

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Kejang Demam

2.1.1 Definisi Kejang Demam

Kejang merupakan suatu perubahan fungsi pada otak secara mendadak dan sangat singkat atau sementara yang dapat disebabkan oleh aktifitas yang abnormal serta adanya pelepasan listrik serebal yang sangat berlebihan. Kejang Demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38°C) yang disebabkan oleh proses ekstrakranium (Nurarif, 2015: 163). Menurut Wulandari & Erawati (2016) Kejang demam merupakan kelainan neorologis yang paling sering ditemukan pada anak, terutama pada golongan anak umur 6 bulan sampai 4 tahun.

Dapat disimpulkan kejang demam adalah suatu gangguan neurologi disebabkan oleh peningkatan suhu tubuh > 38°C yang sering terjadi pada anak – anak usia 6 bulan – 5 tahun. Tetapi hal ini berbeda dengan epilepsi, kejang demam bukanlah suatu penyakit melainkan manifestasi klinis yang memerlukan penanganan yang cepat dan tepat, karena keterlambatan dapat menimbulkan gejala sisa dan kematian.

2.1.2 Etiologi Kejang Demam

Kejang demam disebabkan oleh hipertermia yang muncul secara cepat yang berkaitan dengan infeksi virus atau bakteri. Umumnya berlangsung singkat, dan mungkin terdapat predisposisi familial. Dan beberapa kejadian kejang dapat berlanjut melewati masa anak-anak dan mungkin dapat mengalami kejang non demam pada kehidupan selanjutnya (Nurarif, 2015:164).

Beberapa faktor resiko berulangnya kejang menurut (Nurafif 2015 dan Risda 2014) yaitu:

1. Riwayat kejang dalam keluarga: Faktor keturunan dari salah satu penyebab terjadinya kejang demam, 25-50% anak yang mengalami kejang demam memiliki anggota keluarga yang pernah mengalami kejang demam
2. Usia kurang dari 18 bulan.
3. Tingginya suhu badan sebelum kejang, makin tinggi suhu sebelum kejang demam, semakin kecil kemungkinan kejang demam akan berulang.
4. Lamanya demam sebelum kejang semakin pendek jarak antara mulainya demam dengan kejang, maka semakin besar resiko kejang demam berulang
5. Penyakit infeksi: Bakteri: penyakit pada traktus respiratorius, pharingitis, tonsillitis, otitis media. Virus: varicella (cacar), morbili (campak), dengue (virus penyebab demam berdarah).
6. Gangguan metabolisme: Gangguan metabolisme seperti uremia, hipoglikemia, kadar gula darah kurang dari 30 mg% pada neonates cukup bulan dan kurang dari 20 mg% pada bayi dengan berat badan lahir rendah atau hiperglikemia.
7. Trauma: Kejang berkembang pada minggu pertama setelah kejadian cedera kepala
8. Neoplasma,toksin: Neoplasma dapat menyebabkan kejang pada usia berapa pun, namun mereka merupakan penyebab yang sangat penting dari kejang pada usia pertengahan dan kemudian ketika insiden penyakit neoplastik meningkat.
9. Gangguan sirkulasi.
10. Penyakit degeneratif susunan saraf

2.1.3 Manifestasi Klinis Kejang Demam

Manifestasi yang muncul pada penderita Kejang Demam:

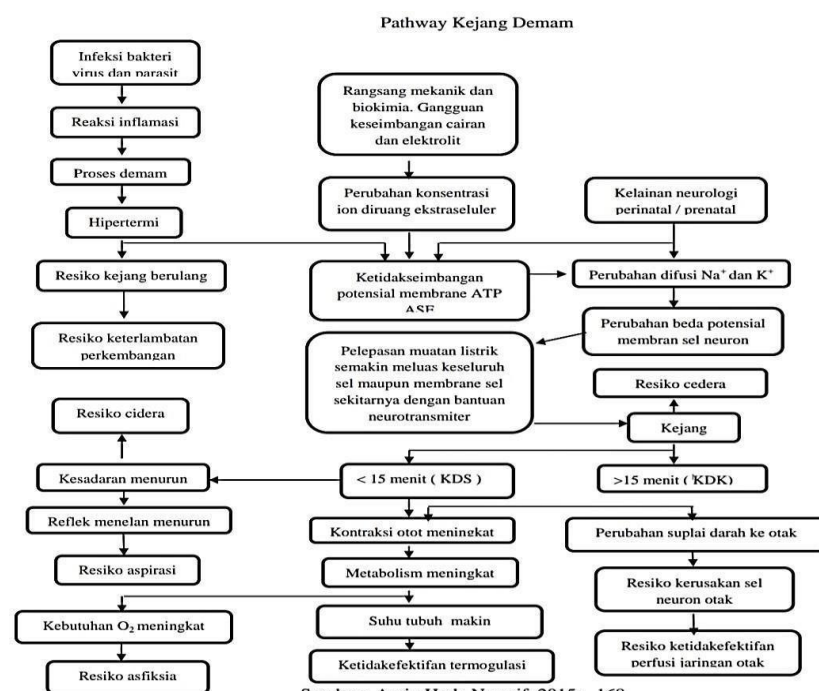
2.1.3.1 Suhu tubuh anak (suhu rektal) lebih dari 38°C.

2.1.3.2 Timbulnya kejang yang bersifat tonik, klonik, fokal atau akinetik. Beberapa detik setelah kejang berhenti anak tidak memberikan reaksi apapun tetapi beberapa saat kemudian anak akan kembali tersadar kembali tanpa ada kelainan persarafan.

2.1.3.3 Saat kejang anak tidak berespon terhadap rangsangan seperti, panggilan, cahaya (penurunan kesadaran) (Riyadi&Sukarmin, 2013:49).

2.1.3.4 Biasanya anak mengalami kejang, tubuhnya secara tiba-tiba kaku dan bola matanya berputar ke belakang. Tidak lama kemudian, ia akan kehilangan kesadaran. Gejala lainnya ialah tubuh, tangan dan kakinya mengejang dan kepala terdongkak, lalu kulitnya menjadi gelap, mungkin kebiruan dan nafas tidak beraturan, namun kondisi ini tidak berlangsung lama.

2.1.4 Patofisiologi dan pathway Kejang Demam



2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

- 2.1.5.1 Pemeriksaan laboratorium berupa pemeriksaan darah tepi lengkap elektrolit, dan glukosa darah dapat dilakukan.
- 2.1.5.2 Indikasi lumbal pungsi pada kejang demam adalah untuk menegakkan atau menyingkirkan kemungkinan meningitis. Indikasi lumbal pungsi pada pasiendengan demam kejang meliputi : 1) Bayi < 12 bulan harus dilakukan lumbal pungsi karena gejala meningitis sering tidak jelas. 2) Bayi antara 12 bulan – 1 tahun dianjurkan untuk melakukan lumbal pungsi kecuali pasti bukan meningitis.
- 2.1.5.3 Pemeriksaan EEG dapat dilakukan pada kejang demam. d. Pemeriksaan foto kepala, CT scan, dan atau MRI tidak dianjurkan pada anak tanpa kelainan neurologis karena hampir semuanya menunjukkan gambaran normal. CT scan atau MRI direkomendasikan untuk kasus kejang fokal untuk mencari lesi organik di otak (Nurarif, 2015:166).

2.1.6 Penatalaksanaan Medis Kejang Demam

Melalui penanggulangan yang tepat dan cepat, prognosis dari kejang demam baik dan tidak perlu menjadi penyebab kematian pada anak. Saat merawat anak dengan kejang demam ada 4 hal yang perlu dikerjakan, yaitu memberantas kejang dengan segera, pemberian obat penunjang, serta mencari dan mengobati faktor penyebab. Tujuan penanganan kejang adalah untuk menghentikan kejang sehingga defek pernafasan dan hemodinamik dapat diminimalkan (Amin Nurarif, 2015:167).

