

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar belakang**

Demam merupakan bentuk pertahanan tubuh terhadap masalah yang terjadi dalam tubuh. Demam pada umumnya tidak berbahaya, tetapi bila demam tinggi dapat menyebabkan masalah serius pada anak. Masalah yang sering terjadi pada kenaikan suhu tubuh diatas 38°C yaitu kejang demam (Ngastiyah, 2012).

Kejang demam atau *Febrile convulsion* ialah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal diatas 38°C) yang disebabkan oleh proses ekstranium. Kejang demam adalah kejang yang terjadi pada suhu badan tinggi. Suhu badan tinggi ini karena kelainan ekstrakranial (Lestari, 2016).

Kejang demam Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Kalakang (2016) di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado di bagian ilmu kesehatan anak selama Januari-Juni 2016. didapatkan 150 sampel penelitian, dari data distribusi penderita kejang demam berdasarkan golongan usia, hasilnya yang terbanyak adalah usia 1 -< 2 tahun yang berjumlah 41 anak (27,3%), berdasarkan jenis kelamin adalah jenis kelamin laki-laki dengan jumlah 99 anak (66%), berdasarkan riwayat keluarga hasilnya adalah terbanyak 104

anak (69,3%). Hanya penderita berjumlah 70 anak (85,4%). berdasarkan suhu tubuh terbanyak ada pada suhu diatas 38°C yaitu 76 anak (50,7%), dan berdasarkan penyakit yang mendasari yaitu infeksi saluran pernapasan berjumlah 74 anak (49,3%) (Kalakang, 2016).

Angka Kejadian Kejang demam menurut Penelitian Gunawan, dkk (2012) “Faktor Resiko Kejang Demam Berulang pada Anak”, menyebutkan di beberapa negara di dunia, seperti di USA hampir 1,5 juta kejadian kejang demam terjadi tiap tahunnya, dan sebagian besar terjadi dalam rentang usia 6 hingga 36 bulan dengan puncak pada usia 18 bulan. Angka kejadian kejang demam bervariasi diberbagai negara. Daerah Eropa Barat dan Amerika tercatat 2 sampai 4% angka kejadian kejang demam pertahunnya. Sedangkan di India sebesar 5 sampai 10% dan di Jepang 8,8%. Jika dihitung presentase 100% kasus kejang demam, Hampir 80% kasus Kejang demam adalah kejang demam sederhana dan 20% merupakan kasus kejang demam kompleks (Gunawan, P.I, dkk, 2012).

Di Asia angka kejadian kejang demam dilaporkan lebih tinggi sekitar 80%-90% dari seluruh kejang demam adalah kejang demam sederhana. Kejang demam dilaporkan di Indonesia mencapai 2-4% (Pasaribu, 2013).

Angka kejadian kejang demam di Indonesia, berdasarkan penelitian yang menyebutkan kejadian kejang demam di berbagai daerah di Indonesia seperti menurut Penelitian Kurnia (2014) “Analisis Perbedaan Faktor - Faktor

Pada Kejang Demam Pertama dengan Kejang Demam Berulang Pada Balita di RSPI Puri Indah Jakarta”, menyebutkan kasus kejang demam yang terjadi di Indonesia seperti di RSPI Puri Indah Jakarta terjadi peningkatan angka kejang demam pada anak sebesar  $\pm 6$  kali lipat pada Januari – Juni 2014 dibandingkan pada tahun 2008, total anak dengan kejang demam ada sebanyak 135 anak dengan kejang demam. Pada penelitian Gunawan, dkk (2012) tentang “Faktor Resiko Kejang Demam Berulang Pada Anak”, menyebutkan bahwa 100 anak kejang demam yang dirawat di RSUD Dr. Soetomo Surabaya mengalami kejang demam pertama kalinya. Berdasarkan kelompok usia perbulan pada awal pendataan, didapatkan rata-rata usia saat kejang pertama adalah 16,8 bulan, jumlah paling banyak ada pada usia 12 bulan.

