

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori

1. Konsep Dasar Anak

a. Pengertian

Menurut Undang-Undang No. 23 Tahun 2002 tentang perlindungan anak, anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang dalam perlindungan terhadap anak sudah mulai sejak anak tersebut dalam kandungan hingga berusia 18 tahun (Kemenkes, 2018).

b. Pembagian Usia pada anak

Pembagian usia anak menurut Ridha, H.N (2017). adalah:

- 1) Bayi:0 –12 bulan.
- 2) Usia toodler:1 –3 tahun.
- 3) Anak prasekolah:4 –6 tahun.
- 4) Anak sekolah:7 –12 tahun.
- 5) Anak remaja:13 –18 tahun

c. Pertumbuhan Dan Perkembang Anak

1) Pertumbuhan anak

Pertumbuhan merupakan suatu perubahan jumlah, besar, ukuran yang dapat dinilai dengan ukuran gram (gram, pound, kilogram) serta tinggi badan dan berat badan.(Lestari. T. 2016).

- a) Indikator pemeriksaan pertumbuhan :

- (1) Pengukuran tinggi badan pada anak usia 0 sampai 2 tahun pengukuran tinggi badan dilakukan dengan cara berbaring, sedangkan pada anak usia lebih dari 2 tahun dilakukan dengan cara berdiri .(Lestari, 2016).
- (2) Pengukuran berat badan Pengukuran berat badan dilakukan dengan menggunakan timbangan yang berguna untuk mengetahui keadaan gizi dari tumbuh kembang anak (Sulistyawati, 2015).
- (3) Lingkar kepala Lingkar kepala menggambarkan pemeriksaan patologis dari besarnya kepala atau peningkatan ukuran kepala atau peningkatan ukuran kepala.Perkembangan otak mempengaruhi pertumbuhan tengkorak (Sulistyawati, 2015),.
- (4) Lingkar lengan atas Tumbuh kembang jaringan lemak dan otot yang tidak berpengaruh banyak oleh cairan tubuh dapat digambarkan oleh ukuran lingkar lengan atas. Pengukuran ini berguna untuk skrining malnutrisi pada anak (Lestari, 2016).

2) Perkembangan Anak

Perkembangan merupakan bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur sebagai hasil dari proses pematangan. Proses ini

menyangkut perkembangan sel tubuh, organ dan system tubuh yang berkembang untuk memenuhi fungsinya, termasuk juga perkembangan intelektual, emosi dan tingkah laku (Soetjiningsih, 2015).

Ada 5 aspek perkembangan yang perlu dibina dan dipantau, yaitu;

a) Perkembangan motoric

(1) Motorik kasar

Adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan pergerakan dengan sikap tubuh yang melibatkan otot-otot besar seperti duduk dengan berdiri (Soetjiningsih, 2015).

(2) Motorik halus

Adalah aspek berhubungan dengan kemampuan anak melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu dan dilakukan otot-otot kecil, tetapi melakukan koordinasi yang cermat seperti mengamati sesuatu, menjepit, menulis (Soetjiningsih, 2015).

b) Perkembangan kognitif

Merupakan proses berfikir, yang meliputi kemampuan individu untuk menilai, menghubungkan, dan mempertimbangkan suatu peristiwa. (Soetjiningsih, 2015).

c) Perkembangan Bahasa

Kemampuan bicara dan Bahasa adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan untuk memberikan respon terhadap suara, berbicara, berkomunikasi, mengikuti perintah.

d) Perkembangan sosial

Sosialisasi dan kemandirian adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan mandiri anak (makan sendiri, membereskan mainan setelah bermain), berpisah dengan ibu atau pengasuh, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungan.

e) Pengukuran perkembangan

Perkembangan merupakan proses untuk anak belajar lebih mengenal, memakai, dan menguasai sesuatu yang lebih dari sebuah aspek. Perkembangan Bahasa salah satunya tujuan dari perkembangan satu Bahasa ialah agar anak mampu berkomunikasi secara verbal dengan lingkungan (Sulistiwati, 2015).

2. Konsep Kejang Demam

a. Pengertian

Kejang demam merupakan serangan kejang yang terjadi akibat kenaikan suhu tubuh suhu rektal diatas 38°C (Riyadi dan Sujono, 2009

dalam Putri, 2019). Menurut Nurrarif dan Kusuma (2013) Kejang demam di klasifikasikan menjadi dua, antara lain Kejang Demam sederhana dan Kejang Demam Kompleks. Kejang demam sederhana yaitu demam disertai kejang yang berlangsung singkat < 10 menit dan tidak berulang dalam waktu 24 jam. Kejang Demam Kompleks yaitu demam disertai kejang yang berlangsung > 15 menit dan berulang 2 kali atau lebih, dalam 24 jam.

