

S K R I P S I

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEMAMPUAN
PERAWAT DALAM MENANGANI KEGAWATDARURATAN
KEJANG DEMAM DI INSTALASI GAWAT DARURAT
DAN INTENSIVE CARE UNIT RSUD POSO**



Oleh:

MUHAMAD HASNUR

NIM : C121 12 638

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

HALAMAN PENGESAHAN

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEMAMPUAN
PERAWAT DALAM MENANGANI KEGAWATDARURATAN
KEJANG DEMAM DI INSTALASI GAWAT DARURAT
DAN INTENSIVE CARE UNIT RSUD POSO**

Telah dipertahankan dihadapan Sidang Tim Penguji Akhir

Pada
Hari/tanggal : Selasa, 7 Januari 2014
Pukul : 08.00 – 10.00

Oleh
MUHAMAD HASNUR
C12112638
Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji Akhir :

1. Erfina, S.Kep, Ns. M. Kep
2. Tuti Seniwati, S. Kep, Ns., M. Kes.
3. Moh. Syafar, S. Kep, Ns., MANP.

(.....)
(.....)
(.....)

Mengetahui:

A.n. Dekan
Wakil Dekan Bidang Akademik
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin,

Ketua Program Studi Keperawatan
Fakultas Kedokteran
Universitas Hassanuddin,



Prof. dr. Budu, Ph. D., SpM(K), M. MedED

Dr. Werna Nontji, S. Np., M. Kep

Nip. 1950 0114 197207 2 001

HALAMAN PERSETUJUAN

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEMAMPUAN
PERAWAT DALAM MENANGANI KEGAWATDARURATAN
KEJANG DEMAM DI INSTALASI GAWAT DARURAT
DAN INTENSIVE CARE UNIT RSUD POSO**

Oleh:

MUHAMAD HASNUR

C12112638

Disetujui untuk diseminarkan

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Tuti Seniwati, S. Kep,Ns ., M. Kes.

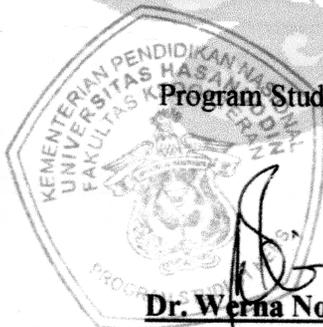
Pembimbing II

Moh.Syafar.,S. Kep,Ns.,MANP.

Diketahui

Ketua

Program Studi Ilmu Keperawatan,



Dr. Werna Nontji, S.Kep.,M. Kep.

NIP. 19500114 197207 2 001

KATA PENGANTAR

Puja dan puji syukur penulis panjatkan kehadirat Illahi Rabbi, karena berkat izin, limpahan rahmat dan taufiq-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Faktor - faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawat dalam menangani kegawatdaruratan kejang demam di Instalasi Gawat Darurat dan Intensive Care Unit RSUD Poso”

Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.

Dalam proses penyusunan skripsi ini, penulis memperoleh banyak bimbingan, arahan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu, dalam kesempatan berbahagia ini penulis ingin mengucapkan rasa hormat, simpati serta terimakasih yang sedalam-dalamnya kepada

1. DR.Werna Nontji, S.Kp.,M.Kep, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin .
2. Tuti Seniwati,S.Kep.Ns.,M.Kep dan Moh. Syafar S.Kep.Ns.,MANP selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan dengan sabar selama penyusunan skripsi hingga selesai.

3. Erfina, S.Kep.Ns., M.Kep dan Waode Nursinah, S.Kep.Ns.,M.Kes selaku tim penguji yang telah memberikan masukan dan arahan demi penyempurnaan tulisan ini.
4. Seluruh Dosen beserta Staf Program Ners yang telah memberi bantuan dan bimbingan selama peneliti mengikuti pendidikan.
5. Kepala RSUD Poso yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan penelitian di ruang IGD dan ICU hingga selesai.
6. Kepala Instalasi dan kepala ruangan IGD dan ICU RSUD Poso .
7. Teman sejawat di ruang IGD dan ICU RSUD Poso yang bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
8. Rekan-rekan mahasiswa program Ners B Angkatan 2012, teman-teman dan semua pihak yang telah turut berpartisipasi dan penyusunan skripsi ini dan masih banyak lagi yang tidak dapat disebutkan dalam penelitian ini.

Secara khusus pernyataan terima kasih yang tidak terhingga penulis persembahkan kepada istriku tercinta “Sriwati T Bauda” atas segala pengorbanan, pengertian, doa dan suportnya serta anakku tersayang “Muhamad Raffi Ramadhan” atas kesabarannya, orang tuaku, saudara-saudaraku serta seluruh keluargaku yang tulus memberikan kasih sayang, doa dan nasihat kepada penulis. Semoga segala bentuk bantuan dari semua pihak bernilai ibadah dan mendapatkan balasan yang setimpal oleh Tuhan yang Maha Esa.

Penulis menyadari sepenuhnya akan kekurangan dan keterbatasan dalam penulisan ini oleh karena itu penulis sentiasa mengharapkan kritikan dan saran untuk

kesempurnaan penyusunan karya tulis ini. Semoga apa yang telah diberikan sebagai amal bakti mendapat berkah yang melimpah dan bermanfaat bagi pembaca khususnya penulis, semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat-NYA kepada kita semua.

Makassar, Januari 2014

Penulis,

Muhamad Hasnur

ABSTRAK

Hasnur. C12112638. **FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEMAMPUAN PERAWAT DALAM MENANGANI KEGAWATDARURATAN KEJANG DEMAM DI INSTALASI GAWAT DARURAT DAN INTENSIVE CARE UNIT RSUD POSO.** dibimbing oleh Tuti Seniwati dan Moh.Syafar .

Latar belakang: Kejang demam adalah gangguan neurologis yang sering ditemukan pada bayi dan anak, Penanganan kejang yang kurang baik akan berdampak terhadap kecerdasan anak hingga menyebabkan keterbalakangan mental.

Tujuan penelitian: untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawat dalam menangani kegawatdaruratan kejang demam di IGD dan ICU RSUD Poso.

Metode: penelitian ini menggunakan survey analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner yang berupa pertanyaan pengetahuan serta lembar observasi. Sampel pada penelitian ini adalah perawat IGD dan ICU yang berjumlah 33 responden. Uji statistik yang digunakan adalah Chi-Square dengan $p < 0.05$.

Hasil: pada penelitian ini diperoleh hasil yaitu kemampuan perawat memiliki hubungan bermakna dengan pengetahuan ($p=0.002$), lama bekerja ($p=0.010$) serta pelatihan ($p=0.000$) sedangkan variabel pendidikan tidak memiliki hubungan ($p=0.06$). Berdasarkan uji multivariate variable yang paling berpengaruh terhadap kemampuan adalah pelatihan dengan $OR = 24$ (95% C.I for Exp.B) 2.213 -260.286.

Kesimpulan : disimpulkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan, lama bekerja dan pelatihan terhadap kemampuan perawat dalam menangani kegawatdaruratan kejang demam.

Saran : perlu dikembangkan profesionalitas perawat melalui peningkatan pendidikan yang lebih tinggi, mengadakan pelatihan khusus terkait penanganan kegawatdaruratan pada anak dan neonatus serta melakukan evaluasi secara periodik terhadap kemampuan perawat dalam hal menjalankan SOP tentang kasus-kasus kegawatdaruratan utamanya terkait kasus kejang demam.

Keyword : Faktor-faktor, kemampuan perawat

Sumber literature : 30 Kepustakaan (2001-2013)

ABSTRACT

Hasnur. C12112638. **FACTORS - FACTORS RELATED TO THE ABILITY OF NURSES IN HANDLING FEBRILE SEIZURES EMERGENCY IN INSTALLATION EMERGENCY AND INTENSIVE CARE UNIT OF POSO DISTRICT GENERAL HOSPITALS.** guided by Tuti Seniwati and Moh.Syafar

Background: Febrile seizures are common neurological disorders in infants and children, poor handling seizures will have an impact on children's intelligence to cause mental disorders.

The purpose of the study: to determine the factors associated with nurses' ability to handle emergencies febrile seizure in the IGD and ICU of the General Hospital of Poso.

Methods: This study uses an analytic survey with cross sectional. Instrumen used was a questionnaire in the form of the question of knowledge and observation sheets. The samples in this study were IGD and ICU nurses who totaled 33 respondents. Statistical test used was chi-square with $p < 0.05$.

