

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap pertama yang sangat penting dalam rangkaian perawatan kesehatan. Ini adalah proses yang terstruktur yang mencakup pengumpulan informasi untuk menilai keadaan kesehatan terbaru pasien. Dalam pengkajian ini, berbagai faktor, termasuk aspek biologi, psikologis, sosial, dan spiritual, diperhatikan secara menyeluruh untuk memahami keadaan pasien secara keseluruhan.(Novikasari et al.,2021).

a. Identitas Pasien

Ketika mengkaji anak yang mengalami demam dengan riwayat kejang demam, informasi yang perlu dikumpulkan meliputi nama lengkap, jenis kelamin, usia, serta tempat dan tanggal lahir, termasuk nama orang tua anak tersebut.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Keluhan utama pada anak dengan kejang demam adalah peningkatan suhu di atas 37,5°C. Anak dapat mengalami kejang demam sederhana sekali dengan durasi 15 detik, bahkan dapat mengalami penurunan kesadaran.

2) Riwayat Penyakit Sekarang

Umumnya, orang tua pasien melaporkan bahwa anak mengalami demam dengan suhu tinggi dan pernah mengalami kejang berulang, baik pada waktu yang sama maupun berbeda, tergantung pada jenis kejang demam yang dialami.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada anak berusia 0 sampai 5 tahun, pengkajian meliputi riwayat prenatal, natal, dan postnatal. Anak yang pernah mengalami kejang

demam, jatuh, atau sering mengonsumsi obat bebas biasanya memiliki perkembangan yang lebih lambat dibandingkan anak seusianya. Pengkajian ini juga mencakup pertanyaan kepada orang tua mengenai usia ketika anak pertama kali mengalami kejang demam.

4) Riwayat Imunisasi

Pengkajian dilakukan terhadap orang tua mengenai imunisasi yang diterima anak sejak lahir hingga saat ini serta reaksi yang dialami anak setelah imunisasi.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pengkajian terhadap orang tua dan anggota keluarga lainnya dilakukan untuk mengetahui apakah ada riwayat kejang demam atau penyakit menular yang mungkin menyebabkan infeksi dan berujung pada kejang demam.

c. Pemeriksaan Fisik (head to toe)

1) Kesadaran

- a) Anak mungkin bersikap rewel dan menangis.
- b) Tingkat kesadaran dapat bervariasi, mulai dari *compos mentis* hingga penurunan kesadaran.

2) Tanda-tanda Vital

- a) Suhu tubuh meningkat di atas 37,5°C.
- b) Frekuensi pernapasan, khususnya pada anak di bawah 12 bulan, bisa mencapai lebih dari 30 kali per menit.
- c) Denyut nadi pada anak usia 1-3 tahun berkisar antara 80 hingga 130 kali per menit.
- d) Penurunan berat badan tidak umum terjadi.

e) Kepala

Periksa simetri bentuk kepala serta ada tidaknya benjolan. Apakah rambut bersih atau kotor, dan ada tidaknya kerontokan.

f) Mata

Periksa dilatasi pupil dan apakah terdapat konjungtiva anemis.

g) Hidung

Periksa simetri bentuk hidung dan warna mukosa hidung yang seharusnya merah muda.

h) Mulut

Pemeriksaan meliputi mukosa bibir yang mungkin terlihat pucat atau kering.

i) Tonsil

Pastikan tonsil tidak menunjukkan tanda kemerahan.

j) Sianosis

Periksa ada tidaknya tanda-tanda sianosis yang menunjukkan kurangnya oksigen.

k) Gigi

Observasi jumlah gigi yang sudah tumbuh dan tanggal tumbuhnya.

l) Telinga

Periksa simetri telinga, kebersihannya, serta apakah ada pembengkakan atau nyeri di belakang telinga.

m) Leher

Pastikan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid atau vena jugularis.

n) Toraks

Pada pemeriksaan toraks, langkah-langkah yang dilakukan meliputi inspeksi untuk mengamati bentuk dada secara keseluruhan dan memeriksa adanya retraksi dada saat bernapas.

Berikut adalah penulisan ulang teks tersebut dalam gaya yang lebih halus:

1. Auskultasi

Melakukan pendengaran pada suara napas normal serta mencari kemungkinan adanya suara napas tambahan, seperti ronkhi atau wheezing.

2. Perkusi

Melakukan pemeriksaan perkusi pada paru-paru untuk menilai apakah bunyi yang dihasilkan normal (sonor).

o) Abdomen

Dalam pemeriksaan abdomen, penting untuk mengevaluasi adanya distensi (pembesaran atau kembung) serta kekuatan otot di area tersebut. Distensi abdomen dapat menjadi indikasi adanya gangguan pada organ-organ dalam perut, seperti usus atau lambung. Sementara itu, penilaian terhadap kekuatan otot abdomen berguna untuk mendeteksi kemungkinan adanya gangguan pada sistem pencernaan atau penyakit yang memengaruhi organ-organ di dalam perut.

p) Ekstremitas

Pada pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah, ditemukan kelemahan tonus otot dan waktu kapiler (CRT) lebih dari 2 detik, dengan bagian akral terasa hangat.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis yang dilakukan untuk memahami respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang mereka alami, baik yang sudah berlangsung maupun yang bersifat potensi. Tujuan dari diagnosis keperawatan ini adalah untuk mengidentifikasi respons individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017&Kejang et al., 2022).

- a. Hipertermia berhubungan dengan proses prnyakit (D.0130)
- b. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit (D.0074)
- c. Anisietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian (D.0080)
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0019)
- e. Perfsu perifer tidak efektifberhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merujuk pada berbagai tindakan yang dilakukan oleh perawat, yang berlandaskan pada pengetahuan dan penilaian klinis, dengan tujuan untuk mencapai hasil yang diharapkan. Di sisi lain, tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dilakukan oleh perawat guna melaksanakan intervensi tersebut. Tindakan dalam intervensi keperawatan mencakup observasi, terapi, edukasi, dan kolaborasi.(PPNI et al., 2018).

2.1 tabel : Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Hipertermian berhubungan dengan proses penyakit (D.0130) Definisi : suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh Penyebab: 1. dehidrasi 2. terpapar lingkungan panas 3. Proses penyakit (mis. infeksi, kanker) 4. Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan 5. peningkatan laju metabolisme 6. Respon trauma 7. Aktivitas berlebihan 8. Penggunaan inkubator Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : <i>(Tidak tersedia)</i> Objektif: 1. Suhu tubuh diatas nilai	Termoregulasi membaik (L.14134) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x dalam 24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil: 1. Menggigil menurun 2. Kulit merah menurun 3. Kejang menurun 4. Akrosianosi 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. Dasar kuku sianotik menurun	Manajemen hipertermia (1.15506) Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator). 2. Monitor suhu tubuh. 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urine 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 4. Berikan cairan oral. 5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) 6. Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin padadahi, leher, dada, abdomen, aksila) 7. Hindari pemberian antipiretik atau	Manajemen hipertermia (1.15506) Observasi 1. Untuk mengetahui penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator). 2. Untuk mengetahui suhu tubuh 3. Untuk mengetahui kadar elektrolit 4. Untuk mengetahui haluaran urin 5. Untuk mengetahui komplikasi akibat hipertermia Terapeutik 1. Agar sediakan lingkungan yang dingin 2. Agar mengetahui longgarkan pakaian 3. Agar memberikan kipas permukaan tubuh 4. Agar memberikan cairan oralit 5. Untuk mengetahui ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) 6. Untuk mengetahui lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin padadahi, leher, dada,

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	normal Gejala dan Tanda Minor Subjektif : (Tidak tersedia) Objektif : 1. kulit merah 2. kejang 3. takikardi 4. takipnea 5. kulit terasa hangat Kondisi Klinis Terkait 1. Proses infeksi 2. Hipertiroid 3. Stroke 4. Dehidrasi 5. Trauma 6. Prematuritas	14. Hipoksia menurun 15. Suhu tubuh membaik 16. Suhu kulit membaik 17. Kadar glukosa darah membaik 18. Pengisian kapiler membaik 19. Ventilasi membaik 20. Tekanan darah membaik	aspirin 8. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 1. Anjurkan tirah baring Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu	abdomen, aksila) 7. untuk mengetahui hindari pemberian antipiretik 8. untuk memberikan oksigen Edukasi 1. untuk mengetahui tirah baring Kolaborasi 1. untuk mengetahui kolaborasi pemberian cairan
2	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit (D.0074) Definisi : Perasaan kurang senang, leega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial. Penyebab 1. Gejala penyakit 2. kurang pengendalian situasional/ lingkungan 3. ketidakadekuatan sumber daya (mis. dukungan	Status kenyamamn meningkat (L08064) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x dalam 24 jam diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kesejahteraan fisik Meningkat 2. Kesejahteraan psikologis Meningkat 3. Dukungan sosial dari keluarga Meningkat 4. Dukungan sosial dari teman Perawatan sesuai	Manajemen nyeri (1.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi penguat budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi	Manajemen nyeri (1.08238) Observasi 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri 2. Untuk mengetahui skala nyeri 3. Untuk mengetahui respon nyeri non verbal 4. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Untuk mengetahui penguat budaya terhadap respon nyeri 7. Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	dfinansial, sosial dan pengetahuan 4. kurangnya privasi 5. gangguan stimulus lingkungan 6. efek samping terapi (mis. medikasi, radiasi, kemoterapi) 7. gangguan adaptasi kehamilan. Gejala dan tanda mayor Subjektif 1. mengeluh tidak nyaman Objektif 1. gelisah gejala dan tanda minor subjektif 1. mengeluh sulit tidur 2. tidak mampu rileks 3. mengeluh kedinginan dan kepanasan 4. merasa gatal 5. mengeluh mual 6. mengeluh lelah objektif 1. menunjukkan gejala distres 2. tampak merintih atau menangis 3. polah eliminasi berubah 4. postur tubuh berubah 5. iritabilitas kondisi Klinis terkait	keyakinan budaya Meningkat 5. Perawatan sesuai kebutuhan Meningkatkan 6. Kebebasan melakukan ibadah Rileks Meningkatkan 7. Keluhan tidak nyaman menurun 8. Gelisah menurun 9. Kebisingan menurun 10. Keluhan sulit tidur menurun 11. Keluhan kedinginanmenurun 12. Keluhan kepanasan menurun 13. Gata! menurun 14. Mual menurun 15. Lelah menurun 16. Merintih menurun 17. Menangis menurun 18. Iritabilitas menurun 19. Menyalahkan diri sendiri menurun 20. Konfusi menurun 21. Konsumsi alkohol menurun 22. Penggunaan zat menurun 23. Percobaan bunuh diri menurun 24. Memori masa lalu membaik 25. Suhu ruangan membai	komplementer yang sudah di berikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurrangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat dan memperingat neyri. Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyaman Kolaborasi 1. kolaborasi pemberian analgetik,<i>jika perlu</i>	8. Untuk mengetahui keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan 9. Untuk mengetahui efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Agar berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurrangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat dan memperingat neyri. Edukasi 1. Untuk jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Untuk jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Agar anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Agar anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Untuk ajarkan nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyaman Kolaborasi 1. untuk kolaborasi pemberian analgetik,<i>jika perlu</i>

