

FAKTOR RISIKO KEJADIAN KEJANG DEMAM PADA ANAK DI INSTALASI RAWAT INAP RS. BETHESDA YOGYAKARTA

Dewi Purnasiwi, Lely Lusmilasari, Sri Hartini
Program Studi Ilmu Keperawatan, FK UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Febrile seizures are the most common disorder among paediatric neurological diseases. Febrile seizures should be prevented by appropriate management of fever. An association between parent's knowledge, attitude to child's fever and parent's action to manage fever has been suggested, but a little data about risk factor and dominant factor for febrile seizures incidence has been insufficient.

Objective: To determine risk factors for febrile seizures and to determine dominant factors for febrile seizures in correlation with parent's knowledge, attitude and behaviour to child's fever.

Methods: A hospital-based case-control study was conducted between November and December 2007 in Bethesda Hospital, Yogyakarta. A total of 45 cases were inpatients at the paediatric wards that had been diagnosed with febrile seizures and 90 controls were inpatients at the paediatric wards with fever but without febrile seizures. Statistical analysis was performed to determine Odds Ratio (OR) of each risk factor and multivariate logistic-regression models were used for determination of dominant factor for febrile seizures incidence.

Result: A total 45 cases and 90 controls complete this research. There is no statistically significant difference among group according to education level associated with knowledge ($p=0,077$), attitude ($p=0,098$) and behavior ($p=0,532$). There is no statistically significant difference among group according to parent's experience associated with knowledge ($p=0,501$), attitude ($p=0,258$) and behavior ($p=0,213$). Bivariate analysis revealed that bad knowledge was associated with febrile seizures (OR=3,450; 95% confidence interval (CI) 1,630 - 7,298). Bad attitude was associated with febrile seizures (OR=3,755; CI 1,752 - 8,050). Bad behavior was associated with febrile seizures (OR=4,571; CI 2,094 - 9,981). Multivariate logistic-regression analysis revealed that bad behaviour is one of the risk factor of febrile seizures (OR=2,809; CI 1,027 - 7,687).

Conclusion: Bad behaviour is one of the risk factor (dominant factor) of febrile seizures and the risk is 2.8 times more than normal. Parental education is needed as to how to manage child's fever appropriately in order to prevent febrile seizures.

Keywords: febrile seizures, knowledge, attitude, behaviour, risk factor

PENDAHULUAN

Demam merupakan salah satu keluhan utama tersering yang disampaikan orang tua pada saat membawa anaknya ke dokter atau ke tempat pelayanan kesehatan. Demam (pireksia) didefinisikan bila suhu tubuh lebih dari normal sebagai akibat peningkatan pusat pengaturan suhu di hipotalamus yang dipengaruhi oleh interleukin-1 (IL-1).¹ Demam pada umumnya tidak berbahaya, tetapi bila demam tinggi dapat membahayakan anak.² Keadaan demam yang mencapai suhu 41°C disebut hiperpireksia.³ Demam sebagai peningkatan suhu tubuh dengan suhu aksilanya =37.5°C atau pengukuran suhu rektal =38.0°C.⁴ Anak yang demam akan dinilai dan dikenali oleh ibunya. Setelah anak dikenali dan dinilai demamnya selanjutnya ibu akan melakukan dua pilihan tindakan/pengobatan yaitu akan menangan-

sendiri dulu di rumah dan meminta pertolongan ke sarana kesehatan setempat untuk mendapatkan pelayanan yang optimal.

Kejang demam ialah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rectal di atas 38°C) yang disebabkan oleh proses ekstrakranial.^{5,6} Menurut Konsensus Statement on Febrile Seizures, kejang demam adalah kejadian pada bayi atau anak, biasanya terjadi antara umur 3 bulan sampai 5 tahun, berhubungan dengan demam tetapi tidak terbukti adanya Infeksi Intrakranial atau keadaan tertentu. Anak yang pernah kejang tanpa demam dan bayi berumur kurang dari 4 minggu tidak termasuk kejang demam. Derajat tingginya demam yang dianggap cukup untuk diagnosis kejang demam adalah 38°C atau lebih, tetapi suhu sebenarnya pada waktu kejang sering tidak diketahui.⁷ Kejang demam terjadi pada

2%-4% anak berumur antara 6 bulan sampai dengan 5 tahun. Anak yang pernah mengalami kejang tanpa demam, kemudian kejang demam kembali tidak termasuk dalam kejang demam. Kejang disertai demam pada bayi berumur kurang dari 1 bulan tidak termasuk dalam kejang demam.⁵

