

BAB IV

PEMBAHASAN

Pembahasan ini disusun dengan mengintegrasikan landasan teori dan praktik asuhan keperawatan yang nyata, menggunakan pendekatan proses manajemen keperawatan. Penulis membahas setiap tahap dalam proses keperawatan, meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan dan intervensi, pelaksanaan tindakan keperawatan, serta evaluasi hasil asuhan.

Pada tanggal 15 Agustus 2025, penulis melaksanakan implementasi untuk diagnosis keperawatan pertama, yaitu hipertermia. Langkah-langkah yang dilakukan mencakup pemantauan tanda vital pasien, yakni suhu tubuh, nadi, dan frekuensi pernapasan (tercatat suhu 38,9°C, RR 22 kali/menit, nadi 140 kali/menit), serta observasi terhadap potensi komplikasi hipertermia mengingat pasien sebelumnya mengalami kejang di rumah. Pemberian cairan oral berupa air putih dalam jumlah sedikit namun sering, serta pendinginan eksternal dengan kompres pada dahi dan ketiak yang dilakukan oleh orang tua. Pasien juga dipasang akses IV dengan cairan Asering 500 ml, dan selanjutnya dilakukan kolaborasi pemberian parasetamol IV 15 cc sesuai berat badan anak.

Untuk diagnosis keperawatan kedua, yaitu risiko kejang berulang, intervensi yang dilakukan meliputi pemantauan kejang berulang, membaringkan pasien, dan menempatkan pasien dalam posisi semi-Fowler dengan pengaman bed untuk mencegah jatuh. Keluarga diarahkan agar tidak memasukkan benda apapun ke dalam mulut pasien selama kejang, serta dilakukan kolaborasi pemberian antikonvulsan dengan Diazepam rektal 10 mg. Untuk diagnosis keperawatan ketiga, implementasi yang dilakukan meliputi pemantauan tingkat

kesadaran, kemampuan menelan, refleks batuk, serta status pernapasan pasien. Pasien ditempatkan dalam posisi semi-Fowler sebelum pemberian makanan untuk mempermudah menelan dan mencegah aspirasi. Makanan diberikan dalam porsi kecil dengan tekstur lunak, sedangkan obat diberikan dalam bentuk cair. Perawat juga memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai pentingnya posisi duduk yang benar saat makan, cara menelan yang aman, dan makan secara perlahan. Setelah tindakan, pasien mampu menelan dengan baik tanpa tanda tersedak, dan keluarga memahami langkah-langkah pencegahan aspirasi di rumah.

Didukung dengan penelitian (Nopianti et al., 2023) yang menerapkan kompres hangat pada anak dengan kejang demam. Suhu tubuh pasien menurun dari 38,9°C menjadi 36,9°C, menunjukkan efektivitas intervensi dalam mengatasi hipertermi dan memperbaiki termoregulasi.

Penelitian oleh Azim et al. (2022) menunjukkan bahwa pada kondisi suhu tubuh di atas 38°C, penerapan kompres air hangat dapat digunakan untuk menurunkan panas melalui mekanisme konduksi. Disarankan kepada orang tua untuk mengenakan pakaian tipis pada anak agar mampu menyerap keringat, memberikan kenyamanan, serta mencegah peningkatan suhu tubuh lebih lanjut. Evaluasi terhadap diagnosis keperawatan pertama, yaitu hipertermia terkait proses penyakit, menunjukkan pasien mengalami kejang dengan tanda vital: nadi 140 kali/menit, frekuensi pernapasan 22 kali/menit, dan suhu tubuh 38°C.

Seorang anak dibawa ke IGD dengan suhu tubuh 39,9°C, frekuensi napas 22 kali/menit, dan nadi 140 kali/menit, disertai kejang yang muncul bersamaan dengan peningkatan suhu tubuh. Pada saat itu, pasien masih mengenakan pakaian lengkap, belum terpasang akses infus, dan mengalami demam

tinggi.

Tindakan yang dilakukan meliputi pemantauan rutin terhadap suhu tubuh, nadi, dan pernapasan, serta observasi terhadap kemungkinan komplikasi akibat hipertermia. Perawat melonggarkan pakaian pasien, memberikan cairan oral dalam jumlah sedikit namun sering, dan melakukan pendinginan eksternal dengan kompres pada dahi dan ketiak. Pasien juga dianjurkan beristirahat dengan tirah baring untuk meringankan beban tubuh.

Selain itu, dilakukan kolaborasi dengan tim medis untuk pemasangan akses intravena. Pasien menerima cairan Asering 500 ml serta paracetamol IV 15 cc sesuai berat badan. Hasil evaluasi menunjukkan penurunan suhu tubuh menjadi 38°C, frekuensi napas tetap 22 kali/menit, dan nadi menurun menjadi 99 kali/menit. Kejang pasien berkurang, dan orang tua membantu melonggarkan pakaian serta melakukan kompres. Pasien juga mampu melakukan gerakan sederhana, seperti miring ke kiri dan kanan.

