

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kejang Demam

1. Pengertian

Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38 °C) yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranium (IDAI, 2016). Kejang demam merupakan serangan kejang yang terjadi karena kenaikan suhu Tubuh (suhu rektal di atas 38 °C) (Sujono Riyadi 2013). Bila ada riwayat kejang tanpa demam sebelumnya maka tidak disebut kejang demam. *National Institute of Health* (1990) menggunakan Batasan usia lebih dari 3 bulan. Sedangkan menurut IDAI (2016) kejang demam dapat terjadi pada usia lebih dari 1 bulan-5 tahun.

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi karena peningkatan suhu tubuh yaitu 38 °C yang sering di jumpai pada usia anak dibawah lima tahun yang disebabkan oleh proses ekstrakranium.

2. Klasifikasi Kejang Demam

Menurut Unit Kerja Koordinasi Neurologi IDAI, (2016) membuat klasifikasi kejang demam pada anak menjadi:

a. Kejang Demam Sederhana (*Simple Febrile Seizure*)

Kejang Demam Sederhana (*Simple Febrile Seizure*) terjadi secara singkat durasi kurang dari 15 menit, kejang dapat umum, tonik, dan atau klonik, umumnya akan berhenti sendiri tanpa gerakan fokal dan tidak berulang dalam 24 jam. Kejang demam sederhana merupakan 80% di antara seluruh kejang demam.

b. Kejang Demam Kompleks (*Complex Febrile Seizure*)

Kejang Demam Kompleks (*Complex Febrile Seizure*) disertai demam tinggi, kejang lama durasi lebih dari 15 menit. Kejang fokal atau parsial satu sisi, atau kejang umum didahului kejang parsial dan berulang lebih dari 1 kali dalam 24 jam.

Tabel 2.1 Perbedaan kejang demam sederhana dan kompleks.

No	Klinis	KD	KD
		Sederhana	Kompleks
1.	Durasi	< 15 menit	≥ 15 menit
2.	Tipe kejang	Umum	Umum/fokal
3.	Berulang dalam satu episode	-	±
4.	Deficit neurologi	±	±
5.	Riwayat keluarga kejang demam	±	±
6.	Riwayat keluarga kejang Tanpa demam	±	±
7.	Abnormal neurologi sebelumnya	±	±

3. Etiologi

Menurut Sodikin (2012), penyebab kejang demam belum dapat dipastikan. Menurut Riyadi, (2013), kondisi yang menyebabkan kejang demam antara lain : infeksi yang mengenai jaringan ekstrakranial, otitis media akut, bronchitis. Adapun menurut IDAI 2013 penyebab terjadinya kejang demam antara lain : obat-obatan, ketidak seimbangan kimiawi seperti hiperkalemia, hipoglikemia, dan asidosis, demam, patologi otak, eklamsi (ibu yang mengalami hipertensi prenatal, toksemia gravidarum) (IDAI 2013).

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinik klien dengan kejang demam antara lain:

- a) Suhu Tubuh $>38^{\circ}\text{C}$
- b) Serangan kejang biasanya berlangsung singkat (kurang dari 15 menit)
- c) Sifat bangkitan dapat berbentuk :
 - Tonik : mata ke atas, kesadaran hilang dengan segera, bila berdiri jatuh ke lantai atau tanah, kaku lengan fleksi, kaki/kepala/leher ekstensi, tangisan melengking, kaku, apneu, peningkatan saliva
 - Klonik : gerakan menyentak kasar pada saat Tubuh dan ekstremitas berada pada kontraksi dan relaksasi yang berirama, hipersalivasi, dapat mengalami inkontinensia urin dan feses
 - Tonik Klonik
 - Akinetik : tidak melakukan gerakan
- a) Umumnya kejang berhenti sendiri, anak akan terbangun dan sadar kembali
Tanpa adanya kelainan saraf

5. Patofisiologi

Kejang adalah manifestasi klinis khas yang berlangsung secara intermitten dapat berupa gangguan kesadaran, tingkah laku, emosi, motoric, sensorik dan atau otonom yang disebabkan oleh lepasnya muatan listrik yang berlebihan di neuron otak.

