BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Kejang Demam

1. Definisi Kejang Demam

Kejang demam merupakan bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu 38ºC, yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranium, biasanya terjadi pada usia 3 bulan – 5 tahun (Rasyid, Astuti and Purba, 2019).

Kejang demam merupakan kelainan neurologist yang paling sering dijumpai pada anak, terutama pada anak umur 6 bulan sampai 4 tahun. Hampir 3% dari anak yang berumur dibawah 5 tahun pernah menderita kejang demam (Nova Ari Pangesti, Bayu Seto Rindi Atmojo, Kiki A, 2020).

Kejang demam didefinisikan sebagai kejang pada anak usia lebih dari 1 bulan, berhubungan dengan kenaikan suhu tubuh lebih dari 38ºC yang tidak disebabkan oleh infeksi sistem saraf pusat (SSP), tanpa adanya riwayat kejang neonatal atau kejang tanpa sebab sebelumnya, dan tidak memenuhi kriteria kejang simptomatik lainnya (Hardika and Mahailni, 2019)

2. Tanda dan Gejala Kejang Demam

Menurut Benjamin, 2019, manifestasi klinik yang muncul pada penderita kejang demam:

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

b Timbulnya kejang yang bersifat tonik-klonik, tonik, klonik, fokal atau kinetik.

Beberapa detik setelah kejang berhenti anak tidak memberikan reaksi apapun

tetapi beberapa saat kemudian anak akan tersadar kembali tanpa ada kelainan persarafan.

c Saat kejang anak tidak berespon terhadap rangsangan seperti panggilan, cahaya (penurunan kesadaran).

Selain itu pedoman mendiagnosis kejang demam menurut Benjamin, 2019 juga dapat kita jadikan pedoman untuk menetukan manifestasi klinik kejang demam. Ada 7 kriteria antara lain:

a Umur anak saat kejang antara 6 bulan sampai 4 tahun.

b Kejang hanya berlangsung tidak lebih dari 15 menit.

c Kejang bersifat umum (tidak pada satu bagian tubuh seperti pada otot rahang saja).

d Kejang timbul 16 jam pertama setelah timbulnya demam.

e Pemeriksaan sistem persarafan sebelum dan setelah kejang tidak ada kelainan.

f Pemeriksaan elektro Enchephalography dalam kurun waktu 1 minggu atau lebih setelah suhu normal tidak dijumpai kelainan

g Frekuensi kejang dalam waktu 1 tahun tidak lebih dari 4 kali.

Serangan kejang biasanya terjadi 24 jam pertama sewaktu demam, berlangsung singkat dengan sifat kejang dapat berbentuk tonik-klonik, tonik, klonik, fokal atau kinetik. Umumnya kejang berhenti sendiri. Begitu kejang berhenti anak tidak memberi reaksi apapun sejenak tapi setelah beberapa detik atau menit anak akan sadar tanpa ada kelainan saraf (Benjamin, 2019).

3. Jenis kejang demam

Kejang demam dibagi menjadi 2 golongan. Terdapat perbedaan kecil dalam penggolongan tersebut, menyangkut jenis kejang, tingginya demam, usia penderita, lamanya kejang berlangsung, gambaran rekaman otak, dan lainnya (Lumbantobing, 2004).

a. Kejang demam sederhana (simple febrile seizure) Adapun ciri-ciri kejang demam sederhana antara lain :

1) Berlangsung singkat (< 15 menit)
2) Menunjukkan tanda-tanda kejang tonik dan atau klonik.
3) Kejang hanya terjadi sekali / tidak berulang dalam 24 jam.

b. Kejang demam kompleks (complex febrile seizure) Adapun ciri-ciri kejang demam kompleks antara lain :

1) Berlangsung lama (> 15 menit).
2) Menunjukkan tanda-tanda kejang fokal yaitu kejang yang hanya melibatkan salah satu bagian tubuh.
3) Kejang berulang/multipel atau lebih dari 1 kali dalam 24 jam.
4) Kejang tonik yaitu serangan berupa kejang/kaku seluruh tubuh. Kejang klonik yaitu gerakan menyentak tiba-tiba pada sebagian anggota tubuh.