Hasil *assessment* menunjukkan bahwa hipertermia telah teratasi, sehingga intervensi difokuskan pada upaya mempertahankan kondisi tersebut, antara lain dengan Tindakan yang dilakukan meliputi pemantauan suhu tubuh, observasi terhadap potensi komplikasi akibat hipertermia, melonggarkan atau melepas pakaian yang menghambat pendinginan, pemberian cairan secara oral, anjuran untuk istirahat total, serta kolaborasi dalam pemberian cairan dan elektrolit melalui infus intravena. Untuk diagnosis keperawatan Risiko Cedera, faktor risiko yang teridentifikasi adalah kegagalan mekanisme pertahanan tubuh, ditandai dengan kejang saat demam dan riwayat kejang berulang. Pasien, seorang anak, dibawa ke IGD dengan keluhan demam tinggi yang disertai kejang.. Saat

masuk, suhu tubuh tercatat 39,9°C, frekuensi napas 22 kali/menit, dan nadi 140 kali/menit. Ibu pasien melaporkan bahwa anak sering mengalami kejang saat demam. Tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi pemantauan tanda vital dan pengawasan terhadap kemungkinan kejang berulang. Pasien ditempatkan dalam posisi aman, dibaringkan, dan diposisikan *semi-Fowler* atau *Fowler* untuk mempermudah pernapasan.

Selain itu, perawat memberikan edukasi kepada keluarga agar tidak memasukkan benda apapun itu ke mulut pasien selama kejang berlangsung serta menghindari penggunaan kekerasan untuk menahan gerakan anak. Penjelasan yang diberikan dipahami dengan baik oleh ibu pasien, sehingga keluarga dapat berperan aktif dalam perawatan anak.

Dalam penanganan medis, dilakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat antikonvulsan. Pasien menerima diazepam rektal dengan dosis 10 mg sesuai indikasi.

Hasil evaluasi menunjukkan perbaikan kondisi pasien: suhu tubuh menurun menjadi 38,0°C, frekuensi napas 22 kali/menit, dan nadi 98 kali/menit. Ibu pasien melaporkan bahwa anak tidak mengalami kejang berulang setelah intervensi, serta terlihat memahami instruksi yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

Assessment menunjukkan bahwa risiko cedera telah teratasi, sehingga perencanaan difokuskan pada mempertahankan intervensi, antara lain memantau kemungkinan kejang berulang, memonitor tanda vital, membaringkan pasien agar tidak jatuh, mengarahkan keluarga untuk tidak memasukkan benda ke dalam mulut pasien saat kejang, menghindari penggunaan kekerasan untuk menahan gerakan anak, serta melakukan kolaborasi pemberian

antikonvulsan.

Untuk diagnosis keperawatan Risiko Aspirasi, faktor risiko yang ditemukan adalah penurunan refleks menelan dan batuk, dibuktikan dengan pasien mengalami kejang demam disertai penurunan kesadaran sesaat setelah kejang.

Seorang anak dirawat di IGD dengan keluhan demam tinggi dan riwayat kejang. Setelah kejang berhenti, pasien tampak mengantuk dan belum sepenuhnya sadar, dengan refleks menelan menurun. Tanda vital pasien tercatat: suhu 38°C, frekuensi napas 22 kali/menit, dan nadi 140 kali/menit.

Tindakan keperawatan yang dilakukan mencakup pemantauan tingkat kesadaran, kemampuan menelan, refleks batuk, serta status pernapasan untuk mendeteksi tanda-tanda aspirasi. Pasien ditempatkan pada posisi miring ke kiri selama dan setelah kejang untuk menjaga jalan napas tetap terbuka, serta diposisikan *semi-Fowler* saat sadar untuk mempermudah pernapasan. Pemberian makanan dan minuman ditunda hingga pasien sepenuhnya sadar dan refleks menelannya kembali normal.

Secara terapeutik, makanan diberikan dalam porsi kecil dengan tekstur lunak, dan obat oral diberikan dalam bentuk cair untuk mengurangi risiko tersedak. Perawat juga memberikan edukasi kepada keluarga agar tidak memberikan makanan atau minuman segera setelah kejang, serta mengajarkan cara memposisikan pasien miring jika kejang terjadi kembali.

Setelah tindakan keperawatan, kondisi pasien membaik: tingkat kesadaran meningkat, refleks menelan kembali normal, tidak ada tanda tersedak atau batuk saat menelan, suara napas bersih, frekuensi napas 22 kali/menit, dan saturasi oksigen 99%. Keluarga tampak memahami instruksi mengenai pencegahan aspirasi dan mampu mempraktikkan posisi yang

benar saat memberikan makanan.