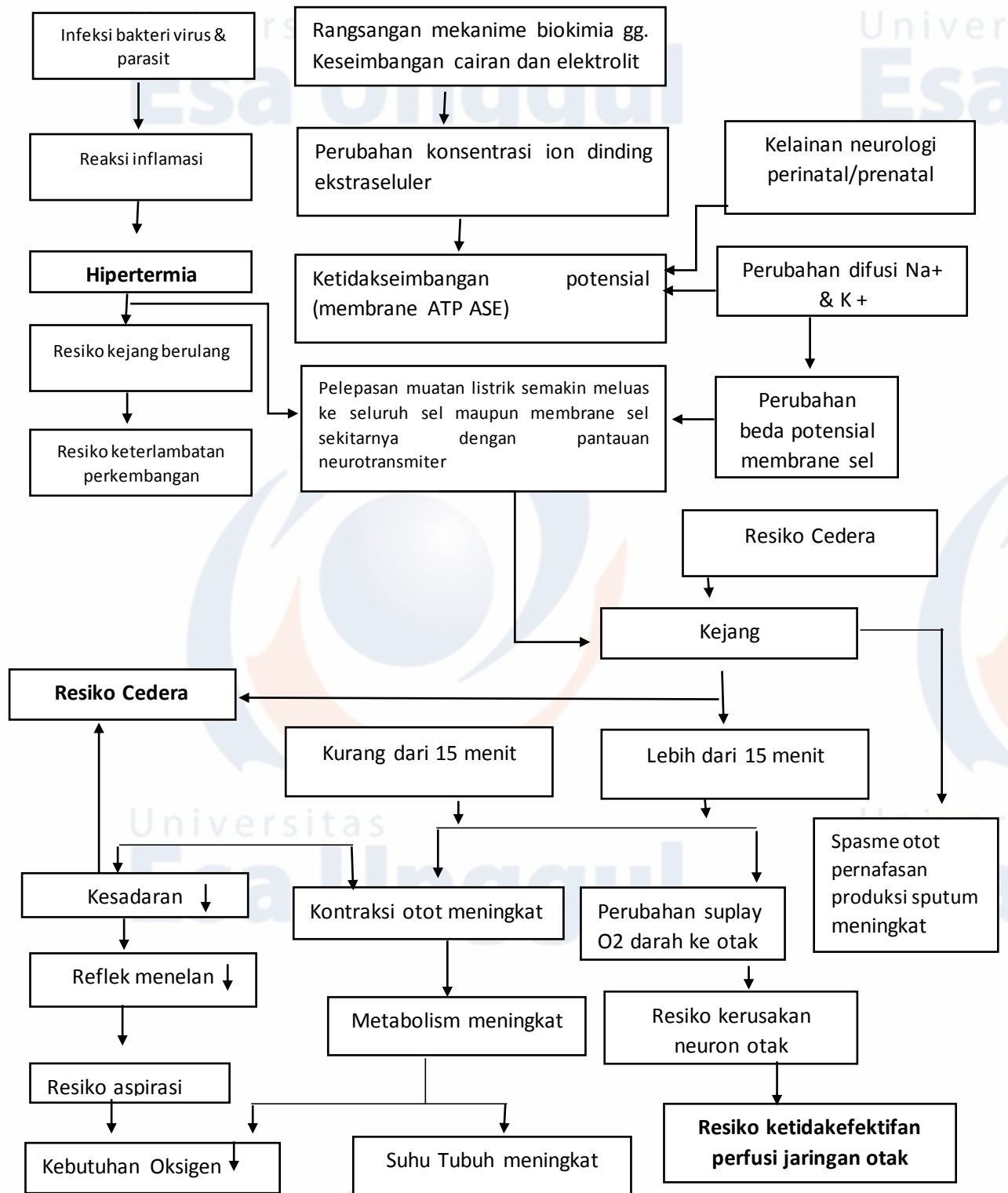
Mekanisme dasar terjadinya kejang adalah peningkatan aktifitas listrik yang berlebihan pada neuron-neuron dan mampu secara berurutan merangsang yang berlebihan pada neuron-neuron dan mampu secara berurutan merangsang sel neuron lain secara Bersama-sama melepaskan muatan listriknya. Hal tersebut diduga disebabkan oleh kemampuan membrane sel sebagai *pacemaker* neuron untuk melepaskan muatan listrik yang berlebihan, berkurangnya inhibisi oleh neurotransmitter asam gama amino butirrat (GABA) atau meningkatnya eksitasi sinaptik oleh transmitter asam glutamate dan aspartate melalui jalur eksitasi yang berulang. (kania, Nia:2007).