Results: The results obtained in this study is the ability of nurses to have meaningful relationships with knowledge ($p = 0.002$), duration of work ($p = 0.010$) and training ($p = 0.000$) while the education variables have no relationship ($p = 0.06$). Based on multivariate test variables that most affect the ability is training with OR = 24 (95% CI for Exp.B) 2213-260286

Conclusion: concluded that there is a relationship between knowledge, been working and training on nurses' ability to handle emergencies febrile seizures.

Suggestion: nurses need to be developed through increased professionalism in higher education, held a special training related to handling emergencies in children and neonates, and perform periodic evaluations of the ability of nurses in terms of running the SOP on emergency cases mainly related cases of febrile seizures

Keyword : factors, the ability of nurses

Literary sources : 30 Bibliography (2001-2013)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN.	
A. Latar belakang	1
B. Rumusan masalah.....	5
C. Tujuan penelitian.....	6
D. Manfaat penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan umum Kejang Demam	8
B. Tinjauan umum kegawatdaruratan Kejang Demam.....	17
C. Tinjauan umum tentang IGD dan ICU	24
D. Faktor-Faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawat	27

BAB III KERANGKA KONSEP

A. Kerangka konsep	37
B. Hipotesis penelitian	38

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Desain penelitian	39
B. Tempat dan waktu penelitian	39
C. Populasi dan sampel	39
D. Defenisi operasional	40
E. Alur penelitian	43
F. Instrumen penelitian	43
G. Pengumpulan data	44
H. Pengolahan dan analisa data.....	45
I. Etika penelitian.....	46

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil penelitian.....	48
B. Pembahasan	56
C. Keterbatasan Penelitian	66

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	67
B. Saran	68

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1	Distribusi karakteristik Responden	49
Tabel 5.2	Distribusi Karakteristik Responden di Ruang IGD dan ICU RSUD Poso berdasarkan Pasien Kejang Demam Yang Masuk	50
Tabel 5.3	Distribusi pengetahuan perawat , pendidikan,, lama bekerja, pelatihan tambahan, dan kemampuan perawat dalam menangani kegawatdaruratan kejang demam.....	51
Tabel 5.4	Distribusi hubungan pengetahuan dengan kemampuan perawat dalam menangani kegawatdaruratan kejang demam di IGD dan ICU RSUD POSO.....	52
Tabel 5.5	Distribusi hubungan pendidikan dengan kemampuan perawat dalam menangani kegawatdaruratan kejang demam di IGD dan ICU RSUD POSO.....	53
Tabel 5.6	Distribusi hubungan lama bekerja dengan kemampuan perawat dalam menangani kegawatdaruratan kejang demam di IGD dan ICU RSUD POSO.....	54
Tabel 5.7	Distribusi hubungan pelatihan tambahan dengan kemampuan perawat dalam menangani kegawatdaruratan kejang demam di IGD dan ICU RSUD POSO.....	55
Tabel 5.8	Distribusi variable yang paling berpengaruh terhadap kemampuan perawat dalam menangani kegawatdaruratan kejang demam di IGD dan ICU RSUD POSO.....	56

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Patofisiologi kejang demam	13
Gambar 2.2	Penatalaksanaan kejang demam	14

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Instrumen Penelitian
- Lampiran 2 Master Tabel
- Lampiran 3 Hasil Output SPSS
- Lampiran 4 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Di negeri yang sedang berkembang, termasuk Indonesia terdapat dua faktor yaitu gizi dan infeksi yang mempunyai pengaruh yang besar terhadap pertumbuhan anak. Saat ini 70% kematian balita disebabkan karena pneumonia, campak, diare, malaria, dan malnutrisi. Ini berarti bahwa penyakit infeksi masih menjadi penyebab kematian balita. Terjadinya proses infeksi dalam tubuh menyebabkan kenaikan suhu tubuh yang biasa disebut dengan demam, demam merupakan faktor resiko utama terjadinya kejang demam (Maliya dan Purwanti, 2009).

Anak merupakan generasi penerus suatu bangsa maka ia harus menjadi orang yang cerdas dan sehat (mental dan sosial). Oleh sebab itu kesehatan anak pada masa dini harus menjadi perhatian, kejang demam merupakan salah satu kelainan neurologis yang paling sering dijumpai pada bayi dan anak, dari penelitian oleh beberapa pakar didapatkan bahwa sekitar 2,2%-5% anak pernah mengalami kejang demam sebelum mereka mencapai umur 5 tahun. Kejang merupakan suatu manifestasi klinis yang sering dijumpai di ruang gawat darurat sebagai suatu tanda adanya gangguan neurologis yang sangat penting untuk ditangani dengan cepat (Karnia, 2011)

Kejang demam adalah salah satu gangguan neurologis yang sering ditemukan pada bayi dan anak (Maliya & Purwanti, 2009). Resiko anak mengalami kejang demam adalah 10-20% bila salah satu orang tuanya pernah mendapatkannya, anak berumur kurang dari 6 bulan atau lebih dari 5 tahun sering mengalami kejang didahului dengan demam, kemungkinan disebabkan infeksi sistem saluran pernapasan atau epilepsi yang kebetulan terjadi bersama demam (Bahtera, Fuadi, dan Wijayahadi. 2010).

Pada tahun 2010 World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa berdasarkan studi yang dilakukan di Departemen anak RS Al-Jahra Kuwait pada 400 anak usia satu bulan - 13 tahun dengan riwayat kejang, insiden bangkitan kejang demam paling banyak terjadi pada usia 18 bulan (54%). Di Amerika Serikat, kejang demam terjadi pada 2-5% anak usia 6 bulan hingga 5 tahun. Diantaranya, sekitar 70-75% hanya mengalami kejang demam sederhana, yang lainnya sekitar 20-25% mengalami kejang demam kompleks, dan sekitar 5% mengalami kejang demam simtomatik. Kejang demam lebih sering terjadi pada anak laki-laki. Kejang demam tergantung pada usia, dan jarang terjadi sebelum usia 9 bulan dan setelah usia 5 tahun. Puncak terjadinya kejang demam yaitu pada usia 14 sampai 18 bulan, dan angka kejadian mencapai 3-4% anak usia dini. Di Indonesia sendiri, kejadian kejang demam pada anak usia 6 bulan sampai 5 tahun hampir 2-5%.

Berdasarkan data kunjungan di RSUD Poso, kasus kejang demam yang tercatat pada tahun 2010 sebanyak 85 kasus, tahun 2011 sebanyak 89 kasus dan pada tahun 2012, sebanyak 112 kasus (Rekam Medis RSUD Poso, 2012).

Dua sampai lima persen dari seluruh anak di dunia yang berumur 5 tahun pernah mengalami kejang demam, lebih dari 90% terjadi ketika anak berusia <5 tahun (Chirstopher, 2012). Penanganan kejang demam yang kurang baik akan berdampak terhadap kecerdasan anak hingga menyebabkan keterbalakangan mental di kemudian hari, kondisi ini merupakan hal yang menyedihkan dan bisa berlangsung seumur hidupnya. Untuk itu diperlukan adanya penanganan kejang demam yang cepat dan benar (PDPERSI, 2010).

Rumah Sakit khususnya di IGD dan ICU, memiliki peran sebagai gerbang utama jalan masuknya penderita gawat darurat dan perawatan pasien kritis. Kemampuan suatu fasilitas kesehatan secara keseluruhan dalam kualitas dan kesiapan dalam perannya sebagai pusat rujukan penderita dari pra rumah sakit tercermin dari kemampuan unit gawat darurat (Karnia, 2011). Perawat sebagai tenaga kesehatan dengan proporsi terbesar kurang lebih 40%, dan 67% nya bekerja di rumah sakit mempunyai kontribusi cukup besar terhadap keberhasilan penanganan kasus gawat darurat. Penanganan yang dilakukan oleh perawat di Instalasi Gawat Darurat (IGD) dan ICU merupakan tindakan yang bertujuan untuk menyelamatkan jiwa penderita dengan cepat, tepat dan benar (Dewanti 2012).

Peran perawat dalam memberikan prioritas asuhan keperawatan pada kejang demam adalah : Mencegah/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. Fenomena yang terjadi

dilapangan Perawat menganggap kejang demam merupakan penyakit biasa seperti penyakit typhus abdominalis yang bila diobati akan sembuh, atau kalau sudah melewati usia lebih dari enam tahun akan hilang sendiri. Tatalaksana kejang sering kali tidak dilakukan secara baik, karena diagnosis yang salah atau penggunaan obat yang kurang tepat sehingga dapat menyebabkan kejang tidak terkontrol dan depresi nafas (Karnia, 2011). Peran seorang perawat dalam menangani pasien dengan kejang demam pada prinsipnya adalah berespon cepat terhadap kegawatdaruratan yang sedang terjadi sesuai algoritme tata laksana kejang demam, juga menjaga agar tidak terjadi serangan kejang berulang (Purwanto, 2010).