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	1. penyakit kronis 2. keganasan 3. Distres psikologis 4. kehamilan	26. Pola eliminasi membaik 27. Postur tubuh membaik 28. Kewaspadaan membaik 29. Pola hidup membaik 30. Pola tidur membaik		
3	Anisietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian (D.0080) Definisi kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang menungkhinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. Penyebab 1. Krisis situasional 2. kebutuhan tidak terpenuhi 3. krisis maturasional 4. ancaman terhadap konsep diri 5. ancaman terhadap kematian 6. kekhawatiran mengalami kegagalan 7. disfungsi sistem keluarga 8. hubungan orang tua-anak tidak memuaskan 9. faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir) 10. penyalagunaan zat 11. Terpapar bahaya	Tingkat anisietas menurun (L.09093) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x dalam 24 jam diharapkan tingkat anisietas menurun Dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi kebingungan Verbalisasi khawatir akibat menurun 2. kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Keluhan pusing menurun 6. Anoreksia menurun 7. Palpitasi menurun 8. Frekuensi pemapasan menurun 9. Frekuensi nadi menurun 10. Tekanan darah menurun 11. Diaforesis menurun 12. Tremor menurun 13. Pucat menurun 14. Konsentrasi Pola tidur meningkat 15. Perasaan keberdayaan meningkat	Reduksi ansietas (1.09314) Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis, kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan Pahani situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian 3. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 4. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 5. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 6. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi	Reduksi ansietas (1.09314) Observasi 1. Untuk mengetahui saat tingkat ansietas berubah (mis, kondisi, waktu, stresor) 2. Untuk mengetahui kemampuan mengambil keputusan Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik 1. Agar memberikan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Untuk mengetahui mengurangi kecemasan, jika memungkinkan Pahani situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian 3. Agar mengetahui Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 4. Untuk mengetahui Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 5. Untuk mengetahui Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 6. Untuk mengetahui Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain) 12. kurang terpapar informasi Gejala dan Tanda mayor Subjektif 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan kondisi yang di hadapi 3. Sulit berkonsentrasi objektif 1. Tampak gelisah 2. tampak tenang 3. Sulit tidur Gejala dan tanda minor subjektif 1. menegluh pusing 2. anoreksia 3. palpitasi 4. merasa tidak berdaya objektif 1. frekuensi napas meningkat 2. frekuensi nadi meningkat 3. tekanan darah meningkat 4. diaforesis 5. tremor 6. muka tampak pucat 7. suara bergetar 8. kontak mata buruk 9. sering berkemih 10. berorientasi pada masa lalu Kondisi Klinis Terkait 1. Penyakit kronis progresif (	16. Kontak mata meningkat 17. Pola berkemih meningkat 18. Orientasi meningkat	1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8. Latih teknik relaksasi Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu	1. Agar Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Untuk Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Untuk Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 4. Agar Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 5. Untuk Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6. Agar Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 7. Untuk Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8. Agar Latih teknik relaksasi Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	mis. kanker, penyakit autoimun 2. Penyakit akut 3. Hospitalisasi 4. Rencana operasi 5. Kondisi diagnosis penyakit belum jelas 6. Penyakit neurologis 7. Tahap tumbuh kembang			
3	Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0019) Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme Penyebab 1. Ketidakmampuan menelan makanan 2. Ketidakmampuan mencerna makanan 3. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi 4. Peningkatan kebutuhan metabolisme 5. Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi) 6. Faktor psikologis (mis. stres, keengganan untuk makan) Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: (tidak tersedia)	Status nutrisi membaik (L.03030) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x dalam 24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : 2. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 3. Kekuatan otot pengunyah meningkat 4. Kekuatan otot menelan meningkat 5. Serum albumin meningkat 6. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat 7. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 8. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat 9. Pengetahuan tentang	Manajemen nutrisi (L.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan 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 Terapeutik 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai	Manajemen nutrisi (L.03119) Observasi 1. Untuk mengetahui Identifikasi status nutrisi 2. Untuk mengetahui Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Untuk mengetahui Identifikasi makanan disukai 4. Untuk mengetahui Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5. Untuk mengetahui Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Untuk mengetahui Monitor asupan makanan 7. Untuk mengetahui Monitor berat badan 8. Untuk mengetahui Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 1. Agar Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Agar memberikan Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) 3. Untuk mengetahui Sajikan makanan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	Objektif: - Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal Gejala dan Tanda Minor Subjektif: - Cepat kenyang setelah makan - Kram/nyeri abdomen - Nafsu makan menurun Objektif: - Bising usus hiperaktif - Otot pengunyah lemah - Otot menelan lemah - Membran mukosa pucat - Sariawan - Serum albumin turun - Rambut rontok berlebihan - Diare Kondisi Klinis Terkait - Stroke - Parkinson - Mobius syndrome - Cerebral palsy - Cleft lip - Cleft palate - Amyotrophic lateral sclerosis - Kerusakan neuromuskular - Luka bakar - Kanker	- standar asupan nutrisi yang tepat meningkat - Penyiapan dari penyimpanan makanan yang aman meningkat - Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman Sikap terhadap meningkat - makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat - Perasaan cepat kenyang menurun - Nyeri abdomen menurun - Sariawan menurun - Rambut rontok menurun - Diare menurun - Berat badan membaik - indeks Massa Tubuh (IMT) membaik - Frekuensi makan membaik - Nafsu makan membaik - Bising usus membaik - Tebal lipatan kulit trisep membaik - Membran mukosa membaik	- Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein - Berikan suplemen makanan jika perlu - Hentikan pemberian makan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi - Anjurkan posisi duduk, jika mampu - Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antilemetik), jika per Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	secara menarik dan suhu yang sesuai - Untuk mengetahui Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi - Untuk mengetahui Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein - Untuk mengetahui Berikan suplemen makanan jika perlu - Untuk mengetahui Hentikan pemberian makan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi - Agar Anjurkan posisi duduk, jika mampu - Agar Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antilemetik), jika per Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	11. Infeksi 12. AIDS 13. Penyakit Crohn's 14. Enterokolitis Fibrosis kistik			
5	Perfsu perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009) Definisi penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh Penyebab 1. Hiperglekemia 2. penurunan konsentrasi hemoglobin 3. Peningkatan tekanan darah 4. Kekurangan volume cairan 5. Penurunan aliran arteri dan atau / vena 6. Kuang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilisasi) 7. Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis. diabetes melitus, hiperlipidemia) 8. Kurang aktivitas fisik Gejala dan tanda mayor Subjektif	Perfusi perifer meningkat (L.02011) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x dalam 24 jam diharapkan Perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasi: 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Penyembuhan luka meningkat 3. Sensasi meningkat 4. Warna kulit pucat menurun 5. Edama perifer menurun 6. Nyeri ekstremitas menurun 7. Parastesia menurun 8. Kelemahan otot menurun 9. Kram otot menurun 10. Bruit fernoralis menurun 11. Nekrosis menurun 12. Pengisian kapiler Akral membaik 13. Turgor kulit membaik 14. Tekanan darah sistolik membaik 15. Tekanan darah diastolik membaik	Promosi kesadaran diri(1.09311) Observasi 1. Identifikasi keadaan emosional saat ini 2. Identifikasi respon yang ditunjukkan berbagai situasi Terapeutik 1. Diskusikan nilai-nilai yang berkontribusi terhadap konsep diri 2. Diskusikan tentang pikiran, perilaku atau respons terhadap kondisi 3. Diskusikan dampak penyakit pada konsep diri 4. Ungkapkan penyangkalan tentang kenyataan 5. Motivasi dalam meningkatkan kemampuan belajar Edukasi 1. Anjurkan mengenali pikiran dan perasaan tentang diri 2. Anjurkan menyadari bahwa setiap orang unik 3. Anjurkan mengungkapkan perasaan (mis marah atau depresi) 4. Anjurkan meminta bantuan orang lain, sesuai kebutuhan 5. Anjurkan mengubah pandangan diri	Promosi kesadaran diri (1.09311) Observasi 1. Untuk mengetahui keadaan emosional saat ini 2. Untuk mengetahui Identifikasi respon yang ditunjukkan berbagai situasi Terapeutik 1. Agar Diskusikan nilai-nilai yang berkontribusi terhadap konsep diri 2. Agar Diskusikan tentang pikiran, perilaku atau respons terhadap kondisi 3. Agar Diskusikan dampak penyakit pada konsep diri 4. Untuk Ungkapkan penyangkalan tentang kenyataan 5. Untuk Motivasi dalam meningkatkan kemampuan belajar Edukasi 1. Agar Anjurkan mengenali pikiran dan perasaan tentang diri 2. Agar Anjurkan menyadari bahwa setiap orang unik 3. Agar Anjurkan mengungkapkan perasaan (mis marah atau depresi) 4. Agar Anjurkan meminta bantuan orang lain, sesuai kebutuhan 5. Agar Anjurkan mengubah pandangan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	(tidak tersediah) Objektif 1. Pengisian kapiler >3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun Gejala dan tanda minor Subjektif 1. Parastesia 2. Nyeri ekstermitas (klaudikasi intermitan) objektif 1. Edema 2. Penyembuhan luka lambat 3. Indeks <i>ankle-brakial</i> < 0,90 4. Bruit femoral Kondisi klinis terkait 1. Tromboflebitis 2. diabetes militus 3. anemia 4. Gagal jantung kongestif 5. kelainan jantung kongestif 6. Trombosit arteri 7. Varises 8. Trombosit vena dalam 9. Sindrom kompartemen	16. Tekanan arteri rata-rata membaik 17. indeks ankle-brachial membaik	sebagai korban 6. Anjurkan mengidentifikasi perasaan bersalah 7. Anjurkan mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Anjurkan mengevaluasi kembali persepsi negatif tentang diri 9. Anjurkan dalam mengekspresikan diri dengan kelompok sebaya 10. Ajarkan cara membuat prioritas hidup 11. Latih kemampuan positif diri yang dimiliki	diri sebagai korban 6. Agar Anjurkan mengidentifikasi perasaan bersalah 7. Agar Anjurkan mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Agar Anjurkan mengevaluasi kembali persepsi negatif tentang diri 9. Agar Anjurkan dalam mengekspresikan diri dengan kelompok sebaya 10. Agar Ajarkan cara membuat prioritas hidup 11. Untuk Latih kemampuan positif diri yang dimiliki
6	Gangguan perkembangan berhubungan dengan efek ketidakmampuan fisik (D.0106)	Status perkembangan (L.10101) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x dalam	Perawatan perkembangan (1.10339) Observasi 1. Identifikasi pencapaian tugas perkembangan anak	Perawatan perkembangan (1.10339) Observasi 1. Untuk mengetahui pencapaian tugas perkembangan anak