4. Pemeriksaan penunjang kejang demam

Menurut Jasni, 2021 pemeriksaan penunjang kejang demam yaitu :

1) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium tidak dikerjakan secara rutin pada kejang demam, teteapi dapat dikerjakan untuk mengevaluasi sumber infeksi penyebab demam atau keadaan lain, misalnya gastroenteritis dehidrasi disertai demam.Pemeriksaan laboratorium yang dapat dikerjakan, misalnya darah perifer, elektrolit, dan gula darah (level II-2 dan level III, rekomendasi D).

2) Pungsi Lumbal

Pemeriksaan cairan serebrospinal dilakukan untuk menegakkan atau meningkirkan kemungkinan meningitis. Risiko terjadinya meningitis batrerialis adalah 0,6 % - 6,7 %. Pada bayi kecil seringkali sulit untuk menegakkan atau menyingkirkan diagnosis meningitis karena manifestasi klinisnya tidak jelas. Oleh karena itu, pungsi lumbal dianjurkan pada : a. Bayi (kurang dari 12 bulan) sangat dianjurkan dilakukan b. Bayi 12-18 bulan dianjurkan c. Anak umur >18 bulan tidak rutin. Bila yakin bukan meningitis secara klinis tidak perlu dilakukan fungsi lumbal.

3) Elektroensefalografi

Pemeriksaan elektroensefalografi (EEG) tidak dapat memprediksi berulangnya kejang atau memperkirakan kemungkinan kejadian epilepsy pada pasien kejang demam. Oleh karenanya, tidk direkomendasikan (level II2, rekomendasi E). Pemeriksaan EEG masih dapat dilakukan pada keadaan kejang demam yang tidak khas, misalnya kejang demam kompleks pada anak usia lebih dari 6 tahun atau kejang demam fokal.

4) Pencitraan Foto X-ray kepala dan pencitraan seperti computed tomography scan (CT-scan) atau magnetic resonance imaging (MRI) jarang sekali dikerjakan, tidak rutin, dan hanya atas indikasi, seperti :

a) Kelainan neurologic fokal yang menetap (hemiparesis)

b) Paresis nervus VI

c) Papilledema

5. Penatalaksanaan kejang demam

Penatalaksanaan kejang demam menurut Jasni, 2021 yaitu :

a. Penatalaksanaan medis

1) Bila pasien datang dalam keadaan kejang, obat pilihan utama yaitu diazepamnuntuk memberantas kejang secepat mungkin yang diberikan secara intravena.

2) Untuk mencegah edema otak, berikan kortikosteroid dengan dosis 20-30 mg/kg BB/hari dibagi dalam 3 dosis atausebaliknya glukortikoid misalnya deksametazon 0,5-1 ampul setiap 6 jam.

b. Penatalaksanaan keperawatan

1) Baringkan pasien di tempat yang rata, kepala dimiringkan.

2) Singkirkan benda-benda yang ada di sekitar pasien.

3) Lepaskan pakaian yang menganggu pernapasan.

4) Jangan memasang sudip lidah (tongue spatel), karena risiko lidah tergigit kecil. Sudip lidah dapat membatasi jalan napas.

5) Bila pasien sudah sadar dan terbangun berikan minum hangat.

6) Pemberian oksigen untuk mencukupi perfusi jaringan.

7) Bila suhu tinggi berikan kompres hangat.

Menurut Benjamin, 2019, tindakan keperawatan pada kejang demam di rumah sakit meliputi :

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) Tidak perlu memasang sundip lidah, karena resiko lidah tergigit kecil. Selain itu juga sundip lidah dapat membatasi jalan nafas.
5) Singkirkan benda-benda yang berbahaya
6) Pakaian dilonggarkan, agar jalan nafas adekuat saat terjadi distensi abdomen.
7) Secepatnya diberikan anti kejang via rectal (diazepam 5 mg untuk BB < 10 kg dan >10 mg untuk BB> 10 kg)

B. Konsep Dasar Masalah keperawatan Hipertermia

1. Definisi hipertermia

Hipertermia adalah keadaan meningkatnya suhu tubuh di atas rentang normal tubuh (PPNI, 2017). Hipertermia adalah peningkatan suhu inti tubuh manusia yang biasanya terjadi karena infeksi, kondisi dimana otak mematok suhu di atas setting normal yaitu di atas 37,5^{o}C (Anisa, 2019).

Demam adalah proses alami tubuh untuk melawan infeksi yang masuk ke dalam tubuh ketika suhu meningkat melebihi suhu tubuh normal (>37,5°C).

Demam merupakan suatu keadaan suhu tubuh diatas normal sebagai akibat peningkatan pusat pengatur suhu di hipotalamus (Windawati and Alfiyanti, 2020).