Chirstopher (2012), melaporkan sebagian besar kasus kejang demam sembuh sempurna dan sebagian berkembang menjadi epilepsi (2%-7%) dengan angka kematian 0,64%-0,75%. Kejang demam dapat mengakibatkan gangguan tingkah laku serta penurunan intelegensi dan pencapaian tingkat akademik. Beberapa hasil penelitian tentang penurunan tingkat intelegensi paska bangkitan kejang demam tidak sama, 4% pasien kejang demam secara bermakna mengalami gangguan tingkah laku dan penurunan tingkat intelegensi melaporkan kelainan neurologis pada sebagian kasus, dimana kelainan ini biasanya terjadi pada kasus dengan kejang lama atau kejang berulang. Kejang yang tidak teratasi lebih dari 15 menit dapat menimbulkan kelainan saraf yang menetap, apabila tidak diterapi dengan baik dapat berkembang menjadi kejang demam berulang dengan frekuensi antara 25%-50%, epilepsi, kelainan motorik, serta gangguan mental dan belajar.

Berdasarkan permasalahan yang dipaparkan diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawat dalam menangani kegawatdaruratan kejang demam di IGD dan ICU RSUD Poso.

B. Rumusan Masalah

Kejang demam merupakan kedaruratan medis yang memerlukan pertolongan segera. Diagnosa secara dini serta pengelolaan yang tepat sangat diperlukan untuk menghindari cacat yang lebih parah, yang diakibatkan bangkitan kejang yang sering. Untuk itu tenaga perawat/paramedis dituntut untuk berperan aktif dalam mengatasi keadaan tersebut serta mampu memberikan asuhan keperawatan kepada keluarga dan penderita, yang meliputi aspek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif secara terpadu dan berkesinambungan serta memandang klien sebagai satu kesatuan yang utuh secara bio-psiko-sosial-spiritual.

Berdasarkan uraian singkat dalam latar belakang masalah di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawat dalam menangani kegawatdaruratan kejang demam di IGD dan ICU RSUD Poso.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum.

Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawat dalam menangani kegawatdaruratan kejang demam di IGD dan ICU RSUD Poso.

2. Tujuan Khusus.

- a. Diketuainya hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kemampuan perawat dalam menangani kegawatdaruratan kejang demam di IGD dan ICU RSUD Poso.
- b. Diketuainya hubungan antara pendidikan dengan kemampuan perawat dalam menangani kegawatdaruratan kejang demam di IGD dan ICU RSUD Poso.
- c. Diketuainya hubungan antara lama bekerja dengan kemampuan perawat dalam menangani kegawatdaruratan kejang demam di IGD dan ICU RSUD Poso.
- d. Diketuainya hubungan antara pelatihan tambahan khusus dengan kemampuan perawat dalam menangani kegawatdaruratan kejang demam di IGD dan ICU RSUD Poso.

D. Manfaat Penelitian

1. Teoritis.

Menambah wawasan khasanah ilmu pengetahuan dalam bidang ilmu keperawatan dan pelaksanaan penanganan kegawatdaruratan kejang demam di institusi rumah sakit, dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam menyusun strategi untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di ruang IGD dan ICU RSUD Kabupaten Poso serta dapat dijadikan referensi untuk peningkatan kemampuan perawat dalam menangani pasien kejang demam.

2. Praktis.

- a. Dapat meningkatkan profesionalisme, sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan terutama di IGD sebagai pintu masuk pasien dan ICU sebagai ruang perawatan pasien kritis.
- b. Bagi manajemen rumah sakit, dapat dijadikan bahan dalam membentuk SDM perawat dan peningkatan pola kerja demi peningkatan pelayanan keperawatan yang profesional khususnya tenaga kegawatdaruratan
- c. Bagi Diklat rumah sakit, untuk selalu melakukan pelatihan secara rutin dan berkala bagi perawat tentang kegawatdaruratan.

3. Peneliti

Merupakan pengalaman berharga bagi penulis khususnya dalam meningkatkan wawasan dalam bidang penelitian dan pengetahuan tentang asuhan keperawatan kegawatdaruratan utamanya dalam penanganan kejang demam.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Kejang Demam

1. Pengertian Kejang Demam

Kejang demam atau *febrile convulsion* ialah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38°C) yang disebabkan oleh proses ekstrakranium (Hasan, Alatas, dkk, 2002).

Ikatan dokter Anak Indonesia (IDAI), dalam Konsensus Penanganan Kejang Demam mendefinisikan kejang demam sebagai bangkitan kejang yang terjadi karena kenaikan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38°C) yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranium (IDAI, 2008).

Kejang merupakan episode motorik, sensorik, autonomic atau aktivitas psikis abnormal sebagai akibat dari muatan berlebihan yang tiba-tiba dari neuron serebral. Kejang selalu muncul tiba-tiba dan sementara (Brunner & Suddarth, 2010).

2. Klasifikasi Kejang (Corwin, Elizabeth. 2009).

a. Kejang Tonik

Kejang ini biasanya terdapat pada bayi baru lahir dengan berat badan rendah dengan masa kehamilan kurang dari 34 minggu dan bayi dengan komplikasi prenatal berat. Bentuk klinis kejang ini yaitu berupa pergerakan tonik satu ekstremitas atau pergerakan tonik umum

dengan ekstensi lengan dan tungkai yang menyerupai deserebrasi atau ekstensi tungkai dan fleksi lengan bawah dengan bentuk dekortikasi.

b. Kejang Klonik

Kejang Klonik dapat berbentuk fokal, unilateral, bilateral dengan pemulaan fokal dan multifokal yang berpindah-pindah. Bentuk klinis kejang klonik fokal berlangsung 1 – 3 detik, terlokalisasi dengan baik, tidak disertai gangguan kesadaran dan biasanya tidak diikuti oleh fase tonik. Bentuk kejang ini dapat disebabkan oleh kontusio cerebri akibat trauma fokal pada bayi besar dan cukup bulan atau oleh ensefalopati metabolik.

c. Kejang Mioklonik

Gambaran klinis yang terlihat adalah gerakan ekstensi dan fleksi lengan atau keempat anggota gerak yang berulang dan terjadinya cepat. Gerakan tersebut menyerupai reflek moro. Kejang ini merupakan pertanda kerusakan susunan saraf pusat yang luas dan hebat. Gambaran EEG pada kejang mioklonik pada bayi tidak spesifik.

d. Kejang Tonik-Klonik

Adalah jenis kejang generalisata yang ditandai oleh munculnya secara mendadak kontraksi kuat dan kaku dan kaku otot-otot lengan dan tungkai (kejang tonik), diikuti oleh kontraksi dan relaksasi ritmik otot-otot (kejang klonik). Kejang ini merupakan jenis kejang generalisata yang paling sering terjadi dan semula diberi nama kejang *grand mal*.

3. Etiologi

- a. Infeksi: meningitis, ensefalitis
- b. Gangguan metabolik: hipoglikemia hiponatremia, hipoksemia, hipokalsemia, gangguan elektrolit, defisiensi piridoksin, gagal ginjal, gagal hati, gangguan metabolik bawaan
- c. Trauma kepala
- d. Keracunan: alkohol, teofilin
- e. Penghentian obat anti epilepsi
- f. Lain-lain: ensefalopati hipertensi, tumor otak, perdarahan intrakranial, idiopatik (Wong, Donna L, 2003).

4. Manifestasi klinis

Terjadinya bangkitan kejang pada bayi dan anak kebanyakan bersamaan dengan kenaikan suhu badan yang tinggi dan cepat, yang disebabkan oleh infeksi di luar susunan saraf pusat : misalnya tonsilitis, otitis media akut, bronkhitis, serangan kejang biasanya terjadi dalam 24 jam pertama sewaktu demam berlangsung singkat dengan sifat bangkitan dapat berbentuk tonik-klonik. Adapun manifestasi klinik kejang pada anak adalah :

- a. Suhu anak tinggi.
- b. Anak pucat / diam saja
- c. Mata terbelalak ke atas disertai kekakuan dan kelemahan.
- d. Umumnya kejang demam berlangsung singkat.
- e. Gerakan sentakan berulang tanpa didahului kekakuan atau hanya

sentakan atau kekakuan fokal.