Penatalaksanaan kejang demam Menurut (Nabiel Ridha 2014:317 dan wulandari& Ernawati 2016).

1. Saat serangan mendadak yang harus diperhatikan pertama kali adalah ABC (Airway, Breathing, Circulation).
2. Setelah ABC aman, baringkan klien di tempat yang rata untuk mencegah terjadinya perpindahan tubuh ke arah yang resiko cedera atau bahaya
3. Atur posisi klien dalam posisi telentang atau dimiringkan untuk mencegah aspirasi, jangan tengkurap.
4. Singkirkan benda-benda yang berbahaya
5. Pakaian dilonggarkan, agar jalan nafas adekuat saat terjadi distensi abdomen.
6. Bila suhu tinggi berikan kompres hangat
7. Hindari menggunakan selimut tebal karena uap panas akan sulit dilepaskan.
8. Jika suhu tubuh $>38,5^{\circ}\text{C}$ dan jika sudah memungkinkan diberikan antipiretik (ibuprofen).
9. Setelah klien tersadar atau terbangun berikan minum air hangat

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Kejang Demam

2.2.1 Pengkajian

2.2.1.1 Riwayat Penyakit Pada anak kejang demam riwayat yang menonjol adalah adanya demam yang dialami oleh anak (suhu rektal diatas 38°C). Demam ini dilatar belakangi adanya penyakit lain yang terdapat pada luar kranial seperti tonsilitis, faringitis. Sebelum serangan kejang pada pengkajian status kesehatan biasanya anak tidak mengalami kelainan apa-apa.

2.2.1.2 Pengkajian fungsional yang sering mengalami gangguan adalah terjadi penurunan kesadaran anak tiba-tiba sehingga

kalau dibuktikan dengan tes Glasgow Coma Scale (GCS) skor yang dihasilkan berkisar antara 5 sampai 10 dengan tingkat kesadaran dari apatis sampai somnolen atau mungkin dapat koma.

2.2.1.3 Pengkajian Tumbuh Kembang Anak. Secara umum kejang demam tidak mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak. Ini dipahami dengan catatan kejang yang dialami anak tidak terlalu sering terjadi atau masih dalam batasan yang dikemukakan oleh Livingstone (1 tahun tidak lebih dari 4 kali) atau penyakit yang melatar belakangi timbulnya kejang seperti tonsilitis, faringitis segera dapat diatasi.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan perjalanan patofisiologi penyakit dan manifestasi klinik yang muncul maka diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan kejang demam adalah:

2.2.2.1 Resiko tinggi obstruksi jalan nafas berhubungan dengan penurunan faring oleh lidah, spasme otot bronkus. Data yang mendukung: Frekwensi pernafasan meningkat (misalnya 36x permenit), irama pernafasan cepat dan dangkal, terlihat lidah menekuk ke dalam.

2.2.2.2 Resiko gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan oksigendarah. Data yang mendukung: jaringan perifer (kulit) terlihat anemis, akral teraba dingin, CRT > 3 detik, nadi cepat dan teraba lemah dengan frekwensi 110 kali permenit. Hasil pemeriksaan AGD: PO₂ kurang dari 80 MmHg, PCO₂ lebih dari 45 MmHg, PH darah > 7.35.

2.2.2.3 Hipertermi berhubungan dengan infeksi kelenjar tonsil, telinga, bronkus atau pada tempat lain. Data yang mendukung : suhu tubuh perrektal 35,8o - 37,3o c, kening anak terasa panas. Terdapat pembengkakan, kemerahan pada tonsil atau telinga. Data penunjang hasil laboratorium angka leukosit 11.000 mg/dl.