2. Tanda dan Gejala Hipertermia

Tanda dan gejala diagnosis keperawatan hipertermia sesuai Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) terbagi menjadi tanda dan gejala mayor serta tanda dan gejala minor adalah sebagai berikut (PPNI, 2017) :

Table 1
Data Mayor dan Data Minor Hipertermia

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	Tidak tersedia	1. Suhu tubuh di atas nilai normal 37 ˚C
Minor	Tidak tersedia	1. Kulit merah 2. Kejang 3. Takikardi 4. Takipnea 5. Kulit terasa panas

(SDKI PPNI, 2017)

3. Penyebab Hipertermia

Hipertermia disebabkan adanya paparan panas berlebih yang tidak bisa diatasi oleh tubuh. Hipertermia terdiri dari dua onset, yaitu “heat stroke” dan demam. Heat stroke tidak disebabkan oleh penyakit, tetapi disebabkan oleh gangguan ekstrinsik, seperti oleh lingkungan bersuhu tinggi dan masalah dalam termolisis tubuh. Sedangkan demam biasanya berkaitan dengan infeksi atau inflamasi yang terjadi pada tubuh (mis. terjadi setelah miokard, kanker, operasi, atau trauma) (Haryono and Utami, 2019).

Penyebab masalah keperawatan sesuai Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia atau SDKI PPNI, 2017 adalah sebagai berikut:

a Dehidrasi

b Terpapar lingkungan panas

c Proses penyakit (mis infeksi, kanker)

d Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan

e Peningkatan laju metabolisme

f Respon trauma

g Aktivitas berlebihan

h Penggunaan inkubator

i Terpapar lingkungan panas

4. Penatalaksanaan Hipertermia

a. Tindakan farmakologis

Tindakan menurunkan suhu mencakup intervennsi farmakologik yaitu dengan pemberian antipiretik.Obat yang umum digunakan untuk menurunkan demam dengan berbagai penyebab (infeksi, inflamasi dan neoplasama) adalah obat antipiretik.Antipiretik ini bekerja dengan mempengaruhi termoregulator pada sistem saraf pusat (SSP) dan dengan menghambat kerja prostaglandin secara perifer

b. Tindakan non farmakologis

Tindakan non farmakologis tersebut seperti menyuruh anak untuk banyak minum air putih, istirahat, serta pemberian water tepid sponge. Penatalaksanaan lainnya anak dengan demam adalah dengan menempatkan anak dalam ruangan bersuhu normal dan mengusahakan agar pakaian anak tidak tebal.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Hipertermia pada Anak yang Mengalami Kejang Demam

1. Pengkajian Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu metode ilmiah yang sistematis dan terorganisir dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang berfokus pada respon individu terhadap gangguan kesehatan yang dialami. Tahapan pertama dalam proses keperawatan yaitu pengkajian, pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data - data pasien. Supaya dapat mengidentifikasi masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien. Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. Pengkajian yang sistematis dalam keperawatan dibagi dalam 3 tahap kegiatan, meliputi ; pengumpulan data, analisis data, dan penentuan masalah (Sinulingga, 2019).

a. Identitas

1) Pengkajian identitas anak berisi tentang : nama, anak yang ke, tanggal lahir/umur, jenis kelamin, dan agama.

2) Pengkajian identitas orang tua berisi tentang : nama, umur, pekerjaan, pendidikan,agama, dan alamat.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama seperti perasaan tidak enak badan, lesu, pusing, nyeri kepala dan kurang bersemangat, serta nafsu makan menurun (teutama pada saat masa inkubasi).

2) Riwayat Penyakit

   a) Apakah anak pernah mengalami sakit sebelumnya.

   b) Apakah ada keluarga yang menderita penyakit yang bersifat menular dan menurun.

c. Breathing (sistem respirasi)

   Pasien belum sadar dilakukan evaluasi seperti pola nafas, tanda-tanda obstruksi, pernapasan cuping hidung, frekuensi nafas, pergerakan rongga dada: apakah simetris atau tidak, suara nafas tambahan: apakah tidak ada obstruksi total, udara nafas yang keluar dari hidung, sianosis pada ekstremitas, auskultasi : adanya wheezing atau ronchi

d. Blood (sistem kardiovaskuler)

