurang dari 15 menit), bentuk kejang umum (tonik dan atau klonik) serta tidak berulang dalam waktu 24 jam dan hanya terjadi satu kali dalam periode 24 jam dari demam pada anak yang secara neorologis normal.

- a. Kejang demam sederhana kejang demam yang berlangsung singkat (kurang dari 15 menit), bentuk kejang umum (tonik dan atau klonik), serta tidak berulang dalam waktu 24 jam, Keterangan:

- 1) Kejang demam sederhana merupakan 80% di antara seluruh kejang demam.
 - 2) Sebagian besar kejang demam sederhana berlangsung kurang dari 5 menit dan berhenti sendiri.
- b. Kejang demam kompleks Kejang demam dengan salah satu ciri berikut:
- 1) Kejang lama (>15 menit).
 - 2) Kejang fokal atau parsial satu sisi, atau kejang umum didahului kejang parsial.
 - 3) Berulang atau lebih dari 1 kali dalam waktu 24 jam (Jayanti,LD, 2020).
3. Etiologi

Etiologi kejang demam masih belum dapat dipastikan sehingga hanya dapat dinilai dari berbagai faktor risiko, yaitu keterlambatan perkembangan, riwayat kejang demam pada keluarga, dan adanya defisiensi zat besi dan zinc. Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) pada tahun 2013 menjelaskan bahwa penyebab terjadinya kejang demam antara lain obat-obatan, ketidak seimbangan kimiawi seperti hiperkalemia, hipoglikemia, asidosis, demam, patologis otak dan eklamsia (ibu yang mengalami hipertensi prenatal, toksimeia gravidarum) (Jayanti,LD, 2020).

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 ionik. 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, sedang 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 membran dari neuron. Untuk menjaga keseimbangan potensial membran diperlukan energi dan bantuan enzim Na-K ATP-ase

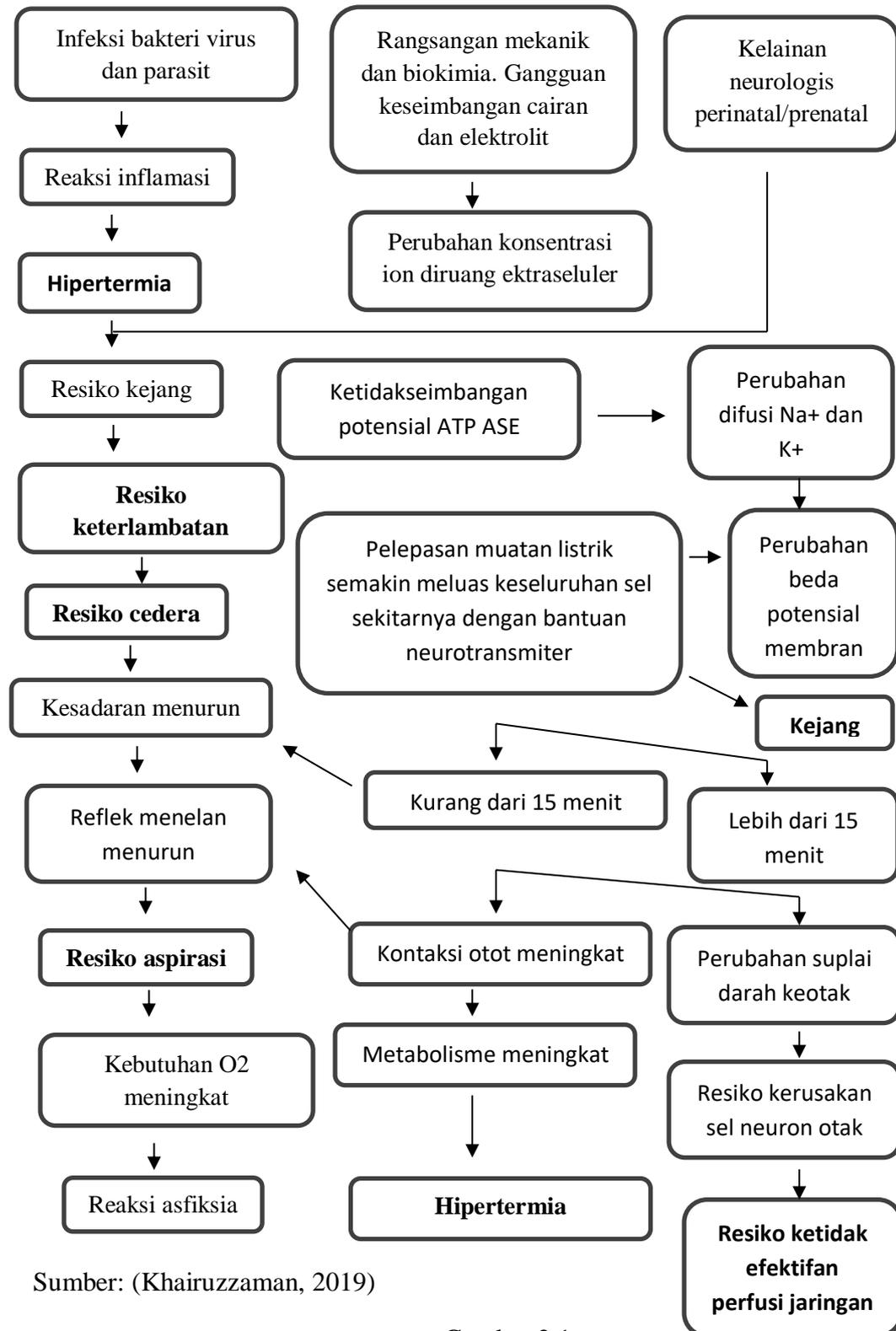
yang terdapat pada permukaan sel. Keseimbangan potensial membran ini dapat diubah oleh :

