

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian

Pada pengkajian An.F dengan masalah kejang demam dilakukan pada tanggal 17 Maret 2025, melakukan pengkajian dengan metode wawancara, observasi keadaan pasien meliputi identitas sampai dengan pemeriksaan fisik. Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada anak sehingga keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Pada pengkajian di dapatkan hasil yaitu ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak kemarin, demamnya tidak turun-turun, batuk pilek sejak 2 hari yang lalu dan kejang dirumah selama 5 menit, kesadaran pada saat diperiksa composmentis serta keadaan umum pasien masih lemah dan lesu, tubuh teraba panas, kulit tampak kemerahan, mukosa bibir kering dan pucat, pasien tampak muntah dan pasien tampak rewel serta tanda-tanda vitalnya adalah suhu 39,9°C, nadi 139x/m, pernapasan 40x/m. Dalam hal ini terdapat beberapa persamaan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Purwanto and Pamboaji, 2023) dimana hasil pengkajian ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak 3 hari yang lalu, demam naik turun, batuk pilek 1 hari yang lalu, kejang (-), mual, muntah 1 x, BAB mencret 1 x dengan warna agak coklat, bentuk cair ada ampasnya, ibu pasien mengatakan tidak tahu tentang penyakit anaknya. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan suhu 37,7°C, nadi 110 x/menit, pernapasan 28 x/menit.

Pada penelitian yang dilakukan (Purwanto and Pamboaji, 2023) didapatkan hasil pengkajian dari dua responden yang mengeluh demam naik turun dengan suhu 38,7 dan 38,5 C per aksila, kulit kemerahan, mukosa bibir kering, dan akral teraba hangat.

Pada anak yang menderita kejang demam pada umumnya akan mengalami kenaikan suhu tubuh di atas normal dimana suhu mencapai 38°C. Anak akan

mengeluh lemas, rewel, akral teraba hangat, mukosa bibir kering, dan kulit kemerahan. Pada beberapa anak memiliki riwayat penyakit yang dialami sebelum kejang seperti batuk pilek, mual muntah dan diare.

Dari data subjektif dan objektif yang ada menurut (PPNI, 2016) itu merupakan tanda dan gejala mayor dan minor pada masalah keperawatan hipertermi yaitu individu mengalami suhu tubuh diatas nilai normal, kulit merah, kulit terasa hangat. Kejadian ini terjadi saat tubuh mengalami kenaikan suhu antara 38- 38,9 C, yang disebabkan oleh infeksi yang terjadi karena adanya mikroorganisme yang masuk kedalam tubuh yang berupa virus, jamur, parasit dan bakteri. Demam juga bisa disebabkan karena paparan sinar matahari yang berlebihan (overhating), dehidrasi atau kekurangan cairan, alergi karena gangguan sistem imun (Lazdia *et al.*, 2022).

B. Diagnosa keperawatan

Menurut (PPNI, 2016) terdapat beberapa macam diagnosa keperawatan yang sering ditemukan pada pasien dengan kejang demam meliputi diagnosa aktual seperti pola napas tidak efektif dan hipertermia, pada diagnosa resiko yaitu risiko cedera, risiko aspirasi dan risiko perfusi serebral tidak efektif dan diagnosa promosi kesehatan berupa defisit pengetahuan.

Pada penelitian ini penulis hanya mengangkat 3 (tiga) diagnosa keperawatan berdasarkan manifestasi klinis yang ditemukan pada pasien. Diagnosa yang diangkat pada pasien yaitu:

1. hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. Penulis mengangkat diagnosa ini karena di dapatkan data bahwa pasien memiliki suhu tubuh diatas normal yaitu 39,9°C dengan hasil pemeriksaan fisik dimana akral teraba hangat dan kulit tampak kemerahan.
2. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi diagnosa ini diangkat oleh penulis karena saat pengkajian ibu klien tidak mengetahui anaknya kejang dan belum tau cara penanganan demam kejang.

3. Risiko aspirasi dengan faktor risiko peningkatan tekanan intragatrik diagnosa ini diangkat oleh penulis karena saat pengkajian ibu klien mengatakan klien enggan untuk makan, klien mengalami mual dan muntah, klien batuk dan pilek.