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. Kejang Demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38°C) yang disebabkan oleh proses ekstrakranium (Bararah & Jaumar 2013). Menurut Wulandari & Erawati (2016) Kejang demam merupakan kelainan neorologis yang paling sering ditemukan pada anak , terutama pada golongan anak umur 6 bulan sampai 4 tahun.

b. Etiologi

Penyebab kejang demam Menurut Ridha (2014) yaitu:

Faktor –faktor perinatal, malformasi otak congenital

1) Faktor Genetika

Faktor keturunan dari salah satu penyebab terjadinya kejang demam, 25-50% anak yang mengalami kejang demam memiliki anggota keluarga yang pernah mengalami kejang demam.

2) Penyakit infeksi

- a) Bakteri : penyakit pada traktus respiratorius, pharingitis, tonsillitis, otitis media
- b) Virus : varicella (cacar), morbili (campak), dengue (virus penyebab demam berdarah).

3) Penyakit infeksi

Bakteri : penyakit pada traktus respiratorius, pharingitis, tonsillitis, otitis media.

4) Demam

Kejang demam cenderung timbul dalam 24 jam pertama pada waktu sakit dengan demam tinggi.

5) Gangguan metabolisme

Gangguan metabolisme seperti uremia, hipoglikemia, kadar gula darah kurang dari 30 mg% pada neonates cukup bulan dan kurang dari 20 mg% pada bayi dengan berat badan lahir rendah atau hiperglikemia.

6) Trauma.

Kejang berkembang pada minggu pertama setelah kejadian cedera kepala.

7) Neoplasma,toksin.

Neoplasma dapat menyebabkan kejang pada usia berapa pun, namun mereka merupakan penyebab yang sangat penting dari kejang pada usia pertengahan dan kemudian ketika insiden penyakit neoplastik meningkat.

8) Gangguan sirkulasi.

9) Penyakit degeneratif susunan saraf.

c. Anatomi Fisiologi

Anatomi fisiologi Hipotalamus merupakan bagian ujung anterior diensefalon dan di depan nucleus interpedunkularis. Hipotalamus terbagi dalam berbagai inti dan daerah inti. Hipotalamus terletak pada anterior dan inferior thalamus. Berfungsi mengontrol dan mengatur system saraf autonom, Pengaturan diri terhadap homeostatic, sangat kuat dengan emosi dan dasar pengantaran tulang, Sangat penting berpengaruh antara system syaraf dan endokrin. Hipotalamus juga bekerjasama dengan hipofisis untuk mempertahankan keseimbangan cairan, mempertahankan pengaturan suhu tubuh melalui peningkatan vasokonstriksi atau vasodilatasi dan mempengaruhi sekresi hormonal dengan kelenjar hipofisis. Hipotalamus juga sebagai pusat lapar dan mengontrol berat badan. Sebagai pengatur tidur, tekanan darah, perilaku agresif dan seksual dan pusat respons emosional (rasa malu,

marah, depresi, panic dan takut). Adapun fungsi dari hipotalamus antara lain adalah

- 1) Mengontrol suhu tubuh
- 2) Mengontrol rasa haus dan pengeluaran urin
- 3) Mengontrol asupan makanan
- 4) Mengontrol sekresi hormon-hormon hipofisis anterior
- 5) Menghasilkan hormon-hormon hipofisis posterior
- 6) Mengontrol kontraksi uterus pengeluaran susu
- 7) Pusat koordinasi sistem saraf otonom utama, kemudian mempengaruhi semua otot polos, otot jantung, sel eksokrin.
- 8) Berperan dalam pola perilaku dan emosi

Peran hipotalamus adalah pengaturan hipotalamus terhadap nafsu makan terutama bergantung pada interaksi antara dua area : area “makan” lateral di anyaman nucleus berkas prosensefalon medial pada pertemuan dengan serabut polidohipotalamik, serta “pusat rasa kenyang:’ medial di nucleus vebtromedial. Perangsangan pusat makan membangkitkan perilaku makan pada hewan yang sadar, sedangkan kerusakan pusat makan menyebabkan anoreksia berat yang fatal pada hewan yang sebenarnya sehat. Perangsangan nucleus ventromedial menyebabkan berhentinya makan, sedangkan lesi di regio ini menyebabkan hiperfagia dan bila persediaan makan banyak, sindrom obesitas hipotalamik (Irianto, 2012),

d. 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 dalam yaitu lipoid dan permukaan luar yaitu ionik. Dalam keadaan normal membran sel neuron dapat dilalui dengan mudah oleh ion kalium (K⁺) dan sangat sulit dilalui dengan mudah oleh ion natrium (Na⁺) dan elektrolit lainnya, kecuali ion klorida (Cl⁻). Akibatnya konsentrasi ion K⁺ dalam sel neuron tinggi dan konsentrasi Na⁺ rendah, sedang di 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 :