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	Definisi: Kondisi individu mengalami gangguan kemampuan bertumbuh dan berkembang sesuai dengan kelompok usia Penyebab 1. Efek ketidakmampuan fisik 2. Keterbatasan lingkungan 3. Inkonsistensi respon 4. Pengabaian 5. Terpisah dari orang tua dan/ atau orang terdekat 6. Defisiensi stimulus Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: 1. Tidak mampu melakukan keterampilan atau perilaku khas sesuai (fisik, bahasa, motorik, psikososial) 2. Pertumbuhan fisik terganggu Gejala dan Tanda Minor Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: 1. Tidak mampu melakukan perawatan diri sesuai usia 2. Afek datar 3. Respon sosial lambat	24 jam diharapkan Status perkembangan membaik dengan kriteria hasil: 1. Keterampilan/perilaku sesuai usia meningkat 2. Kemampuan melakukan perawatan diri meningkat 3. Respon sosial meningkat 4. Kontak mata meningkat 5. Kemarahan menurun 6. Regresi menurun 7. Afek membaik 8. Pola tidur membaik	2. Identifikasi isyarat perilaku dan fisiologis yang ditunjukkan bayi (mis lapar nyaman) Terapeutik 1. Pertahankan sentuhan semiminal munglon pada bayi prematur 2. Berikan sentuhan yang bersifat gentle dan tidak ragu-ragu 3. Minimalkan nyern 4. Minimalkan kebisingan ruangan 5. Pertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan optimal 6. Motivasi anak bennteraksi dengan anak lain 7. Sediakan aktivitas yang memotivasi anak berinteraksi dengan anak lainnya 8. Fasilitasi anak barbagi dan bergantian/bergilir 9. Dukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif atau umpan balasatas usahanya 10. Pertahankan kenyamanan anak 11. Fasilitasi anak melatih keterampilan pemenuhan kebutuhan secara mande (ins makan, sikat gigi, cuci tangan, memakai baju) 12. Bernyanyi bersama anak lagu-lagu yang disukai 13. Bacakan cerita atau dongeng 14. Dukung partisipasi anak di sekolah, ekstrakurikuler dan aktivitas komunitas	2. Untuk mengetahui isyarat perilaku dan fisiologis yang ditunjukkan bayi (mis lapar nyaman) Terapeutik 1. Untuk memberikan Pertahankan sentuhan semiminal munglon pada bayi prematur 2. Untuk memberikan sentuhan yang bersifat gentle dan tidak ragu-ragu 3. Agar Minimalkan nyeri 4. Agar Minimalkan kebisingan ruangan 5. Untuk Pertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan optimal 6. Untuk Motivasi anak bennteraksi dengan anak lain 7. Untuk Sediakan aktivitas yang memotivasi anak berinteraksi dengan anak lainnya 8. Agar Fasilitasi anak barbagi dan bergantian/bergilir 9. Untuk Dukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif atau umpan balas atas usahanya 10. Untuk Pertahankan kenyamanan anak 11. Agar Fasilitasi anak melatih keterampilan pemenuhan kebutuhan secara mande (ins makan, sikat gigi, cuci tangan, memakai baju) 12. Untuk Bernyanyi bersama anak lagu-lagu yang disukai 13. Agar Bacakan cerita atau dongeng 14. Untuk Dukung partisipasi anak di

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	4. Kontak mata terbatas 5. Nafsu makan menurun 6. Lesu 7. Mudah marah 8. Regresi 9. Pola tidur terganggu (pada bayi) 10. Penyakit kronis Gangguan kepribadian (<i>personality disorder</i>)		Edukasi 1. Jelaskan orang tua dan/atau pengasuh tentang milestone perkembangan anak dan pelaku anak 2. Anjurkan orang tua menyentuh dan menggendong bayinya 3. Anjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya 4. Ajarkan anak keterampilan berinteraksi 5. Ajarkan anak teknik asertif Kolaborasi 1. Rujuk untuk konseling, jika perlu	sekolah, ekstrakurikuler dan aktivitas komunitas Edukasi 1. Agar memberikan penjelasan orang tua dan/atau pengasuh tentang milestone perkembangan anak dan pelaku anak 2. Agar menganjurkan orang tua menyentuh dan menggendong bayinya 3. Untuk menganjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya 4. Untuk mengajarkan anak keterampilan berinteraksi 5. Untuk mengajarkan anak teknik asertif Kolaborasi 1. Agar di berikan Rujuk untuk konseling, jika perlu

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dalam studi kasus yang dilakukan oleh peneliti ini berfokus pada pemberian asuhan keperawatan kepada pasien dengan diagnosis medis kejang demam. Fokus utama dalam perawatan ini adalah pada satu masalah keperawatan, yaitu risiko kejang berulang, serta penanganan hipertermia. Tindakan manajemen hipertermia mencakup identifikasi penyebab hipertermia, pemantauan suhu dan tanda-tanda vital, pemberian kompres hangat pada dahi, ketiak, dan lipatan-lipatan tubuh, serta pemberian edukasi kesehatan mengenai kejang demam dan langkah-langkah penanganan kepada keluarga pasien. (Nuryanti et al., 2024)

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi atau penilaian merupakan proses perbandingan yang sistematis dan terencana mengenai kesehatan klien, dengan tujuan yang telah ditetapkan. Proses ini dilakukan secara berkesinambungan dan melibatkan klien, keluarga, serta tenaga kesehatan. Keefektifan tindakan keperawatan dan pencapaian hasil yang telah diidentifikasi terus dievaluasi sebagai bagian dari penilaian status klien. Evaluasi harus dilakukan di setiap langkah dalam proses keperawatan (Pramudita et al, 2023). Dalam kasus ini, evaluasi yang diharapkan antara lain adalah penurunan frekuensi kejang, penurunan takikardia, dan perbaikan suhu tubuh hingga berada pada tingkat normal. Tujuan evaluasi ini adalah untuk menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang telah disesuaikan dengan kriteria hasil yang ditetapkan dalam perencanaan. Teknik penulisan SOAP untuk mencatat hasil evaluasi adalah sebagai berikut:

a. S (Subjective)

Bagian ini mencakup informasi subjektif yang diperoleh dari klien setelah diberikan tindakan, seperti pengakuan klien mengenai gejala yang dirasakannya atau keinginannya untuk mengetahui lebih lanjut tentang pengobatan.

b. O (Objective)

Informasi dalam bagian ini didapatkan melalui hasil pengamatan, penilaian, dan pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan.

c. A (Assessment)

Pada tahapan ini, dilakukan perbandingan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan serta kriteria hasil yang telah ditetapkan. Dari sini, dapat diambil kesimpulan apakah masalah telah teratasi, teratasi sebagian, atau masih belum teratasi.

d. P (Planning)

Perencanaan dilakukan berdasarkan pengkajian situasi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Rencana tersebut dapat mencakup instruksi untuk mengatasi masalah yang dihadapi oleh klien.