C. Intervensi

Intervensi atau perencanaan merupakan langkah berikutnya dalam proses keperawatan setelah melakukan diagnosa keperawatan. Pada langkah ini perawat menentukan tujuan dan kriteria hasil bagi pasien untuk acuan yang digunakan pada saat melakukan evaluasi, dan merencanakan tindakan yang akan dilakukan pada pasien. Dari pernyataan tersebut dapat diketahui bahwa dalam membuat perencanaan harus mempertimbangkan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dan intervensi yang akan diberikan kepada pasien. Rencana keperawatan yang terdapat dilaporan pendahuluan tidak semua penulis angkat pada rencana asuhan keperawatan, dikarenakan penulis sesuaikan dengan kondisi klien.

1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

Rencana tindakan keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil suhu tubuh menurun, kulit merah menurun, kejang menurun, takikardi menurun dan takipnea menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Rencana tindakan yang diberikan pada pasien yaitu manajemen hipertermia berupa monitor suhu tubuh yang bertujuan untuk mengetahui perubahan suhu pasien, monitor komplikasi akibat hipertermia, longgarkan pakaian dan memberikan pakaian yang tipis pada pasien yang bertujuan untuk memudahkan dan menguapkan panas, berikan cairan oral yang bertujuan untuk mengimbangi asupan cairan yang hilang akibat peningkatan suhu tubuh, lakukan pendinginan eksternal seperti kompres pada dahi leher ataupun aksila yang bertujuan untuk menurunkan suhu tubuh, anjurkan untuk tirah baring yang bertujuan untuk mengistirahatkan tubuh, kolaborasi dalam pemberian cairan dan obat IV (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Pada penelitian (Aini *et al.*, 2022) intervensi yang dilakukan pada pasien dengan diagnosa hipertermi yaitu kaji tanda-tanda vital klien (nadi, suhu, pernapasan) dengan rasionalnya mengetahui adanya peningkatan suhu tubuh, berikan kompres air hangat bila suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ dengan rasionalnya mengurangi panas dengan pemindahan panas secara konduksi, anjurkan pada ibu untuk memakai pakaian yang tipis dapat menyerap keringat dengan rasionalnya memberikan rasa nyaman dan pakaian yang tipis tidak merangsang peningkatan suhu tubuh, dan lakukan tindakan kolaborasi untuk pemberian cairan intravena dengan rasionalnya pemberian cairan sangat penting bagi klien dengan suhu tubuh tinggi.

2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Rencana tindakan keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, persepsi yang keliru terhadap masalah menurun. (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Rencana tindakan yang diberikan pada pasien yaitu edukasi kesehatan berupa identifikasi kesiapan menerima informasi, sediakan materi dan media yang akan digunakan, jadwalkan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya dan jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Berdasarkan penelitian (Budi, Munzaemah and Listyarini, 2021) hubungan pengetahuan ibu dengan penanganan kejang demam berulang pada anak perlu ditingkatkan untuk mencegah terjadinya kejang demam berulang pada anak. Peningkatan pengetahuan dapat dilakukan dengan pendidikan kesehatan yang meliputi etimologi, definisi, faktor risiko, pencegahan, pengelolaan, dan komplikasi tentang kejang demam.

3. Risiko aspirasi ditandai dengan peningkatan tekanan intragastritis

Rencana tindakan keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit diharapkan tingkat aspirasi menurun dengan kriteria hasil tingkat kesadaran meningkat, kemampuan menelan meningkat, dispnea menurun dan kelemahan otot menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Rencana tindakan yang diberikan pada pasien yaitu manajemen jalan nafas berupa monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering), monitor sputum (jumlah, warna, aroma), posisikan semi-fowler atau fowler dan berikan minum hangat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

D. Implementasi

Tindakan keperawatan (implementasi) proses keperawatan merupakan puncak dari proses keperawatan ini dikarenakan pada proses ini dilakukan tindakan langsung dalam membantu pasien dalam mengatasi masalah yang dideritanya (Rehana, Mulyadi and Alam, 2021). Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, implementasi yang dilakukan pada klien tidak ada kesenjangan karena peneliti menggunakan implementasi yang sama dengan tinjauan pustaka, sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada klien dan ada pendokumentasian serta intervensi keperawatan yang nyata dilakukan pada klien.

Pada kegiatan Implementasi, peneliti melakukan kontrak keperawatan sebelumnya untuk pelaksanaan yang meliputi kapan dilaksanakan, berapa lama waktu yang dibutuhkan, siapa yang melaksanakan, tujuan dan tindakan apa saja yang dilakukan, serta peralatan yang perlu dipersiapkan.