- 1) Perubahan konsentrasi ion di ruang ekstraselular.
- 2) Rangsangan yang datang mendadak misalnya mekanisme kimiawi atau aliran listrik dari sekitarnya.
- 3) Perubahan patofisiologi dari 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 yang hanya 15%. Oleh karena itu kenaikan suhu tubuh dapat mengubah keseimbangan dari membran sel 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 ke seluruh sel maupun ke membran sel sekitarnya dengan bantuan “neutransmitter” dan terjadi kejang. Kejang demam yang berlangsung lama (lebih dari 15 menit) biasanya disertai apnea, meningkatnya kebutuhan oksigen dan energy untuk kontraksi otot skelet yang akhirnya terjadi hipoksemia, hiperkapnia, asidosis laktat disebabkan oleh metabolisme anerobik, hipotensi artenal disertai denyut jantung yang tak teratur dan suhu tubuh meningkat yang disebabkan meningkatnya aktifitas otot dan mengakibatkan metabolisme otak meningkat (Lestari 2016).

d. Manifestasi Klinis

Kebanyakan kejang demam berlangsung singkat, bilateral, serangan klonik atau tonik-klonik. Umumnya kejang berhenti sendiri, begitu kejang berhenti, anak tidak memberikan reaksi apapun untuk sejenak tetapi setelah beberapa detik atau menit anak terbangun dan sadar kembali tanpa adanya kelainan saraf. Adapula kejang yang berlangsung lama dan mungkin terjadi kerusakan sel saraf yang menetap (Lestari 2016).

Tanda dan gejala anak mengalami kejang demam antara lain:

- 1) Kenaikan suhu tubuh $> 38^{\circ}\text{C}$.
- 2) Kehilangan kesadaran atau pingsan.
- 3) Tubuh, Kaki, dan tangan menjadi kaku.
- 4) Biasanya kepala anak terkulai kebelakang.
- 5) Disusul dengan gerakan kejut / kejang.
- 6) Gigi terkatup.
- 7) Kadang disertai muntah.
- 8) Nafas tak terkontrol atau berhenti beberapa saat.

Orang tua sebaiknya waspada ketika anak menderita demam dan mengetahui pertolongan pertama ketika anak mengalami kejang demam.

Beberapa pertolongan pertama pada kejang demam yaitu :

- 1) Tetap tenang dan tidak panic.
- 2) Lindungi anak dari kemungkinan kecelakaan dengan meletakkan anak pada dasar yang lembut.
- 3) Bila tidak sadar, posisikan anak terlentang dengan kepala miring. Bersihkan muntahan atau lendir di mulut atau hidung.
- 4) Jangan menekan/menahan gerakan kejang yang sedang terjadi.
- 5) Jangan memasukkan jari atau alat-alat ke mulut anak.
- 6) Jangan memberi obat ke mulut anak.
- 7) Kendorkan pakaian yang ketat terutama disekitar leher.
- 8) Jauhkan dari benda-benda tajam dan berbahaya.
- 9) Tetap bersama pasien selama kejang.
- 10) Ukur suhu, observasi dan catat lama dan bentuk kejang, kalau lebih dari 5 menit segera antar ke Rumah Sakit.
- 11) Berikan diazepam rektal kalau ada. Dan jangan diberikan bila kejang telah berhenti.
- 12) Setelah kejang demam berakhir, perlu konsultasi ke dokter untuk mencari pemicu demam dan kejang serta mendapat saran dan obat untuk pencegahan kejang demam di masa yang akan datang.

e. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Lestari (2016) pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada kejang demam antara lain :

1) EEG

Untuk membuktikan jenis kejang fokal / gangguan difusi otak akibat lesi organik, melalui pengukuran EEG ini dilakukan 1 minggu atau kurang setelah kejang.

2) CT SCAN

Untuk mengidentifikasi lesi serebral, mis: infark, hematoma, edema serebral, dan Abses.

3) Pungsi Lumbal

Pungsi lumbal adalah pemeriksaan cairan serebrospinal (cairan yang ada di otak dan kanal tulang belakang) untuk meneliti kecurigaan meningitis.