2.2.2.4 Risiko gangguan pertumbuhan (berat badan rendah) berhubungan dengan penurunan asupan nutrisi. Data yang mendukung: adanya keluhan orang tua anak sulit untuk makan, porsi makan yang dihabiskan setiap kali makan misalnya 3 sendok (rata-rata kurang dari 1000 Kkal perhari) berat badan anak sudah turun 0,5 kg tapi masih dalam batas berat badan normal (dalam KMS) belum mencapai garis kuning.

2.2.2.5 Risiko gangguan perkembangan (kepercayaan diri) berhubungan dengan peningkatan frekwensi kekambuhan. Data yang mendukung: anak terlihat tidak mau berinteraksi dengan orang di sekitar saat di rawat dirumah sakit, ibu menyampaikan dalam waktu 1 tahun terakhir ini anak sering mengalami kekambuhan demam (5 kali dalam setahun).

2.2.2.6 Risiko cedera (terjatuh,terkena benda tajam) berhubungan dengan penurunan respon terhadap lingkungan.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

2.2.3.1 Risiko tinggi obstruksi jalan nafas berhubungan dengan penutupan faring oleh lidah, spasme otot bronkus. Hasil yang diharapkan : frekwensi pernafasan meningkat 28-35 x/menit,

irama pernafasan reguler dan tidak cepat, anak tidak terlihat terengah-engah. Rencana tindakan :

2.2.3.2 Monitor jalan nafas, frekwensi pernafasan, irama pernafasan tiap 15 menit pada saat penurunan kesadaran. Rasional : frekwensi pernafasan yang meningkat tinggi dengan irama yang cepat sebagai salah satu indikasi sumbatan jalan nafas oleh benda asing, contohnya lidah.

2.2.3.3 Tempatkan anak pada posisi semi fowler dengan kepala hiperekstensi, Rasional: posisi semi fowler akan menurunkan tahanan tekanan Intra abdominal terhadap paru-paru. Hiperekstensi membuat jalan nafas dalam posisi lurus dan bebas dari hambatan.

2.2.3.4 Pasang tong spatel saat timbul serangan kejang. Rasional: mencegah lidah tertekuk yang dapat menutup jalan nafas.

2.2.3.5 Bebaskan anak dari pakaian yang ketat. Rasional: mengurangi tekanan terhadap rongga thorak sehingga terjadi keterbatasan pengembangan paru.

2.2.3.6 Kolaborasi pemberian anti kejang. Contohnya pemberian diazepam dengan dosis rata-rata 0,3mg/KgBB/kali pemberian. Rasional: diazepam bekerja menurunkan tingkat fase depolarisasi yang cepat disistem pernafasan pusat sehingga dapat terjadi penurunan spasma pada otot dan persyarafan perifer.

2.2.3.7 Risiko gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan oksigen darah. Hasil yang diharapkan : jaringan

perifer (kulit) terlihat merah dan segar, akral teraba hangat. Hasil pemeriksaan AGD: PH darah 7,35-7,45, PO₂ 80-104 MmHg, PCO₂ 35-45 MmHg, HCO₃o 21-25.

Rencana tindakan:

- 2.2.3.7.1 Kaji tingkat pengisian kapiler perifer. Rasional : kapiler kecil mempunyai volume darah yang relatif kecil dan cukup sensitif sebagaitanda terhadap penurunan oksigen darah.
- 2.2.3.7.2 Pemberian oksigen dengan memakai masker atau nasal canul dengan dosis rata-rata 3 liter/menit.
- 2.2.3.7.3 Rasional : oksigen tabung mempunyai tekanan yang lebih tinggi dari oksigen lingkungan sehingga mudah masuk ke paru-paru. Pemberian dengan masker karena mempunyai prosentase sekitar 35% yang dapat masuk ke saluran pernafasan.
- 2.2.3.7.4 Hindarkan anak darai rangsangan yang berlebihan baik secara mekanik maupun cahaya. Rasional: rangsangan akan meningkatkan fase eksitasi persyarafan yang dapat menaikkan kebutuhan oksigen jaringan.
- 2.2.3.7.5 Tempatkan pada ruangan dengan sirkulasi udara yang baik (ventilasi memenuhi 1 /4 dari luas ruangan). Rasional : meningkatkan jumlah udara yang masuk dan mencegah hipoksemia jaringan.
- 2.2.3.8 Hipertermi berhubungan dengan infeksi kelenjar tonsil, telinga, bronkus atau pada tempat lain. Hasil yang diharapkan: suhu