- a. Perubahan konsentrasi ion diruang ekstraselular
- b. Rangsangan yang datang mendadak misalnya mekanisme, kimiawi atau aliran listrik dari sekitarnya
- c. Perubahan patofisiologi dari membran sendiri karena penyakit atau keturunan

Disaat tubuh mengalami peningkatan suhu 1°C secara fisiologi tubuh akan menaikkan metabolisme basal 10%-15% dan kebutuhan oksigen sebesar 20%. Pada seorang anak berumur 3 tahun sirkulasi otak mencapai 65% dari seluruh tubuh, dibandingkan dengan orang dewasa yang hanya 15%. Jadi pada kenaikan suhu tubuh tertentu dapat terjadi perubahan keseimbangan dari membran sel neuron dan dalam waktu yang singkat terjadi difusi dari ion Kalium maupun ion Natrium melalui membran tadi, dengan akibat terjadinya lepas muatan listrik. Lepas muatan listrik ini demikian besarnya sehingga dapat meluas ke seluruh sel maupun ke membran sel tetangganya dengan bantuan bahan yang disebut neurotransmitter dan terjadilah kejang (Anggraini & Hasni, 2022).

Tiap anak mempunyai ambang kejang yang berbeda dan tergantung tinggi rendahnya ambang kejang seseorang anak akan menderita kejang pada kenaikan suhu tertentu. 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 tubuh meningkat yang disebabkan makin meningkatnya aktifitas otot dan mengakibatkan metabolisme otak meningkat. Rangkaian kejadian diatas adalah faktor penyebab hingga terjadinya kerusakan neuron otak selama berlangsungnya kejang (Khairuzzaman, 2019).

Pathway



Sumber: (Khairuzzaman, 2019)

Gambar 2.1
Pathway kejang demam

5. Manifestasi klinis

Kejang demam banyak terjadi di hari pertama demam. Sebagian besar anak memiliki suhu 39°C pada saat kejang terjadinya kehilangan kesadaran pada saat kejang merupakan gambaran konstan. Pucat atau sianosis, sulit bernafas atau mulut berbusa juga dapat terjadi. Setelah kejang anak menjadi mudah tersinggung, bingung atau mengantuk hingga 30 menit lalu sembuh total. Kejang demam sederhana bersifat umum dan berkaitan dengan gerakan tonik-klonik anggota tubuh dan bola mata berguling ke belakang. Otot-otot wajah dan pernapasan sering terlihat serta diikuti dengan periode mengantuk singkat pasca iktal. Sebaliknya, kejang demam kompleks biasanya fokal atau gerakan kejang terbatas pada satu sisi tubuh salah satu anggota badan. Kejang memiliki periode mengantuk pascaiktal yang berlangsung panjang atau berkaitan dengan hemiparesis transien pasca iktal (Carin *et al.*, 2019).