4) Laboratorium

Darah tepi, lengkap (Hb, Ht, Leukosit, Trombosit) mengetahui sejak dini apabila ada komplikasi dan penyakit kejang demam.

f. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan kejang demam menurut Wulandari & Erawati (2016) yaitu:

1) Penatalaksanaan keperawatan

- a) Saat terjadi serangan mendadak yang harus diperhatikan pertama kali adalah ABC (Airway, Breathing, Circulation.
- b) Setelah ABC aman. Baringkan pasien ditempat yang rata untuk mencegah terjadinya perpindahan posisi tubuh kearah Danger.
- c) Kepala dimiringkan dan pasang sundip lidah yang sudah dibungkus kasa.
- d) Singkarkan benda-benda yang ada di sekitar pasien yang bisa menyebabkan bahaya.
- e) Lepaskan pakaian yang mengganggu pernapasan
- f) Setelah pasien sadar dan terbangun berikan minum air hangat
- g) Jangan diberikan selimut tebal karena uap panas akan sulit akan dilepaskan
- h) Tindakan nonfarmakologi

Tindakan non farmakologis terhadap penurunan panas yang dapat dilakukan seperti (Nurarif, 2015):

- (1) Memberikan minuman yang banyak
- (2) Tempatkan dalam ruangan bersuhu normal
- (3) Menggunakan pakaian yang tidak tebal
- (4) Memberikan kompres.

Kompres adalah metode pemeliharaan suhu tubuh dengan menggunakan cairan atau alat yang dapat menimbulkan hangat atau dingin pada bagian tubuh yang memerlukan.

Kompres merupakan metode untuk menurunkan suhu tubuh (Windawati, 2020). Ada 2 jenis kompres yaitu kompres hangat dan kompres dingin. Pada penelitian ini Peneliti menerapkan penggunaan 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 (Supraptiani, 2018). Kompres hangat yang diletakkan pada lipatan tubuh dapat membantu proses evaporasi atau penguapan panas tubuh (Arief, 2015). Penggunaan Kompres hangat di lipatan ketiak dan lipatan selangkangan selama 10 – 15 menit dengan temperature air 30-32°C, akan membantu menurunkan panas dengan cara panas keluar lewat pori-pori kulit melalui proses penguapan. Pemberian kompres hangat pada daerah aksila lebih efektif karena pada daerah tersebut lebih banyak terdapat pembuluh darah yang besar dan banyak terdapat kelenjar keringat apokrin yang mempunyai banyak vaskuler sehingga akan memperluas daerah yang mengalami vasodilatasi yang akan memungkinkan percepatan perpindahan panas dari tubuh ke kulit hingga delapan kali lipat lebih banyak (Supraptiani, 2018).

2) Penatalaksanaan medis

- a) Bila pasien datang dalam keadaan kejang obat utama adalah diazepam untuk membrantas kejang secepat mungkin yang diberi secara IV (intravena), IM (Intra muskular), dan rektal. Dosis sesuai BB: < 10 kg; 0,5, 0,75 mg/kg BB dengan minimal dalam spuit 7,5 mg, > 20 kg ; 0,5 mg/kg BB. Dosis rata-rata dipakai 0,3 mg/kg BB/kali dengan maksimal 5 mg pada anak berumur kurang dari 5 tahun, dan 10 mg pada anak yang lebih besar.
- b) Untuk mencegah edema otak , berikan kortikosteroid dengan dosis 20-30 mg/kg BB/ hari dan dibagi dalam 3 dosis atau sebaiknya glukortikoid misalnya deksametazon 0,5-1 ampul setiap 6 jam.
- c) Setelah kejang teratasi dengan diazepam selama 45-60 menit disuntikan antipileptik dengan daya kerja lama misalnya fenobarbital, defenilhidation diberikan secara intramuskuler. Dosis awal neonatus 30 mg: umur satu bulan- satu tahun 50 mg, umur satu tahun keatas 75 mg.

3. Konsep Terapi Tepid Sponge

a. Pengertian

Terapi tepid sponge adalah suatu tindakan dimana dilakukan penyekaan keseluruhan tubuh dengan menggunakan air hangat dengan suhu 32°C sampai 37°C , yang bertujuan untuk menurunkan suhu tubuh yang di atas normal yaitu $37,5^{\circ}\text{C}$ (Widyawati & Cahyanti, 2010 dalam Monica, 2019).

b. Tujuan

Menurut (Widyawati & Cahyanti, 2010 dalam Monica, 2019) terapi tepid sponge memiliki tujuan sebagai berikut:

- 1) Memberikan pelepasan panas tubuh melalui cara evaporasi konveksi
- 2) Memberikan efek vasodilatasi pada pembuluh darah
- 3) Memberikan rasa nyaman pada anak

c. Indikasi

Menurut (Widyawati & Cahyanti, 2010 dalam Monica, 2018) anak yang di berikan terapi tepid sponge adalah anak yang mengalami peningkatan suhu tubuh di atas normal yaitu lebih dari $37,5^{\circ}\text{C}$.

d. Kontraindikasi

Kontraindikasi pada terapi tepid sponge (Widyawati & Cahyanti, 2010 dalam Monica, 2019) adalah:

- 1) Tidak ada luka pada daerah pemberian terapi tepid sponge

- 2) Tidak diberikan pada neonatus

B. Konsep Asuhan Keperawatan

Menurut Tarwoto dan wartonah (2015), proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respons pasien terhadap penyakitnya. Dalam proses keperawatan, ada lima tahap dimana tahap-tahap tersebut tidak dapat di pisahkan dan saling berhubungan. Tahap-tahap ini secara bersama-sama membentuk lingkaran pemikiran dan tindakan yang kontinu, yang mengulangi kembali kontrak dengan pasien.