Kejang demam merupakan kelainan terbanyak di antara penyakit saraf pada anak. Kurang lebih 3% anak berumur antara 6 bulan sampai dengan 5 tahun pernah menderita satu kali atau lebih serangan kejang demam.^{6,7,8} Kejang demam umumnya dijumpai pada bayi dan anak. Kejang demam jarang terjadi pada anak berumur kurang dari 6 bulan atau lebih dari 5 tahun. Anak laki-laki lebih sering menderita kejang demam dibandingkan anak perempuan dengan perbandingan berkisar antara 1.4: 1 dan 1.2: 1.⁶

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu yang terjadi setelah seseorang melakukan pengamatan terhadap suatu objek tertentu.⁹ Sikap adalah perasaan mendukung atau memihak maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak pada objek. Perilaku manusia adalah reaksi yang dapat bersifat sederhana maupun bersifat kompleks terhadap suatu objek.¹⁰

Persepsi ibu tentang demam pada anak akan mempengaruhi tindakan orang tua dalam penanganan pertama demam pada anak. Persepsi adalah stimulus yang diindera. Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi adalah pengalaman, motivasi dan kepribadian.¹¹ Perilaku ibu ini dipengaruhi oleh pemahaman ibu tentang demam dan sikap ibu terhadap demam, namun belum didapatkan data apakah faktor risiko dan faktor dominan yang mempengaruhi terjadinya kejang demam.¹² Penelitian ini akan menganalisis hubungan pengetahuan, sikap dan perilaku orang tua yang buruk terhadap demam pada anak sebagai faktor risiko terjadinya kejang demam dan mengetahui faktor dominan yang memberi kontribusi terjadinya kejang demam yang berkaitan dengan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu terhadap demam pada anak.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan rancangan kasus-kontrol yaitu penelitian epidemiologi analitik observasional yang mengkaji hubungan antara efek (penyakit atau kondisi kesehatan) tertentu dengan faktor risiko tertentu.¹³ Penelitian dilaksanakan di RS Bethesda Yogyakarta selama bulan November – Desember 2007. Subjek penelitian kelompok kasus adalah anak yang dirawat dengan kejang demam ($n=45$), sebagai kontrol adalah anak demam tanpa kejang demam ($n=90$). Kriteria inklusi untuk kelompok kontrol yaitu: didiagnosis demam tanpa

kejang, dirawat di instalasi rawat inap RS Bethesda Yogyakarta periode November – Desember 2007, didampingi orang tua saat dirawat di instalasi rawat inap, orang tua bersedia menjadi responden. Kriteria inklusi untuk kelompok kasus yaitu anak dengan diagnosis kejang demam yang disebabkan oleh kelainan ekstrakranial yang akan dilihat dari diagnosis medis dalam catatan medis, dirawat di instalasi rawat inap RS Bethesda periode November – Desember 2007, didampingi orang tua saat dirawat, penegakan diagnosis kejang demam oleh dokter ahli penyakit anak, orang tua bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi untuk kelompok kasus yaitu kejang karena proses intrakranial, anak yang mengalami kejang tanpa demam, misalnya epilepsi, anak dengan kejang demam yang sedang dalam penapisan (*screening*) kelainan ekstrakranial, demam yang disebabkan oleh faktor lingkungan, fisik dan kimiawi.

Untuk menentukan besar sampel digunakan rumus perkiraan besar sampel untuk uji hipotesis terhadap *Odds Ratio* (OR).¹⁴ Pada penelitian ini ditetapkan tingkat kemaknaan $\alpha=5\%$. Didapatkan besar sampel kelompok kasus adalah 45 dan besar sampel kelompok kontrol adalah 90 (rasio jumlah kasus: kontrol sebesar 1:2). Alasan perhitungan jumlah kontrol lebih banyak daripada jumlah kasus adalah untuk mengantisipasi keterbatasan jumlah kasus. Variabel bebas pada penelitian ini adalah pengetahuan, sikap dan perilaku orang tua terhadap demam pada anak. Variabel tergantung pada penelitian ini adalah terjadinya kejang demam.