Mekanisme terjadinya kejang dari beberapa teori:

- a. Gangguan pembentukan ATP dengan akibat kegagalan pompa Na-K, misalnya pada hipoksemia, iskemia, dan hipoglikemia. Sedangkan pada kejang sendiri terjadi pengurangan ATP dan terjadi hipoksemia.
- b. Perubahan permeabilitas membrane sel syaraf, misalnya hipokalsemia dan hypomagneemia.
- c. Perubahan relative neurotransmitter yang bersifat eksitasi dibandingkan dengan neurotransmitter inhibitasi dapat menyebabkan depolarisasi yang berlebihan misalnya ketidak seimbangan GABA atau glutamate akan menimbulkan kejang

- d. Patofisiologi kejang demam secara pasti belum diketahui, diperkirakan bahwa pada keadaan demam terjadi reaksi peningkatan reaksi kimia tubuh. Dengan demikian reaksi-reaksi oksidasi terjadi lebih cepat dan akibatnya oksigen akan lebih cepat habis, terjadilah kejadian hipoksia. Transport Aktif memerlukan ATP terganggu, sehingga Na intrasel dan K ekstrasel meningkat yang akan menyebabkan potensial membrane cenderung turun atau kepekaan sel saraf meningkat.
- e. Pada saat kejang demam akan timbul kenaikan konsumsi energi di otak, jantung, otot, dan terjadi gangguan pusat pengatur suhu. Demam akan menyebabkan kejang bertambah lama, sehingga kerusakan otak makin bertambah.

1. Pathway (sumber (Nurarif & Hadhi 2014)



6. Faktor Risiko Bangkitan Kejang Demam

Terdapat enam factor yang berperan dalam etiologi kejang demam, yaitu : demam, usia, dan riwayat keluarga, factor prenatal (usia saat ibu hamil, riwayat pre-eklamsi pada ibu, hamil primi/multipara, pemakaian bahan toksik), factor perinatal (asfiksia, bayi berat lahir rendah, usia kehamilan, partus lama, cara lahir) dan factor paskanatal (kejang akibat toksik, trauma kepala), (Adhar arifudin, 2016).

7. Pemeriksaan Penunjang Kejang Demam

a. Elektro encephalograf (EEG)

Untuk pemeriksaan ini dirasa kurang mempunyai nilai prognostik. EEG abnormal tidak dapat digunakan untuk menduga kemungkinan terjadinya epilepsi atau kejang demam yang berulang dikemudian hari. Saat ini pemeriksaan EEG tidak lagi dianjurkan untuk pasien kejang demam yang sederhana.

b. Pemeriksaan cairan cerebrospinal

Hal ini dilakukan untuk menyingkirkan kemungkinan adanya meningitis, terutama pada pasien kejang demam yang pertama. Pada bayi yang masih kecil seringkali gejala meningitis tidak jelas sehingga harus dilakukan lumbal punksi pada bayi yang berumur kurang dari 6 bulan dan dianjurkan untuk yang berumur 12-18 bulan.

c. Darah

- Glukosa Darah : Hipoglikemia merupakan predisposisi kejang ($N < 200 \text{ mg/dl}$)

- BUN: Peningkatan BUN mempunyai potensi kejang dan merupakan indikasi nepro toksik akibat dari pemberian obat.
- Elektrolit : K, Na, Ketidakseimbangan elektrolit merupakan predisposisi kejang, Kalium (N 3,80 – 5,00 meq/dl), Natrium (N 135 – 144 meq/dl)
- Cairan Cerebo Spinal : Mendeteksi tekanan abnormal dari CCS tanda infeksi perdarahan penyebab kejang.

b. Pencitraan

- 1) 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:
 - Kelainan neurologik fokal yang menetap (hemiparesis)
 - Paresis Nervus VI
 - Papiledema
- 2) CT scan sebaiknya dipertimbangkan pada pasien dengan kejang demam kompleks. Skull Ray : Untuk mengidentifikasi adanya proses desak ruang dan adanya lesi

