

# **BAB I PENDAHULUAN**

## **A. Latar Belakang**

Gizi dan infeksi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pertumbuhan anak di Indonesia. Terjadinya infeksi pada anak biasanya ditandai dengan kenaikan suhu tubuh yang disebut dengan demam (Mamahit, 2015). Demam merupakan peningkatan suhu tubuh diatas rentang normal( 36<sup>0</sup>C) yang tidak teratur dan disebabkan oleh ketidakseimbangan antara produksi dan pembatas panas (Sodikin, 2012).

Demam merupakan salah satu faktor resiko terjadinya kejang demam. Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia[IDAI] (2010) kejang demam merupakan bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal diatas 38<sup>0</sup>C) yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranium. Kejang demam terjadi pada 2%-4% anak yang berusia 6 bulan – 5 tahun. Jika bayi berumur 1 bulan demam kemudian mengalami kejang hal tersebut tidak termasuk kejang demam. Bila anak berusia kurang dari 6 bulan dan lebih dari 5 tahun mengalami demam dan didahului dengan kejang kemungkinan anak tersebut mengalami infeksi Sistem Saraf Pusat (SSP) atau epilepsi yang disertai dengan demam.

Kejang demam juga merupakan salah satu gangguan

neurologik yang paling sering dijumpai anak-anak dan menyerang sekitar 4% anak. Anak laki-laki lebih sering menderita kejang demam dengan insiden sekitar dua kali lipat dibandingkan dengan anak perempuan. Sekitar 30% sampai 40% anak-anak mengalami satu kali kekambuhan (Wong, 2009). Kejang demam lazim terjadi pada 10% dari anak pada umur antara 9 bulan – 5 tahun dengan onset reratanya ialah 14-18 bulan, dengan angka kejadian sekitar 3-4%, serta prognosnya baik sekali (Widagdo, 2012).

Kejang demam biasanya terjadi pada awal demam dimana anak akan terlihat aneh untuk beberapa saat, kemudian kaku, dan memutar matanya. Anak tidak responsif untuk beberapa waktu, napas terganggu, dan kulit tampak lebih gelap dari biasanya. Setelah kejang, anak akan segera kembali normal kembali. Kejang biasanya berakhir kurang dari 1 menit (Labir dkk, 2012).

Insiden dan prevalensi kejang demam di Eropa pada tahun 2006 berkisar 2-5% di Asia prevalensi kejang demam meningkat dua kali lipat bila dibandingkan dengan Eropa sebesar 8,3%-9,9%. Berdasarkan hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia tahun 2007, di Indonesia tahun 2005 kejang demam termasuk sebagai lima penyakit anak yang terpenting yaitu sebesar 17,4%, meningkat pada tahun 2007 dengan kejadian kejang sebesar 22,2% (Labir dkk, 2012). Angka kejadian kejang demam di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2015 mengalami penurunan yaitu 93 anak

yang mengalami kejang demam, sedangkan pada tahun 2013 dan tahun 2014 yaitu 118 anak yang mengalami kejang demam. Angka kejadian kejang demam pada anak di RS PKU Muhammadiyah Gamping adalah sebagai berikut pada tahun 2012 terdapat 57 anak, pada tahun 2013 terdapat 84 anak, pada tahun 2014 terdapat 58 anak dan pada tahun 2015 terdapat 92 anak. Kejang demam sangat berhubungan dengan usia halini dikarenakan pernah ditemukan pada anak yang berusia kurang dari 6 bulan dan usia diatas 6 tahun.

Menurut hasil survei terbaru dari Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 prevalensi demam cukup bervariasi menurut usia anak. Anak dengan usia 6-23 bulan lebih rentan mengalami demam (37-39%) dibandingkan dengan anak lainnya. Kejang demam juga dapat terjadi berulang sekitar 50% anak yang mengalami kejang demam pada usia kurang dari 1 tahun dapat berkembang menjadi epilepsi (Behrman,2010). Beberapa faktor resiko yang dapat menyebabkan kembalinya kejang berulang adalah riwayat kejang demam dalam keluarga, usia kurang dari 12 bulan, temperatur yang rendah pada saat kejang dan cepatnya kejang setelah demam. Bila seluruh faktor tersebut ada, kemungkinan berulangnya kejang demam adalah 80%, sedangkan jika tidak terdapat faktor tersebut kemungkinan berulangnya kejang demam hanya 10-15% (IDAI, 2006).