Pengambilan data diperoleh dari pengisian kuesioner sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden yang diisi oleh orang tua yang menunggu anak yang dirawat. Instrumen penelitian ini berupa kuesioner yang berisi pertanyaan bersifat tertutup dengan alternatif jawaban "ya" dan "tidak". Data yang terkumpul kemudian dilakukan *editing*, *coding* dan dilakukan *entry* kemudian dianalisis. Analisis data yang dilakukan adalah statistik deskriptif dan analitik. Analisis deskriptif menyajikan data proporsi kelompok kejang demam dan kelompok tanpa kejang demam untuk mengetahui distribusi masing-masing variabel dan struktur dasar data. Tahap berikutnya adalah analisis pola hubungan, besar hubungan dan peran faktor risiko lain. Analisis bivariat untuk menilai OR masing-masing variabel bebas (pengetahuan, sikap dan perilaku orang tua terhadap demam pada anak). Variabel tergantung pada penelitian ini adalah nominal dikotom, sehingga analisis multivariat untuk mengendalikan faktor perancu dilakukan dengan menggunakan analisis regresi logistik.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta pada bulan November - Desember 2007. Data karakteristik sosio-demografi subjek penelitian yang memenuhi kriteria inklusi dimasukkan dalam analisis data, disajikan dalam Tabel 1.

menyelidiki 110 kasus kejang demam dan menemukan 2 penderita berumur kurang dari 6 bulan dan 6 penderita berumur lebih dari 5 tahun.

Pada kelompok kasus, jenis kelamin laki-laki sebanyak 25 anak (55.6%) dan perempuan sebanyak 20 anak (44.4%) dengan perbandingan 1.25 : 1. Hasil penelitian ini tidak jauh berbeda dengan penelitian-

Tabel 1. Karakteristik Sosio-Demografi Subjek Penelitian Faktor Risiko Kejadian Kejang Demam Pada Anak di Instalasi Rawat Inap RS. Bethesda Yogyakarta, November - Desember 2007

Karakteristik		Kelompok		Total (n=135)
		Kontrol (n=90)	Kasus (n=45)	
umur	<6 bulan	0(0%)	3(6.7%)	3(2.2%)
	6-12 bulan	11(12.2%)	7(15.6%)	18(13.3%)
	13-24 bulan	20(22.2%)	19(42.2%)	39(28.9%)
	25-48 bulan	29(32.2%)	12(26.7%)	41(30.4%)
	49-60 bulan	30(33.3%)	2(4.4%)	32(23.7%)
	>5 tahun	0(0%)	2(4.4%)	2(1.5%)
jenis kelamin	laki-laki	48(53.3%)	25(55.6%)	73(54.1%)
	perempuan	42(46.7%)	20(44.4%)	62(45.9%)
pendidikan orang tua	SD	0(0%)	3(6.7%)	3(2.2%)
	SMP	0(0%)	8(17.8%)	8(5.9%)
	SLTA	44(48.9%)	18(40.0%)	62(45.9%)
	D3	37(41.1%)	12(26.7%)	49(36.3%)
	S1	9(10.0%)	4(8.9%)	13(9.6%)
pengalaman anaknya demam	pertama kali	43(47.8%)	17(37.8%)	60(44.4%)
	sudah pernah	47(52.2%)	28(62.2%)	75(55.6%)

Pada kelompok kasus, kelompok umur 13-24 bulan (1-2 tahun) merupakan penderita kejang demam yang terbanyak yaitu sebanyak 19 anak (42.2%) diikuti dengan kelompok umur 25-48 bulan sebanyak 12 anak (26.7%), kelompok umur 6-12 bulan sebanyak 7 anak (15.6%), kelompok umur 49-60 bulan sebanyak 2 anak (4.4%). Hasil penelitian ini tidak jauh berbeda dengan hasil penelitian Chan⁶ tahun 1969 yang menyelidiki 200 kasus kejang demam dan menemukan insidensi tertinggi pada umur 2 tahun dan jelas menurun sesudah umur 4 tahun. Hasil penelitian ini sedikit berbeda dengan hasil penelitian Lumbantobing⁶ tahun 1975 yang menyatakan insidensi tertinggi berkisar antara 6 bulan sampai dengan 1 tahun yaitu sekitar 30% (89 kasus dari keseluruhan 297 kasus).

Kejang demam umumnya dijumpai pada bayi dan anak. Kejang demam jarang terjadi pada anak berumur kurang dari 6 bulan atau lebih dari 5 tahun. Pada penelitian ini ditemukan 3 anak (6.7%) berumur kurang dari 6 bulan dan 2 anak (4.4%) berumur lebih dari 5 tahun. Penelitian Millichap dkk⁶ tahun 1973

penelitian terdahulu yang menyebutkan bahwa anak laki-laki lebih sering menderita kejang demam dibandingkan anak perempuan dengan perbandingan berkisar antara 1.4 : 1 dan 1.2 : 1. Miyake dkk⁶ tahun 1992 mendapatkan dari 112 penderita kejang demam yang diteliti, 60 anak laki-laki dan 52 perempuan. Millichap⁶ tahun 1968 mendapatkan dari 4903 penderita kejang demam, perbandingan laki-laki dan perempuan adalah 1.4 : 1. Lumbantobing⁶ tahun 1975 mendapatkan perbandingan anak laki-laki dan perempuan adalah 1.25 : 1 dari 297 penderita kejang demam yang ditelitinya, 165 anak adalah laki-laki dan 132 anak wanita.

Kebanyakan orang tua responden memiliki latar belakang pendidikan SLTA [sebanyak 18 (40.0%) pada kelompok kasus, 44 (48.9%) pada kelompok kontrol] diikuti oleh pendidikan diploma [sebanyak 12 (26.7%) pada kelompok kasus, 37(41.1%) pada kelompok kontrol]. Uji rerata untuk mengetahui perbedaan antar masing-masing kelompok latar belakang pendidikan yang dilakukan dengan uji ANOVA satu arah disajikan dalam Tabel 2.

Tabel 2. Perbandingan Rerata Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Orangtua Responden Berdasarkan Latar Belakang Pendidikan di Instalasi Rawat Inap RS. Bethesda Yogyakarta, November - Desember 2007

	Pendidikan	n	Rerata	p
Pengetahuan	SD	3	58.82	0.077
	SMP	8	63.97	
	SLTA	62	70.77	
	D3	49	72.74	
	S1	13	76.92	
Sikap	SD	3	45.83	0.098
	SMP	8	67.18	
	SLTA	62	74.19	
	D3	49	76.27	
	S1	13	80.76	
Perilaku	SD	3	50.00	0.532
	SMP	8	73.43	
	SLTA	62	70.76	
	D3	49	71.93	
	S1	13	72.11	

Tabel 2 menunjukkan bahwa walaupun kelompok latar belakang pendidikan yang lebih tinggi memiliki nilai rerata yang cenderung lebih tinggi, namun secara statistik tidak terbukti ada perbedaan bermakna dalam hal pengetahuan ($p = 0.077$), sikap ($p = 0.098$) dan perilaku ($p = 0.532$) antar masing-masing kelompok latar belakang pendidikan. Kebanyakan responden menyatakan bahwa anaknya pernah mengalami gejala demam yaitu sebanyak 28 (62.2%) pada kelompok kasus dan sebanyak 47 (52.2%) pada kelompok kontrol. Uji rerata untuk mengetahui perbedaan masing-masing kelompok pengalaman yang dilakukan dengan uji t disajikan dalam Tabel 3.

Tabel 3. Perbandingan Rerata Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Orangtua Responden Berdasarkan Pengalaman Kejang Demam di Instalasi Rawat Inap RS. Bethesda Yogyakarta, November - Desember 2007

	Pengalaman	n	Rerata	p
Pengetahuan	pertama kali	60	72.25	0.501
	sudah pernah	75	70.74	
Sikap	pertama kali	60	76.87	0.258
	sudah pernah	75	72.66	
Perilaku	pertama kali	60	73.54	0.213
	sudah pernah	75	69.00	

Tabel 3 menunjukkan bahwa di antara dua kelompok pengalaman, baik yang anaknya baru pertama kali mengalami demam maupun yang anaknya sudah pernah mengalami demam, secara statistik tidak terbukti ada perbedaan bermakna dalam hal pengetahuan ($p = 0.501$), sikap ($p = 0.258$) dan perilaku ($p = 0.213$).