Tahap – tahap dalam proses keperawatan tersebut adalah sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap penting dan menentukan dalam tahap-tahap selanjutnya. Data yang komprehensif dan valid akan menentukan penetapan diagnosis keperawatan dengan tepat dan benar, serta selanjutnya akan berpengaruh dalam perencanaan keperawatan . Tujuan dari pengkajian adalah didapatkan nya data yang komprehensif yang mencakup data biopsiko dan spiritual (Nurrarif dan Kusuma 2013).

Data yang perlu dikumpulkan saat pengkajian pada anak dengan kejang demam (Lestari, 2016) meliputi adalah:

- a. Biodata/ Identitas pasien Biodata pasien mencakup nama, umur, jenis kelamin. Sedangkan biodata orang tua perlu ditanyakan untuk mengetahui status sosial anak meliputi nama, umur, agama, suku/ bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat.
- b. Keluhan utama Meliputi keluhan paling utama yang dialami oleh pasien, biasanya keluhan yang dialami pasien kejang demam adalah anak mengalami kejang pada saat panas diatas $> 37,5$ - $39,5$ °C
- c. Riwayat penyakit sekarang
 - 1) Riwayat penyakit yang diderita sekarang tanpa kejang ditanyakan, apakah betul ada kejang. Diharapkan ibu atau keluarga yang mengantar mengetahui kejang yang dialami oleh anak.
 - 2) Dengan mengetahui ada tidaknya demam yang menyertai kejang, maka diketahui apakah terdapat infeksi. Infeksi mempengaruhi penting dalam terjadinya bangkitan kejang pada anak.
 - 3) Lama serangan
Seorang ibu yang anaknya mengalami kejang merasakan waktu berlangsung lama. Dari lama bangkitan kejang dapat kita ketahui respon terhadap prognosa dan pengobatan.
 - 4) Pola serangan
Perlu diusahakan agar diperoleh gambaran lengkap mengenai pola serangan apakah bersifat umum, fokal, tonik atau klonik. Pada kejang demam sederhana kejang ini bersifat umum.

5) Frekuensi serangan

Apakah penderita mengalami kejang sebelumnya, umur berapa kejang terjadi untuk pertama kali dan berapa frekuensi kejang per tahun. Prognosa makin kurang baik apabila timbul kejang pertama kali pada umur muda dan bangkitan kejang sering terjadi.

6) Keadaan sebelum, selama dan sesudah serangan

Sebelum kejang perlu ditanyakan adakah aura atau rangsangan tertentu yang dapat menimbulkan kejang, misalnya lapar, lelah, muntah, sakit kepala dan lain-lain. Dimana kejang dimulai dan bagaimana menjalarnya. Sesudahnya kejang perlu ditanyakan apakah penderita segera sadar, tertidur, kesadaran menurun, ada paralise, menangis dan sebagainya.

7) Riwayat penyakit sekarang yang menyertai

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

e. Riwayat penyakit dahulu

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

f. Riwayat penyakit keluarga

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

g. Riwayat kehamilan dan persalinan

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

h. Riwayat imunisasi

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

- i. Riwayat perkembangan kemampuan perkembangan Anak meliputi:
- 1) Personal sosial (kepribadian/ tingkah laku sosial): berhubungan dengan kemampuan mandiri, bersosialisasi, dan berinteraksi dengan lingkungannya.
 - 2) Motorik halus: berhubungan dengan kemampuan anak untuk mengamati sesuatu, melakukan gerakan yang melibatkan bagian bagian tubuh tertentu saja dan dilakukan otot-otot kecil dan memerlukan koordinasi yang cermat, misalnya menggambar, memegang suatu benda dan lain-lain.
 - 3) Motorik kasar: berhubungan dengan pergerakan dan sikap tubuh.
 - 4) Bahasa : kemampuan memberikan respon terhadap suara, mengikuti perintah dan berbicara spontan.

j. Riwayat sosial

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

- 1) Pola persepsi dan tatalaksanaan hidup sehat Gaya hidup yang berkaitan dengan kesehatan, pengetahuan tentang kesehatan, pencegahan dan kepatuhan pada setiap perawatan dan tindakan medis. Bagaimana pandangan terhadap penyakit yang diderita, pelayanan kesehatan yang diberikan, tindakan apabila anggota

keluarga yang sakit, penggunaan obat-obatan pertolongan pertama.

2) Pola nutrisi

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

3) Pola eliminasi BAK : ditanyakan frekuensinya, jumlahnya, secara makroskopis ditanyakan bagaimana warna, bau khas, dan terdapat darah, serta tanyakan apakah disertai nyeri saat anak kencing. BAB : ditanyakan kapan waktu BAB, teratur atau tidak, bagaimana konsistensinya lunak, keras, cair atau berlendir.

4) Pola aktivitas dan latihan Apakah anak senang bermain sendiri atau dengan teman sebayanya, berkumpul dengan keluarga sehari berapa jam, aktivitas apa yang disukai.

5) Pola tidur/istirahat Berapa jam sehari tidur, berangkat tidur jam berapa. Bangun tidur jam berapa, kebiasaan sebelum tidur, serta bagaimana dengan tidur siang.

k. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

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

2) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan secara menyeluruh dari ujung kepala hingga ujung kaki untuk mendapatkan data objektif tentang kondisi pasien.

a) Kepala tanda-tanda mikro atau makro sepalis, adakah dispersi bentuk kepala, apakah tandatanda kenaikan tekanan intrakranial, yajtu ubun-ubun besar cembung, bagaimana keadaan ubun-ubun besar menutup atau belum.

b) Rambut

Dimulai warna, kelebatan, distribusiserta 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.

c) Muka/Wajah

Paralisis fasialis menyebabkan asimetri wajah; sisi yang paresis tertinggal bila anak menangis atau tertawa, sehingga wajah

tertarik ke sisi sehat. Adakah tanda rhisus sardonicus, opistotonus, trimus, apakah ada gangguan nervus cranial.

d) Mata

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

e) Telinga

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

f) Hidung

Adakah ada pemaasan cuping hidung, polip yang menyumbat jalan nafas, apakah keluar sekret, bagaimana konsistensinya Jumlahnya.

g) Mulut

Adakah tanda-tanda sardonicus, bagaimana keadaan lidah, adakah stomatitis, berapa jumlah gigi yang tumbuh, apakah ada carries gigi.

h) Tenggorokan

Adakah tanda-tanda peradangan tonsil, adakah tandatanda infeksi faring.

i) Leher

Adakah tanda-tanda kaku kuduk, pembesaran kelenjar tyroid, adakah pembesaran vena jugularis.

j) Thorax

Pada infeksi amati bentuk dada klien, bagaimana gerak pernafasan, frekuensinya, irama, kedalaman, adakah retraksi dada. Pada auskultasi adakah suara nafas tambahan.

k) Jantung

Bagaimana keadaan dan frekuensi jantung serta iramanya, adakah bunyi tambahan, adakah bradycardi atau tachycardia.

l) Abdomen

Adakah distensi abdomen serta kekakuan otot pada abdomen, bagaimana turgor kulit dan peristaltik usus, adakah tanda meteorismus, adakah pembesaran hepar

m) Kulit

Bagaimana keadaan kulit baik kebersihan maupun wamanya, apakah terdapat oedema, hemangioma, bagaimana keadaan turgor kulit.

n) Ekstremitas

Apakah terdapat kulit baik kebersihan maupun wamanya, apakah terdapat oedema, hemangioma, bagaimana keadaan turgor kulit.

o) Genetalia

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

2. Konsep Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat diambil pada kasus kejang demam adalah hipertermia, yang berhubungan dengan proses penyakit (SDKI, 2017).

a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas (D 0001)

1) Definisi : ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten.

2) Penyebab :

Fisiologis :

- a) Spasme jalan napas
- b) Hipersekresi jalan napas.
- c) Disfungsi neuromuskuler.
- d) Benda asing dalam jalan napas.
- e) Adanya jalan napas buatan.
- f) Sekresi yang tertahan.
- g) Hiperplasia dinding jalan napas.
- h) Proses infeksi .

- i) Respon alergi.
- j) Efek agen farmakologis (mis. anastesi).

Situasional

- a) Merokok aktif.
- b) Merokok pasif.
- c) Terpajan polutan.

3) Gejala dan tanda mayor

Subjektif : tidak tersedia

Objektif :

- a) batuk tidak efektif
- b) tidak mampu batuk.
- c) sputum berlebih.
- d) Mengi, wheezing dan / atau ronkhi kering.
- e) Mekonium di jalan nafas pada Neonatus.

4) **Gejala dan Tanda Minor.**

Subjektif :

- a) Dispnea.
- b) Sulit bicara.
- c) Ortopnea

Objektif :

- a) Gelisah.
- b) Sianosis.

- c) Bunyi napas menurun.
- d) Frekuensi napas berubah.
- e) Pola napas berubah.

Kondisi Klinis Terkait

- a) Gullian barre syndrome.
 - b) Sklerosis multipel.
 - c) Myasthenia gravis.
 - d) Prosedur diagnostik (mis. bronkoskopi, transesophageal echocardiography [TEE]).
 - e) Depresi sistem saraf pusat.
 - f) Cedera Kepala
 - g) Stroke
 - h) Kuadriplegia
 - i) Sindron aspirasi mekonium
 - j) Infeksi saluran Napas.
- b. Hipertermi Berhubungan dengan proses penyakit (D 0130)

- 1) Definisi : Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh

Penyebab :

Dehidrasi

Terpapar lingkungan panas

Proses penyakit (mis. infeksi, kanker)

Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan

Peningkatan laju metabolisme

Respon trauma

Aktivitas berlebihan

Penggunaan inkubator

2) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

Suhu tubuh diatas nilai normal

3) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

Kulit merah, Kejang, Takikardi, Takipnea, Kulit terasa hangat

4) Kondisi Klinis Terkait

a) Proses infeksi

b) Hipertiroid

c) Stroke

d) Dehidrasi

e) Trauma

f) Prematuritas

- c. Resiko tinggi cedera berhubungan dengan spasme otot ekstermitas (D.0136).
- d. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral b. d kerusakan sel neuron otak (D.0017)
- e. Risiko Aspirasi b. d reflek menelan menurun (D. 0006)

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
	1	2	3
1	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi mukus (D.0001).	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam maka diharapkan bersih jalan napas membaik dengan kriteria hasil: Bersihan jalan napas (L.01001) - Batuk efektif meningkat (5) - Produksi sputum menurun (5) - Wheezing menurun (5) - Dispnea menurun (5) - Gelisah menurun (5) - Frekuensi napas membaik - Pola napas membaik (5)	Manajemen Jalan Napas (I.01011) Tindakan: Observasi: - Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) - Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) - Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik: - Pertahankan kepatenan jalan napas dengan headtilt dan chin-lift (jawthrust jika curiga trauma servical) - Posisikan semi-fowler atau fowler - Berikan minum hangat - Lakukan fisioterapi dada, jika perlu - Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik - Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal - Keluarkan sumbatan benda pada dengan forsep McGill - Berikan oksigen, jika perlu Edukasi: - Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi

			<ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan tehnik batuk efektif Kolaborasi: <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu Pemantauan Respirasi (I.O1014) Tindakan: Observasi: <ul style="list-style-type: none"> - Monitor frekuensi, irama, kedalam dan upaya napas - Monitor pola napas □ Monitor kemampuan batuk efektif - Monitor adanya produksi sputum - Monitor adanya sumbatan jalan napas - Palpasi kesimetrisan ekspansi paru - Auskultasi bunyi napas - Monitor saturasi oksigen - Monitor AGD - Monitor x-ray thoraks Terapeutik: <ul style="list-style-type: none"> - Atur internal pemantau respirasi sesuai kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi: <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
2	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi bakteri salmonella typhosa)	Setelah di berikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan : <ul style="list-style-type: none"> - Mengigil menurun - Kulit merah menurun - Kejang menurun - Takikardia menurun - Takipnea menurun - Suhu tubuh membaik - Suhu kulit membaik 	Manajemen hipertermia Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator). - Monitor suhu tubuh - Monitor pengeluaran urin. Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang dingin. - Longgarkan atau lepaskan pakaian. - Lakukan kompres hangat - Berikan cairan oral. - Basahi dan kipasi permukaan tubuh. - Lakukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksilla). Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan tirah baring Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasikan pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu.
3	Resiko tinggi cedera	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam	Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebutuhan dan keamanan