6. Pemeriksaan penunjang

pemeriksaan penunjang kejang demam yaitu :

a. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium tidak dikerjakan secara rutin pada kejang demam, tetapi dapat dikerjakan untuk mengevaluasi sumber infeksi penyebab demam atau keadaan lain, misalnya gastroenteritis dehidrasi disertai demam. Pemeriksaan laboratorium yang dapat dikerjakan, misalnya darah perifer, elektrolit, dan gula darah.

b. Pungsi Lumbal

Pemeriksaan cairan serebrospinal dilakukan untuk menegakkan atau menyingkirkan kemungkinan meningitis. Risiko terjadinya meningitis bakterialis adalah 0,6%-6,7%. Pada bayi kecil seringkali sulit untuk menegakkan atau menyingkirkan diagnosis meningitis karena manifestasi klinisnya tidak jelas. Oleh karena itu, pungsi lumbal dianjurkan pada :

- 1) Bayi (kurang dari 12 bulan) sangat dianjurkan dilakukan.
- 2) Bayi 12-18 bulan dianjurkan.

3) Anak umur >18 bulan tidak rutin. Bila yakin bukan meningitis secara klinis tidak perlu dilakukan fungsi lumbal.

c. Elektroensefalografi

Menurut (Jasni, 2021) pemeriksaan elektroensefalografi (EEG) tidak dapat memprediksi berulangnya kejang atau memperkirakan kemungkinan kejadian epilepsy pada pasien kejang demam. Oleh karenanya, tidak direkomendasikan. Pemeriksaan EEG masih dapat dilakukan pada keadaan kejang demam yang tidak khas, misalnya kejang demam kompleks pada anak usia lebih dari 6 tahun atau kejang demam fokal.

d. Pencitraan Foto X-ray kepala dan pencitraan seperti *computed tomography scan* (CT-scan) atau *magnetic resonance imaging* (MRI) jarang sekali dikerjakan, tidak rutin, dan hanya atas indikasi, seperti :

- 1) Kelainan neurologic fokal yang menetap (hemiparesis).
- 2) Paresis nervus VI.
- 3) Papilledema.

7. Komplikasi

Komplikasi kejang demam Menurut Waskitho & Pungguh, 2013 dalam (Ryan *et al.*, 2019) 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 nanyak terjadi pada anak berumur 4 bulan sampai 5 tahun.
- d. Kecacatan atau kehilangan neurologi karena di sertai demam.

8. Penatalaksanaan

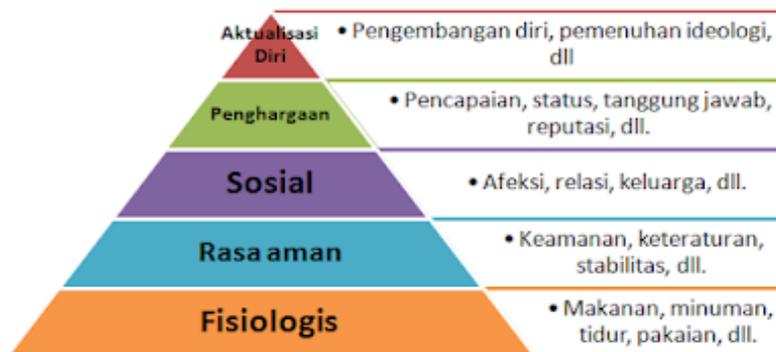
Kompres dingin dapat menurunkan suhu tubuh pada anak. Kompres dingin merangsang vasokonstriksi dan shivering sehingga pembuluh darah menjadi lebar dan keadaan suhu tubuh menjadi normal. Selain itu proses normalnya suhu tubuh karena pemberian kompres dingin terjadi karena adanya penangkapan sinyal oleh hypothalamus melalui sumsum tulang sehingga tubuh mencapai normal (Yunus, 2020). Pada kebanyakan kasus, biasanya kejang demam berlangsung singkat dan saat pasien datang kejang sudah berhenti. Bila datang dalam keadaan kejang, obat yang paling cepat menghentikan kejang adalah diazepam intravena 0,3-0,5 mg/kgBB, dengan cara pemberian secara perlahan dengan kecepatan 1-2 mg/menit atau dalam 3-5 menit, dan dosis maksimal yang dapat diberikan adalah 20 mg.