   Sistem kardiovaskuler menilai tekanan darah, nadi, perfusi perifer, status hidrasi (hipotermi, syok) dan kadar Hb

e. Brain (sistem saraf pusat)

   Sistem saraf pusat menilai kesadaran pasien dengan GCS (Glasgow Coma Scale) dan perhatikan gejala kenaikan TIK

f. Bladder (sistem urogenetalis)

   Sistem urogenetalis diperiksa kuantitas, kualitas, warna, kepekatan urine, untuk menilai : apakah pasien masih dehidrasi, apakah ada kerusakan ginjal saat operasi, gagal ginjal akut (GGA)

g. Bowel (sistem gastrointestinalis)

Sistem gastrointestinalis diperiksa: adanya dilatasi lambung, tanda-tanda cairan bebas, distensi abdomen perdarahan lambung post operasi, obstruksi atau hipoperistaltik, gangguan organ lain, misalnya hepar, lien, pancreas, dilatasi usus halus. Pasien dengan post operasi mayor sering mengalami kembung yang mengganggu pernafasan, karena pasien bernafas dengan diafragma.

h. Bone (sistem muskuloskletal)

Sistem musculoskeletal dinilai adnaya tanda-tanda sianosis, warna kuku, perdarahan post operasi, gangguan neurologis, gerakan ekstremitas.

i. Psikososial kultural

Peran pasien dalam keluarga apa itu status emosional meningkat, interaksi meningkat, interaksi sosial terganggu, adanya rasa cemas yang berlebihan, hubungan dengan tetangga tidak harmonis, status dalam pekerjaan, dan apakah pasien rajin dalam melakukan ibadah sehari-hari (Murzella, 2020).

2. Diagnosa Keperawatan

Penetapan diagnosa keperawatan adalah tahap kedua dalam proses keperawatan. Diagnosa keperawatan juga merupakan penilaian klinis terhadap kondisi individu, keluarga, atau komunitas (agregat) baik yang bersifat aktual, risiko, atau masih merupakan gejala (Pebrina, 2018).

Diagnosa Keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah keperawatan atau proses kehidupan yang didalamnya baik yang berlangsung actual maupun potensial (PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan berdasarkan analisa data menurut PPNI (2016) ada tiga yaitu :

a. Aktual : diagnosa ini menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klen mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien.

b. Resiko : diagnosa ini menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Tidak dittemukan tanda/gejala mayor dan minor pada klen, namun klien memiliki faktor risiko mengalami masalah kesethatan.

c. Promosi Kesehatan : diagnosis ini menggambarkan adanya keinginan danmotivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tinkat yang lebih atau optimal.

Perumusan diagnosis keperawatan disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan. Terdapat dua metode perumusan diagnosis, yaitu :

a. Penulisan tiga bagian (*Three Part*)

Metode penulisan ini terdiri atas masalah, penyebab dan tanda/gejala. Metode penulisan ini hanya dilakukan pada diagnosis actual, dengan formulasi sebagai berikut :

Masalah berhubungan dengan Penyebab dibuktikan dengan Tanda/gejala .

b. Penulisan dua bagian (*Two Part*)

Metode penulisan ini dilakukan pada diagnosis risiko dan diagnosis promosi kesehatan, dengan formulasi sebagai berikut ;

1) Diagnosis risiko

Masalah dibuktikan dengan Faktor Risiko

2) Diagnosis promosi kesehatan

Masalah dibuktikan dengan Tanda/gejala

Table 2
Diagnosis Keperawatan Hipertermia

Gejala dan Tanda	Penyebab	Masalah
(1)	**(2)**	**(3)**
Gejala dan Tanda Mayor 1. Subjektif : tidak tersedia 2. Objektif : suhu tubuh tidak normal. Gejala dan Tanda Minor 1. Subjektif : tidak tersedia 2. Objektif : kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, kulit terasa hangat	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	Hipertermiaa Kategori : lingkungan Subkategori : keamanan dan proteksi Definisi : suhu tubuh meningkst di atas rentang normal tubuh.