Assessment menunjukkan bahwa risiko aspirasi telah teratasi, sehingga perencanaan difokuskan pada mempertahankan intervensi, yaitu memonitor tingkat kesadaran dan kemampuan menelan, memastikan posisi *semi-Fowler* sebelum makan, memberikan makanan bertekstur lunak dalam porsi kecil, menghindari pemberian makanan saat pasien belum sadar, serta melanjutkan kolaborasi pemberian obat antipiretik dan antikejang sesuai instruksi medis.

Pada tanggal 15 Agustus 2025, dilakukan pengkajian terhadap pasien An.G. Data subjektif diperoleh dari guru pasien yang melaporkan bahwa An.G mengalami demam tinggi setelah mengikuti pawai, sempat muntah sebelum kejang, dan kembali mengalami kejang selama sekitar 10 detik dalam perjalanan menuju rumah sakit. Menurut PPNI (2018), gejala utama dan masalah yang terkait dengan hipertermia muncul ketika pasien mengalami peningkatan suhu tubuh di atas batas normal, yang ditandai dengan kulit kemerahan dan pembengkakan. Kondisi ini umumnya terjadi saat suhu tubuh mencapai 38–38,9°C dan sering disebabkan oleh infeksi mikroorganisme, termasuk virus, bakteri, atau parasit. Selain itu, diare pada pasien dapat dipicu oleh pola makan yang tidak sesuai, gangguan pencernaan, atau reaksi alergi (Zhang et al., 2024).

Hal ini sesuai dengan temuan Purwanto & Pamboaji (2023) yang melaporkan bahwa anak-anak dengan kejang demam umumnya mengalami peningkatan suhu tubuh di atas 38°C, disertai gejala seperti kelemahan, rewel, akral terasa hangat, mukosa bibir kering, dan eritema pada kulit. Beberapa pasien juga memiliki riwayat penyakit sebelumnya, termasuk batuk pilek, mual, muntah, dan diare. Rencana tindakan yang

diberikan pada pasien meliputi manajemen hipertermia, yaitu: memonitor suhu tubuh untuk mengetahui perubahan kondisi, memantau kemungkinan komplikasi akibat hipertermia, melonggarkan pakaian dan mengganti dengan pakaian tipis untuk memudahkan penguapan panas, memberikan cairan oral untuk menggantikan cairan yang hilang akibat demam, melakukan pendinginan eksternal dengan kompres pada dahi, leher, atau aksila untuk menurunkan suhu, menganjurkan tirah baring untuk memberikan istirahat, serta kolaborasi pemberian cairan dan obat intravena (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Pada tahap implementasi, perawat melakukan pemantauan terhadap tanda vital pasien, meliputi suhu tubuh, pernapasan, dan nadi, dengan hasil: suhu 39,9°C, frekuensi napas 22 kali/menit, dan nadi 140 kali/menit. Selain itu, perawat juga mengamati kemungkinan komplikasi akibat hipertermia, mengingat pasien sebelumnya mengalami kejang selama 5 menit di rumah. Selain itu, pakaian pasien dilonggarkan dan diganti dengan pakaian tipis, cairan oral diberikan dalam jumlah sedikit tetapi sering, serta dilakukan pendinginan eksternal dengan kompres pada dahi, leher, dan aksila oleh orang tua pasien. Pasien dianjurkan untuk tirah baring, dan dilakukan kolaborasi pemberian cairan intravena serta obat IV, berupa cairan Asering dan paracetamol 15 cc sesuai berat badan anak.

Penelitian oleh Kurnia & Carlson (2020) mengindikasikan bahwa penerapan kompres hangat efektif dalam menurunkan suhu tubuh pada pasien. Selain itu, pemberian cairan oral yang adekuat juga memegang peranan penting, mengingat demam dapat memicu risiko dehidrasi.

Tahap evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk membandingkan hasil pelaksanaan tindakan keperawatan dengan tujuan atau kriteria

yang telah ditetapkan sebelumnya, sesuai jangka waktu yang tercantum dalam rencana keperawatan (Rehana et al., 2021). Hasil evaluasi pada tanggal 15 Agustus 2025 menunjukkan bahwa secara objektif akral pasien terasa hangat, dan suhu tubuh menurun dari 39,9°C menjadi 36,8°C. Penilaian ini menunjukkan bahwa masalah hipertermia telah teratasi, sehingga rencana intervensi dapat dilanjutkan di ruang perawatan. Temuan tersebut sejalan dengan penelitian Nopianti et al. (2023), yang melaporkan bahwa penerapan kompres hangat pada anak dengan kejang demam menurunkan suhu tubuh dari 39,3°C menjadi 36,9°C, membuktikan efektivitas intervensi dalam mengatasi hipertermia dan memperbaiki termoregulasi.