- f. Serangan tonik klonik (dapat berhenti sendiri)
 - g. Kejang dapat diikuti sementara berlangsung beberapa menit
 - h. Seringkali kejang berhenti sendiri (Mansjoer. Arif, 2001).
5. Patofisiologi (Corwin, Elizabeth. 2009).

Untuk mempertahankan kelangsungan hidup sel / organ otak diperlukan energi yang didapat dari metabolisme. Bahan baku untuk metabolisme otak yang terpenting adalah glucose, sifat proses itu adalah oxidasi dengan perantara fungsi paru-paru dan diteruskan ke otak melalui system kardiovaskuler.

Berdasarkan hal diatas bahwa energi otak adalah glukosa yang melalui proses oxidasi, dan dipecah menjadi karbon dioksida dan air. Sel dikelilingi oleh membran sel yang terdiri dari permukaan dalam yaitu limfoid dan permukaan luar yaitu tonik. Dalam keadaan normal membran sel neuron dapat dilalui oleh ion Na^+ dan elektrolit lainnya, kecuali ion clorida.

Akibatnya konsentrasi K^+ dalam sel neuron tinggi dan konsentrasi Na^+ rendah. Sedangkan didalam sel neuron terdapat keadaan sebaliknya, karena itu perbedaan jenis dan konsentrasi ion didalam dan diluar sel. Maka terdapat perbedaan membran yang disebut potensial membran dari neuron. Untuk menjaga keseimbangan potensial membran ini diperlukan energi dan bantuan enzim Na^+ , K^+ , ATP yang terdapat pada permukaan sel.

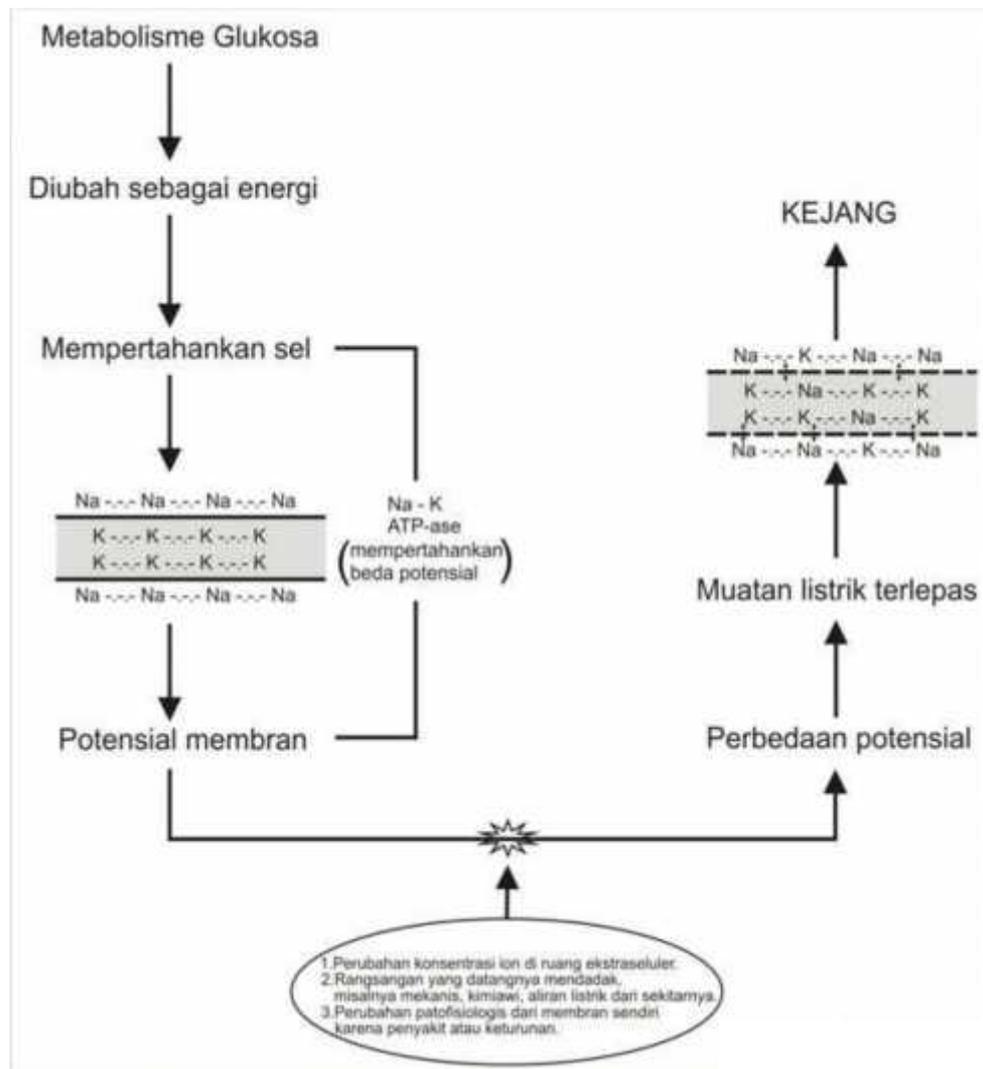
Keseimbangan potensial membran ini dapat diubah dengan perubahan konsentrasi ion diruang extra selular, rangsangan yang datangnya mendadak misalnya mekanis, kimiawi atau aliran listrik dari sekitarnya. Perubahan dari patofisiologis membran sendiri karena penyakit/keturunan. Pada seorang anak sirkulasi otak mencapai 65 % dari seluruh tubuh dibanding dengan orang dewasa 15 %. Dan karena itu pada anak tubuh dapat mengubah keseimbangan dari membran sel neuron dalam singkat terjadi difusi di ion K^+ maupun ion Na^+ melalui membran tersebut dengan akibat terjadinya lepasnya muatan listrik.

Lepasnya muatan listrik ini sedemikian besarnya sehingga dapat meluas keseluruh sel maupun membran sel sekitarnya dengan bantuan bahan yang disebut neurotransmitter sehingga mengakibatkan terjadinya kejang. Kejang yang berlangsung singkat pada umumnya tidak berbahaya dan tidak meninggalkan gejala sisa. Tetapi kejang yang berlangsung lama lebih 15 menit biasanya disertai apnea, Na meningkat, kebutuhan O_2 dan energi untuk kontraksi otot skeletal yang akhirnya terjadi hipoxia dan menimbulkan terjadinya asidosis.

Keseimbangan potensial membran dapat dirubah oleh adanya:

- a. Perubahan konsentrasi ion di ekstraseluler.
- b. Rangsangan mendadak berupa mekanis, kimiawi, atau aliran listrik dari sekitarnya.
- c. Perubahan patofisiologi dari membran sendiri dari penyakit atau Keturunan.