8. Penatalaksanaan

a. Menghentikan Kejang Secepat Mungkin

Kolaborasi pemberian obat anti kejang, apabila datang dalam keadaan kejang segera berikan anti konvulsan secara intravena obat yang paling cepat untuk menghentikan kejang adalah diazepam yang diberikan secara intravena. Dosis diazepam intravena adalah 0,3-0,5 mg/kg dengan dosis maksimal 20 mg,

perlahan-lahan dengan kecepatan 1-2 mg/menit atau dalam waktu 3-5 menit ditunggu selama 15 menit, bila masih terdapat kejang diulangi suntikan kedua dengan dosis yang sama juga secara intravena. Setelah 15 menit suntikan ke2 diberikan suntikan ke3 dengan dosis yang sama tetapi melalui intramuskuler, diharapkan kejang berhenti, bila kejang belum juga berhenti dapat diberikan fenobarbital atau paraldehid 4 % secara intravena atau Bila kejang tetap belum berhenti diberikan fenitoin secara intravena dengan dosis awal 10-20 mg/kg/kali dengan kecepatan 1 mg/kg/menit atau kurang dari 50 mg/menit. Bila kejang berhenti dosis selanjutnya adalah 4-8 mg/kg/hari, dimulai 12 jam setelah dosis awal. Bila dengan fenitoin kejang belum berhenti maka pasien harus dirawat di ruang rawat intensif.

b. Pemberian oksigenasi segera secukupnya.

c. Observasi ketat tanda-tanda vital

d. Pengobatan Penunjang

Tidak boleh dilupakan juga untuk pengobatan penunjang

- Semua pakaian ketat dibuka
- Posisi kepala sebaiknya miring untuk mencegah aspirasi lambung
- Usahakan agar jalan nafas bebas untuk menjamin kebutuhan oksigen, bila perlu dilakukan intubasi atau trakheostomi
- Penghisapan lender harus dilakukan secara teratur dan diberikan oksigen

e. Pengobatan rumat

- Profilaksis intermiten

Untuk mencegah kejang berulang, diberikan obat campuran anti konvulsan dan antipiretika. Profilaksis ini diberikan sampai kemungkinan sangat kecil anak mendapat kejang demam sederhana yaitu kira-kira sampai anak umur 4 tahun.

- Profilaksis jangka Panjang

Diberikan pada keadaan epilepsy yang diprovokasi oleh demam

Kejang demam yang mempunyai ciri :

- Terdapat gangguan perkembangan saraf seperti serebral palsy, retardasi perkembangan dan mikrosefali.
- Bila kejang berlangsung lebih dari 15 menit, berdiri fokal atau diikuti kelainan saraf yang sementara atau menetap
- Kejang demam pada bayi berumur dibawah 1 bulan

f. Mencari dan mengobati penyebab

g. Memberikan cairan yang cukup bila kejang berlangsung cukup lama (> 10 menit) dengan IV : D5 1/2, D5 1/4, RL.

9. Komplikasi

Pada penderita kejang demam yang mengalami kejang lama biasanya terjadi hemiparesis. Kelumpuhannya sesuai dengan kejang fokal yang terjadi. Mula-mula kelumpuhan bersifat flasid, tetapi setelah 2 minggu timbul spastisitas. Kejang demam yang berlangsung lama dapat menyebabkan kelainan anatomis di otak

sehingga terjadi epilepsi. Ada beberapa komplikasi yang mungkin terjadi pada klien dengan kejang demam :

- b. Pneumonia aspirasi
- c. Asfiksia
- d. Retardasi mental

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pengkajian Umum

Pada kejang demam paling penting peran perawat selama pasien kejang adalah observasi kejangnya dan gambarkan kejadiannya. Setiap episode kejang mempunyai karakteristik yang berbeda misal adanya halusinasi (aura), motor efek seperti pergerakan bola mata, kontraksi otot lateral harus didokumentasikan termasuk waktu kejang dimulai dan lamanya kejang, sehingga pada pengkajian klien dengan kejang demam tergolong sakit berat pada pengkajian umum gawat darurat.

1) Pengkajian kesadaran

Pada kasus kejang demam kesadarannya adalah antara unrespon sebab klien tidak sadar terhadap penyakitnya.