Angka kejadian di Provinsi Jawa Barat Berdasarkan Hasil Penelitian Muti'ah, 2016 “Perilaku Ibu Dalam Perawatan Kejang Demam Pada Balita Usia 0-5 Tahun Dirumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung”. Pada tahun 2012 penderita kejang demam di rumah sakit berjumlah 2.220 untuk umur 0-1 tahun, sedangkan berjumlah 5.696 untuk umur 1-4 tahun. Di Bandung tepatnya di rumah sakit umum daerah kota Bandung didapatkan data pada tahun 2010 dengan kejang demam yaitu 2,22% (Muti'ah, 2016).

Angka kejadian di Sukabumi tepatnya di RSUD R. Syamsudin S.H. didapatkan kejadian kejang demam pada anak setiap tahunnya, Dari hasil

studi kasus di Ruang Tanjung, RSUD R.Syamsudin S.H. pada tanggal 28 Februari 2018 sampai dengan tanggal 2 Maret 2018 didapatkan data Kejang demam kompleks 4 bulan terakhir, terhitung dari bulan November 2017 sampai dengan Februari 2018.

**Tabel 1.1**

**Distribusi Frekuensi Sepuluh Besar Penyakit yang Dirawat Diruang Tanjung RSUD R. Syamsudin S.H. Kota Sukabumi Periode November 2017- Februari 2018**

No.	Nama Penyakit	Distribusi	Frekuensi
1.	BP	165	25%
2.	Gastroenteritis	113	17%
3.	Bacterial Infection	70	11%
<b>4.</b>	<b>Kejang Demam Kompleks</b>	<b>68</b>	<b>10 %</b>
5.	Typoid	59	9%
6.	ISPA	39	7%
7.	Anemia	36	6%
8.	Asma	36	6%
9.	Observasi Febris	32	5%
10.	DHF	29	4%
	<b>Jumlah</b>	<b>647 Kasus</b>	<b>100%</b>

*(Sumber: Laporan Ruangan Tanjung RSUD R. Syamsudin, SH. 2018)*

Berdasarkan pada Tabel 1.1, terlihat bahwa Kasus Kejang Demam Kompleks berada di urutan ke 4 dari 10 besar penyakit pada anak di RSUD R.Syamsudin, S.H. dengan jumlah kasus Kejang Demam Kompleks sebanyak 68 anak dengan frekuensi 10%. Pada bulan November 2017 kasus Kejang demam kompleks berjumlah 14 Anak, Pada bulan Desember 2017 berjumlah 16 Anak, pada bulan Januari 2018 berjumlah 18 Anak dan Pada Bulan

Februari 2018 berjumlah 20 anak. Pada bulan Februari terdapat frekuensi kasus tertinggi diantara bulan November 2017- Februari 2018 yaitu berjumlah 20 Anak yang menunjukkan adanya peningkatan.

Angka kejadian kasus Gangguan Sistem Saraf yang terjadi Pada Anak di Ruang Tanjung RSUD R. Syamsudin S.H. Kota Sukabumi, terhitung dari bulan November 2017-Februari 2018.

**Tabel 1.2**

**Distribusi Frekuensi Kasus yang terjadi Pada Gangguan Sistem Saraf yang Dirawat Diruang Tanjung RSUD R. Syamsudin S.H. Kota Sukabumi Periode November 2017- Februari 2018**

No.	Nama Penyakit	Distribusi	Frekuensi
1.	<b>Kejang Demam Kompleks</b>	<b>68</b>	<b>43 %</b>
2.	Kejang Demam Sederhana	47	30 %
3.	Epilepsi	32	20 %
4.	Meningitis	9	7 %
	<b>Jumlah</b>	<b>156 Kasus</b>	<b>100%</b>

*(Sumber: Laporan Ruangan Tanjung RSUD R. Syamsudin, SH. 2018)*

Pada data tabel 1.2, terlihat bahwa Kasus dengan Kejang Demam Kompleks merupakan kasus urutan pertama diantara kasus Gangguan Sistem Saraf lainnya pada Anak, ini menunjukkan bahwa kasus Kejang Demam Kompleks masih banyak terjadi pada Anak di wilayah Sukabumi.

Penelitian Kakalang, dkk (2016) “Profil Kejang Demam di Bagian Ilmu Kesehatan Anak RSUP Prof. Dr. R. D. Kondou Manado Periode Januari 2014 - Juni 2016”, menyebutkan bahwa sebagian besar kasus kejang demam

dapat sembuh dengan sempurna, tetapi 2% sampai 7% dapat berkembang menjadi epilepsy dengan angka kematian 0,64% sampai 0,75% (Kakalang, dkk, 2016).

Wong (2008), mengatakan prioritas asuhan pada keperawatan kejang demam adalah mencegah atau mengendalikan aktivitas kejang, melindungi pasien dari trauma, mempertahankan jalan napas, meningkatkan harga diri yang positif, memberikan informasi kepada keluarga tentang proses penyakit, prognosis, dan kebutuhan penanganannya (Wong, 2008).

Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan Kejang Demam Kompleks pada anak, akan melakukan pendekatan kepada keluarga dan memberikan pendidikan kesehatan tentang cara mencegah kejang demam berulang dengan cara mengompres hangat jika demam, sebagaimana kejang dapat terjadi apabila demam tinggi yang mencapai  $>38^{\circ}$  C dan memberikan pendidikan kesehatan kepada orang tua tentang cara mencegah kejang demam dan menangani anak yang mengalami kejang di rumah.

Sehubungan dengan melihat fenomena diatas, maka dari itu penulis termotivasi untuk menyusun karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan dengan gangguan Sistem Saraf Akibat Kejang Demam Kompleks di Ruang Tanjung RSUD R. Syamsudin S.H. Kota Sukabumi”

## **B. Tujuan**

### 1. Tujuan Umum

Penulis mendapatkan pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan Kejang Demam Kompleks yang komprehensif meliputi aspek bio-psiko-sosial dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian klien dengan Kejang Demam Kompleks di RSUD R. Syamsudin, S.H.
- b. Mampu mendeskripsikan diagnosa keperawatan pada klien dengan Kejang Demam Kompleks di RSUD R. Syamsudin, S.H.
- c. Mampu mendeskripsikan rencana asuhan keperawatan pada klien dengan Kejang Demam Kompleks di RSUD R. Syamsudin, S.H.
- d. Mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan pada klien dengan Kejang Demam Kompleks di RSUD R. Syamsudin, S.H.
- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi pada klien dengan Kejang Demam Kompleks di RSUD R. Syamsudin, S.H.
- f. Mampu membandingkan konsep dengan kenyataan pada klien dengan Kejang Demam Kompleks di RSUD R. Syamsudin, S.H.

### **C. Metode Telaahan**

Metode telaah dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah deskripsi, berbentuk studi kasus yaitu mendeskripsikan atau menggambarkan tentang peristiwa-peristiwa yang terjadi dalam proses keperawatan dengan klien dengan Kejang Demam Kompleks.

1. Metode Deskriptif, menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilaksanakan terhadap salah seorang klien dengan Kejang Demam Kompleks.
2. Teknik Pengumpulan Data
  - a. Wawancara

Menurut Nursalam (2008:35) wawancara merupakan suatu metode komunikasi yang direncanakan dan meliputi tanya jawab antara perawat dengan klien yang berhubungan dengan masalah kesehatan klien. Wawancara yang dilakukan pada kasus ini adalah untuk melakukan pendekatan pada keluarga klien dan mendapatkan informasi yang dijadikan data subjektif dengan maksimal pada saat pengkajian, seperti keluhan utama Kejang Demam Kompleks.



b. Observasi

Observasi merupakan kegiatan mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan klien (Nursalam,2008:39).

c. Pemeriksaan Fisik

Berdasarkan pendapat dari Nursalam (2008:39) Pemeriksaan fisik (*physical examination*) dalam pengkajian keperawatan digunakan untuk memperoleh data objektif dari klien yang mencakup inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pemeriksaan fisik yang dilakukan adalah dengan melakukan pemeriksaan *head toe toe*.

3. Sumber dan jenis data yang digunakan menurut Nursalam (2008:33-39) pada studi kasus ini yaitu

a. Sumber Data yang diambil adalah:

- 1) Klien adalah sumber data yang utama (primer) dan perawatan dapat menggali informasi yang sebenarnya mengenai kesehatan klien (Nursalam,2008:33).
- 2) Orang terdekat biasanya pada klien yang mengalami gangguan dalam berkomunikasi ataupun kesadaran yang menurun, data dapat diperoleh dari orang tua, suami/istri, anak, atau teman klien (Nursalam,2008:33). Sumber data orang terdekat klien adalah Ibu kandung klien.

- 3) Catatan klien ditulis oleh tim kesehatan dan dapat dipergunakan sebagai sumber data dalam riwayat keperawatan (Nursalam,2008:39). Catatan klien saat masuk ke igd hingga dirujuk ke rawat inap.
- 4) Riwayat penyakit pada pemeriksaan fisik dan catatan perkembangan merupakan riwayat penyakit yang diperoleh dari terapis (Nursalam,2008:33).
- 5) Konsultasi, kadang-kadang terapis memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan spesialis, khususnya dalam menentukan diagnosis medis atau dalam merencanakan dan melakukan tindakan medis (Nursalam,2008:33).
- 6) Hasil pemeriksaan diagnostik berupa pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostik dapat digunakan perawat sebagai data objektif yang disesuaikan dengan masalah kesehatan klien (Nursalam,2008:34). Hasil pemeriksaan diagnostik yang dilakukan hanya pemeriksaan laboratorium.
- 7) Catatan medis dan anggota tim kesehatan lainnya, anggota tim kesehatan lain juga merupakan personel yang berhubungan dengan klien (Nursalam,2008:34).
- 8) Perawat lain yaitu jika klien adalah rujukan dari pelayanan kesehatan lain, maka perawat harus meminta data-data klien

sebelumnya kepada perawat yang dulu merawatnya (Nursalam,2008:34). Data yang didapat dari catatan rekam medik yang didapat dari perawat IGD.

- 9) Kepustakaan untuk memperoleh data dasar klien yang komprehensif, perawat dapat membaca literature yang berhubungan dengan masalah klien (Nursalam,2008:34).

b. Jenis Data :

- 1) Data objektif : adalah data yang diobservasi dan diukur oleh perawat. Data ini diperoleh melalui kepekaan perawat (*senses*) selama melakukan pemeriksaan fisik melalui 2S (*sigh, smell*) dan HT (*hearing, touch/taste*) (Nursalam, 2008:31)
- 2) Data Subjektif : adalah data yang didapatkan dari klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian (Nursalam,2008:31).

#### **D. Sistematika Penulisan**

Sistematika yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini terdiri atas empat Bab, yaitu : pendahuluan, tinjauan teoritis, tinjauan kasus dan pembahasan, kesimpulan dan rekomendasi. Adapun penulisannya sebagai berikut :

## BAB I Pendahuluan.

Bab I menjelaskan tentang latar belakang, tujuan penulisan, metodetelaahan, dan sistematika penulisan.

## BAB II Tinjauan Teoritis.

Bab II menjelaskan tentang konsep dasar medis yang meliputi definisi, etiologi, anatomi fisiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, manajemen medik, dan konsep dasar keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

## BAB III Tinjauan Kasus dan Pembahasan.

Bab III menjelaskan proses asuhan keperawatan, yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan, dan catatan perkembangan. Sedangkan pembahasan menjelaskan tentang perbedaan dan kesamaan antara teori dan kenyataan di ruang perawatan yang dibahas secara sistematis.

## BAB IV Kesimpulan dan Rekomendasi.

Bab IV Berisi penutup dan menjelaskan tentang kesimpulan yang mengacu pada tujuan dan saran yang menekankan pada usulan yang sifatnya lebih operasional dari karya tulis ilmiah.