tubuh perrektal 36-37oC, kening anak tidak teraba panas. Tidak terdapat pembengkakan, kemerahan pada tonsil atau telinga. Data penunjang hasil laboratorium angka leukosit 5000-11.000 mg/dl. Rencana tindakan :

- 2.2.3.8.1 Pantau suhu tubuh anak setiap setengah jam. Rasional : peningkatan suhu tubuh yang melebihi 39oC dapat beresiko terjadinya kerusakan saraf pusat karena akan meningkatkan neurotransmitter yang dapat meningkatkan eksitasi neuron.
- 2.2.3.8.2 Kompres anak dengan kompres hangat. Rasional : pada saat dikompres panas tubuh anak akan berpindah ke media yang digunakan untuk mengompres karena suhu tubuh relatif lebih tinggi.
- 2.2.3.8.3 Beri pakaian anak yang tipis dari bahan yang halus seperti katun. Rasional: pakaian tipis akan memudahkan perpindahan panas dari tubuh ke lingkungan. Bahan katun akan menghindari iritasi kulit pada anak karena panas yang tinggi akan membuat kulit sensitif terhadap cedera.
- 2.2.3.8.4 Jaga kebutuhan cairan anak tercukupi melalui pemberian intravena dengan patokan kebutuhan seperti tabel di atas. Raional : cairan yang cukup akan menjaga kelembapan sel. Sehingga sel tubuh tidak mudah rusak akibat suhu tubuh yang tinggi. Cairan intravena juga berfungsi mengembalikan cairan yang banyak hilang lewat proses evaporasi ke lingkungan,
- 2.2.3.8.5 Kolaborasi pemberian antipiretik (aspirin dengan dosis 60 mg/tahun/kali pemberian) antibiotik sesuai dengan jenis golongan mikroorganisme penyebab yang umum

dapat digunakan golongan penisiline. Rasional: antipiretik akan mempengaruhi ambang panas pada hipotalamus. Antipiretik juga akan mempengaruhi penurunan neurotransmitter seperti prostaglandin yang berkontribusi timbulnya nyeri saat demam.

2.2.3.8.6 Resiko gangguan pertumbuhan (berat badan rendah) berhubungan dengan penurunan asupan nutrisi. Hasil yang diharapkan : orang tua akan menyampaikan anaknya sudah gampang makan, porsi makan yang dihabiskan setiap kali makan misalnya 1 porsi habis.

Rencana Tindakan:

- a) Kaji berat badan dan jumlah asupan kalori anak.
Rasional : berat badan sebagai salah satu indikator jumlah massa sel dalam tubuh, kalau berat badan rendah menunjukkan terjadi penurunan jumlah dan massa sel tubuh yang tidak sesuai dengan umur.
- b) Ciptakan suasana yang menarik dan nyaman saat makan seperti di bawah kerucut yang banyak gambar untuk anak sambil diajak bermain. Rasional: dapat membantu meningkatkan respon konteks serebri terhadap selera makanan sebagai dampak rasa senang pada anak
- c) Anjurkan orang tua untuk memberikan anak makan pada kondisi hangat. Rasional: makanan hangat akan mengurangi kekentalan sekresi mukus pada faring dan mengurangi respon mual gaster.
- d) Ajukan orang tua memberikan makanan pada anak dengan porsi sering dan sedikit (setiap jam anak

diprogramkan makan). Rasional : mengurangi massa makanan yang banyak pada lambung yang dapat menurunkan rangsangan nafsu makan pada otak bagian bawah.

