

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masa anak-anak adalah masa-masa yang paling penting dalam kehidupan manusia. Anak-anak selalu tumbuh dan berkembang dari mulai kelahirannya hingga berakhirnya masa remaja. Masa pertumbuhan tercepat seorang anak adalah 1000 hari pertama kehidupan (1.000 HPK) yang dinilai sejak awal kehamilan hingga ulang tahun kedua seorang anak. Khususnya pada 5 tahun pertama kehidupannya. Bayi dan anak-anak dibawah lima tahun rentan terhadap berbagai penyakit karena sistem kekebalan tubuh mereka yang belum terbangun sempurna (Hidayah, 2015).

Anak lebih rentan terkena infeksi yang sering menyebabkan demam tinggi. Demam memang bukan merupakan suatu penyakit melainkan gejala. Hampir semua orang pernah mengalami demam, ada yang hanya demam ringan dan ada yang sampai demamnya tinggi. Demam sering terjadi pada usia balita, ketika kenaikan suhu tubuh (demam) tersebut mencapai skala angka yang paling tinggi, akan menimbulkan kejang pada anak atau disebut dengan kejang demam (Ram & Newton, 2015).

Kejang Demam merupakan Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal diatas $37,5^{\circ}\text{C}$) yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranium maupun intrakranium. Kejang demam merupakan kelainan neurologis yang paling sering dijumpai pada anak-anak, terutama pada

golongan umur 3 bulan sampai dengan 5 tahun. Kejang demam disebabkan oleh hipertermia yang muncul secara cepat berkaitan dengan infeksi virus atau bakteri. Kondisi yang dapat menyebabkan kejang demam diantaranya adalah infeksi yang mengenai jaringan ekstrakranial seperti Otitis Media Akut, Bronkitis dan Tonsillitis. Umumnya berlangsung singkat, dan mungkin terdapat predisposisi *familial*. Kejang yang berkepanjangan dan berulang-ulang dapat menyebabkan gangguan yang serius pada otak anak hingga anak mengalami kecacatan mental. Kejang demam ini banyak dijumpai pada anak laki-laki dari pada anak perempuan (Ismail et al., 2016).

Seorang anak yang pernah mengalami kejang demam untuk pertama kalinya, mempunyai peluang 30–35% untuk mengalami kejang demam berikutnya, tidak ada patokan suhu demam yang sama, serta tidak selalu terjadi pada setiap demam. Peningkatan faktor predisposisi genetik juga akan meningkatkan risiko berulangnya kejang demam (Hariadi & Arifianto, 2017).

Prevalensi kejang demam di dunia di perkirakan antara 2% dan 5% dari anak-anak antara 6 bulan dan 5 tahun di Amerika Serikat dan Barat. Eropa dengan kejadian puncak antara 12 dan 18 bulan, meskipun kejang demam terlihat pada semua kelompok etnis, itu lebih sering terlihat pada populasi Asia seperti India sekitar 5-10%. Di Jepang, prevalensi kejang demam pada anak dilaporkan sekitar 6-9%. Insiden ini setinggi 14% di Guamese. Kejang demam lebih sering terjadi pada anak laki-laki dari pada anak perempuan dengan perbandingan sekitar 1,6-1 (Leung, Hon, & Leung, 2018).

Di Indonesia, angka kejang demam 3% - 4% dari anak yang berusia 6 bulan – 5 tahun pada tahun 2012 – 2013. Dilaporkan 5 (6,5%) diantara 83 pasien kejang demam menjadi *epilepsy*, penanganan kejang demam harus tepat, sekitar 16% anak akan mengalami kekambuhan (rekurensi) dalam 24 jam pertama walaupun ada kalanya belum bisa dipastikan, bila anak mengalami demam yang terpenting adalah usaha menurunkan suhu badannya (Depkes RI, 2017).