Gambar 2.1 patofisiologi kejang demam

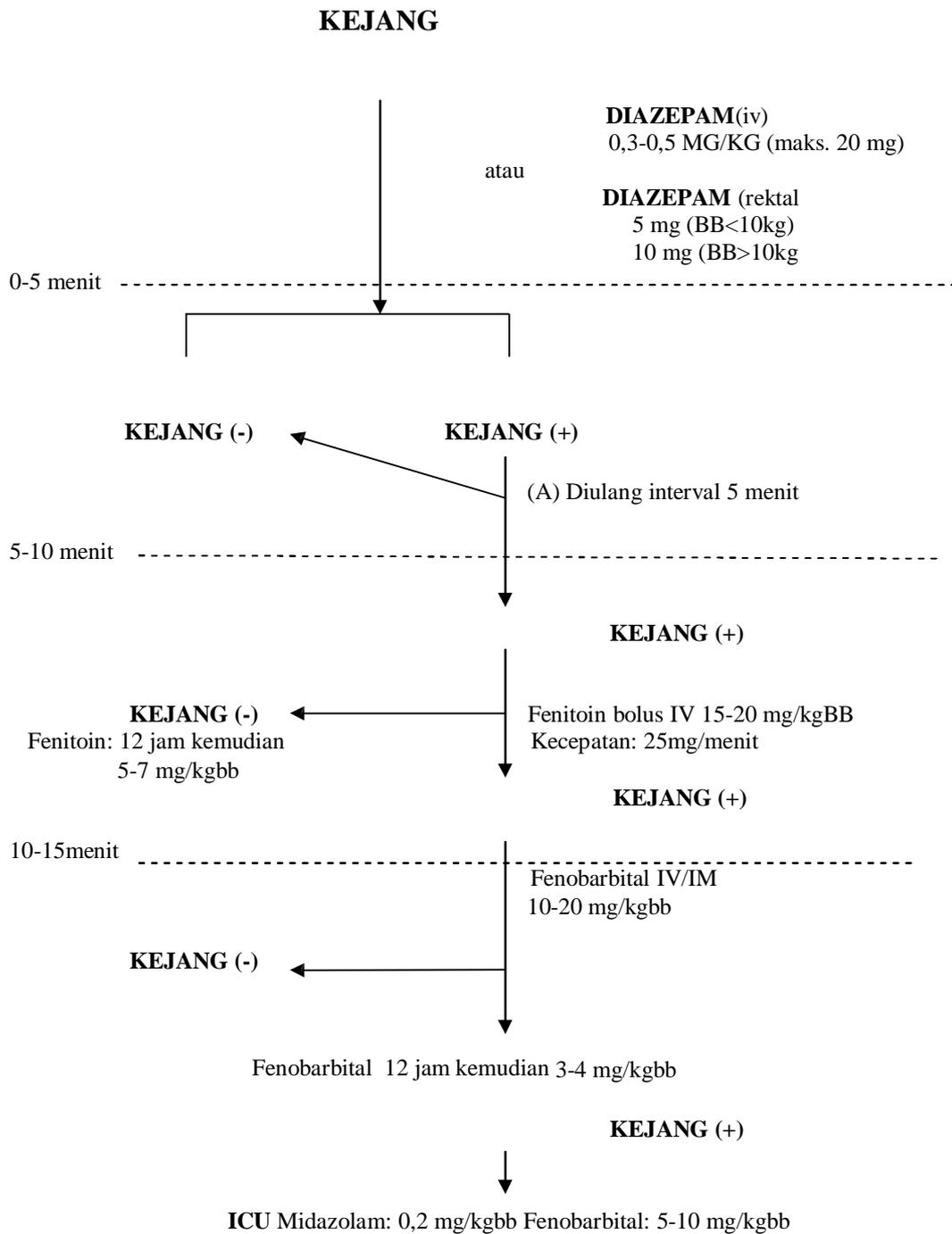


(Sumber : Corwin Elizabeth, 2009)

Pada anak dengan ambang kejang yang rendah, kejang dapat terjadi pada suhu 38°C. Pada anak dengan ambang kejang yang tinggi, kejang baru terjadi pada suhu 40°C. Terulangnya kejang demam lebih sering terjadi pada anak dengan ambang kejang yang rendah (Chairuddin, (2011).

6. Penatalaksanaan

Penanganan kejang bisa dilihat pada algoritma penanganan kejang berikut: (IDAI, 2008).



Gambar 2.2, Penatalaksanaan kejang demam

Ada tiga hal yang perlu dikerjakan, yaitu :

1. Pengobatan fase akut.

Seringkali kejang berhenti sendiri. Pada waktu kejang pasien dimiringkan untuk mencegah aspirasi ludah atau muntahan. Jalan nafas harus bebas agar oksigen terjamin. Perhatikan keadaan vital seperti kesadaran, tekanan darah, suhu, pernafasan dan fungsi jantung. Suhu tubuh yang tinggi diturunkan dengan kompres air dingin dan pemberian antipiretik (IDAI, 2008).

Obat yang paling cepat menghentikan kejang adalah Diazepam yang diberikan intravena atau intrarektal. Dosis Diazepam intravena 0,3-0,5 mg/kgBB/kali dengan kecepatan 1-2 mg/menit dengan dosis maksimum 20 mg. Bila Diazepam intravena tidak tersedia atau pemberiannya sulit, gunakan Diazepam intrarektal 5 mg (BB < 10 kg) atau 10 mg (BB > 10 kg). Bila kejang tidak berhenti dapat diulang selang 5 menit kemudian. Bila tidak berhenti juga, berikan Fenitoin dengan dosis awal 10-20 mg/kgBB secara intravena perlahan-lahan 1 mg/kgBB/menit. Setelah pemberian Fenitoin, harus dilakukan pembilasan dengan NaCl fisiologis karena Fenitoin bersifat basa dan menyebabkan iritasi vena. Bila dengan Fenitoin kejang belum berhenti maka pasien harus dirawat di ruang rawat intensif (IDAI, 2008).

Bila kejang berhenti dengan Diazepam, lanjutkan dengan Fenobarbital diberikan langsung setelah kejang berhenti. Dosis awal

untuk bayi 1 bulan sampai dengan 1 tahun 50 mg, dan umur 1 tahun ke atas 75 mg secara intramuskular. Empat jam kemudian berikan Fenobarbital dosis rumat. Untuk 2 hari pertama dengan dosis 8-10 mg/kgBB/hari dibagi dalam 2 dosis, untuk hari-hari berikutnya dengan dosis 4-5 mg/kgBB/hari dibagi dalam 2 dosis. Jika anak mengalami demam tinggi, kompres dengan air biasa (suhu ruangan) dan berikan Parasetamol secara rektal (10-15 mg/kgBB) (IDAI, 2008).

2. Mencari dan mengobati penyebab.

Pemeriksaan cairan serebrospinal dilakukan untuk menyingkirkan kemungkinan Meningitis, terutama pada pasien kejang demam yang pertama. Pemeriksaan laboratorium lain perlu dilakukan untuk mencari penyebab (IDAI, 2008).

3. Pengobatan profilaksis terhadap berulangnya kejang demam. Lama pengobatan satu tahun bebas kejang.

a. Dianjurkan profilaksis terus menerus :

- 1) Kelainan neurologis nyata sebelum atau sesudah kejang
(paresis Tod's, CP, hidrosefalus)
- 2) Kejang lama > 15 menit
- 3) Kejang fokal

b. Dipertimbangkan :

- 1) Kejang berulang dalam 24 jam
- 2) Bayi usia < 12 bulan

3) Kejang demam kompleks berulang > 4 kali

Jangan beri pengobatan secara oral sampai kejang bisa ditangulangi (bahaya aspirasi) (Dewanti, 2012).

7. Komplikasi

- a. Kerusakan sel otak
- b. Penurunan IQ pada kejang demam yang berlangsung lama lebih dari 15 menit dan bersifat unilateral
- c. Kelumpuhan
- d. Dapat timbul depresi dan keadaan cemas (Lumbantobing, 2008).

B. Tinjauan tentang Kegawatdaruratan Kejang Demam

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah salah satu bagian di rumah sakit yang menyediakan penanganan awal bagi pasien yang menderita sakit dan cedera, yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya (PDPERSI, 2010).

Instalasi Gawat Darurat merupakan salah satu fasilitas terpenting dalam sebuah rumah sakit. IGD merupakan tempat penanganan awal bagi pasien yang datang dalam kondisi terancam nyawanya atau dalam keadaan darurat dengan kata lain butuh penanganan dan pertolongan cepat dan tepat. Oleh karena IGD memiliki peran yang tidak kecil, maka dibutuhkan IGD dengan fasilitas dan segala aspek yang dapat menunjang, terutama IGD dalam sebuah rumah sakit yang ramai akan pasien yang datang untuk mendapatkan penanganan segera (Karnia, 2011).

Kejang demam yang terjadi pada anak merupakan suatu kegawatan yang mengancam jiwa dengan resiko terjadinya gejala sisa neurologis. Makin lama kejang berlangsung makin sulit menghentikannya, oleh karena itu tatalaksana kejang umum yang lebih dari 5 menit adalah menghentikan kejang (Makarma, 2007).

Pengolahan kejang saat pasien masuk menurut (IDAI, 2008) sebagai berikut:

1. Waktu 0 - 5 menit:

- a. Yakinkan bahwa aliran udara pernafasan baik
- b. Monitoring tanda vital, pertahankan perfusi oksigen ke jaringan, berikan oksigen sesuai indikasi ($\text{respirasi rate} \times \text{tidal volume} \times 20\% = \text{ML oksigen}$)
- c. Bila keadaan pasien stabil, lakukan anamnesis terarah, pemeriksaan umum dan neurologi secara cepat
- d. Cari tanda-tanda trauma, kelumpuhan fokal dan tanda-tanda infeksi

2. Waktu 5 – 10 menit:

- a. Pemasangan akses intarvena
- b. Pengambilan darah untuk pemeriksaan: darah rutin, glukosa, elektrolit
- c. Pemberian diazepam 0,2 – 0,5 mg/kgbb secara intravena, atau diazepam rektal 0,5 mg/kgbb (berat badan < 10 kg = 5 mg; berat badan > 10 kg = 10 mg). Dosis diazepam intravena atau rektal dapat diulang satu – dua kali setelah 5 –10 menit.
- d. Jika didapatkan hipoglikemia, berikan glukosa 25% 2ml/kgbb.