	berhubungan spasme otot ekstermitas (0136)	diharapkan masalah tidak menjadi aktual dengan kriteria hasil: - Tidak terjadi kejang - Tidak terjadi cedra	pasien Therapi 2. Sediakan lingkungan yang aman untuk pasien 3. Menghindarkan lingkungan yang berbahaya 4. Memasang side rail tempat tidur 5. Menyediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih 6. Membatasi pengunjung Edukasi 7. Menganjurkan keluarga untuk menemani pasien 8. Edukasi tentang penyakit kepada keluarga.
4	Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral b. d kerusakan sel neuron otak (D.0017)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam status neurologi dapat dipertahankan dengan kriteria hasil: - Buka mata terhadap stimulus eksternal - Orientasi kognitif - Respon motorik baik terhadap stimulus berbahaya	Observasi 1. Monitor perubahan haemodinamik 2. Monitor status neurologi adanya tanda – tanda peningkatan TIK 3. Monitor tekanan aliran darah oytak Therapi 4. Tinggikan kepala 30 – 45° Edukasi 5. Jelaskan pada pasien tanda – tanda peningkatan TIK Kolaborasi 6. Kolaborasi dengan dokter a. Pemberian terapi pengobatan b. Pemberian oksigen
5	Resiko aspirasi b.d reflek menelan menurun (D.0006)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam tidak terjadi aspirasi dengan kriteria hasil: - Menghindari faktor – faktor resiko - Dapat mengidentifikasi faktor resiko	Observasi 1. Monitor tingkat kesadaran, reflek batuk, kemampuan menelan 2. Skrining adanya disfagia Therapi 3. Pertahankan kepatenan jalan nafas 4. Periksa posisi NGT sebelum pemberian makan 5. Periksa residu pada selang NGT sebelum pemberian makan Edukasi 6. Anjurkan untuk menjaga kebersihan mulut 7. Anjurkan untuk meninggikan kepala 30°- 45° setelah pemberian makan

 Kolaborasi

8. Kolaborasi dengan dokter
 - a. pemberian terapi pengobatan,
 - b. Pemberian oksigen
 9. Konsultasikan dengan terapis bicara patologis dengan tepat
-

Sumber : (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

4. Implementasi

Implementasi adalah tahap ke empat dari proses keperawatan . tahap ini muncul jika perencanaan yang dibuat di aplikasikan pada klien. Tindakan yang dilakukan mungkin sama mungkin juga berbeda dengan urutan yang telah di buat pada perencanaan. Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreatifitas perawat. Sebelum melakukan suatu tindakan, perawat harus mengetahui tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan tindakan yang sudah direncanakan, dilakukan dengan rencana yang tepat, aman, serta sesuai dengan kondisi pasien (Debora, 2016).

Adapun implementasi yang dapat dilakukan sesuai dengan intervensi yaitu :

- b. Mengidentifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas).
- c. Memonitor suhu tubuh
- d. Memonitor pengeluaran urine
- e. Menyediakan lingkungan yang dingin.
- f. Melonggarkan atau lepaskan pakaian.

- g. Memberikan obat oral.
- h. Membasahi dan kipasi permukaan tubuh.
- i. Melakukan pendinginan eksternal (mis. Kompres hangat pada lipatan aksilla dan lipatan paha).
- j. Mengajarkan tirah baring.
- k. Mengkolaborasikan pemberian cairan elektrolit dan intravena.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap kelima dari proses keperawatan. pada tahap ini perawat membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah masalah yang terjadi sudah diatasi seluruhnya, hanya sebagian, atau belum teratasi semuanya. Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan yaitu suatu proses yang digunakan untuk mengukur dan memonitor kondisi klien untuk mengetahui kesesuaian tindakan keperawatan, perbaikan tindakan keperawatan, kebutuhan klien saat ini, perlunya dirujuk pada tempat kesehatan lain dan perlu menyusun ulang prioritas diagnosa supaya kebutuhan klien bisa terpenuhi atau teratasi (Debora, 2016).

Evaluasi dinilai berdasarkan respon pasien terhadap implementasi yang telah dilakukan, sehingga kriteria hasil yang diharapkan :

- a. Menggigil menurun.
- b. Suhu tubuh membaik menjadi $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$

- c. Kejang menurun.
- d. Suhu kulit membaik.
- e. Takikardia menurun.
- f. Takipnea menurun.
- g. Kulit merah menurun.

C. Tinjauan Al Islam Muhammadiyah

Untuk membahas takhrij dan syarah hadis terkait demam sebagai berasal dari uap jahanam. berkualitas shahih karena telah memenuhi kriteria keshahihan sanad dan keshahihan matan hadis. Hadis ini dihukumi shahih karena semua perawinya dzabit dan adil (tsiqot). Sedangkan syarah hadis menunjukkan bahwa pengobatan demam bisa dilakukan dengan menggunakan air atau lebih dikenal dengan kompres yang merupakan salah satu dari cara pengobatan yang pernah dilakukan oleh Nabi Saw dan sampai sekarang masih tetap efektif.

Adapun hadist yang terdapat dalam kitab shahih Muslim adalah sebagai berikut: ◌

Telah menceritakan kepada kami Zuhair bin Harb dan Muhammad bin Al-Mutsana keduanya berkata; Telah menceritakan kepada kami Yahya yaitu Ibnu Said dari Ubaidillah; telah mengabarkan kepadaku Nafi dari Ibnu Umar dari Nabi Shalallahu alaihi wasallam beliau bersabda: “Penyakit demam

panas itu berasal dari panas neraka jahanam. Karena itu dinginkanlah (kompres) dengan air” (HR. Muslim).