Menurut data Survei Demografi Kesehatan Indonesia tahun 2012 sebanyak 74% anak yang mengalami demam dibawa ke fasilitas kesehatan. Fasilitas kesehatan akan melakukan penanganan agar demam dapat diatasi yaitu dengan cara memberikan pakaian seminimal/seminim mungkin, tidak menyelimuti anak dengan selimut yang tebal karena akan meningkatkan suhu tubuh dan mengurangi penguapan, mengompres dengan lap basah yang suhunya sama dengan suhu badan anak. Mengelap seluruh permukaan tubuh anak bertujuan untuk menurunkan suhu di permukaan tubuh (Ngastiyah, 2005).

Menurut Hockenberry dan Wilson (2009) peran perawat pediatrik adalah membina hubungan terapeutik, sebagai advokat keluarga dan *caring*, mencegah penyakit dan meningkatkan kesehatan, memberikan pendidikan kesehatan, koordinasi dan kolaborasi, pembuat keputusan etik, serta melakukan penelitian. Berdasarkan penelitian (Putra dkk, 2014) pengetahuan perawat dalam menangani kejang demam adalah kolaborasi memberikan obat anti kejang dan anti piretik sesuai instruksi dokter kemudian melakukan tindakan non farmakologis seperti melonggarkan pakaian ketat klien, dan memberikan kompres hangat . Sementara itu untuk pengetahuan tentang pelaksanaan kejang demam perawat tidak pernah mengikuti pendidikan ataupun pelatihan tentang kejang demam (Mamahit, 2015).

Berdasar studi pendahuluan yang dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dalam menangani kejang demam perawat melakukan intervensi memberikan tonguespatel yang diberi kapas atau tonguespatel disposable agar mulut tidak tertutup rapat, memberikan obat anti kejang dengan dosis 0,3 mg/kgBB, kemudian dilakukan pengukuran suhu dan diberikan obat antipiretik melalui injeksi, setelah intervensi tersebut dilaksanakan perawat kemudian memberikan oksigen dan melaporkan ke dokter. Berdasarkan hasil studi pendahuluan di RS PKU Muhammadiyah Gamping dalam penanganan anak yang mengalami kejang demam adalah diberikan stesolid sup, memberikan oksigen, membebaskan jalannapas, memeriksa suhu anak jika panas diberikan antipiretik, memberikan spatel agar tidak menggigit lidah kemudian melaporkan kepada dokter jika kejang demam berulang dilakukan pemeriksaan EEG. Berdasarkan studi pendahuluan di RS PKU Muhammadiyah Bantul, penangan kejang demam pada anak adalah dengan membebaskan jalan napas, menggunakan tongspatel agar lidah anak tidak tergigit, memberikan stesolid, mengkompres untuk menurunkan demamnya, dan melakukan pemeriksaan *CT Scan* apabila anak terdapat riwayat jatuh.

Pada saat menangani anak dengan kejang demam perawat harus melakukan penghitungan lamanya kejang untuk menentukan durasi kemungkinan hipoksia, kemudian untuk

menangani resiko cedera perawat harus melakukan pencegahan agar anak tidak membenturkan kepala pada objek keras, menyingkirkan benda-benda yang dapat menimbulkan bahaya, serta mempertahankan penghalang tempat tidur tetap terpasang ketika anak tidur, istirahat atau kejang (Wong, 2004). Menurut Arief (2015) hal-hal yang harus diperhatikan pada saat kejang demam adalah melonggarkan pakaian yang ketat terutama dibagian leher. Bila tidak sadar, posisikan anak telentang dengan kepala miring. Bersihkan muntahan atau lendir di mulut atau hidung. Lidah mungkin tergigit tetapi jangan masukkan sesuatu ke dalam mulut. Ukur suhu, observasi, catat lama dan bentuk kejang. Tetap bersama klien selama kejang. Berikan diazepam rektal, jangan diberikan jika kejang telah berhenti.

Dalam penanganan kejang demam *Primary Care Practice Guidelines* (2010) mengatakan bahwa penangananyang harus dilakukan oleh perawat adalah tetap tenang dan menenangkan orang tua anak, mengecek jalan napas, memastikan bahwa mesin suction dan tabung oksigen dekat, melindungi anak dari *injury*, tidak memberikan obat tylenol. Kejang demam dapat berdampak serius seperti defisit neurologis, epilepsi, retardasi mental, atau perubahan perilaku (Wong, 2009).