2.2.3.8.7 Resiko gangguan perkembangan (kepercayaan diri) berhubungan dengan peningkatan frekwensi kekambuhan. Hasil yang diharapkan: anak terlihat aktif berinteraksi dengan orang di sekitar saat di rawat di rumah sakit, frekwensi kekambuhan kejang demam berkisar 1-3 kali dalam setahun.

Rencana tindakan :

- a) Kaji tingkat perkembangan anak terutama kepercayaan diri dan frekwensi demam. Rasional : fase ini bila tidak teratasi dapat terjadi krisis kepercayaan diri anak. Frekwensi demam yang meningkat dapat menurunkan penampilan anak.
- b) Berikan anak terapi bermain dengan teman sebaya di rumah sakit yang melibatkan banyak anak seperti bermain lempar bola. Rasional : meningkatkan interaksi anak terhadap teman sebaya tanpa melakukan paksaan dan doktrin dari orang tua.
- c) Beri anak reward apabila anak berhasil melakukan aktivitas positif misalnya melempar bola dengan tepat dan support anak apabila belum berhasil. Rasional : meningkatkan nilai positif yang ada pada anak dan memperbaiki kelemahan dengan kemauan yang kuat.

2.2.3.9 Resiko cedera (terjatuh, terkena benda tajam) berhubungan dengan penurunan respon terhadap lingkungan. Hasil yang diharapkan : anak tidak terluka atau jatuh saat serangan kejang.

Rencana tindakan :

- 2.2.3.9.1 Tempatkan anak pada tempat tidur yang lunak dan rata seperti bahan matras. Rasional menjaga posisi tubuh lurus yang dapat berdampak pada lurusnya jalan nafas.
- 2.2.3.9.2 Pasang pengaman di kedua sisi tempat tidur Rasional : mencegah anak jatuh.
- 2.2.3.9.3 Jaga anak saat timbul serangan kejang Rasional : menjaga jalan nafas dan menjegah anak terjatuh.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan membandingkan antara proses dan rencana proses tersebut.

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP/ SOPAPIE/ SOAPIER. Penggunaannya tergantung dari kebijakan setempat. Pengertian SOAPIER adalah sebagai berikut:

- 2.2.5.1 S : Subjektif data Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan
- 2.2.5.2 O : Objektif data Yaitu data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien dan yang dirasakan klien setelah dilakukan

tindakan keperawatan

- 2.2.5.3 A : Analisa atau Assesment Merupakan suatu masalah atau diagnosa keperawatan yang masih terjadi.
- 2.2.5.4 P : Planning Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditemukan sebelumnya.
- 2.2.5.5 I : Implementasi Adalah tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen perencanaan. Jangan lupa menulis waktu, tanggal dan hari.
- 2.2.5.6 E : Evaluasi Evaluasi adalah respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- 2.2.5.7 R : reassesment Pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui evaluasi, apakah dari rencana tidak perlu di lanjutkan.

2.3 Konsep Terapi *Tepid Water Sponge*

2.3.1 Definisi Terapi Tepid Water Sponge

Kompres *Tepid Water Sponge* adalah sebuah teknik kompres hangat yang menggabungkan teknik kompres blok pada pembuluh darah supervisial dengan teknik seka. *Tepid Water Sponge* efektif dalam mengurangi suhu tubuh pada anak dengan *hipertermi* dan juga membantu dalam mengurangi rasa sakit atau ketidaknyamanan (Febrian, 2018).

Menurut pendapat lain Terapi *tepid water sponge* adalah suatu tindakan dimana dilakukan penyekatan keseluruhan tubuh dengan mengguankan air hangat dengan suhu 32 °C sampai 37 °C yang bertujuan untuk menurunkan suhu tubuh yang diatas normal yaitu 37,5 °C (Matte, 2021).

2.3.2 Mekanisme Fisiologis perawatan metode Tepid Water Sponge terhadap suhu tubuh bayi

Adapun beberapa mekanisme dari prosedur terapi tepid water sponge menurut (Matte,2021 dan Febrian 2018) sebagai berikut :

- 2.3.2.1 Menurunkan suhu tubuh dengan pelepasan panas tubuh melalui cara evaporasi konveksi
- 2.3.2.2 Memberikan rasa nyaman pada anak
- 2.3.2.3 Mencegah terjadinya demam
- 2.3.2.4 Memberi efek vasodilatasi pada pembuluh darah

2.3.3 Indikasi Perawatan Terapi Tepid Water Sponge

Anak yang diberi terapi *tepid water sponge* adalah anak yang mengalami peningkatan suhu tubuh diatas normal yaitu lebih dari 37,5 °C (Matte, 2021).

2.2.1 Penatalaksanaan Terapi Tepid Water Sponge

Menurut Febrian (2018) penatalaksanaan *tepid water sponge* dapat dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- 2.2.1.1 Jelaskan prosedur dan demonstrasikan kepada keluarga cara *tepid water sponge*
- 2.2.1.2 Ukur suhu tubuh klien dan catat.
- 2.2.1.3 Buka seluruh pakaian klien dan alasi klien dengan perlak.
- 2.2.1.4 Tutup tubuh klien dengan handuk mandi. Kemudian basahkan washlap atau lap mandi, usapkan mulai dari kepala, dan dengan tekanan lembab yang lama, lap seluruh tubuh, meliputi leher, kedua ketiak, perut, ekstermitas atas dan lakukan sampai ke arah ekstermitas bawah secara bertahap. Lap tubuh klien selama 15 menit. Pertahankan suhu air (37 c).
- 2.2.1.5 Apabila washlap mulai mengering maka rendam kembali

dengan air hangat lalu ulangi tindakan seperti diatas.

2.2.1.6 Hentikan prosedur jika klien kedinginan atau mengigil atau segera setelah suhu tubuh klien mendekati normal. Selimuti klien dengan selimut mandi dan keringkan. Pakaikan klien baju yang tipis dan mudah menyerap keringat.

2.4 SOP *Tepid Water Sponge*

Tabel 2.1 SOP Prosedur *Tepid water sponge*

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR <i>TEPID WATER SPONGE</i>		
Pengertian	Kompres <i>Tepid Water Sponge</i> adalah sebuah teknik kompres hangat yang menggabungkan teknik kompres blok pada pembuluh darah supervisial dengan teknik seka. <i>Tepid Water Sponge</i> efektif dalam mengurangi suhu tubuh pada anak dengan hipertermi dan juga membantu dalam mengurangi rasa sakit atau ketidaknyamanan (Febrian, 2018).	
Tujuan	a. Menurunkan suhu tubuh dengan pelepasan panas tubuh melalui cara evaporasi konveksi b. Memberikan rasa nyaman pada anak c. Mencegah terjadinya demam d. Memberi efek vasodilatasi pada pembuluhdarah	
Indikasi	Anak yang diberi terapi tepid water sponge adalah anak yang mengalami peningkatan suhu tubuh diatas normal yaitu lebih dari 37,5°C (Matte,2021)	
Prosedur Kerja	Persiapan	a. Waskom berisi air hangat b. Handuk/botol atau spons c. Termometer/ pengukur suhu d. jam tangan
	Fase Orientasi	a. Memberi salam/menyapa pasien b. Memperkenalkan diri c. Menjelaskan tujuan Tindakan d. Menjelaskan langkah prosedur Menanyakan kesiapan pasien

	Fase Kerja	a. Mengukur dan mencatat suhu tubuh pasien, jenis dan waktu pemberian tepid water sponge b. Pasang sampiran c. Alaskan pasien dengan perlak d. Buka pakaian pasien dan tutupi dengan handuk mantel e. Basahi washlap dengan air hangat dan di letakkan pada dahi, aksila dan kedua pangkal paha, lap ekstremitas selama 5 menit untuk punggung dan bikong 10-15 menit, lakukan lap tubuh selama 20 menit f. Setelah 20 menit dilakukan tindakan ukur suhu tubuh kembali, jika masih diatas 38°C lanjutkan sesuai point 6 g. Suhu air dipertahankan 35°C (hangat-hangat kuku) h. Catat suhu tubuh sesudah dilakukan tindakan jika suhu tubuh mendekati 37,5 °C hentikan Tindakan i. Selimuti pasien dan keringkan selanjutnya pakaikan pasien baju tipis dan dapat menyerap keringat Rapikan alat dan pasien
	Fase Terminasi	a. Melakukan evaluasi Tindakan b. Berpamitan dengan pasien c. Mencuci tangan

2.5 Analisis Jurnal

Tabel 2.2 Analisis Jurnal

No	Judul Jurnal	Validity	Important	Applicable
1.	Penerapan <i>Water Tepid Sponge</i> Untuk Mengatasi Masalah Keperawatan Hipertermi Pada Pasien Kejang Demam	Desain: Studi Kasus Populasi: Pasien di ruang rawat inap Aster RSUD. Prof. Dr.	Karakteristik Responden: Pasien dengan diagnose medis yaitu Kejang Demam dan masalah keperawatannya Yaitu Hipertermi, pasien diperoleh	Dapat digunakan sebagai salah satu tambahan intervensi mandiri perawat untuk membantu pasien

		Margono Soekarjo. Sampel: Sampel yang dipakai pada studi ini ialah 1 pasien laki laki berusia 1,6 tahun dengan iagnosa medis yaitu kejang demam dan masalah keperawata nnya yaitu Hipertermia . Kriteria: Pasien dengan dengan diagnose medis yaitu Kejang Demam dan masalah keperawata n	suhu tubuh yaitu 38,4oC. Metode pengambilan data dilaksanakan lewat tanya jawab, pemeriksaan fisik, observasi dan studi dokumentasi asuhan keperawatan. Hasil: Hasil penelitianini menunjukkan bahwa setelah dilakukan implementasi pemberian tepid sponge selama 20-30 menit/hari selama 3x2 jam pasien mengalami penurunan Suhu tubuh dari 38,4oC menjadi 36,5oC.	kejang demam agar dapat mengurangi atau menurunkan suhu tubuh dengan water tapid sponge dimana pelaksanaann ya yang mudah dan tanpa biaya serta memungkink an untuk digunakan di semua kalangan masyarakat.
2.	Penanganan pasien Hipertermia menggunakan Terapi Tepid Water Sponge	Desain: Studi Kasus Populasi: Pasien diruang rawat inap ruang Cempaka (Ruang Anak) RSUD dr.Moham	Karakteristik Responden: Pasien dengan diagnose medis yaitu Kejang Demam dan masalah keperawatannya yaitu Hipertermi, Metode pengambilan data dilaksanakan lewat Tanya jawab, pemeriksaan fisik,	Dapat digunakan sebagai salah satu tambahan intervensi mandiri perawat untuk membantu pasien kejang demam agar dapat

		mad Zyn kab.Sampang Sampel: Sampel yang dipakai Kriteria: Pasien dengan dengan diagnose medis yaitu Kejang Demam	observasi dan studi dokumentasi asuhan keperawatan. Hasil: Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa setelah dilakukan implementasi pemberian tepid sponge selama 20-30 menit/hari selama 3x24 jam pasien mengalami penurunan suhu tubuh dari 38,1oC menjadi 36,5oC. Dan dari suhu 39C menjadi 36,5C	mengurangi atau menurunkan suhu tubuh dengan water tapid sponge dimana pelaksanaan nya yang mudah dan tanpa biaya serta memungkinkan untuk digunakan di semua kalangan masyarakat.
--	--	---	--	---