B. Konsep Teori Penyakit Kejang Demam

1. Definisi

Kejang demam adalah sejenis kejang yang disebabkan oleh proses di luar otak dan biasanya terjadi ketika suhu tubuh meningkat melebihi 37,5°C. Kondisi ini umumnya dialami oleh anak-anak berusia antara enam bulan hingga lima tahun. Setiap episode kejang memiliki risiko yang dapat menyebabkan epilepsi dan cedera otak, sehingga menimbulkan kekhawatiran di kalangan orang tua. Oleh karena itu, penggunaan rutin obat anti-kejang seperti fenobarbital atau asam valproat bertujuan untuk mengurangi frekuensi kejang demam yang berulang. Penggunaan obat pencegahan untuk kejang tanpa demam atau epilepsi belum dilaporkan. Pada kejadian kejang demam pertama, administrasi diazepam secara berkala terbukti memberikan hasil yang lebih baik. Meskipun pemberian antipiretik juga bermanfaat, obat ini tidak dapat mencegah terjadinya kejang demam kembali. (Reni Pebriani et al., 2023).

Kejang demam adalah kejang yang muncul akibat peningkatan suhu tubuh, di mana suhu rektal melebihi 38°C akibat proses ekstrakranial.

Kejang ini biasanya terjadi pada anak-anak berusia antara 3 bulan hingga 5 tahun. Setiap kejadian kejang berpotensi menimbulkan risiko epilepsi dan cedera otak, sehingga sering kali menimbulkan kekhawatiran bagi orangtua. Pengobatan dengan antikonvulsan harian, seperti fenobarbital atau asam valproat, dapat mengurangi frekuensi kejang demam yang berulang. Sementara itu, obat pencegahan untuk kejang tanpa demam (epilepsi) belum pernah dilaporkan. Penggunaan diazepam secara intermittent pada kejang demam pertama menunjukkan hasil yang lebih baik. Meskipun antipiretik dapat memberikan manfaat, obat ini tidak dapat mencegah terjadinya kejang demam atau menghindari terulangnya kejang tersebut. (Water et al., 2024)

Kejang demam yang berlangsung dalam waktu singkat umumnya tidak berbahaya dan biasanya tidak meninggalkan gejala sisa. Namun, kejang demam yang berlangsung lebih lama, sekitar 15 menit, seringkali disertai dengan apnea dan meningkatnya kebutuhan oksigen serta energi untuk kontraksi otot skeletal. Hal ini dapat mengakibatkan hipoksemia, hiperkapnia, dan asidosis laktat yang disebabkan oleh metabolisme anaerobik. Selain itu, keadaan ini dapat menyebabkan hipotensi aterial, denyut jantung yang tidak teratur, dan peningkatan suhu tubuh. Peningkatan suhu tersebut berimbas pada aktivitas otot yang lebih tinggi, yang pada gilirannya meningkatkan metabolisme otak. Rangkaian peristiwa ini dapat menjadi faktor penyebab terjadinya kerusakan neuron otak selama kejang berlangsung. (Intania et al., 2024)

2. Klasifikasi Kejang Demam

Kejang demam sering kali terjadi akibat demam yang dialami oleh seorang anak. Di sisi lain, infeksi yang mempengaruhi otak atau sistem saraf perifer, seperti meningitis yang merupakan peradangan pada selaput otak dan ensefalitis, yaitu peradangan di dalam otak, biasanya disebabkan oleh virus atau bakteri yang memasuki sistem saraf pusat. Salah satu gejala yang umum ditemukan pada kondisi meningitis atau ensefalitis adalah

demam (Putriyantiwi & Anindita, 2024). Kejang demam dibagi menjadi dua yaitu:

- a. Kejang Demam Sederhana
 - 1) Durasi kejang berlangsung kurang dari 15 menit.
 - 2) Ciri-ciri kejang adalah bersifat umum, dimana seluruh tubuh bisa kaku atau mengalami kejang, disertai dengan kehilangan kesadaran.
 - 3) Kejang hanya terjadi satu kali dalam periode 24 jam.
- b. Kejang Demam Kompleks
 - 1) Durasi kejang dapat berlangsung hingga 15 menit.
 - 2) Kejang bersifat fokal, yaitu hanya melibatkan gerakan pada satu atau beberapa anggota tubuh saja.
 - 3) Kejang dapat terjadi lebih dari satu kali dalam jangka waktu 24 jam.

3. Etiologi Kejang Demam

Penyebab kejang demam, menurut Mauliddiyah (2021), meliputi beberapa faktor berikut:

- a. Faktor Perinatal dan Malformasi Otak Kongenital
 - 1) Faktor Genetika

Salah satu penyebab kejang demam adalah faktor keturunan. Sekitar 25 hingga 50 persen anak yang mengalami demam memiliki anggota keluarga yang sebelumnya juga mengalami kejang.
- b. Penyakit Infeksi
 - 1) Infeksi bakteri dapat menyebabkan berbagai penyakit pada sistem pernapasan, seperti faringitis (radang tenggorokan), tonsilitis (radang amandel), dan otitis media (radang telinga tengah).
 - 2) Virus juga dapat menyebabkan berbagai penyakit, termasuk varisela (cacar), morbili (campak), dan demam dengue (demam berdarah).
 - 3) Demam yang disebabkan oleh infeksi saluran pernapasan akut (ISPA), otitis media, pneumonia (radang paru-paru), gastroenteritis (peradangan saluran pencernaan), dan infeksi saluran kemih (ISK)

adalah penyebab paling umum kejang demam pada anak, biasanya terjadi dalam 24 jam pertama setelah demam tinggi.

4) Gangguan Metabolisme

Kejang dapat disebabkan oleh masalah metabolisme, seperti uremia, hipoglikemia (kadar gula darah rendah) yang kurang dari 30 mg% pada bayi yang cukup bulan dan kurang dari 20 mg% pada bayi dengan berat badan lahir rendah, atau hiperglikemia (kadar gula darah tinggi)

5) Trauma

Kejang dapat muncul dalam minggu pertama setelah terjadinya cedera kepala.

6) Neoplasma

Neoplasma dapat menyebabkan kejang pada individu dari segala usia, tetapi lebih sering menjadi penyebab utama kejang pada usia pertengahan dan seterusnya, terutama ketika jumlah kasus penyakit neoplastik meningkat.

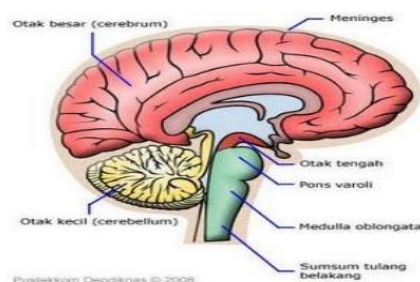
7) Gangguan Sirkulasi

Gangguan dalam sirkulasi darah juga dapat menjadi pemicu terjadinya kejang.

8) Penyakit pada Sistem Saraf Pusat

Kejang juga dapat disebabkan oleh penyakit degeneratif pada sistem saraf pusat, yang mencakup otak dan sumsum tulang belakang.

4. Anatomi Fisiologi Sistem Saraf Pusat



Gambar 2.1 Sistem Saraf Pusat

a. Sistem saraf pusat

Sistem saraf pusat Sistem saraf pusat terdiri atas banyak sel saraf dan tonjolan-tonjolannya dan disokong oleh jaringan khusus disebut neuroglia. Neuron adalah nama yang diberikan untuk sel saraf beserta seluruh processusnya. Sel neuron mempunyai dua jenis tonjolan, yaitu dendrit dan axon. Dendrit adalah tonjolan yang pendek dari badan sel, axon adalah tonjolan yang paling panjang dari badan sel.(Kejang et al., 2022).

b. Susunan saraf otonom

Susunan saraf otonom merupakan bagian susunan saraf yang berhubungan dengan persarafan struktur *involunter* seperti jantung otot polos, dan kelenjar diseluruh tubuh, serta tersebar diseluruh tubuh, serta tersebar di dalam susunan saraf dalam dua bagian simpatis dan parasimpatis dan keduanya mempunyai serabut aferen dan eferen. Saraf simpatis mempercepat denyut jantung, menyebabkan kontriksi pembuluh darah perifer, dan meningkatkan tekanan darah. Bagian simpatis susunan saraf otonom mengalirkan darah dari kulit dan usus, sehingga tersedia bagi otak, jantung, dan otot skelet, pada saat yang sama, saraf ini menghambat *peristaltic tractus* gastrointestinal dan menutup *sphincter*. Bagian parasimpatis susunan saraf otonom berfungsi mempertahankan dan memulihkan energi. Saraf ini memperlambat denyut jantung menimbulkan peristaltic usus dan aktivitas kelenjar dan membuka *sphincter*.

1) Sistem saraf simpatis

a) Serabut saraf eferen

Substantia grisea medulla spinalis dari segmen thoracal I sampai segmen thoracal II, mempunyai *cornu laterala* atau *columna intermedia*, yang merupakan tempat badan sel neuron penghubung simpatis. Akson sel-sel yang bermielin meninggalkan medulla spinalis pada radis anterior dan kemudian berjalan melalui *rami communicantes* alba ke *ganglia*

paravertebralis truncus sympathicus. Serabut sel-sel penghubung disebut *perganglionik* karena serabut ini menuju ke ganglion perifer.

b) Serabut saraf aferen

Serabut saraf aferen bermielin berjalan dari visera melalui ganglia simpatik tanpa bersih napas. serabut-serabut tersebut masuk ke spinal melalui *rami communicantes alba* dan mencapai badan selnya dalam ganglion sensorium nervus spinalis yang sesuai. Axon sentral kemudian masuk ke medula spinalis dan mungkin membentuk komponen aferen lengkungan reflex lokal. Serabut yang lain berjalan ke atas sampai ke saraf pusat otonom yang lebih tinggi di dalam otak.

2) Sistem parasimpatis

a) Serabut eferen

Sel-sel penghubung sistem susunan saraf ini terletak dalam kranial dan segmen *sacralis* medulla spinalis. Sel-sel penghubung di dalam otak ini membentuk sebagian *nuclei* yang merupakan asal dari saraf otak III, VII, IX, dan X dan axonnyabagian-bagian otak yang mengandung saraf kranial yang sesuai.

b) Serabut aferen

Serabut-serabut aferen bermielin berjalan dari visera ke badan selnya yang terletak di dalam ganglion sensorium nervus cranialis atau ganglion sensorium nervus *sacrales*. Axon sentralnya kemudian masuk ke susunan saraf pusat dan ikut berperan dalam pembentukan lengkungan reflex lokal atau jalan ke pusat saraf otonom yang lebih tinggi.