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan hasil studi pendahuluan tingkat pengetahuan

perawat dalam penanganan kejang demam masih sebatas dalam pemberian antiepilepsi dan antipiretik , pemberian oksigen, melonggarkan pakaian dan masih banyak yang menggunakan tonguespatel . Menurut Arief (2015) hal-hal yang harus diperhatikan pada saat kejang demam adalah melonggarkan pakaian yang ketat terutama dibagian leher. Bila tidak sadar, posisikan anak telentang dengan kepala miring. Bersihkan muntahan atau lendir di mulut atau hidung. Lidah mungkin tergigit tetapi jangan masukkan sesuatu ke dalam mulut. Ukur suhu, observasi, catat lama dan bentuk kejang. Tetap bersama klien selama kejang. Berikan diazepam rektal, jangan diberikan jika kejang telah berhenti.

Berdasarkan uraian diatas terdapat perbedaan antara teori dengan data lapangan sehingga peneliti tertarik melakukan penelitian tentang

“ Bagaimana Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat Anak Tentang Kejang Demam ?”

### **C. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan perawat anak tentang kejang demam.

#### **2. Tujuan Khusus**

- a) Untuk mengetahui data demografi perawat anak di RS PKU

Muhammadiyah Yogyakarta, RS PKU Muhammadiyah Gamping dan RS PKU Muhammadiyah Bantul

- b) Untuk mengetahui pengetahuan perawat tentang kejang demam menurut tingkat pendidikan.
- c) Untuk mengetahui pengetahuan perawat tentang kejang demam berdasarkan usia.
- d) Untuk mengetahui pengetahuan perawat tentang kejang demam berdasarkan lama kerja.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Bagi Ilmu Keperawatan**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan pengetahuan dalam penanganan perawat pada anak dengan kejang demam.



## 2. Bagi Perawat

Diharapkan dapat memberi masukan dalam rangka meningkatkan kesadaran perawat dalam menangani kejang demam pada anak dengan cara yang benar.

## 3. Bagi Keluarga

Dapat menambah pengetahuan tentang penanganan kejang demam pada anak.

### E. Penelitian Terkait

1. Mamahit (2015) Hubungan Pengetahuan Perawat dan Dukungan Keluarga dengan Penatalaksanaan Kejang Demam Pada Anak *Buletin Sariputra* Vol 2(1). Penelitian dilakukan dengan menggunakan desain *cross sectional* pada 12 sampel untuk perawat dan keluarga. Dengan menggunakan uji statistik *correlations Spearman rho* menunjukkan signifikansi dari hubungan kedua variabel tersebut adalah  $(p) = 0.024$ , *Koefesien Korelasi (r) = 0,6450* menunjukkan tingkat hubungan yang kuat antara variabel bebas (pengetahuan perawat dan dukungan keluarga) dan terikat (penatalaksanaan kejang demam anak). Sedangkan nilai signifikansi yang menunjukkan nilai tersebut  $< 0.05$  dengan demikian H1 diterima dan H0 ditolak atau ada hubungan pengetahuan perawat dan dukungan keluarga dengan penatalaksanaan kejang demam pada anak di Ruang E BLU RSU Prof. Dr. R.D. Perbedaan dengan penelitian sebelumnya adalah menggunakan penelitian deskriptif non-eksperimen dengan rancangan penelitian survei dengan variabel tunggal yaitu tingkat pengetahuan perawat anak tentang kejang demam.
2. Putra (2014) Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Kejang Demam Pada Anak di Instalasi Gawat Darurat Anak (IRDA) Dan Ruang Perawatan Intensif (RPI) IRINA E RSUP Prof. Dr. R. Kandou Manado. Metode penelitian dalam penelitian ini adalah *retrospektif*. Teknik

sampling yang digunakan adalah *Purposive Sampling* dengan melibatkan 33 responden. Hasil penelitian menggunakan uji statistik *Spearman* didapatkan nilai  $p = 0,002 < \alpha = 0,05$  dengan nilai koefisien korelasi 0.513. Kesimpulan penelitian ini adalah ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan perawat tentang kejang demam dengan penanganan kejang demam pada Anak di IRDA dan RPI RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. Perbedaan dengan penelitian ini adalah menggunakan penelitian deskriptif non-eksperimen dengan rancangan penelitian survei dengan variabel tunggal yaitu tingkat pengetahuan perawat anak tentang kejang demam.