2) Pengelompokan Triage

Kasus ini adalah emergensi karena dapat mengancam jiwa dan akan mati Tanpa tindakan dalam 5 menit.

b. Pengkajian primer

Pada kasus kejang demam yang dikaji adalah:

A : Airway (jalan nafas) karena pada kasus kejang demam Impuls-impuls radang dihantarkan ke hipotalamus yang merupakan pusat pengatur suhu tubuh Hipotalamus menginterpretasikan impuls menjadi demam Demam yang terlalu tinggi merangsang kerja syaraf jaringan otak secara berlebihan , sehingga jaringan otak tidak dapat lagi mengkoordinasi persyarafan-persyarafan pada anggota gerak tubuh. wajah yang membiru, lengan dan kakinya tesentak-sentak tak terkendali selama beberapa waktu. Gejala ini hanya berlangsung beberapa detik, tetapi akibat yang ditimbulkannya dapat membahayakan keselamatan anak balita. Akibat langsung yang timbul apabila terjadi kejang demam adalah gerakan mulut dan lidah tidak terkontrol. Lidah dapat seketika tergigit, dan atau berbalik arah lalu menyumbat saluran pernapasan.

Tindakan yang dilakukan :

- 1) Semua pakaian ketat dibuka
- 2) Posisi kepala sebaiknya miring untuk mencegah aspirasi isi lambung
- 3) Usahakan agar jalan nafas bebas untuk menjamin kebutuhan oksigen
- 4) Pengisapan lendir harus dilakukan secara teratur dan diberikan oksigen.

Evaluasi :

- 1) Inefektifan jalan nafas tidak terjadi
- 2) Jalan nafas bersih dari sumbatan
- 3) RR dalam batas normal

4) Suara nafas vesikuler

B : Breathing (pola nafas) karena pada kejang yang berlangsung lamamisalnya lebih 15 menit biasanya disertai apnea, PaO_2 meningkat, kebutuhan O_2 dan energi meningkat untuk kontraksi otot skeletal yang akhirnya terjadi hipoxia dan menimbulkan terjadinya asidosis.

Tindakan yang dilakukan :

- 1) Mengatasi kejang secepat mungkin
- 2) Diberikan antikonvulsan secara intravena jika klien masih dalam keadaan kejang, ditunggu selama 15 menit, bila masih terdapat kejang diulangi suntikan kedua dengan dosis yang sama juga secara intravena. Setelah 15 menit suntikan ke 2 masih kejang diberikan suntikan ke 3 dengan dosis yang sama tetapi melalui intramuskuler, diharapkan kejang akan berhenti. Bila belum juga berhenti dapat diberikan fenobarbital atau paraldehid 4 % secara intravena.
- 3) Usahakan agar jalan nafas bebas untuk menjamin kebutuhan oksigen

Evaluasi :

- 1) RR dalam batas normal
- 2) Tidak terjadi asfiksia
- 3) Tidak terjadi hipoxia

C : Circulation karena gangguan peredaran darah mengakibatkan hipoksia sehingga meningkatkan permeabilitas kapiler dan timbul edema otak yang mengakibatkan kerusakan sel neuron otak. Kerusakan pada daerah medial

lobus temporalis setelah mendapat serangan kejang yang berlangsung lama dapat menjadi matang dikemudian hari sehingga terjadi serangan epilepsi spontan, karena itu kejang demam yang berlangsung lama dapat menyebabkan kelainan anatomis di otak hingga terjadi epilepsi.

Tindakan yang dilakukan :

- 1) Mengatasi kejang secepat mungkin
- 2) Diberikan antikonvulsan secara intravena jika klien masih dalam keadaan kejang, ditunggu selama 15 menit, bila masih terdapat kejang diulangi suntikan kedua dengan dosis yang sama juga secara intravena. Setelah 15 menit suntikan ke 2 masih kejang diberikan suntikan ke 3 dengan dosis yang sama tetapi melalui intramuskuler, diharapkan kejang akan berhenti. Bila belum juga berhenti dapat diberikan fenobarbital atau paraldehid 4 % secara intravena.
- 3) Pengobatan penunjang saat serangan kejang adalah :
 - a) Semua pakaian ketat dibuka
 - b) Posisi kepala sebaiknya miring untuk mencegah aspirasi isi lambung
 - c) Usahakan agar jalan napas bebas untuk menjamin kebutuhan oksigen
 - d) Pengisapan lendir harus dilakukan secara teratur dan diberikan oksigen

Evaluasi :