3. Waktu 10 – 15 menit

- a. Cenderung menjadi status konvulsivus
- b. Berikan fenitoin 15 – 20 mg/kgbb intravena diencerkan dengan NaCl 0,9%.
- c. Dapat diberikan dosis ulangan fenitoin 5 – 10 mg/kgbb sampai maksimum dosis 30 mg/kgbb.

4. Waktu 30 menit

- a. Berikan fenobarbital 10 mg/kgbb, dapat diberikan dosis tambahan 5-10 mg/kg dengan interval 10 – 15 menit.
- b. Pemeriksaan laboratorium sesuai kebutuhan, seperti analisis gas darah, elektrolit, gula darah. Lakukan koreksi sesuai kelainan yang ada. Awasi tanda- tanda depresi pernafasan.
- c. Bila kejang masih berlangsung siapkan intubasi dan kirim ke ICU

Keterlambatan dalam mengatasi kejang pada anak bisa menyebabkan keterbalakangan mental di kemudian hari, dan tentunya hal ini merupakan kondisi yang menyedihkan karena bisa berlangsung seumur hidupnya (PDPERSI, 2010). Untuk itu diperlukan adanya penanganan kejang demam yang cepat dan benar. Menurut Hasan & Alatas, dkk (2002) dengan penanggulangan yang tepat dan cepat, prognosinya baik atau tidak perlu menyebabkan kematian.

Risiko yang dihadapi oleh seorang anak sesudah menderita kejang demam tergantung dari faktor:

1. Riwayat kejang tanpa demam dalam keluarga.
2. Kelainan dalam perkembangan atau kelainan saraf sebelum anak menderita kejang demam.
3. Kejang yang berlangsung lama atau kejang fokal.

Dalam penanggulangan kejang demam, terdapat 3 faktor yang perlu dikerjakan menurut Ngastiyah (2012), yaitu:

1. Memberantas kejang secepat mungkin

Bila pasien datang dalam keadaan status convulsif, obat pilihan utama adalah diazepam.

2. Pengobatan penunjang

Sebelum memberantas kejang tidak boleh dilupakan perlunya pengobatan penunjang;

- a. Semua pakaian ketat dibuka
- b. pasang spatel lidah untuk menghindari gigitan lidah
- c. Posisi kepala dimiringkan untuk mencegah aspirasi isi lambung
- d. Usahakan agar jalan nafas bebas untuk menjamin kebutuhan oksigen; bila perlu dilakukan intubasi atau trakeostomi
- e. Pengisapan lendir harus dilakukan secara teratur
- f. Diberikan oksigen
- g. Awasi secara ketat kesadaran
- h. Kompres hangat

3. Mencari dan mengobati penyebab

Untuk menyingkirkan kemungkinan adanya infeksi diotak diperlukan pungsi lumbal. Pada pasien yang kejang lama pemeriksaan lebih intensif seperti pungsi lumbal, darah rutin, gula darah, faal hati, elektrolit, Bila perlu rontgen kepala, EEG, ensefalografi.

Menurut Greene, *et all* (2008) Anak yang mengalami panas tinggi dan berisiko terjadi kejang demam, sebaiknya dilakukan:

- a. Buka pakaian sampai hanya tinggal celana dalamnya saja. Pastikan pasien memperoleh banyak udara segar tanpa menjadi kedinginan
- b. Singkirkan benda-benda disekelilingnya agar ia terlindung dari cedera. Basuh tubuhnya dengan air hangat dimulai dari kepala dan turun kearah tubuhnya. Jangan biarkan tubuhnya menjadi terlalu dingin
- c. Setelah suhu tubuh normal, kejangnya akan berhenti, letakkan *recovery position* / gulingkan tubuhnya hingga ia berbaring miring dan jaga agar kepalanya tetap menengadah kebelakang. Selimuti tubuhnya dengan selimut atau seprei tipis dan tenangkan dirinya, jika suhu tubuhnya naik lagi, kompres kembali. Hindari memberikan air atau makanan saat anak baru saja mengalami kejang, serta lakukan kompres dan pantau naiknya suhu tubuh.

Menurut Ngastiah (2012) Prosedur Penanganan Kejang Pada Anak adalah sebagai berikut :

1. Segera tidurkan di tempat tidur non bedah, Longgarkan pakaian dan pasang tounge spatel yang dibungkus perban diantara gigi anak untuk mencegah lidah tergigit.
2. Memberikan oksigen sesuai indikasi ($RR \times \text{tidal volume} \times 20\%$)
3. Berikan diazepam injeksi IV dosis 0,3 - 0,5 mg/kg BB atau diazepam per rectal dosis: BB 1-10 kg: 5 mg; BB 10 kg: 10 mg. Lalu tunggu 10-15 menit
4. Jika anak panas, turunkan suhu dengan pemberian parasetamol atau kompres dingin.
5. Bila kejang tidak henti, berikan phenobarbital IV atau IM dengan dosis 5 mg/kgbb.
6. Jika ada respon tapi kejang berulang : ulangi pemberian diazepam dengan dosis sama.
7. Jika kejang berhenti, berikan phenobarbital IM dengan dosis neonatus 30 mg, 1 bulan-1 tahun 50 mg, lebih dari 1 tahun 75 mg.
8. Lengkapi catatan medis.
9. konsul dengan dokter Sp. Anak
10. Jelaskan mengenai apa yang harus dilakukan jika anak kejang lagi

S O P (STANDART OPERATING PROCEDURE)
Penanganan Kegawatdaruratan Kejang Demam di RSUD Poso :

<p>Pengertian : Kejang demam adalah kejang yang berhubungan dengan demam (suhu berada diatas 38⁰C) perrektal tanpa adanya infeksi susunan syaraf, gangguan elektrolit terjadi pada anak usia diatas 1 bulan dengan tidak adanya riwayat kejang tanpa demam sebelumnya.</p> <p>Tujuan : Sebagai panduan penanganan kejang demam</p> <p>Kebijakan : Penanganan segera dan tepat akan mencegah komplikasi dan menurunkan mortalitas</p>	PROSEDUR	
No	Langkah-Langkah	Petugas
1.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertama kali pasien datang di IGD; Baringkan pasien, semua baju dilonggarkan. 2. Berikan oksigenasi sesuai indikasi 3. Derikan diazepam supp dengan ketentuan dosis berat kurang dari 10 kg = 5 mg sedangkan berat lebih dari 10 kg = 10 mg 4. Tunggu 15 menit sambil mengawasi fungsi vital seperti kesadaran, suhu, pernafasan dan fungsi jantung pasien serta anamnesis secara cepat untuk menentukan kejang demam atau bukan kejang demam 5. Jika masih kejang berikan oksigenasi adekuat dan berikan diazepam ulang dengan dosis dan cara yang sama 6. Monitoring selama 15 menit, jika kejang berhenti berikan dosis rumatan menggunakan phenobarbital tab. 30 mg dengan dosis 2-4 kg/BB/hari 7. Lengkapi catatan medis dan konsul ke dokter Sp.Anak 8. Jika kejang masih berulang, persiapkan rujukan ke fasilitas Kesehatan yang lebih lengkap. 	Dokter, Perawat
2.	<p>Pemeriksaan laboratorium dan penunjang</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Darah rutin lengkap, urin rutin, konsul dr.Ahli anak, dll tergantung indikasi untuk mencari penyebab kejang. 2. Pemeriksaan elektrolit 	Dokter, Perawat
3.	Pemantauan efek samping pemberian obat-obatan	Dokter
Unit terkait : Bangsal Anak, ICU		

C. Tinjauan umum tentang IGD dan ICU

1. Tinjauan tentang IGD

Gawat darurat adalah suatu keadaan yang mana penderita memerlukan pemeriksaan medis segera, apabila tidak dilakukan akan berakibat fatal bagi penderita. Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah salah satu unit di rumah sakit yang harus dapat memberikan pelayanan darurat kepada masyarakat yang menderita penyakit akut dan mengalami kecelakaan, sesuai dengan standar (Depkes, RI. 2010)