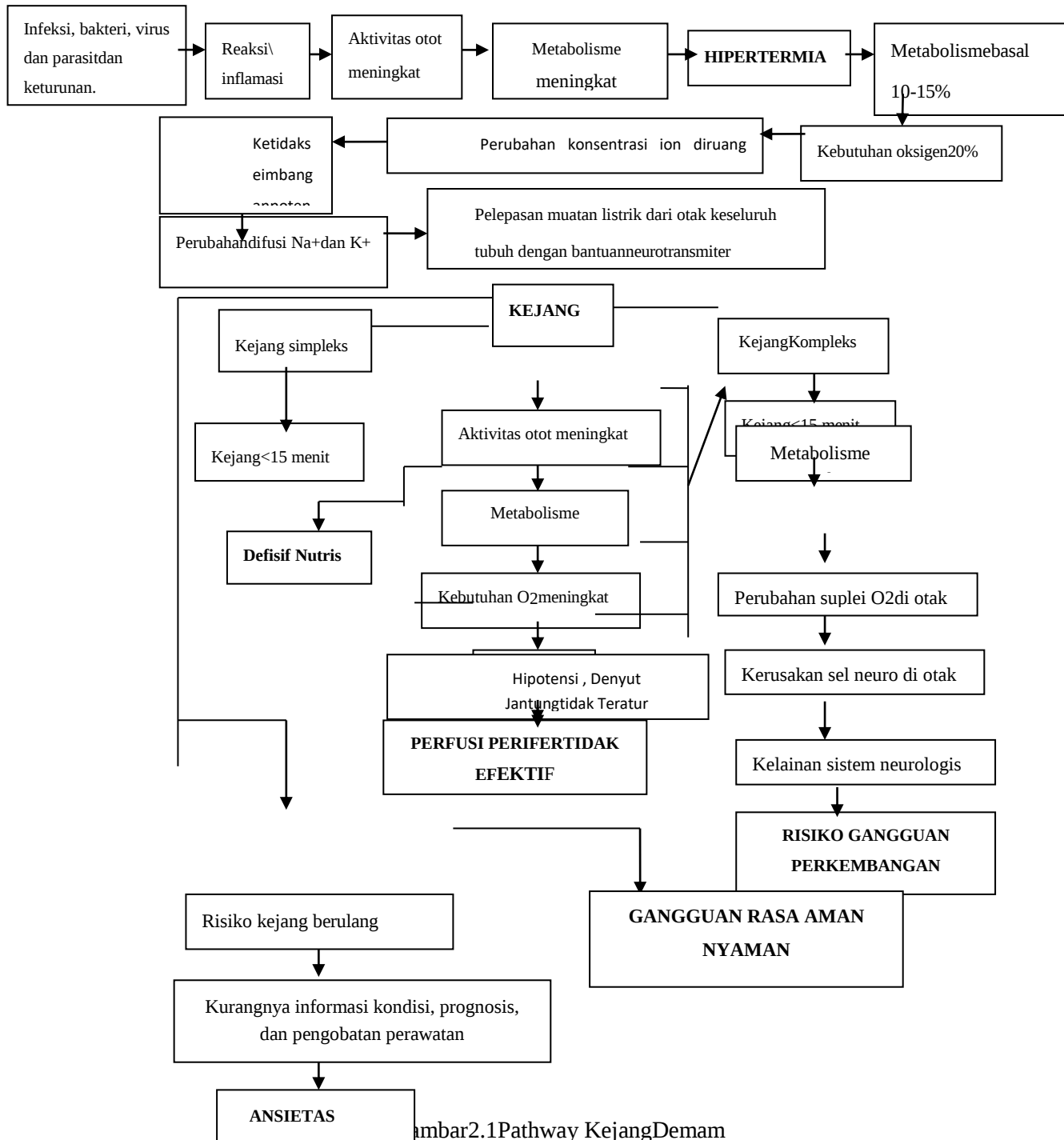
5. Patofisiologi

Pada demam, kenaikan suhu 10C akan mengakibatkan kenaikan metabolisme basal 10 - 15 % dan kebutuhan O₂ meningkat 20 %. Pada seorang klien berumur 3 tahun sirkulasi otak mencapai 65% dari seluruh tubuh dibandingkan dengan orang dewasa (hanya 15%). Oleh karena itu, apabila suhu tubuh naik dapat mengubah keseimbangan membran sel neuron dan dalam waktu singkat terjadi difusi dari ion kalium dan natrium melalui membran listrik. dengan bantuan "neurotransmitter", perubahan yang terjadi secara tiba-tiba ini dapat menimbulkan kejang . Sumber energi otak adalah glukosa yang melalui proses oksidasi di pecahkan 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 oleh ion kalium dan sangat sulit dilalui oleh ion natrium dan elektrolit lainnya kecuali ion klorida. Akibatnya konsentrasi ion kalium dalam sel neuron tinggi dan konsentrasi natrium rendah, sedang di luar sel neuron terdapat keadaan sebaliknya. Karena perbedaan jenis dan konsentrasi ion di dalam dan di luar sel, maka terdapat perbedaan potensial membran yang disebut potensial membran dari neuron. 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 keseluruh sel maupun ke membran sel sekitarnya dengan bantuan "neurotransmitter" dan terjadi kejang. Kejang demam yang berlangsung lama biasanya disertai apnea, meningkatnya kebutuhan oksigen untuk kontraksi otot skelet yang akhirnya terjadi hiposemia, hiperkapnia, asidosis laktat disebabkan oleh metabolisme anerobik, hipotensi, aritmia disertai denyut jantung yang tidak teratur dan suhu tubuh meningkat yang disebabkan makin meningkatnya aktivitas otot dan mengakibatkan metabolisme otak meningkat

Patofisiologi kejang demam masih belum jelas, tetapi faktor genetik memainkan peran utama dalam pengambilan sampel darah dilakukan saat pasien datang di kerentanan kejang. Kejadian kejang demam dipengaruhi oleh usia dan maturitas otak. Postulat ini didukung oleh fakta bahwa sebagian besar (80-85%) kejang demam terjadi antara usia 6 bulan dan 5 tahun, dengan puncak insiden pada 18 bulan (Ami et al., 2022).

6. Pahtway



ambar2.1Pathway KejangDemam

Sumber: (Andriyani et al., 2022)

7. Manifestasi Klinik

Menurut Novikasari et al., (2021) Sebagian besar kejang berlangsung kurang dari 6 menit, dan kurang dari 8% diantaranya berlangsung lebih dari 15 menit. Seringkali, kejang akan berhenti dengan sendirinya. Setelah kejang berhenti, anak biasanya tidak menunjukkan reaksi selama beberapa saat. Namun, setelah beberapa detik atau menit, mereka akan kembali sadar tanpa adanya defisit neurologis. Kadang-kadang, kejang dapat disertai dengan hemiparesis sementara (hemiparesis Todd) yang dapat berlangsung dari beberapa jam hingga beberapa hari. Kejang unilaterialis yang berkepanjangan dapat menyebabkan hemiparesis yang menetap. Bangkitan kejang yang berlangsung lama lebih umum terjadi pada kejang demam pertama dengan Tanda dan gejala dari kejang demam sebagai berikut :

- a. Demam (terutama demam tinggi atau kenaikan suhu tubuh yang terjadi secara tiba-tiba)
- b. Pingsan yang berlangsung selama 30 detik-5 menit (hampir selalu terjadi pada anak-anak yang mengalami kejang demam)
- c. Kejang demam mempunyai insiden yang tinggi pada anak, yaitu 3-4%
- d. Kejang demam biasanya singkat, berhenti sendiri, terjadi lebih banyak kepada anak laki – laki
- e. Kejang timbul dalam 24 jam setelah naiknya suhu badan akibat infeksi di luar susunan saraf misalnya otitis media akut, bronchitis, dan sebagainya
- f. Bangkitan kejang dapat berbentuk tonik-klonik, fokal atau atonik
- g. Takikardi pada bayi, frekuensi sering di atas 150-200 per menit.

8. Pemeriksaan Penunjang

Sebagian besar kejang berlangsung kurang dari 6 menit, dan kurang dari 8% diantaranya berlangsung lebih dari 15 menit. Seringkali, kejang akan berhenti dengan sendirinya. Setelah kejang berhenti, anak biasanya tidak menunjukkan reaksi selama beberapa saat. Namun, setelah

beberapa detik atau menit, mereka akan kembali sadar tanpa adanya defisit neurologis. Kadang-kadang, kejang dapat disertai dengan hemiparesis sementara (hemiparesis Todd) yang dapat berlangsung dari beberapa jam hingga beberapa hari. Kejang unilateralis yang berkepanjangan dapat menyebabkan hemiparesis yang menetap. Bangkitan kejang yang berlangsung lama lebih umum terjadi pada kejang demam pertama. Pemeriksaan laboratorium berupa pemeriksaan darah tepi lengkap, elektrolit, dan glukosa darah dapat dilakukan walaupun kadang tidak menunjukkan kelainan berarti

- a. Indikasi lumbal pungsi pada kejang demam adalah untuk menegakkan atau menyingkirkan kemungkinan meningitis. Indikasi lumbal pungsi pada pasien dengan kejang demam meliputi :
 - 1) Bayi kurang dari 12 bulan harus dilakukan lumbal pungsi karena gejala meningitis sering tidak jelas
 - 2) Bayi antara 12 bulan dianjurkan untuk melakukan lumbal pungsi kecuali bukan meningitis
- b. Pemeriksaan EEG dapat dilakukan pada kejang demam yang tidak khas
- c. Pemeriksaan foto kepala, CT-scan, dan/atau tidak dianjurkan pada anak tanpa ada kelainan *neurologist* karena hampir semuanya menunjukkan gambaran normal. CT scan atau MRI direkomendasikan untuk kasus kejang fokal untuk mencari lesi organik di otak.

Pada kasus ini tidak dilakukan pemeriksaan elektrolit dan gula darah sewaktu. Hal ini kurang sesuai karena kenaikan suhu 1°C akan mengakibatkan kenaikan metabolisme basal 10% –15%. Mengakibatkan peningkatan glukosa dan oksigen. Selain itu dapat terjadi perubahan keseimbangan dari membran sel neuron dan dalam waktu yang singkat terjadi difusi dari ion kalium maupun ion natrium. Di lain pihak cek elektrolit juga penting untuk memastikan apakah ketidakseimbangan elektrolit dalam tubuh yang menjadi pencetus kejang demam. (Hasyim & Sudarmanto, 2022)

9. Penatalaksanaan

Upaya yang dilakukan terhadap anak ketika mengalami demam yaitu dapat dilakukan dengan tindakan farmakologis, non farmakologis ataupun kombinasi antara keduanya.

- a. Tindakan farmakologis
memberikan obat anipiretik
- b. Non Farmakologik yaitu terapi bawang mearh dengan minyak zaitun adalah salah satu tindakan non farmakologis untuk menurunkan suhu tubuh bila anak mengalami kejang demam bawang merah. Kompres di daerah axila dan ubun-ubun lebih efektif untuk menurunkan suhu tubuh karena mempunyai pembuluh darah besar.(Lisca & Darmi, 2024).

C. Konsep Dasar Hipertermia

1. Definisi

Hipertermi adalah kondisi dimana suhu inti tubuh manusia meningkat, biasanya sebagai akibat dari infeksi. Dalam hal ini, hipertermi dapat diartikan sebagai suhu tubuh yang terlalu tinggi, yaitu melebihi 37,5 °C(Irmachatshalihah & Alfiyanti, 2020).

Hipertermi biasanya disebabkan karena adanya paparan suhu panas yang berlebihan berasal dari luar tubuh yang kemudian adanya kegagalan sistem regulasi suhu tubuh untuk mendinginkan suhu panas yang ada dalam tubuh. Dampak dari gejala hipertermi yang tidak kunjung ditangani salah satunya yakni dapat menimbulkan gejala dehidrasi dimana kondisi tubuh pada akhirnya kehilangan lebih banyak cairan dari pada yang didapatkan oleh tubuh, sehingga pada akhirnya keseimbangan zat gula dan garam pada tubuh seseorang menjadi terganggu dan akibatnya tubuh tidak dapat berfungsi secara normal.

Hipertermi merupakan peningkatan suhu pada tubuh seseorang yang melebihi titik tetap atau lebih dari 37 °C yang biasanya disebabkan oleh kondisi tubuh eksternal atau internal yang membuat lebih banyak

panas yang masuk daripada yang dapat dikeluarkan oleh tubuh. Demam atau Hipertermi ialah suatu kondisi dimana suhu tubuh lebih tinggi dari suhu normal dan dapat merupakan gejala dari suatu penyakit. Dalam. (Taribuka et al., 2020) dijelaskan bahwa hipertermi adalah peningkatan suhu tubuh sehubungan dengan ketidakmampuan tubuh dalam meningkatkan pengeluaran panas atau menurunkan produksi panas. Hipertermia merupakan keadaan meningkatnya suhu tubuh di atas batas normal tubuh, (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Hipertermi biasanya disebabkan oleh kondisi tubuh eksternal atau internal yang membuat lebih banyak panas yang masuk daripada yang dapat dikeluarkan oleh tubuh. Demam atau Hipertermi ialah suatu kondisi dimana suhu tubuh lebih tinggi dari suhu normal dan dapat merupakan gejala dari suatu penyakit.

2. Etiologi

Hipertermi sering diakibatkan adanya infeksi virus. Penyebab lain dari hipertermi selain karena infeksi juga dapat diakibatkan karena keadaan toksemia, keganasan atau reaksi terhadap pemakaian suatu obat, ataupun juga pada gangguan pusat regulasi suhu sentral (misalnya perdarahan otak dan koma). Pada dasarnya untuk mencapai ketepatan diagnosis dari penyebab hipertermi diperlukan ketelitian melihat riwayat penyakit pasien, pelaksanaan pemeriksaan fisik, observasi penyakit dan evaluasi pemeriksaan laboratorium, serta penunjang lain secara tepat. Hipertermia merupakan peningkatan suhu tubuh yang berhubungan dengan ketidakmampuan tubuh untuk menghilangkan panas ataupun mengurangi produksi panas. Hipertermia terjadi karena adanya ketidakmampuan mekanisme kehilangan panas untuk mengimbangi produksi panas yang berlebihan sehingga terjadi peningkatan suhu tubuh. (Banjarnegara, 2022)

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2019) Hipertermia dapat diakibatkan oleh beberapa seperti berikut :

- a. Dehidrasi.
- b. Terpapar lingkungan panas.

- c. Penyakit (misal infeksi).
- d. Ketidakkcocokan pakaian dengan suhu sekitar.
- e. Meningkatnya laju metabolisme.
- f. Respon trauma. g) Aktivitas berlebihan.
- g. Penggunaan incubator

3. Manifestasi Klinis

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) gejala dan tanda hipertermi yakni

- a. Gejala dan tanda mayor suhu tubuh di atas nilai normal lebih dari 37,5 °C
- b. Gejala dan tanda minor kulit merah, kejang, takikardia, takipnea, dan kulit terasa hangat.

4. Klasifikasi Suhu

Klasifikasi Suhu Secara umum suhu tubuh manusia.(Kebidanan & Bataraguru, 2020)

Tabel 2.2 Klasifikasi Suhu

NO	Suhu	Keterangan
1	Hipotermi berat	< 32°C
2	Hipotermi	32-36 °C
3	Hipotermi Ringan	36-36,5°C
4	Normal	36,5–37,5 °C
5	Hipertermi	> 37,5 °C
6	Heat Stroke	> 40°C

Tabel 2.3 Tolak Ukur Suhu Tubuh Berdasarkan Letak Tempat UkurdanAlat Ukur

No	Letak anatomis	Hasil Rentang Suhu Normal Berdasarkan Jenis Termometer		fever
		Air raksa	elektroni	
1	Aksila	34,7 - 37,3 °C	36,4 °C	37,4 °C
2	Sublinguali	35,5 - 37,5 °C	36,6 °C	37,6 °C
3	Rektali	36,6 - 37,9 °C	37,0 °C	38,0 °C

4	Auriculai	25,7 – 37,5	36,6 °C	37,6 °C
---	-----------	-------------	---------	---------

D. Konsep Demam

1. Definisi

Menurut Pratiwi (2021). Demam yaitu suatu keadaan suhu tubuh menjadi lebih tinggi dari biasanya, dan ini merupakan suatu gejala penyakit. Suhu tubuh yang dikatakan normal yaitu apabila suhu dengan rentang 36,5°C - 37,5°C, Apabila suhu tubuh melebihi rentang normal maka bisa dikatakan hipertermi atau tidak normal. Demam ini terjadi karena adanya respon normal terhadap infeksi yang ada dalam tubuh, infeksi yang terjadi karena adanya mikroorganisme yang masuk ke dalam 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.

Demam adalah kenaikan suhu tubuh di atas 38 C atau di atas 37,8 C. Hiperpireksia adalah suatu keadaan demam dengan suhu >40°C. Kejang demam ialah kejang yang terkait dengan demam dan umur bangkitan kejang terjadi pada kenaikan suhu tubuh yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranium (Arul, 2020).

Demam dapat didefinisikan dengan suatu keadaan suhu tubuh di atas normal sebagai akibat peningkatan pusat pengatur suhu di hipotalamus. Pusat pengaturan suhu mempertahankan suhu dalam keadaan seimbang baik pada saat sehat ataupun demam dengan mengatur keseimbangan antara produksi dan pelepasan panas tubuh. Demam adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan suhu tubuh di atas normal. Rentang suhu tubuh seseorang dikatakan hipotermi terjadi <36,5, normal 36,5-37,5, dan dikatakan hipertermi >37,5 (Dzulfaiah, Mardiyono, Sarkum, & Saha, 2020).

Penanganan demam pada anak sangat tergantung pada peran orangtua, terutama ibu. Jika demam tidak segera ditangani secara tepat maka akan sangat membahayakan nyawa anak. Ibu yang mengetahui

tentang demam dan memiliki sikap yang baik dalam melakukan perawatan maka dapat menentukan penanganan demam yang terbaik untuk anaknya (Butarbutar, Sholikhah, & Napitupulu, 2021). Jika ibu tidak mengetahui cara melakukan pengukuran suhu yang benar (salah dalam membaca hasil pengukuran dan salah menggunakan alat) sehingga akan menyebabkan tatalaksana yang tidak tepat seperti pemberian obat antipiretik yang tidak sesuai, lambat dalam membawa anak untuk diperiksa ke pelayanan kesehatan, dll yang dikhawatirkan dapat membahayakan kondisi anak (Chiappini, Bortone, Galli, & de Martino, 2021)

2. Etiologi Demam

Demam pada anak adalah suatu kondisi yang umum terjadi dan sering kali menjadi tanda adanya infeksi atau penyakit lain. Secara umum, demam didefinisikan sebagai peningkatan suhu tubuh di atas batas normal, yaitu sekitar 38°C (100.4°F). Etiologi demam pada anak sangat bervariasi dan dapat dikategorikan menjadi beberapa kelompok utama.

a. **Infeksi Virus**

Infeksi virus adalah penyebab paling umum demam pada anak. Beberapa virus yang sering menyebabkan demam antara lain virus influenza, virus RSV (Respiratory Syncytial Virus), dan virus coxsackie. Demam yang disebabkan oleh infeksi virus biasanya disertai dengan gejala lain seperti batuk, pilek, dan nyeri tenggorokan.

b. **Infeksi Bakteri**

Infeksi bakteri juga dapat menyebabkan demam, meskipun tidak seumum infeksi virus. Contoh infeksi bakteri yang sering dijumpai pada anak adalah infeksi telinga (otitis media), pneumonia, dan infeksi saluran kemih. Demam akibat infeksi bakteri sering kali lebih tinggi dan dapat disertai dengan gejala seperti nyeri, kemerahan, atau pembengkakan.

c. **Penyakit Autoimun**

Penyakit autoimun, seperti lupus eritematosus sistemik dan artritis remaja, juga dapat menyebabkan demam. Dalam kasus ini, demam

sering kali merupakan bagian dari reaksi tubuh terhadap peradangan yang terjadi akibat sistem imun yang menyerang jaringan tubuh sendiri.

d. **Reaksi terhadap Vaksin**

Demam ringan dapat terjadi setelah imunisasi sebagai reaksi normal tubuh terhadap vaksin. Ini biasanya tidak berbahaya dan berfungsi sebagai tanda bahwa sistem imun sedang merespons vaksin. Akademi Dokter Anak Amerika (2020)

3. **klasifikasi**

Klasifikasi demam penting untuk menentukan penyebab dan penanganan yang tepat. Klasifikasi ini dapat dibagi menjadi beberapa kategori berdasarkan durasi, etiologi, dan karakteristik lainnya.

a. **Berdasarkan durasi**

1) **Demam akut**

Demam yang berlangsung kurang dari 7 hari. Biasanya disebabkan oleh infeksi virus atau bakteri. Contoh: infeksi saluran pernafasan atas.

2) **Demam subakut**

Demam yang berlangsung antara 7 hingga 14 hari. Ini mungkin menunjukkan infeksi yang lebih serius atau penyakit sistemik.

3) **Demam kronis**

Demam yang berlangsung lebih dari 14 hari. Ini sering kali memerlukan evaluasi lebih mendalam untuk mencari penyebab yang mendasarinya, seperti penyakit autoimun atau kanker.

b. **Berdasarkan Etiologi**

1) **Demam infeksius**

Disebabkan oleh infeksi virus, bakteri, jamur, atau parasit. Jenis demam ini adalah yang paling umum terjadi pada anak-anak.

2) **Demam non-infeksius**

Disebabkan oleh kondisi selain infeksi, seperti reaksi alergi, penyakit autoimun, atau efek samping obat.

c. **Berdasarkan Karakteristik**

1) **Demam tinggi**

Suhu tubuh di atas 39°C (102.2°F). Demam tinggi dapat menandakan infeksi serius dan memerlukan perhatian medis.

2) **Demam rendah**

Suhu tubuh antara 37.5°C (99.5°F) dan 38.9°C (102°F). Biasanya tidak terlalu meremehkan dan dapat ditangani di rumah.

3) **Demam intermittent**

Suhu tubuh naik dan turun dalam kurun waktu tertentu. Ini sering kali terkait dengan infeksi tertentu atau kondisi sistemik.

4) **Demam persisten**

Suhu tubuh tetap tinggi selama lebih dari 24 jam. Ini bisa menjadi tanda kondisi serius yang memerlukan evaluasi medis (Ralston, SL, dkk. 2019).

E. Konsep Pertumbuhan Dan Perkembangan

1. Konsep Keperawatan Anak

a. Definisi

Menurut Damik dan sitorus (2020), menyatakan bahwa UU RI No.13 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak,pasal 1 Ayat 1, Anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Keperawatan anak dapat diartikan sebagai suatu praktek keperawatan yang penekanannya lebih pada upaya kesehatan anak mulai dari masa bayi sampai usia remaja.Sedangkan menurut definisi WHO (2020),bahwa batasan usia anak adalah sejak anak didalam kandungan sampai usia 19 berfokus pada keluarga (*family centered care*), pencegahan terhadap trauma (*atraumatik care*), dan manajemen kasus. (Damanik & Sitorus, 2020).

1) *Family Centered Care* (FCC)

Family Centered Care (FCC) adalah perawatan yang berpusat pada keluarga mengakui keluarga sebagai konstanta dalam kehidupan anak.

2) *Atraumatik Care*

Atraumatik Care adalah kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan yang terapeutik oleh individu melalui pelaksanaan intervensi keperawatan untuk membatasi/ mengurangi pengalaman yang tidak menyenangkan terhadap anak dan keluarganya tatanan pelayanan kesehatan sangatlah diperlukan. Peristiwa yang dapat menyebabkan trauma kepada anak yang paling sering dijumpai adalah kecemasan anak, meyeri dan marah. Ini akan dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak dengan prinsip yang diperhatikan:

- a) Memaksimalkan kemampuan orangtua
- b) Dalam melakukan pengontrolan pada anak
- c) Mengurang cedera dan nyeri yang merupakan dampak secara psikologi
- d) Jangan melakukan kekerasan (*abuse*) kepada anak
- e) Melakukan modifikasi pada lingkungan fisik yang lebih menyenangkan anak. (Damanik & Sitorus, 2020)

Pertumbuhan sebagai suatu peningkatan ukuran dan jumlah sel serta jaringan intraseluler, berarti bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh sebagian atau keseluruhan, sehingga dapat diukur dengan satuan panjang dan berat, sedangkan perkembangan menitikberatkan pada perubahan yang terjadi secara bertahap dari tingkat yang paling rendah ke tingkat yang paling tinggi dan kompleks melalui proses maturasi dan pembelajaran. Pertumbuhan berhubungan dengan perubahan pada kuantitas yang maknanya terjadi perubahan pada jumlah dalam ukuran sel tubuh yang ditunjukkan dengan adanya peningkatan ukuran dan berat seluruh bagian tubuh. (Wilujeng & Dkk, 2022)

2. Tujuan Keperawatan Anak

Tujuan keperawatan anak adalah mengupayakan anak yang sehat/sakit agar dapat mencapai tingkat kesehatan seoptimal mungkin berdasarkan kepada perkembangan anak yang berorientasi pada tindakan promotif dan preventif. menurut (Wilujeng & Dkk, 2022) bahwa berdasarkan Permenkes Nomor 25 Tahun 2014 ada beberapa tujuan yang bisa dicapai untuk meningkatkan kesehatan anak antara lain. Menjamin kelangsungan hidup anak bayi baru lahir, bayi dan balita terutama menurunkan tingkat kematiannya.

- 1) Menjamin pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai dengan potensi yang dimiliki anak
- 2) Melibatkan partisipasi anak usia sekolah dan remaja di bidang kesehatan
- 3) Menjamin pemenuhan hak kesehatan serta memperhatikan siklus kehidupan anak
- 4) Menjamin tersedianya pelayanan kesehatan secara komprehensif bagi anak maupun remaja
- 5) Menyiapkan anak untuk menjadi orang dewasa yang produktif dan sehat baik secara ekonomi maupun sosial
- 6) Menjamin anak dan remaja untuk mendapatkan pendidikan kesehatan baik di sekolah maupun di luar sekolah
- 7) Memberikan perlindungan anak dalam memperoleh kesehatan yang bermutu, aman dan bermanfaat
- 8) memberikan kepastian hukum bagi anak, orang tua, keluarga, tenaga kesehatan serta fasilitas kesehatan

3. Prinsip Keperawatan Anak

Dalam melakukan asuhan keperawatan pada anak, perawat harus memahami tentang prinsip prinsip dalam penerapan asuhan keperawatannya karena merawat anak berbeda dengan merawat orang dewasa. Usia pertumbuhan dan perkembangan merupakan hal penting yang harus diperhatikan karena akan berdampak pada anak baik secara

fisik maupun psikologis untuk itu beberapa prinsip yang harus diperhatikan oleh perawat adalah antara lain:

- a) Anak bukan merupakan miniatur orang dewasa, Artinya dalam memberikan perawatan kita tidak bisa berfokus kepada fisiknya saja akan tetapi anak merupakan suatu individu yang bersifat unik yang mempunyai ciri tersendiri sesuai dengan pola pertumbuhan dan perkembangan menurut usianya.
- b) Tujuan utama keperawatan anak dan remaja adalah meningkatkan kematangan atau maturasi yang sehat sebagai anak dan remaja sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangan anak baik secara bio, social, maupun spiritual. Kematangan anak akan ditemukan dalam lingkungan yang baik untuk itu upaya kematangan anak ini harus diperhatikan lingkungannya, baik lingkungan secara internal maupun lingkungan eksternal
 - 1) Anak mempunyai kebutuhan sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangannya baik secara fisiologis, psikologis serta sosial spiritualnya. Sebagai individu yang unik anak mempunyai kebutuhan yang tidak sama antara satu dengan yang lainnya,
 - 2) Orientasi pelayanan keperawatan anak adalah pada usaha preventif atau pencegahan penyakit serta usaha meningkatkan derajat kesehatan anak untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian, disamping tindakan kuratif atau pengobatan.
 - 3) Fokus perawatannya adalah pada kesejahteraan anak yang menuntut agar perawat untuk bertanggung jawab secara komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan kepada anak.
 - 4) Didalam melakukan tindakan keperawatan kepada anak harus melibatkan keluarga dan selalu mengutamakan kepentingan anak sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan anak.
 - 5) Dalam pelaksanaan praktik keperawatan anak kontak interpersonal harus melibatkan keluarga untuk melakukan pengkajian, intervensi serta meningkatkan kesejahteraan anak dan upaya pencegahan dengan

- 6) menggunakan proses keperawatan yang sesuai dengan aspek legal dan etik.
- 7) fokus keperawatan anak lebih diprioritaskan dari pada pengetahuan tentang pertumbuhan dan perkembangan aspek kehidupan anak untuk masa yang akan datang(Wilujeng & Dkk, 2022).

4. Pertumbuhan

Pertumbuhan sebagai suatu peningkatan ukuran dan jumlah sel serta jaringan intraseluler, berarti bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh sebagian atau keseluruhan, sehingga dapat diukur dengan satuan panjang dan berat, sedangkan perkembangan menitikberatkan pada perubahan yang terjadi secara bertahap dari tingkat yang paling rendah ke tingkat yang paling tinggi dan kompleks melalui proses maturasi dan pembelajaran. Pertumbuhan berhubungan dengan perubahan pada kuantitas yang maknanya terjadi perubahan pada jumlah dan ukuran sel tubuh yang ditunjukkan dengan adanya peningkatan ukuran dan berat seluruh bagian tubuh (Wilujeng & Dkk, 2022).

5. Perkembangan

Perkembangan Seorang anak bukan hanya menjadi besar secara fisik, juga dalam segi ukuran beserta struktur organ tubuh dan otak. Bertumbuh merupakan peningkatan ukuran disertai dengan perubahan fisik yang dimilikinya. Perkembangan berhubungan dengan perubahan secara kualitas, diantaranya terjadi peningkatan kapasitas individu untuk berfungsi yang dicapai melalui proses pertumbuhan, pematangan dan pembelajaran. Pertumbuhan terjadi secara simultan dengan perkembangan, berbeda dengan pertumbuhan, perkembangan merupakan hasil interaksi kematangan susunan saraf pusat dengan organ yang dipengaruhi, misalnya perkembangan system neuromuskuler, kemampuan bicara, emosi dan sosialisasi. Kesemua fungsi tersebut berperan penting dalam kehidupan manusia yang utuh.(Wilujeng & Dkk, 2022).

F. Konsep Implementasi Terapi Bawang Merah Dengan Minyak Zaitun

1. Bawang Merah

a. Definisi

Bawang merah merupakan salah satu tanaman hortikula yang memiliki nilai ekonomi tinggi di Indonesia, selain sering digunakan sebagai bumbu pelengkap nyatanya bawang merah juga sering dijadikan sebagai obat rempah tradisional. Bawang Merah (*Allium Ascalonicum*) merupakan suatu komoditas pertanian penting di Indonesia yang memiliki nilai ekonomi yang tinggi. Di provinsi Jawa Tengah khususnya Kabupaten Brebes merupakan sektor penghasil bawang merah terbesar di Indonesia, dengan luas panen mencapai 53.33.1 hektar dan hasil produksi sebanyak 546.687 ton pertahun. Produktivitas bawang merah yang tinggi dapat diperoleh karena pengelolaan yang baik dan benar, termasuk pemilihan dan penggunaan pupuk yang efektif. (Wahfiroh Khayun et al., 2024)

Bawang merah salah satu sayuran bumbu yang meski bukan dari Indonesia aslinya, tetapi tanaman ini sebagai bumbu utama dalam penyedap masakan bagi orang Indonesia, sungguh penyedap ini sangat lekat dengan lidah orang-orang Indonesia. Tanaman ini mempunyai akar serabut dan daun silindris dengan daun berongga. Tanaman bawang merah ini banyak sekali manfaatnya, dan dari umbi sampai daun dapat bermanfaat (Nanda et al., 2022)

Bawang merah adalah tindakan nonfarmakologis dengan caramenggerus/ memotong bawang lalu di campur dengan minyak zaitun lalu dikompreskan keseluruh tubuh yang bertujuan untuk menurunkan suhu tubuh pada anak (Reni Pebriani et al., 2023). Metode yang digunakan oleh bawang merah adalah melalui konduksi serta. Pasalnya, bawang merah memiliki senyawa sulfur organik, senyawatersebut berfungsi memecahkan darah yang beku, pembuluh

darah yang lancar, dan terjadi pelepasan panas saat penguapan. (Ulin, 2023)

b. Macam Bawang Merah

- 1) **Bawang Merah Lokal** adalah bawang merah yang tumbuh di berbagai daerah di Indonesia. Biasanya memiliki rasa yang kuat dan aroma yang khas.
- 2) **Bawang Merah Bombay** Berasal dari India, bawang ini berukuran lebih besar dengan rasa yang lebih manis dibandingkan bawang merah lokal. Cocok untuk salad dan masakan yang membutuhkan rasa lebih lembut.
- 3) **Bawang Merah Perancis (Shallots)** Bawang kecil ini memiliki rasa yang lebih halus dan manis. Sering digunakan dalam masakan gourmet dan saus.
- 4) **Bawang Merah Kecil** Ini adalah bawang merah yang lebih kecil dan biasanya lebih pedas. Sering digunakan dalam masakan tradisional.
- 5) **Bawang Merah Organik** Bawang yang ditanam tanpa pestisida dan bahan kimia, biasanya lebih diminati oleh mereka yang peduli akan kesehatan dan lingkungan. (Wahfiroh Khayun et al., 2024)

c. Kandungan Bawang Merah

Bawang merah mengandung alkaloid yang bersifat antipiretik, yang dapat mengurangi demam, dan juga berfungsi sebagai antibiotik alami untuk kuman penyebab demam (Fitri & Elfira Awalia Rahmawati et al., 2021). Bawang merah, atau *Allium cepa* varietas *ascalonicum*, dapat digunakan untuk mengurangi demam bayi dan balita. Sebuah senyawa sulfur organik, *Allylcysteine Sulfoxida*, atau *Alliin*, memiliki kemampuan untuk mengurangi demam dengan menghancurkan pembentukan pembekuan darah. Ini memungkinkan peredaran darah menjadi lebih lancar dan panas dapat masuk ke pembuluh darah tepi. Kandungan bawang merah lainnya yang dapat menurunkan suhu tubuh adalah minyak atsiri, *florogusin*, *sikloalliin*, *metilalliin*, *kaempferol*

dan kuersetin. Kandungan atsirin sebagai obat luar berfungsi melebarkan pembuluh darah kapiler dan merangsang keluarnya keringat. Baluran bawang merah ke seluruh tubuh menyebabkan vasodilatasi yang kuat pada kulit, yang mempercepat peredaran panas dari tubuh ke kulit (Novikasari et al., 2021).

d. Kegunaan Bawang Merah

Kegunaan bawang merah adalah sebagai berikut ini (Lisca & Darmi, 2024)

- 1) Kegunaannya sering kali dipakai untuk bahan pembuatan bumbu.
- 2) satu tanaman obat yang dapat digunakan untuk mengendalikan demam.
- 3) Bawang merah mengandung senyawa yang dapat membantu mengurangi peradangan.
- 4) Mengandung flavonoid dan senyawa sulfur yang baik untuk melawan radikal bebas.
- 5) Dapat membantu menurunkan kolesterol dan tekanan darah.
- 6) Bawang merah dikenal dapat meningkatkan daya tahan tubuh.

2. Minyak Zaitun

a. Definisi Minyak Zaitun

Minyak zaitun adalah minyak nabati utama yang dapat dimakan ataupun dijadikan obat luar pada tubuh manusia di negara-negara Mediterania dan Portugal. Minyak zaitun diproduksi dari buah zaitun yang pohonnya memiliki keistimewaan yang mampu hidup di iklim yang keras di tanah yang buruk dan mampu bertahan sampai 500 tahun (Masthura, 2024)

Minyak zaitun dipilih karena minyak zaitun kaya akan vitamin E. 100 g minyak ekstra virgin mengandung 14,39 mcg (sekitar 96%) alpha tocopherol. Vitamin E merupakan antioksidan larut lemak yang kuat, diperlukan untuk menjaga membran sel, selaput lendir dan kulit dari radikal bebas berbahaya. Selain itu, minyak zaitun mempunyai

kandungan lemak tak jenuh tunggal yang lebih stabil pada suhu tertinggi dibanding minyak lain seperti minyak kelapa yang banyak mengandung lemak jenuh dimana minyak zaitun adalah salah satu minyak paling sehat untuk dikonsumsi (Masthura, 2024)

b. Kegunaan minyak zaitun

Minyak zaitun adalah minyak yang diperoleh dari perasan buah *Olea europaea*. Minyak zaitun mengandung berbagai asam lemak, vitamin, terutama sumber vitamin E yang berfungsi sebagai antioksidan alami yang membantu melindungi struktur sel yang penting terutama membran sel dari kerusakan akibat adanya radikal bebas, juga berperan sangat penting bagi kesehatan kulit, yaitu dengan menjaga, meningkatkan elastisitas dan kelembapan kulit, mencegah proses penuaan dini, melindungi kulit dari kerusakan akibat radiasi sinar ultraviolet, serta mempercepat proses penyembuhan luka. Minyak zaitun juga terdapat Kandungan Squalene yang bermanfaat sebagai pelembab kulit. Squalene akan membentuk lapisan pada kulit epidermis bersifat melindungi kulit dari mikroorganisme dan memberikan perlindungan terhadap kekeringan kulit yang mengakibatkan kulit bersisik dan kering. (Simanjuntak et al., n.d.2023)

c. Kandungan Minyak Zaitun

Minyak zaitun memiliki kandungan kadar vitamin E yang sangat tinggi, vitamin E sendiri berfungsi baik untuk merawat kulit sehingga sangat cocok digunakan sebagai campuran masker penghilang jerawat, zat antioksidan, serta sebagai campuran masker untuk menghalus kulit. Masker minyak zaitun dapat dimanfaatkan untuk meremajakan kulit wajah atau menghilangkan sel kulit mati bekas. (Masthura, 2024)