Obat yang praktis dan dapat diberikan oleh orang tua atau jika kejang terjadi di rumah adalah diazepam rektal 0,5-0,75 mg/kgBB, atau diazepam rektal 5 mg untuk anak dengan berat badan kurang dari 10 kg dan diazepam rektal 10 mg untuk berat badan lebih dari 10 kg. Jika anak di bawah usia 3 tahun dapat diberi diazepam rektal 5 mg dan untuk anak di atas usia 3 tahun diberi diazepam rektal 7,5 mg. Jika kejang belum berhenti, dapat diulang dengan cara dan dosis yang sama dengan interval 5 menit. Jika setelah 2 kali pemberian diazepam rektal masih tetap kejang, dianjurkan untuk di bawa ke rumah sakit.

Di rumah sakit dapat diberikan diazepam intravena dengan dosis 0,3-0,5 mg/kgBB. Jika kejang tetap belum berhenti, maka diberikan phenytoin intravena dengan dosis awal 10- 20 mg/kgBB/kali dengan kecepatan 1 mg/ kgBB/menit atau kurang dari 50 mg/menit. Jika kejang berhenti, maka dosis selanjutnya adalah 4-8 mg/kgBB/hari, dimulai 12 jam setelah dosis awal. Jika dengan phenytoin kejang belum berhenti, maka pasien harus dirawat di ruang rawat intensif. Jika kejang telah berhenti, pemberian obat selanjutnya tergantung apakah kejang demam sederhana atau kompleks dan faktor risikonya (Arief, 2020).

B. Konsep Kebutuhan Dasar manusia

Maslow menyampaikan teorinya tentang kebutuhan betingkat yang tersusun sebagai berikut: fisiologis, rasa aman, cinta dan memiliki, harga diri, dan aktualisasi diri. Kebutuhan dasar (fisik) yaitu kebutuhan dasar fisiologis yang meliputi kebutuhan makanan atau minuman, pakaian, istirahat, seks, dan tempat tinggal harus lebih dulu dipenuhi sebelum beranjak pada pemenuhan kebutuhan psikis (cinta, rasa aman, dan harga diri) (Rostanawa, 2018)



Sumber: (Mendari, 2010).

Gambar 2.2
Kebutuhan dasar manusia

1. Kebutuhan fisiologis

Perwujudan paling nyata dari kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan kebutuhan pokok manusia. Kebutuhan ini merupakan kebutuhan yang paling dasar, seperti cukup makanan, udara, air untuk bertahan hidup. Kebutuhan ini dipandang sebagai kebutuhan mendasar bukan saja karena setiap orang membutuhkannya terus menerus sejak lahir hingga ajalnya, melainkan karena tanpa pemuasan berbagai kebutuhan tersebut seseorang tidak dapat dikatakan hidup secara normal. Berbagai kebutuhan fisiologis itu bersifat universal dan tidak mengenal batas geografis, asal-usul, tingkat pendidikan, status sosial, pekerjaan, umur, jenis kelamin dan faktor-faktor lainnya yang menunjukkan keberadaan seseorang .

2. **Kebutuhan aman nyaman**

Kebutuhan keamanan harus dilihat dalam arti luas, tidak hanya dalam arti keamanan fisik tetapi juga keamanan yang bersifat psikologis, seperti perlakuan yang manusiawi dan adil.

3. **Kebutuhan sosial**

Kebutuhan ini terdiri dari kebutuhan akan kasih sayang dan memiliki. Manusia adalah makhluk sosial dan sebagai insan sosial mempunyai berbagai kebutuhan yang berkaitan dengan pangakuan akan keberadaan seseorang dan penghargaan atas harkat dan martabatnya.