1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien berupa memonitor suhu tubuh, pernapasan dan nadi hasil: suhu 37,9,2⁰C RR: 36x/m N: 132x/m, memonitor komplikasi akibat hipertermia hasil: pasien kejang di rumah selama 5 menit, melonggarkan pakaian dan memberikan pakaian yang tipis

pada pasien, memberikan cairan oral hasil: pasien minum air putih sedikit tapi sering, melakukan pendinginan eksternal hasil: ibu pasien memberikan kompres aloe vera pada dahi leher ataupun aksila, menganjurkan untuk tirah baring, dan berkolaborasi dalam pemberian cairan dan obat IV hasil : terpasang cairan asering dan diberikan obat paracetamol 10 cc sesuai BB anak.

Pada penelitian yang dilakukan (Anisa, 2022) didapatkan bahwa ada perubahan yang signifikan akibat pengaruh suhu kompres aloe vera terhadap perubahan suhu tubuh pasien dimana sebelum diberikan kompres air hangat yaitu $39,3^{\circ}\text{C}$, sedangkan suhu tubuh sesudah diberikan kompres air hangat pada hari pertama terjadi penurunan sebanyak $1,5^{\circ}\text{C}$ menjadi $37,8^{\circ}\text{C}$. selain memberikan kompres, anak juga perlu diberikan minum yang banyak karena demam dapat menimbulkan dehidrasi.

2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien yaitu mengidentifikasi kesiapan menerima informasi hasil : keluarga siap menerima informasi yang akan diberikan, menyediakan materi dan media yang akan digunakan hasil : pertolongan pertama pada kejang demam, menjadwalkan sesuai kesepakatan, memberikan kesempatan untuk bertanya hasil : keluarga tampak mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

3. Risiko aspirasi ditandai dengan peningkatan tekanan intragastritis

Tindakan yang diberikan pada pasien yaitu memonitor pola napas hasil : RR : 34x/m, memonitor bunyi napas tambahan hasil : tidak ada suara napas tambahan, memonitor sputum hasil : tidak ada sputum, memposisikan semi-fowler atau fowler hasil : pasien dalam posisi berbaring dimana kepala lebih tinggi, memberikan minum hangat hasil : pasien diberikan minum sedikit tapi sering.

E. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhirnya teramati

dengan tujuan atau criteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan pada saat terakhir setelah melaksanakan tindakan keperawatan selama jangka waktu yang telah ditentukan dalam perencanaan keperawatan (Rehana, Mulyadi and Alam, 2021).

1. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit

Hasil evaluasi pada tanggal 17 Maret 2025 data subjektif Ibu pasien mengatakan anaknya masih demam. Data objektif akral teraba panas dan suhu sudah turun menjadi 37,9°C. *Assesment* masalah hipertermi belum teratasi. *Planning* intervensi 1,2,3 dilanjutkan di ruang perawatan. Pada penelitian (Putri *et al.*, 2022) didapatkan Hasil evaluasi pada implementasi hari ketiga tanggal 1 Februari 2022 jam 14.00 WIB didapatkan data subyektif: ibu mengatakan bahwa anaknya sudah tidak demam. Data obyektif: TTV: suhu: 37 C, nadi: 120 x/menit, RR 24 x/menit, Akral normal, Mukosa bibir lembab. Analisa masalah: hipertermi teratasi. Planning: intervensi dihentikan.

2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Hasil evaluasi pada tanggal 17 Maret 2025 data subjektif Ibu pasien mengatakan paham dengan penjelasan yang diberikan. Data objektif Keluarga pasien tampak memperhatikan. *Asessment* Masalah teratasi. *Planning* intervensi dihentikan. Pada penelitian (Purwanto and Pamboaji, 2023) diagnosa defisit pengetahuan teratasi di hari pertama implementasi dengan hasil perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat.

3. Risiko aspirasi ditandai dengan peningkatan tekanan intragastrik

Hasil evaluasi pada tanggal 17 Maret 2025 data subjektif Ibu pasien mengatakan anaknya tidak mau makan dan pasien masih mengalami muntah. Data objektif pasien terlihat lemas dan pasien tampak muntah. *Assessment* masalah teratasi. *Planning* intervensi dilanjutkan ke ruang perawatan untuk menghindari terjadinya aspirasi.