- 1) Tidak terjadi gangguan peredaran darah
- 2) Tidak terjadi hipoxia
- 3) Tidak terjadi kejang
- 4) RR dalam batas normal

Selain ABC, yang biasa dikaji antara lain :

- 1) Tanda-tanda vital
- 2) Status hidrasi
- 3) Aktivitas yang masih dapat dilakukan
- 4) Adanya peningkatan : suhu tubuh, nadi, dan pernafasan, kulit teraba hangat
- 5) Ditemukan adanya anoreksia, mual, muntah dan penurunan berat badan
- 6) Adanya kelemahan dan keletihan
- 7) Adanya kejang
- 8) Pada pemeriksaan laboratorium darah ditemukan adanya peningkatan kalium, jumlah cairan cerebrospiral meningkat dan berwarna kuning

c. Riwayat Psikososial atau Perkembangan

- 1) Tingkat perkembangan anak terganggu, adanya kekerasan penggunaan obat – obatan seperti obat penurun panas
- 2) Akibat hospitalisasi
- 3) Penerimaan klien dan keluarga terhadap penyakit
- 4) Hubungan dengan teman sebaya
- 5) Pengetahuan keluarga
- 6) Tingkatkan pengetahuan keluarga yang kurang
- 7) Keluarga kurang mengetahui tanda dan gejala kejang demam
- 8) Ketidakmampuan keluarga dalam mengontrol suhu tubuh
- 9) Keterbatasan menerima keadaan penyakitnya

d. Pemeriksaan Penunjang (yang dilakukan) :

- 1) Fungsi lumbal
- 2) Laboratorium : pemeriksaan darah rutin, kultur urin dan kultur darah, elektrolit
- 3) Bila perlu : CT-scan dan EEG

2. Prioritas Masalah

- a. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakitnya
- b. Resiko injuri berhubungan dengan kejang/psikomotor, disorientasi/penurunan status mental
- c. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas, peningkatan produksi mucus
- d. Perfusi jaringan cerebral tidak efektif berhubungan dengan reduksi aliran darah ke otak.

3. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	a. Hipertermi b/d proses penyakitnya	NOC : Thermoregulation - Suhu tubuh dalam batasnormal dengan kriteria hasil: Suhu 36,5–37,5C - Nadi dan RR dalam rentangnormal	NIC : Fever treatment - Monitor suhu sesering mungkin - Monitor warna dan suhu kulit - Monitor tekanan darah, nadi dan RR - Monitor penurunan

		<ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing, 	<p>tingkat kesadaran</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor intake dan output - Berikan anti piretik - Berikan pengobatan untuk mengatasi penyebab demam - Lakukan <i>tapid sponge</i> - Kompres pasien pada lipat paha dan aksila - Berikan cairan intravena - Monitor hidrasi seperti turgor kulit, kelembaban membran mukosa)
2.	<p>Diagnosa: Resiko injuri b/d kejang/psikomotor, disorientasi/penurunan status mental</p>	<p>NOC (Nursing Outcomes Classification):</p> <p>Safety status : (Anak terbebas dari injuri)</p> <p>Kriteria Evaluasi:</p> <p>Tidak terjadi kejang, lidah tidak tergigit, tidak terjadi fraktur</p>	<p>NIC :(Nursing Interventions Classification):</p> <p>1. Seizure management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baringkan ditempat yang rata - Bimbing pergerakan untuk mencegah injury - Pertahankan jalan nafas: miringkan kepala - Tidak perlu pasang sudip lidah/ tong spatel mencegah gigi patah.

		<ul style="list-style-type: none"> - Buka pakaian yang ketat - Singkirkan benda-benda yang ada disekitar pasien - Temani klien saat kejang - Hindari penggunaan restrain - Monitor vital sign <p>2. Seizure precaution</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur tempat tidur yang rendah - Pertahankan bantal lunak pada penghalang tempat tidur - Sediakan suction disamping tempat tidur - Sediakan ambubag disamping tempat tidur Beritahu pasien/keluarga tentang faktor pencetus kejang & factor resiko yang meningkatkan injuri dan bagaimana cara mengurangnya. - Instruksikan pada keluarga untuk sedia
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			obat antipiretik & antikonvulsan sesuai resep dokter
3.	Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas, peningkatan produksi mukus	<p>NOC :</p> <p>Respiratory status (Airway Patency):</p> <p>Klien/anak dapat mempertahankan jalan nafas efektif</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sputum/sekret dapat keluar - tidak ada cyanosis & dyspnoe - RR dalam rentang normal - suara nafas bersih 	<p>NIC :</p> <p>Airway management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buka jalan nafas: miringkan kepala - Monitor respirasi dan status oksigenasi - Perhatikan tipe dan jumlah sekresi - Auskultasi suara paru - Pasang endotracheal sesuai kebutuhan - Ajarkan tehnik nafas dalam dan batuk efektif bila kondisi memungkinkan - Airway suction - Tentukan kebutuhan untuk suction - Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suction - Monitor status oksigenasi klien - Lakukan suction secara hati-hati dan lembut bila perlu
4.	Perfusi jaringan cerebral tidak efektif b/d reduksi aliran	<p>NOC : status sirkulasi</p> <p>a. TD sistolik dbn</p> <p>b. TD diastole dbn</p>	<p>NIC I : monitor TTV:</p> <p>a. Monitor TD, nadi, suhu, respirasi rate</p>

	darah ke otak	c. Kekuatan nadi dbn d. Tekanan vena sentral dbn e. Rata- rata TD dbn	b. Catat adanya fluktuasi TD c. Monitor jumlah dan irama jantung d. Monitor TD pada saat klien berbaring, duduk, berdiri NIC II : status neurologia a. Monitor tingkatkesadran b. Monitor tingkat orientasi c. Monitor status TTV d. Monitor GCS/AVPU
--	---------------	-----------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

C. Konsep Tapid Sponge

1. Pengertian

Kompres hangat adalah tindakan dengan menggunakan kain atau handuk yang telah dicelupkan pada air hangat, yang ditempel pada bagian tubuh tertentu sehingga dapat memberikan rasa nyaman dan menurunkan suhu tubuh (maharani, 2011).

Tapid sponge merupakan suatu prosedur untuk meningkatkan kontrol kehilangan panas tubuh melalui evaporasi dan konduksi, yang biasanya dilakukan pada pasien yang mengalami demam tinggi. Tujuan dilakukan *tapid sponge* dengan air hangat yaitu untuk menurunkan suhu tubuh pada pasien yang mengalami hipertermia (hidayati, 2014). *Tapid sponge* dapat memberikan sinyal ke

hipotalamus dan memacu terjadinya vasodilatasi pembuluh darah perifer. Hal ini menyebabkan pembuangan panas melalui kulit meningkat sehingga terjadi penurunan suhu tubuh menjadi normal kembali. Memberikan kompres es atau alkohol kurang bermanfaat karena dapat mengakibatkan vasokonstriksi sehingga panas sulit disalurkan baik lewat mekanisme evaporasi maupun radiasi (Riandita, 2012).

2. Manfaat

Manfaat dari pemberian *tapid sponge* adalah :

- a. Menurunkan suhu tubuh yang sedang mengalami demam
- b. Memperlancar sirkulasi darah
- c. Memberikan rasa nyaman dan tenang
- d. Mengurangi nyeri dan dapat menurunkan ansietas yang diakibatkan penyakit yang mendasari demam.

3. Mekanisme Kerja

Pada dasarnya mekanisme kerja dari *tapid sponge* sama dengan kompres hangat pada umumnya, namun dengan teknik yang sedikit dimodifikasi ketika pasien diberikan kompres hangat, maka akan ada penyaluran sinyal ke hipotalamus yang memulai keringat dan vasodilatasi perifer, karena itulah blocking dilakukan pada titik-titik yang secara anatomis dekat dengan pembuluh darah besar. Vasodilatasi inilah yang menyebabkan peningkatan pembuangan panas dari kulit (Potter., Perry, Anne; 2010).