4. **Kebutuhan harga diri**

Salah satu ciri manusia adalah mempunyai harga diri, karena itu semua orang memerlukan pangakuan atas keberadaan dan statusnya oleh orang lain. Kebutuhan ini meliputi reputasi, prestise, dan pangakuan dari orang lain, juga kebutuhan untuk kepercayaan dan kekuatan.

5. **Kebutuhan aktualisasi diri**

Keinginan untuk pemenuhan diri-untuk menjadi yang terbaik dari yang mampu dilakukan. Dalam diri setiap orang terpendam potensi kemampuan yang belum seluruhnya dikembangkan. Pada umumnya setiap individu ingin agar potensinya itu dikembangkan secara sistematis, sehingga menjadi kemampuan efektif (Mendari, 2010).

Kebutuhan dasar yang terganggu pada anak dengan kejang demam adalah kebutuhan fisiologis dan kebutuhan aman nyaman :

1. **Kebutuhan fisiologi adalah: Suhu tubuh**

Keseimbangan suhu tubuh merupakan kebutuhan yang berpengaruh bagi manusia. Pada anak yang menderita kejang demam tentunya suhu tubuh sangatlah tidak seimbang. Naikannya 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 akan disertai pengeluaran mediator kimia ini dapat merangsang peningkatan potensial aksi.

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 spasme sehingga anak berisiko terhadap injuri dan kelangsungan jalan nafas oleh penutupan lidah dan spasme bronkus.

2. Kebutuhan aman nyaman yang terganggu adalah: Risiko cedera

Keselamatan adalah suatu keadaan seseorang atau lebih yang terhindar dari ancaman bahaya atau kecelakaan. Kecelakaan merupakan kejadian yang tidak dapat diduga dan tidak diharapkan yang dapat menimbulkan kerugian, sedangkan keamanan adalah kenyamanan dan tenteram (Af'ida, 2020).

C. Konsep Proses Keperawatan Kejang Demam

1. Pengkajian

Menurut Sunaryo, 2015 pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan data untuk mengidentifikasi masalah keperawatan dengan melakukan observasi, wawancara (Regar, WC, 2020).

Menurut Lestari (2016) dalam Safitri,(2022) pengkajian kejang demam meliputi:

a. Identitas pasien

Meliputi nama lengkap, tempat tinggal, jenis kelamin, tempat tanggal lahir, agama, pendidikan, nama orang tua, pendidikan orang tua, tempat tinggal.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama, biasanya anak mengalami peningkatan suhu tubuh $>38^{\circ}$.

2) Riwayat kesehatan sekarang, biasanya orang tua klien mengatakan badan anaknya terasa panas, anaknya sudah mengalami kejang 1 kali atau berulang dan durasi kejang berapa lama, tergantung jenis kejang demam yang dialami anak.

3) Riwayat kesehatan lalu, khusus anak usia 0-5 tahun dilakukan pengkajian prenatalcare, natal, dan postnatal.

- 4) Riwayat kesehatan keluarga, biasanya orang tua anak atau salah satu dari orang tua nya ada yang memiliki riwayat kejang demam sejak kecil.
- 5) Riwayat imunisasi, anak yang tidak lengkap melakukan imunisasi biasanya.

c. Pengkajian fisik

- 1) Keadaan umum : Biasanya anak rewel dan menangis, kesadaran composmentis.
- 2) Tanda-tanda vital : Suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$, respirasi anak 20-30 kali/menit, nadi pada anak usia 2 – 4 tahun 100 – 110 kali/menit.
- 3) Berat badan : Biasanya pada anak kejang demam tidak mengalami penurunan berat badan yang berat.
- 4) Kulit : Turgor kulit, dan kebersihan kulit.
- 5) Kepala : Tampak simetris dan tidak kelainan yang tampak, kebersihan kulit kepala dan warna rambut serta kebersihannya.
- 6) Mata : Konjungtiva, sclera pucat/tidak.
- 7) Telinga : Kotor/tidak, mungkin ditemukan adanya tonsillitis otitis media.
- 8) Hidung : Umumnya tidak ada kelainan.
- 9) Mulut dan tenggorokan : Bisa dijumpai adanya tonsillitis.
- 10) Dada : Simetris/tidak, pergerakan dada.
- 11) Jantung : Umumnya normal.
- 12) Abdomen : Mual-mual dan muntah.
- 13) Genetalia : Ada kelainan/ tidak.
- 14) Ekstremitas atas dan bawah : Otot mengalami kelemahan, akral teraba dingin.