Menurut Wibisono (2015) menyebutkan bahwa di Ruang Mawar RSUD Banyudono Boyolali, pada 2014 di bulan november dan desember terdapat 7 kasus kejang demam dan di tahun 2015 selama 5 bulan terakhir terdapat 18 kasus kejang demam. Dari kejadian itu dapat dilihat adanya peningkatan kejang demam dalam 1 tahun terakhir. Berdasarkan data Rohaiza (2017) di RSUP Dr. Wahidin Makassar didapatkan hasil Frekuensi kejadian kejang demam sederhana pada kelompok umur <24 bulan sebesar (33.3%) lebih tinggi dibandingkan dengan anak umur >24 bulan (16.67%) sedangkan frekuensi anak dengan demam tanpa kejang pada kelompok <24 bulan (21.7%) dan >24 bulan (28.3%). Dari survei penelitian Ninik Nur Indah Yati (2020) didapatkan data bahwa kejadian kejang demam di Rumah Sakit Islam Surabaya pada bulan Januari 2015 memberikan gambaran bahwa dari 5 penyakit yang menonjol salah satunya adalah kejang demam, dimana kejang demam menempati urutan ke-5 yaitu 15% dengan masalah yang paling banyak ditemukan adalah Hipertermia. Pada urutan ke 1 diare 50%, pada urutan ke 2 thypoid 30%, pada urutan ke 3 DHF 30%, pada urutan ke 4 Bronchopneumonia 20%.

Kejang yang terjadi karena peningkatan suhu akibat proses intrakranial. Infeksi bakteri, virus dan parasite dapat menjadikan reaksi inflamasi sehingga terjadi proses demam dan menyebabkan hipertermia. Hipertermia dapat terjadi risiko kejang berulang dan menyebabkan risiko keterlambatan perkembangan. Pada keadaan demam kenaikan suhu 1 derajat Celcius akan mengakibatkan kenaikan metabolisme dasar 10-15% dan kebutuhan oksigen akan meningkat 20%. Pada seorang anak berumur 3 tahun sirkulasi otak mencapai 65% dari seluruh tubuh dibandingkan dengan orang dewasa yang hanya 15%. 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 melalui membran tersebut dengan akibat terjadinya lepas muatan listrik. Lepas muatan listrik ini demikian besarnya sehingga dapat meluas ke seluruh sel maupun ke membran sel sekitarnya dengan bantuan bahan yang disebut neurotransmitter dan terjadi kejang (Kusuma H, 2015).

Risiko berulangnya kejang demam sekitar 60% setelah kejang demam pertama, 75% diantaranya terjadi dalam waktu satu tahun pertama. Akan tetapi, masih cukup banyak orang tua yang tidak peka dengan tanda kejang yaitu suhu badan mencapai 39 °C, warna kulit berubah pucat bahkan kebiruan dan bola mata naik ke atas dengan disertai kekakuan dan kelemahan serta gerakan sentakan terulang dan risiko berulangnya kejadian kejang demam (Wulandari & Erawati, 2016).

Penelitian yang dilakukan Nindela et al., (2014) menyatakan bahwa sebanyak 142 (76,8%) penderita kejang demam memiliki faktor risiko yaitu: (1)

epilepsy oleh karena itu, setiap serangan kejang harus mendapat penanganan yang cepat dan tepat, apalagi kejang yang berlangsung lama dan berulang. Karena keterlambatan dan kesalahan prosedur bisa mengakibatkan gejala sisa pada anak, bahkan bisa menyebabkan kematian (2) predisposisi, seperti riwayat keluarga dengan kejang biasanya positif, mencapai 60% kasus. Diturunkan secara dominan, tapi gejala yang muncul tidak lengkap, umur (lebih sering pada umur <5 tahun) karena sel otak pada anak belum matang sehingga mudah mengalami perubahan konsentrasi ketika mendapat rangsangan tiba-tiba, angka kejadian adanya latar belakang kelainan masa pre-natal dan perinatal tinggi, angka kejadian adanya kelainan neurologis minor sebelumnya juga tinggi, tapi kelainan neurologis berat biasanya jarang terjadi (Ismail et al., 2016). Dari beberapa *factor* dapat mengakibatkan kerusakan neurotransmitter, kecacatan atau kelainan neurologis karena disertai demam, kejang demam berulang, kerusakan pada daerah medial lobus temporalis, dan peningkatan suhu tubuh.