4. Indikasi

- a. Klien yang mengalami demam tinggi
- b. Klien dengan perut kembung
- c. Kekejangan otot (spasme)
- d. Adanya abses (bengkak) akibat suntikan
- e. Klien yang mengalami radang persendian
- f. Klien yang mengalami kedinginan misal akibat narkose, cuaca

5. Kontra Indikasi

- a. Gangguan sensibilitas
- b. Gangguan peredaran darah arterial perifer
- c. Penyakit buerger diseases (penyakit pembuluh darah arteri dan vena)

D. Discharge Planing

1. Pengertian

Discharge planning merupakan bagian dari proses keperawatan dan fungsi utama dari perawatan. Discharge planning harus dilaksanakan oleh perawat secara terstruktur dimulai dari pengkajian saat pasien masuk ke rumah sakit sampai pasien pulang (Potter & Perry, 2010 dalam Ratna Agustin 2017). Perencanaan pulang atau discharge planning merupakan proses terintegrasi yang terdiri dari fase-fase yang di tujukan untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkesinambungan (Raden dan Traft dalam Rosyidi, 2013).

Discharge planning keperawatan merupakan komponen yang terkait dengan rentang keperawatan atau disebut dengan keperawatan yang berkelanjutan, dimana perawatan yang dibutuhkan pasien harus diberikan dimanapun pasien berada.

2. Tujuan

Tujuan *discharge planning* adalah meningkatkan kontinuitas perawatan, meningkatkan kualitas perawatan dan memaksimalkan manfaat sumber pelayanan kesehatan. *Discharge planning* dapat mengurangi hari perawatan pasien, mencegah kekambuhan, meningkatkan perkembangan kondisi kesehatan pasien dan menurunkan beban perawatan pada keluarga dapat dilakukan melalui *discharge planning* (Indah, 2010). Tujuan dari dilakukannya *discharge planning* sangat baik untuk kesembuhan dan pemulihan pasien pasca pulang dari rumah sakit. Menurut Nursalam (2011) tujuan *discharge planning*/perencanaan pulang antara lain sebagai berikut:

- a) Menyiapkan klien dan keluarga secara fisik, psikologis, dan sosial.
- b) Meningkatkan kemandirian klien dan keluarga
- c) Meningkatkan perawatan yang berkelanjutan pada klien
- d) Membantu rujukan klien pada sistem pelayanan yang lain
- e) Membantu klien dan keluarga memiliki pengetahuan, keterampilan, dan sikap dalam memperbaiki serta mempertahankan status kesehatan klien
- f) Melaksanakan rentang perawatan antar-rumah sakit dan masyarakat.

3. Manfaat Discharge planning

Perencanaan pulang mempunyai manfaat antara lain sebagai berikut (Nursalam, 2011) :

- a) Memberi kesempatan kepada pasien untuk mendapat pelajaran selama di rumah sakit sehingga bisa dimanfaatkan sewaktu di rumah.
- b) Tindak lanjut yang sistematis yang digunakan untuk menjamin kontinuitas keperawatan pasien.
- c) Mengevaluasi pengaruh dari intervensi yang terencana pada penyembuhan pasien dan mengidentifikasi kekambuhan atau kebutuhan keperawatan baru.
- d) Membantu kemandirian pasien dalam kesiapan melakukan keperawatan rumah.

4. Prinsip Discharge Planning

Liz Lees (2012) prinsip dalam *discharge planning*, diantaranya adalah:

- a) Mempunyai pengetahuan yang spesifik terhadap suatu proses penyakit dan kondisinya.
- b) Dapat memperkirakan berapa lama *recovery* pasien, serta perbaikan kondisi yang muncul dari proses penyembuhan tersebut.
- c) Melibatkan serta selalu berkomunikasi dengan pasien, keluarga atau pengasuh dalam proses *discharge planning*.
- d) Turut serta dalam menangani masalah dan kesulitan yang mungkin akan muncul terhadap pasien.
- e) Melibatkan suatu proses dalam tim multidisiplin.

- f) Selalu mengkomunikasikan rencana yang akan dilakukan dengan tim multidisiplin untuk menghindari adanya kesalahan.
- g) Membuat suatu arahan yang tepat dan tindak lanjut yang sesuai dengan hasil
- h) Memiliki suatu koordinasi tim untuk tindak lanjut rencana perawatan berkelanjutan dan memiliki informasi tentang nama tim kesehatan yang bertanggung jawab untuk setiap tindakan, serta dalam kasus yang kompleks dilakukan identifikasi satu pemimpin kasus.
- i) Disiplin, tegas serta selalu melaksanakan aktivitas dari *discharge planning*.
- j) Meninjau dan selalu memperbarui rencana untuk progress yang lebih baik.
- k) Selalu memberikan informasi yang akurat terhadap semua yang terlibat.