2. Diagnosa Keperawatan

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 (Novieastari, 2014).

Menurut Riyadi & Sukarmin, 2013 dalam (Aghadiati, 2017).Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan kejang demam menurut adalah:

1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan suhu tubuh diatas nilai normal, kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, kulit terasa hangat.
 2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas ditandai dengan dispnea, sulit bicara, mengi, gelisan, frekuensi napas berubah, pola napas berubah.
 3. Risiko defisit nutrisi ditandai dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan).
 4. Risiko harga diri rendah situasional ditandai dengan penyakit fisik.
 5. Risiko cedera ditandai dengan penurunan respon terhadap lingkungan.
3. Rencana Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan adalah petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang akan dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya, berdasarkan diagnosis keperawatan (Ernawati, 2019). Rencana keperawatan pada kejang demam sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) terdapat pada tabel dibawah ini.

Tabel 2.1
Rencana keperawatan kejang demam

Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan	
	SLKI	SIKI
1	2	3
Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit ditandai dengan Suhu tubuh diatas normal, Kejang, Kulit terasa hangat	<p>Termoregulasi</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggigil menurun 2. Kulit tidak ada kemerahan 3. Kejang menurun 4. Akrosianosis menurun 5. Konsumsi oksigen menurun 6. Piloereksi menurun 7. Vasokonstriksi perifer menurun 8. Kutis memorata menurun 9. Pucat menurun 10. Takikardi menurun 11. Takipnea menurun 12. Bradikardi menurun 13. Hipoksia menurun 14. Suhu tubuh normal 15. Suhu kulit membaik 16. Kadar glukosa membaik 17. Ventilasi membaik 18. Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen Hipertermia</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor haluaran urine 4. monitor kadar elektrolit 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 4. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebihan) 5. Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia/kompres dingin pada dahi) 6. Hindari pemberian antipiretik 7. Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi:</p> <p>Anjurkan tirah baring</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit melalui intravena</p>

1	2	3
<p>Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas ditandai dengan dispnea, sulit bicara, mengi, gelisan, frekuensi napas berubah, pola napas berubah</p>	<p>Bersihan jalan napas Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 diharapkan Bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Mengi menurun 4. Wheezing menurun 5. Mekonium(pada neonatus) menurun 6. Dispnea menurun 7. Ortopnea menurun 8. Sulit bicara menurun 9. Sianosis menurun 10. Gelisah menurun 11. Frekuensi nafas membaik 12. Pola napas membaik 	<p>Manajemen jalan napas</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma servikal) 2. Posisikan semi fowler atau fowler 3. Berikan minum hangat 4. Lakukan fisioterapi dada jika perlu 5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 6. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 7. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forseps McGill 8. Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi 2. Ajarkan tehnik batuk efektif <p>Kolaborasi:</p> <p>Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p>

1	2	3
<p>Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis</p>	<p>Status nutrisi Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Kekuatan otot pengunyah membaik 3. Kekuatan otot menelan meningkat 4. Serum albumin meningkat 5. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat 6. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 7. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat 8. Pengetahuan tentang standar nutrisi yang tepat meningkat 9. Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat 10. Perasaan cepat kenyang menurun 11. Nyeri abdomen menurun 12. Sariawan menurun 13. Diare menurun 14. Berat badan membaik 15. Nafsu makan membaik 16. Bising usus membaik 17. Tebal lipatan kulit trisep meningkat 	<p>Manajemen nutrisi Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan oral hygiene jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis.piramida makanan) 3. Sajikan makanan yang menarik 4. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 5. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 6. Berikan suplemen makanan, jika perlu 7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk, jika perlu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan misal pereda nyeri 2. Kolaborasikan dengan ahli gizi, jika perlu