Upaya yang harus dilakukan saat suhu tubuh meningkatkan atau hipertermi adalah bisa dikompres, memberikan kenyamanan dalam beristirahat, memberikan antipiretik, meningkatkan sirkulasi udara, manajemen suhu tubuh, tekanan darah, nadi, dan RR (Nurarif & Kusuma, 2015). Jika terjadi kejang demam saat terjadi serangan mendadak yang harus diperhatikan pertama kali adalah ABC (*Airway, Breathing, Circulation*), setelah ABC aman, baringkan klien ditempat yang rata untuk mencegah terjadinya perpindahan posisi tubuh kearah Danger, kepala dimiringkan dan pasang sundip lidah yang sudah dibungkus kasa, singkirkan benda-benda yang ada disekitar klien yang bisa

menyebabkan bahaya, bila suhu tinggi berikan kompres hangat, dengan kompres hangat tubuh akan dirangsang untuk mengeluarkan keringat, setelah pasien sadar dan terbangun berikan minum air hangat, jangan diberikan selimut tebal karena uap panas akan sulit dilepaskan (Wulandari & Erawati, 2016).

Standar Operasional Prosedur (SOP) penatalaksanaan Kejang Demam yang ada di RSUD Dr. Soegiri Lamongan meliputi: (1) Membebaskan jalan nafas. (2) Meletakkan *tongue* spatel antara kedua rahang supaya lidah tidak tergigit. (3) Melonggarkan pakaian klien saat kejang demam. (4) Menempatkan klien pada posisi supine (terlentang-miring). (5) Memberikan oksigen. (6) Memasang infus. (7) Memberikan obat-obatan anti kejang: a) BB < 10 kg : 0,5mg/kgBB minimal 2,5 mg atau stesolit suppositoria 5 mg. b) BB > 10 kg : 0,5mg/kgBB minimal 7,5 mg atau stesolit suppositoria 10 mg. c) Bila dalam 20 menit tidak berhenti dapat diulangi dengan dosis yang sama dan bila dalam 20 menit tidak juga berhenti, ulangi dosis yang sama tetapi im. (8) Jika tidak ada diazepam dapat diberikan fenobarbital (luminal) im/iv dengan dosis : a). Usia < 1 thn : 50 mg, dalam 15 menit tidak berhenti ulangi dengan dosis 30 mg. b). Usia > 1 thn : 75 mg, dalam 15 menit tidak berhenti ulangi dengan dosis 50 mg. (9) Menurunkan panas dengan kompres air hangat, dan berikan paracetamol 10-15 mg/kgBB tiap 4-6 jam atau ibuproven 5-10 mg/kgBB tiap 4-6 jam. (10) memberikan antibiotika. (11) Melakukan pencatatan ke dalam rekam medis dan buku register harian rawat jalan Ruang Pemeriksaan Umum.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk membuat laporan akhir studi tentang “Asuhan Keperawatan Hipertermi pada Anak Kejang Demam di Ruang Anggrek RSUD Dr. Soegiri Lamongan”.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran asuhan keperawatan pada anak dengan Hipertermi pada pasien Kejang Demam di RSUD Dr. Soegiri Lamongan?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Melaksanakan asuhan keperawatan anak dengan Hipertermi pada pasien Kejang Demam di Ruang Anggrek RSUD Dr. Soegiri Lamongan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian anak dengan Hipertermi pada pasien Kejang Demam di Ruang Anggrek RSUD Dr. Soegiri Lamongan.
2. Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien Kejang Demam.
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien Kejang Demam.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien Kejang Demam.
5. Melakukan evaluasi pada pasien Kejang Demam.
6. Dokumentasi.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan, khususnya dalam hal pengembangan ilmu Keperawatan Anak mengenai Asuhan Keperawatan Pada Klien Kejang Demam dengan Hipertermi.

1.4.2 Praktis

1. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai tambahan informasi dan bahan kepustakaan dalam pemberian asuhan keperawatan Hipertermia pada pasien kejang demam.

2. Bagi Tenaga Kesehatan Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan khususnya perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif pada pasien yang mengalami hipertermia dan sebagai pertimbangan perawat dalam mendiagnosa kasus sehingga perawat mampu memberikan tindakan yang tepat kepada pasien.

3. Bagi Penulis

Menambah pengetahuan tentang masalah keperawatan hipertermia dan merupakan pengalaman baru bagi penulis atau informasi yang diperoleh selama penelitian.