IGD adalah suatu unit integral dalam satu rumah sakit dimana semua pengalaman pasien yang pernah datang ke IGD tersebut akan dapat menjadi pengaruh yang besar bagi masyarakat tentang bagaimana gambaran Rumah Sakit itu sebenarnya. Fungsinya adalah untuk menerima, menstabilkan dan mengatur pasien yang menunjukkan gejala yang bervariasi dan gawat serta juga kondisi-kondisi yang sifatnya tidak gawat. IGD juga menyediakan sarana penerimaan untuk penatalaksanaan pasien dalam keadaan bencana, hal ini merupakan bagian dari perannya di dalam membantu keadaan bencana yang terjadi di tiap daerah (Depkes, RI. 2010)

Ruang IGD, selain sebagai area klinis, IGD juga memerlukan fasilitas yang dapat menunjang beberapa fungsi-fungsi penting sebagai berikut: kegiatan ajar mengajar, penelitian/riset, administrasi, dan kenyamanan staff. Adapun area-area yang ada di dalam kegiatan pelayanan kesehatan bagi pasien di IGD adalah :

(1) Area administratif, (2) *Reception/Triage/Waiting area*, (3) *Resuscitation area*, (4) Area Perawat Akut (pasien yang tidak menggunakan ambulan), (5) Area Konsultasi (untuk pasien yang menggunakan ambulan), (6) *Staff work stations*, (7) Area Khusus, misalnya: Ruang wawancara untuk keluarga pasien, Ruang Prosedur, *Plaster room*, *Apotik*, *Ophthalmology/ENT*, Psikiatri, Ruang Isolasi, Ruang Dekontaminasi, Area ajar mengajar. (8) Pelayanan Penunjang, misalnya: Gudang / Tempat Penyimpanan, Perlengkapan bersih dan kotor, Kamar mandi, Ruang Staff, Tempat Troli Linen, (9) Tempat peralatan yang bersifat mobile *Mobile X-Ray equipment bay*, (10) Ruang alat kebersihan. (11) Area tempat makanan dan minuman, (12) Kantor Dan Area Administrasi, (13) Area diagnostic misalnya medis imaging area laboratorium, (14) Departemen keadaan darurat untuk sementara/ bangsal observasi jangka pendek/ singkat (opsional), (15) Ruang Sirkulasi (Depkes, RI. 2010).

Menurut Depkes R.I (2010), petugas kesehatan di instalasi gawat darurat di rumah sakit terdiri dokter ahli, dokter umum, atau perawat yang telah mendapat pelatihan penanganan kegawatdaruratan yang dibantu oleh perwakilan unit-unit lain yang bekerja di instalasi gawat darurat. Mengacu kepada Pedoman Pelayanan Gawat Darurat tersebut diketahui bahwa perawat di instalasi gawat darurat mempunyai peran dan tanggung jawab yang penting.

2. Tinjauan tentang ICU

ICU (*Intensive Care Unit*) adalah ruang rawat di rumah sakit yang dilengkapi dengan staf dan peralatan khusus untuk merawat dan mengobati pasien dengan perubahan fisiologi yang cepat memburuk yang mempunyai intensitas defek fisiologi satu organ ataupun mempengaruhi organ lainnya sehingga merupakan keadaan kritis yang dapat menyebabkan kematian. Tiap pasien kritis erat kaitannya dengan perawatan intensif oleh karena memerlukan pencatatan medis yang berkesinambungan dan monitoring serta dengan cepat dapat dipantau perubahan fisiologis yang terjadi atau akibat dari penurunan fungsi organ-organ tubuh lainnya (Depkes, RI. 2010)

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan ICU di Rumah sakit, ICU adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi di bawah direktur pelayanan), dengan staf yang khusus dan perlengkapan yang khusus yang di tujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa.

Unit perawatan kritis atau unit perawatan intensif (ICU) merupakan unit rumah sakit di mana klien menerima perawatan medis intensif dan mendapat monitoring yang ketat. ICU memiliki teknologi yang canggih seperti monitor jantung terkomputerisasi dan ventilator mekanis. Walaupun peralatan tersebut juga tersedia pada unit perawatan biasa, klien pada ICU dimonitor dan dipertahankan dengan menggunakan peralatan lebih dari

satu. Staf keperawatan dan medis pada ICU memiliki pengetahuan khusus tentang prinsip dan teknik perawatan kritis. ICU merupakan tempat pelayanan medis yang paling mahal karena setiap perawat hanya melayani satu atau dua orang klien dalam satu waktu dan dikarenakan banyaknya terapi dan prosedur yang dibutuhkan seorang klien dalam ICU (Potter & Perry, 2009).

Seorang perawat yang bertugas di ICU melaksanakan tiga tugas utama yaitu, *life support*, memonitor keadaan pasien dan perubahan keadaan akibat pengobatan dan mencegah komplikasi yang mungkin terjadi. Oleh karena itu diperlukan satu perawat untuk setiap pasien dengan pipa endotrakeal baik dengan menggunakan ventilator maupun yang tidak. Di Australia diklasifikasikan empat kriteria perawat ICU yaitu, perawat ICU yang telah mendapat pelatihan lebih dari duabelas bulan ditambah dengan pengalaman, perawat yang telah mendapat latihan sampai duabelas bulan, perawat yang telah mendapat sertifikat pengobatan kritis (*critical care certificate*), dan perawat sebagai pelatih (*trainer*) (Potter & Perry, 2009).

D. Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kemampuan Perawat

1. Motivasi

Robbins & Coulter (2010) Motivasi mengacu pada proses dimana usaha seseorang diberi energi, diarahkan, dan berkelanjutan menuju tercapainya suatu tujuan.

Robbins & Coulter (2010) mengembangkan teori motivasi dua faktor kepuasan. Motivasi dua faktornya memandang bahwa kepuasan kerja

berasal dari keberadaan motivator intrinsik dan bahwa ketidakpuasan kerja berasal dari ketidakberadaan faktor- faktor ekstrinsik.

Dimana faktor faktor intinsik tersebut meliputi:

- a. Pencapaian prestasi
- b. Pengakuan
- c. Tanggung jawab
- d. Kemajuan
- e. Pekerjaan itu sendiri
- f. Kemungkinan berkembang

Sedangkan faktor ekstrinsik meliputi:

- a. Upah
- b. Keamanan kerja
- c. Kondisi kerja
- d. Status
- e. Kebijakan perusahaan
- f. Mutu penyeliaan
- g. Mutu hubungan interpersonal antar sesama rekan kerja, atasan dan bawahan.

Motivasi memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kinerja perawat Rumah Sakit Jakarta, yaitu sebesar 36,6% . Hal ini menunjukkan bahwa jika motivasi yang diterima para perawat Rumah Sakit Jakarta semakin tinggi, maka kinerja perawat juga akan meningkat (Nabillah, 2010)

2. Sikap

Sikap adalah pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai dengan sikap obyek tadi (Notoatmodjo, 2007). Jadi sikap senantiasa terarah terhadap suatu hal, suatu obyek, tidak ada sikap tanpa

obyek. Sikap dapat terarah pada benda-benda, orang-orang, peristiwa-peristiwa, pandangan-pandangan, lembaga-lembaga, dan norma-norma, serta nilai-nilai.

Ciri-ciri sikap adalah :

1. Sikap bukan dibawa sejak lahir, melainkan dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan orang itu dalam hubungan dengan obyeknya. Sifat ini membedakan dengan sifat motif-motif biogenesis seperti lapar, haus dan kebutuhan akan istirahat.
2. Sikap dapat berubah-ubah karena itu sikap dapat dipelajari dan karena itu pula sikap dapat berubah-ubah pada orang-orang bila terdapat keadaan-keadaan dan syarat-syarat tertentu yang mempermudah sikap pada orang lain.
3. Sikap tidak berdiri sendiri, tetapi senantiasa mempunyai hubungan tertentu terhadap suatu obyek dengan kata lain sikap itu terbentuk, dipelajari atau berubah senantiasa berkenaan dengan suatu obyek tertentu yang dapat dirumuskan dengan jelas.
4. Obyek sikap itu dapat merupakan suatu hal tertentu, tetapi dapat juga merupakan kumpulan dari hal-hal tersebut.
5. Sikap mempunyai segi motivasi dan segi-segi perasaan. Sifat inilah yang membedakan sikap dari kecakapan atau pengetahuan-pengetahuan yang dimiliki orang. Sikap dapat dibentuk atau berubah melalui empat cara :

- 1) Adopsi : merupakan kejadian-kejadian dan peristiwa-peristiwa yang terjadi berulang dan terus-menerus, lama-kelamaan secara bertahap diserap ke dalam diri individu dan mempengaruhi terbentuknya suatu sikap.
- 2) Eferensiasi : dengan berkembangnya intelegensi, bertambahnya pengalaman, sejalan dengan bertambahnya usia, maka ada hal-hal yang terjadinya dianggap sejenis, sekarang dipandang sendiri lepas dari jenisnya. Tetapi obyek tersebut dapat terbentuk sikap tersendiri pula.
- 3) Integrasi : pembentukan sikap disini terjadi secara bertahap, dimulai dengan berbagai pengalaman yang berhubungan dengan satu hal tertentu.
- 4) Trauma : pengalaman yang tiba-tiba, mengejutkan, yang meninggalkan kesan yang mendalam pada jiwa yang bersangkutan. Pengalaman-pengalaman yang traumatis dapat juga menyebabkan terbentuknya sikap, namun pembentukan sikap tidak terjadi sedemikian saja. Melainkan melalui suatu proses tertentu, melalui suatu proses tertentu, melalui kontak sosial terus-menerus antara individu dengan individu lain lain disekitarnya.

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terbentuknya sikap :

1) Faktor intern

Merupakan faktor yang terdapat dalam diri orang yang bersangkutan sendiri seperti selektivitas. Kita tidak dapat menangkap seluruh rangsangan dari luar melalui persepsi oleh karena itu kita harus memilih rangsangan-rangsangan mana yang akan kita dekati dan mana yang harus dihindari. Pilihan ini ditentukan oleh motif-motif dan kecenderungan-kecenderungan dalam diri kita.

2) Faktor ekstern

Merupakan faktor diluar manusia itu sendiri, yaitu sifat obyek yang dijadikan sasaran sikap, kewibawaan orang yang menggunakan suatu sikap, sifat orang-orang atau kelompok yang mendukung sikap, media komunikasi yang digunakan dalam penyampaian sikap, dan situasi pada saat sikap dibentuk.

Untuk terwujudnya sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung yaitu tersedianya fasilitas dan adanya faktor pendukung dari pihak lain.

3. Pendidikan

Menurut UU Sisdiknas (2003 : 1), pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri,

kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan Negara.

Hamid Darmadi, (2009) Pendidikan adalah proses perkembangan kecakapan seseorang dalam bentuk sikap dan perilaku yang berlaku dalam masyarakatnya. Proses sosial dimana seseorang dipengaruhi oleh sesuatu lingkungan yang dipimpin (khususnya di sekolah) sehingga iya dapat mencapai kecakapan sosial dan mengembangkan kepribadiannya.

Pendidikan merupakan salah satu unsur yang berhubungan dengan kemampuan seorang perawat. Semakin tinggi pendidikan seorang perawat maka kemampuan yang diterapkan dalam melakukan pelayanan pada pasien semakin baik (Nabillah, 2010)

4. Pengetahuan

Maksud dari pengetahuan (knowledge) adalah sesuatu yang hadir dan terwujud dalam jiwa dan pikiran seseorang dikarenakan adanya reaksi, persentuhan, dan hubungan dengan lingkungan dan alam sekitarnya. Pengetahuan ini meliputi emosi, tradisi, keterampilan, informasi, akidah, dan pikiran-pikiran (Adlany, 2009).

Pengetahuan adalah suatu keadaan yang hadir dikarenakan persentuhan kita dengan suatu perkara. Keluasan dan kedalaman kehadiran kondisi-kondisi ini dalam pikiran dan jiwa kita sangat bergantung pada sejauh mana reaksi, pertemuan, persentuhan, dan hubungan kita dengan objek-objek eksternal. Pengetahuan ialah suatu

keyakinan yang kita miliki yang hadir dalam syarat-syarat tertentu dan terwujud karena terbentuknya hubungan-hubungan khusus antara subjek (yang mengetahui) dan objek (yang diketahui) dimana hubungan ini sama sekali kita tidak ragukan (Adlany, 2009).

Paryanti (2007) yang menyimpulkan bahwa pengetahuan perawat yang baik akan diikuti oleh meningkatnya keterampilan perawat dalam pemasangan infus di ruang rawat inap RSUD Cilacap. Domain kognitif pengetahuan pada tingkatan aplikasi menjadikan perawat memiliki kemampuan untuk melaksanakan prosedur tetap isap lendir/suction pada situasi atau kondisi sebenarnya.

Yulistuti (2008) tentang pengaruh pengetahuan perawat tentang penatalaksanaan flu burung, menunjukkan bahwa pengetahuan yang dimiliki seorang perawat berpengaruh terhadap kemampuan mereka terhadap penatalaksanaan flu burung, semakin tinggi tingkat pengetahuan perawat tentang flu burung maka akan semakin baik kemampuan mereka dalam menangani kasus flu burung.

5. Lama Kerja

Lama kerja adalah kurun waktu atau lamanya tenaga kerja itu bekerja disuatu tempat. Masa kerja dapat mempengaruhi kinerja baik positif maupun negatif. Akan memberikan pengaruh positif pada kinerja bila dengan semakin lamanya personal semakin berpengalaman dalam melaksanakan tugasnya (Nugroho, 2010).

(Wiranata, 2012) Semakin lama bekerja maka kinerjanya semakin baik dan menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan kinerja perawat di instalasi rawat inap RSUD. Wates. Robbin (2010) Lama kerja merupakan karakteristik biografis terakhir dalam konsep karakter individu yang sering dikaji. Kajian-kajian ekstensif mengenai hubungan senioritas terhadap produktivitas telah dilakukan, dan hasilnya adalah ada hubungan positif antara senioritas dan produktivitas kerja seorang karyawan. Riset yang menghubungkan antara lama kerja dengan keabsenan sangat tegas. Secara konsisten penelitian-penelitian dengan jelas menunjukkan bahwa senioritas berkaitan negatif dengan keabsenan. Faktanya dalam hal frekuensi keabsenan maupun dalam banyaknya total hari yang hilang pada saat bekerja, lama kerja merupakan variabel penjelas tunggal yang paling penting.

Nurhayati (2009) seseorang yang telah lama bekerja memiliki wawasan yang luas dan pengalaman yang lebih baik. Seorang individu akan melakukan suatu tindakan berdasarkan pengalamannya. Petugas kesehatan yang berpengalaman akan melakukan tindakan sesuai dengan ketentuan yang mereka kenal dan tidak mereka canggung dengan tindakannya.

6. Pelatihan Tambahan

Peningkatan keprofesional kinerja seorang perawat dapat dilihat dari tingkat pendidikan dan pelatihan-pelatihan tenaga keperawatan yang pernah diikuti. Mendapatkan tenaga keperawatan yang handal melalui

peningkatan kinerja perawat ditentukan oleh bagaimana tingkat pendidikan perawat tersebut dan seberapa sering perawat itu mengikuti pelatihan keperawatan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Awases, 2006) tentang *Factors Affecting Performance of Professional Nurse in Namibia* didapatkan tidak semua perawat yang mengikuti pelatihan dapat melakukan tindakan keperawatan yang berdasarkan proses keperawatan dengan benar. Hal ini dimungkinkan akibat kurang pengalaman dari perawat itu sendiri, pedoman atau panduan yang kurang memadai serta kurang percaya diri (Nabillah, 2010)

Pelatihan tambahan adalah pelatihan yang memperhatikan pengetahuan khusus, keterampilan dan sikap yang diperlukan di tempat kerja agar dapat melakukan pekerjaan dengan kompeten. Kualitas dan kemampuan kerja seseorang bertambah dan berkembang melalui dua jalur utama yakni pengalaman kerja yang dapat mendewasakan seseorang dari pelatihan dan pendidikan (Nabillah, 2010).

Menurut Sastrohadiwiryo (2005) pelatihan merupakan proses membantu para tenaga kerja untuk memperoleh efektifitas dalam pekerjaan mereka yang sekarang atau yang akan datang melalui pengembangan kebiasaan tentang pikiran, tindakan, kecakapan. Dalam ilmu pengetahuan tentang perilaku, pelatihan merupakan kegiatan lini dan staf yang tujuannya mengembangkan kepemimpinan untuk memperoleh efektifitas pekerjaan individual tenaga kerja yang lebih besar. Dari analisis pekerjaan, telah dimiliki gambaran tentang tugas-tugas yang harus

dilaksanakan oleh para pekerja dalam bidang kerja atau jabatannya, yang harus dilaksanakan secara efektif, efisien dan bertanggung jawab. Apabila perawat tersebut belum mempunyai kemampuan (pengetahuan, keterampilan) untuk melaksanakan sesuai tolok ukur didalam hasil analisis pekerjaan, maka sangat diperlukan untuk melaksanakan kegiatan pelatihan.