1	2	3
<p>Resiko harga diri rendah situasional ditandai dengan penyakit fisik.</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 diharapkan harga diri meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian diri positif meningkat 2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat 3. Minat mencoba hal baru meningkat 4. Berjalan menampakkan wajah meningkat 5. Postur tubuh menampakkan wajah meningkat 6. Konsentrasi meningkat 7. Tidur meningkat 8. Kontak mata meningkat 9. Gairah aktivitas meningkat 10. Aktif meningkat 11. Percaya diri berbicara meningkat 12. Perilaku asertif meningkat 13. Kemampuan membuat keputusan meningkat 14. Perasaan malu menurun 15. Perasaan bersalah menurun 16. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah menurun 17. Ketergantungan pada penguatan secara berlebihan menurun 18. Pencarian penguatan secara berlebihan menurun 	<p>Promosi harga diri</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri 2. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri 3. Monitor tingkat harga diri setiap waktu , sesuai kebutuhan <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri 2. Motivasi menerima tantangan atau hal baru 3. Diskusikan pernyataan tentang harga diri 4. Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri 5. Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri 6. Diskusikan persepsi negatif diri 7. Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah 8. Diskusikan penetapan tujuan realistis untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi 9. Diskusikan bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan batasan yang jelas 10. Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan 11. Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien 2. Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki 3. Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi

1	2	3
		dengan orang lain 4. Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif 5. Anjurkan mengevaluasi perilaku 6. Ajarkan cara mengatasi bullying 7. Latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri 8. Latih pernyataan/kemampuan positif diri 9. Latih cara berfikir dan berperilaku positif 10. Latih meningkat kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi

1	2	3
<p>Resiko Cedera Resiko Cedera berhubungan dengan proses kejang 0</p>	<p>Tingkat Cedera Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 diharapkan tingkat menuun membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toleransi aktivitas meningkat 2. Toleransi makanan meningkat 3. Kejadian cedera menurun 4. Luka/lecet menurun 5. Ketegangan otot menurun 6. Fraktur menurun 7. Perdarahan menurun 8. Ekspresi wajah kesakitan menurun 9. Iritabilitas menurun 10. Gangguan mobilitas menurun. 11. Gangguan mobilitas menurun 12. Tekanan darah normal 13. Frekwensi nadi membaik 14. Frekwensi nafas membaik 15. Pola istirahat/tidur membaik 16. Nafsu makan membaik 	<p>Pencegahan Cedera Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera 2. Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera 3. Identifikasi kesesuaian alas kaki <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan posisi tempat tidur diposisi terendah saat digunakan 2. Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci 3. Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan 4. Sediakan pencahayaan yang memadai 5. Gunakan lampu tidur selama jam tidur 6. Sosialisasikan pasien dengan keluarga/lingkungan ruang rawat 7. Gunakan alas lantai jika beresiko mengalami cidrera serius 8. Sediakan alas kaki antislip 9. Sediakan pispot/urinal 10. Pastikan bel panggilan mudah dijangkau 11. Pastikan barang pribadi mudah dijangkau 12. Diskusikan mengenai alat bantu mobilitas yang sesuai (mis.tongkat) 13. Diskusikan bersama keluarga yang dapat mendampingi pasien Diskusikan alat bantu mobilitas yang 14. Diskusikan alat bantu mobilitas yang sesuai misal tongkat <p>Edukasi:</p> <p>Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh keluarga Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri</p>

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan (Finishia & Zalukhu, 2020).

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan proses secara sistematis untuk melihat apakah ada dampak yang diakibatkan dari kegiatan sebelumnya. Tahap evaluasi pada keperawatan merupakan tahap akhir yang berguna untuk melihat apakah rencana atau proses keperawatan yang telah dilakukan sudah berhasil secara optimal atau tidak (Fatimah, 2019).

Subjective (subjektif), yakni segala bentuk pernyataan atau keluhan dari pasien.

Objective (objektif), yakni data yang diobservasi dari hasil pemeriksaan oleh perawat atau tenaga kesehatan lain.

Analysis (analisis), yakni kesimpulan dari objektif dan subjektif.

Planning (perencanaan), yakni rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis