BAB IV

PEMBAHASAN

Pembahasan ini dibuat berdasarkan teori dan asuhan yang nyata dengan pendekatan proses manajemen keperawatan, dalam hal ini penulis membahas melalui tahapan-tahapan proses keparawatan yaitu : pengkajian, diangnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

A. Tahap Pengkajian

Pada tanggal 20 Maret 2025, dilakukan pengkajian terhadap An.A yang mengalami kejang demam. Pengkajian dilakukan melalui wawancara dan observasi terhadap kondisi pasien, termasuk identitas dan pemeriksaan fisik. Pengumpulan data dilakukan tanpa kendala setelah melakukan perkenalan dan menjelaskan tujuan penulis untuk memberikan asuhan keperawatan kepada anak tersebut, sehingga keluarga menjadi terbuka, memahami, dan berkolaborasi.

Pada pengkajian di dapatkan hasil yaitu ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak kemarin, demamnya tidak turun-turun, dan kejang dirumah selama 5 menit,dalam perjalanan kejang sekitar 10 detik, kesadaran pada saat pengkajian composmentis serta keadaan umum pasien masih lemah dan lesu, tubuh teraba panas, kulit tampak kemerahan, serta tanda-tanda vitalnya adalah suhu 39,9^{o}C, nadi 150 x/menitenit, pernapasan 40x/menit. Dalam hal ini terdapat beberapa kesamaan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Rehana et al., 2021) ditemukan kesamaan dengan kasus An. A dan An. N dalam hal pengkajian. An. A mengalami demam selama dua hari dan kejang selama lima menit. Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan bahwa An. A memiliki riwayat subjektif batuk non-productive sehari sebelum demam, sedangkan secara objektif memiliki kondisi umum baik dengan GCS 15, suhu tubuh 39,9°C, denyut nadi 150 kali per menit, dan frekuensi pernapasan 40 kali per menit.

Pada penelitian yang dilakukan (Purwanto & 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^{o}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.

B. Diagnosis Keperawatan

Pada tinjauan teoritas yang ada terdapat beberapa diagnosis keperawatan menurut SDKI 2017 yang dapat diangkat pada pasien dengan kejang demam, maka diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien yaitu sebagai berikut :

1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit.

   Dalam masalah keperawatan penulis menemukan data yang menunjang yaitu ibu pasien mengatakan anaknya demam tinggi sejak kemarin dan tidak turun-turun. ibu pasien mengatakan anaknya kejang di rumah selama 5 menit dan kejang dalam perjalanan ke rumah sakit sekitar 10 detik, suhu 39,9^{o}C, Kulit tampak kemerahan, nadi 150 x/menitenit, RR 40x/menit, akral teraba hangat.

   Pada penelitian yang dilakukan (Purwanto & 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^{o}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.

2. Resiko cedera ditandai dengan faktor resiko kegagalan mekanisme pertahanan tubuh.

Dalam masalah keperawatan penulis menemukan data yang menunjang yaitu ibu pasien mengatakan anaknya kejang di rumah selama 5 menit dan kejang lagi diperjalanan ke Rumah sakit sekitar 10 detik, Suhu : 39,9 ^{o}C, RR : 40x/m, Nadi : 150 x/menit, Akral teraba hangat, Anak tampak rewel, Kulit tampak kemerahan.

C. Intervensi

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakana oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (SIKI, 2018), Dimana tindakan keperawatan setelah semua data yang terkumpul semua selesai dilakukan prioritas masalah. Berikut intervensi berdasarkan diganosa keperawatan:

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 mengistrahatkan tubuh, kolaborasi dalam pemberian

cairan dan obat IV (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Pada penelitian (Aini et al., 2022) intervensi dilakukan pada pasien dengan diagnosis hipertermi melibatkan evaluasi tanda-tanda vital klien seperti suhu tubuh, nadi, dan frekuensi pernapasan. Ini dilakukan untuk mengidentifikasi peningkatan suhu tubuh. Jika suhu tubuh lebih dari 38°C, kompres air hangat dapat diberikan untuk mengurangi panas melalui konduksi. Disarankan kepada ibu untuk menggunakan pakaian yang tipis agar dapat menyerap keringat dan memberikan kenyamanan, serta mencegah peningkatan suhu tubuh.

Rencana tindakan mencakup manajemen kejang sehingga bisa menghindari namanya resiko cedera yang melibatkan pemantauan terhadap kejadian kejang berulang, karakteristik kejang, serta tanda-tanda vital. Selain itu, langkah-langkah lainnya termasuk menyarankan pasien untuk berbaring agar tidak jatuh, melonggarkan pakaian terutama di bagian leher, menginstruksikan keluarga untuk menghindari memasukkan apapun ke dalam mulut pasien selama kejang, menghindari penggunaan kekerasan untuk menahan gerakan pasien, dan berkolaborasi dalam pemberian antikonvulsan.

D. Implementasi

Pada tanggal 20 Maret 2025 penulis melakukan implementasi dengan diagnosis keperawatan pertama hipertermia yaitu memonitor suhu tubuh, nadi, pernapasan dengan hasil suhu 38,9℃, RR: 40x/m, N: 150 x/menit, memonitor komplikasi akibat hipertermia karena pasien sempat kejang saat berada di rumah, memberikan cairan oral dimana pasien diberikan air putih sedikit namum sering, melakukan pendinginan eksternal yaitu orang tua pasien

memberikan kompres pada dahi dan ketiak pasien, pasien dipasangkan akses IV dengan cairan Asering 500 ml, ketika sudah terpasang infus selanjutnya, melakukan kolaborasi pemberian obat IV yaitu paracetamol 15 cc sesuai BB anak.

Diagnosis keperawatan kedua implementasi yang di lakukan yaitu memonitor terjadinya kejang berulang dan membaringkan pasien dan memposisikan pasien dengan posisi semi-fowler dengan menaikkan pengaman bed agar tidak terjatuh, kemudian menganjurkan keluarga menghindari memasukkan apapun ke dalam mulut pasien saat mengalami kejang, sehingga dilakukan kolaborasi pemberian antikonvulsan dengan obat Diazepam rectal 10 mg.

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi pada diagnosa pertama hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditemukan pasien tampak kejang, TTV: N: 150 x/menit; P: 40x/menit; S: 39,^{0}C.

Tabel 3.1

Pre-Evaluasi Dan Post Evaluasi Diagnosa Hipertermi

Pre-Evaluasi	**Implementasi**	**Post-Evaluasi**
Suhu 39,9℃, RR: 40x/menit, N: 150 x/meni	Memonitor suhu tubuh, nadi, pernapasan	Suhu 38,0℃, RR: 38x/ment, N: 100x/menit
Pasien sempat kejang saat suhu tubuh meningkat	Memonitor komplikasi akibat hipertermia	Kejang berkurang
Pasien masih menggunakan pakaian	Melonggarkan atau lepaskan pakaian	Ibu pasien melonggarkan pakaian pasien
Pasien mengalami peningkatan suhu tubuh	Memberikan cairan oral	Diberikan air mineral sedikit tapi sering

Pasien mengalami peningkatan suhu tubuh	Melakukan pendinginan eksternal	Ibu pasien menggunakan kompres pada dahi dan ketiak sebagai upaya untuk menurunkan suhu tubuh anak
Pasien sempat kejang saat suhu tubuh meningkat	Menganjurkan tirah baring	Anak bisa melakukan balik kiri dan kanan
Pasien datang ke IGD belum Terpasang infus dan demam tinggi	Berkolaborasi dalam pemberian cairan dan obat IV	pasien dipasangkan akses IV dengan cairan Asering 500ml, dan pemberian obat IV yaitu paracetamol 15 cc sesuai BB anak

Assessment yang diperoleh yaitu hipertermia belum teratasi sehingga planning yang dilakukan yaitu intervensi tetap dilanjutkan dengan Monitor suhu tubuh, monitor komplikasi akibat hipertermia, longgarkan atau lepaskan pakaian, berikan cairan oral, anjurkan tirah baring dan kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena.

Hasil evaluasi diagnosa keperawatan Risiko Cedera ditandai dengan faktor resiko kegagalan mekanisme pertahanan tubuh dibuktikan dengan pasien kejang saat demam, dan riwayat kejang berulang.

Tabel 3.2

Pre-evaluasi dan post evaluasi diagnosa resiko cedera

Pre-Evaluasi	**Implementasi**	**Post-Evaluasi**
Ibu pasien mengatakan anaknya kejang apabila pasien	Memonitor terjadinya kejang berulang	Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya tidak mengalami kejang berulang

demam		
Suhu 39,9℃, RR: 40x/menit, N: 150x/menit	Memonitor tanda-tanda vital	Suhu 38,0℃, RR: 38x/ment, N: 100x/menit
Paien datang ke IGD dengan keluhan demam tinggi dan mengalami serangan kejang	Baringkan pasien agar tidak jatuh	pasien di baringkan dengan posisi semifowler atau fowler
Pasien sempat kejang saat suhu tubuh meningkat	Menganjurkan keluarga menghindari memasukkan apapun ke dalam mulut pasien saat periode kejang	Tampak ibu pasien mengerti dengan penjelasan perawat
Pasien sempat kejang saat suhu tubuh meningkat	Anjurkan keluarga tidak menggunakan kekerasan untuk menahan gerakan pasien	Ibu pasien terlihat memahami penjelasan yang diberikan perawat
Pasien sempat mengalami kejang berulang	Kolaborasi pemberian antikonvulsan	Pasien diberikan obat Diazepam rectal 10 mg

Assessment yang diperoleh yaitu risiko cedera teratasi sehingga *planning* yang diberikan yaitu mempertahankan intervensi dengan monitor terjadinya kejang berulang, monitor tanda-tanda vital, baringkan pasien agar tidak jatuh, anjurkan keluarga menghindari memasukkan apapun ke dalam mulut pasien saat periode kejang, anjurkan keluarga tidak menggunakan kekerasan untuk menahan gerakan pasien, dan kolaborasi pemberian antikonvulsan.

F. Pengaruh Manajeman Hipertermi Terhadap Termoregulasi Pada Anak Kejang Demam

Pada tanggal 20 Maret 2025, dilakukan pengkajian

terhadap An.A di dapatkan data subjektif yaitu ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak kemarin, demamnya tidak turun-turun, dan kejang dirumah selama 5 menit,dalam perjalanan kejang sekitar 10 detik. Menurut PPNI (2018), gejala dan masalah utama serta masalah terkait dalam kasus hipertermia terjadi ketika pasien mengalami suhu tubuh di atas normal, menyebabkan kulit mereka menjadi merah dan bengkak. Kondisi ini terjadi ketika suhu tubuh turun dari 38 hingga 38,9 derajat Celcius. Sering disebabkan oleh infeksi mikroorganisme seperti virus, parasit, dan bakteri yang memasuki tubuh. Selain itu, diare juga dapat disebabkan oleh diet yang kuat, diare, atau reaksi alergi yang disebabkan oleh gangguan sistem pencernaan (Lazdia et al., 2022). Dalam hal ini terdapat kesamaan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Purwanto & Pamboaji, 2023) didapatkan hasil pada anak yang menderita kejang demam pada umumnya akan mengalami kenaikan suhu tubuh di atas normal dimana suhu mencapai 38^{o}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.

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 mengistrahatkan

tubuh, kolaborasi dalam pemberian cairan dan obat IV (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Pada Implementasi, tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien berupa memonitor suhu tubuh, pernapasan dan nadi hasil: suhu 39,9^{0}C RR: 40x/m N: 150 x/menit, 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 pada dahi leher ataupun aksila, menganjurkan pasien untuk tirah baring, dan berkolaborasi dalam pemberian cairan IV dan obat IV hasil : terpasang cairan Asering dan diberikan obat paracetamol 15 cc sesuai BB anak. Pada penelitian yang dilakukan (Anisa, 2019) didapatkan bahwa pengaruh suhu pada saat kompres hangat terhadap perubahan suhu tubuh pasien dimana sebelum diberikan tindakan kompres air hangat. Selain memberikan kompres, anak juga perlu diberikan cairan oral yang banyak karena demam dapat menimbulkan dehidrasi.

Langkah evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses kelanjutan yang membandingkan hasil setelah dilakukan tindakan yang disistematisasikan dengan tujuan atau kriteria yang telah ditetapkan pada langkah proses sebelumnya. Evaluasi dilakukan mengikuti jangka waktu yang ditentukan dalam rencana keperawatan. (Rehana et al., 2021).

Hasil evaluasi pada tanggal 20 Maret 2025 di dapatkan hasil data objektif akral teraba panas dan suhu sudah turun dari 39,9^{o}C menjadi 38,0°C. *Assesment* masalah hipertermi belum teratasi. *Planning* intervensi dilanjutkan di ruang

perawatan. Hal ini sejalan dengan penelitian (Rahayu, et al. 2021) yang menerapkan kompres hangat pada anak dengan kejang demam. Suhu tubuh pasien menurun dari 39,3°C menjadi 36,9°C, menunjukkan efektivitas intervensi dalam mengatasi hipertermi dan memperbaiki termoregulasi

Didukung dengan penelitian (Yuliantari, K. 2020) penerapan tepid sponge pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan termoregulasi akibat hipertermi. Hasilnya menunjukkan bahwa tindakan ini efektif dalam menurunkan suhu tubuh anak dengan kejang demam, membantu memperbaiki fungsi termoregulasi.

Penelitian (Aini et al., 2022) juga didapakan hasil, jika suhu tubuh lebih dari 38°C, kompres air hangat dapat diberikan untuk mengurangi panas melalui konduksi. Disarankan kepada ibu untuk menggunakan pakaian yang tipis agar dapat menyerap keringat dan memberikan kenyamanan, serta mencegah peningkatan suhu tubuh