Sumber : (PPNI, 2017)

3. Rencana Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (SLKI, 2019)

Luaran (outcome) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran

keperawatan memiliki tiga komponen utama yaitu label, ekspektasi, dan kriteria hasil. Masing-masing komponen diuraikan sebagai berikut (SLKI, 2019)

Table 3

Diagnosis Keperawatan Pada Anak Kejang Demam dengan Hipertermia

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
(1)	(2)	(3)
Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)	**Luaran Utama** **Termoregulasi** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan : 1. Menggigil menurun 2. Kulit merah menurun 3. Kejang menurun 4. Akrosianosis menurun 5. Konsumsi oksigen menurun 6. Piloereksi menurun 7. Vasokonstriksi perifer menurun 8. Kadar glukosa darah membaik 9. Pengisiaan kapiler membaik 10. Ventilasi membaik 11. Tekanan darah membaik 12. Kutis memorata menurun 13. Pucat menurun 14. Takikardi menurun 15. Takipnea menurun	**Intervensi Utama** **Manajemen Hipertermia:** **Observasi** 1.Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator) 2.Monitor suhu tubuh. 3.Monitor kadar elektrolit 4.Monitor pengeluaran urine 5.Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapiutik 1. Berikan cairan oral. 2. Ganti linen setiap hari atau lebih jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) 3. Berikan kompres hangat dikolaborasikan dengan kompres lidah buaya 4. Lakukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila 5.Berikan oksigen jika perlu **Edukasi** 1.Anjurkan tirah baring

	16. Bradikardi menurun 17. Dasar kuku sanotik menurun 18. Hipoksia menurun 19. Suhu tubuh membaik 20. Suhu kulit membaik	**Kolaborasi** 1.Kolaborasi pemberian cairan elektrolit dan intravena. **Regulasi Temperatur (I.14578)** **Tindakan** **Observasi** 1. Monitor suhu bayi sampai stabil (36,5C-37,5C) 2. Monitor suhu tubuh anak tiap 2jam, jika perlu 3. Monitor tekanan darah, frekuensi pernapasan dan nadi 4. Monitor warna dan suhu kulit 5. Monitor dan catat tanda dan gejala hipotermia atau hipertermi **Terapeutik** 1. Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat 2. Gunakan matras penghangat, selimut hangat, dan penghangat ruangan untuk menaikkan suhu tubuh, jika perlu 3. Sesuaikan suhu lingkungan dengan kebutuhan pasien **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian antipiretik, jika perlu.

Sumber : (SLKI, 2019) (SIKI, 2018)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Perawat melaksanakan atau

mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respons pasien terhadap tindakan tersebut.

Adapun implementasi yang dapat dilakukan sesuai dengan perencanaan, yaitu (SIKI, 2018):

Observasi

a. Mengidentifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator)
b. Memonitor suhu tubuh.
c. Memonitor kadar elektrolit
d. Memonitor pengeluaran urine
e. Memonitor komplikasi akibat hipertermia

Terapiutik

c. Menyediakan lingkungan yang dingin.
d. Melonggarkan atau lepaskan pakaian.
e. Membasahi dan kipasi permukaan tubuh .
f. Memberikan cairan oral.
g. Mengganti linen setiap hari atau lebih jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih)
h. Makukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila
i. Mindari pemberian antipiretik atau aspirin
j. Memberikan oksigen jika perlu

Edukasi

a. Menganjurkan tirah baring

Kolaborasi

a. Molaborasi pemberian cairan elektrolit dan intravena.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah fase kelima dan fase terakhir proses keperawatan, dalam konteks ini aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan dan terarah ketika pasien dan professional kesehatan menentukan kemajuan kemajuan pasien menuju pencapaian tujuan/hasil dan keefektifan rencana asuhan keperawatan.

Adapun komponen soap yaitu S (Subjektif) dimana perawat menemui keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan, O (Objektif) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada pasien yang dirasakan pasien setelah tindakan keperawatan, A (Assessment) adalah interpretasi dari data subjektif dan data objektif, P (planning) adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya (Rohmah Nikmatur & Saful, 2012). Tujan dan evaluasi yang akan dicapai pada kasus ini antara lain yaitu (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2017):

a. Menggigil menurun
b. Kulit merah menurun
c. Kejang menurun
d. Akrosianosis menurun
e. Konsumsi oksigen menurun
f. Piloereksi menurun
g. Vasokonstriksi perifer menurun

h. Kutis memorata menurun

i. Pucat menurun

j. Takikardi menurun

k. Takipnea menurun

l. Bradikardi menurun

m. Dasar kuku sanotik menurun

n. Hipoksia menurun

o. Suhu tubuh membaik

p. Suhu kulit membaik

q. Kadar glukosa darah membaik

r. Pengisiaan kapiler membaik

s. Ventilasi membaik

t. Tekanan darah membaik