Pertanyaan yang banyak dijawab salah oleh responden penelitian ini disajikan dalam Tabel 4. Dalam aspek pengetahuan, kebanyakan responden tidak mengetahui penyebab/ etiologi demam. Pernyataan yang banyak dijawab salah adalah "demam disebabkan oleh infeksi baik infeksi virus maupun bakteri" (dijawab salah oleh sebanyak 75 responden, persentase jawaban benar = 44.4%), "demam disebabkan oleh karena anak kelelahan/ terlalu capek" (dijawab salah oleh sebanyak 112 responden, persentase jawaban benar = 17.0%), "demam disebabkan oleh karena anak mau tumbuh gigi" (dijawab salah oleh sebanyak 82 responden,

Tabel 4. Daftar Pernyataan yang Banyak Dijawab Salah Oleh Responden Penelitian Faktor Risiko Kejadian Kejang Demam Pada Anak di Instalasi Rawat Inap RS. Bethesda Yogyakarta, November - Desember 2007

Aspek	Pertanyaan	Jawaban		Persentase Jawaban benar
		benar	salah	
Pengetahuan	demam disebabkan oleh infeksi baik infeksi virus maupun bakteri	60	75	44.4%
	demam disebabkan karena anak kelelahan/ terlalu capek	23	112	17.0%
	demam disebabkan karena anak mau tumbuh gigi	53	82	39.3%
Sikap	untuk mencegah supaya anak tidak menggigil kedinginan, maka anak yang demam sebaiknya diberi selimut yang tebal	55	80	40.7%
	kompres dengan menggunakan air dingin atau air es akan lebih cepat dan lebih aman menurunkan demam pada anak	78	57	57.8%
Perilaku	saat anak saya demam, saya akan memberikan kompres dengan menggunakan air dingin atau air es	78	57	57.8%
	saat anak saya demam, saya akan memberikan selimut yang tebal untuk mencegah anak menggigil	60	75	44.4%
	saat anak saya demam, saya akan memberikan obat penghambat pertumbuhan bakteri (antibiotika)	64	71	47.4%

persentase jawaban benar = 39.3%). Dalam aspek pengetahuan tentang penanganan demam, sebanyak 73 responden menjawab salah dengan menyatakan "anak yang demam membutuhkan selimut yang tebal untuk mencegah anak menggigil" (persentase jawaban benar = 45.9%).

Dalam aspek sikap, terdapat dua pernyataan yang banyak dijawab salah oleh responden. Sebanyak 80 responden menjawab salah dengan menyatakan setuju pernyataan "untuk mencegah supaya anak tidak menggigil kedinginan, maka anak yang demam sebaiknya diberi selimut yang tebal" (persentase jawaban benar = 40.7%). Sebanyak 57 responden menjawab salah dengan menyatakan setuju pernyataan "kompres dengan menggunakan air dingin atau air es akan lebih cepat dan lebih aman menurunkan demam pada anak" (persentase jawaban benar = 57.8%).

Dalam aspek perilaku, terdapat tiga pernyataan yang banyak dijawab salah oleh responden. Sebanyak 57 responden menjawab salah dengan menyatakan "saat anak saya demam, saya akan memberikan kompres dengan menggunakan air dingin atau air es" (persentase jawaban benar = 57.8%). Sebanyak 75 responden menjawab salah dengan menyatakan "saat anak saya demam, saya akan memberikan selimut yang tebal untuk mencegah anak menggigil" (persentase jawaban benar = 44.4%). Sebanyak 71 responden menjawab salah dengan menyatakan "saat anak saya demam, saya akan memberikan obat penghambat pertumbuhan bakteri (antibiotika)" (persentase jawaban benar = 47.4%).

Hubungan antara pemahaman orang tua tentang demam dengan kekhawatiran orang tua bila anaknya demam disajikan dalam Tabel 5. Sebanyak 112 dari 122 (91.8%) orang tua yang mengetahui definisi demam merasa khawatir bila anaknya demam, sedangkan orang tua yang tidak mengetahui definisi demam merasa khawatir ada sebanyak 69.2%. Ada perbedaan bermakna secara statistik antara

pengetahuan ibu tentang definisi demam dengan kekhawatiran orang tua bila anaknya demam ($p = 0.011$).

Hasil penelitian ini sesuai dengan pengertian persepsi yang dikemukakan oleh Walgito¹¹, yang menyebutkan bahwa persepsi seseorang dipengaruhi oleh faktor personel dan faktor stimulus. Semakin tinggi orang tua mendapatkan stimulus tentang demam, semakin tahu tentang demam dan akan merasa lebih khawatir bila anaknya demam.¹¹

Tabel 5 memperlihatkan tidak ada perbedaan bermakna antara orang tua yang mengetahui penyebab demam karena infeksi dengan kekhawatiran orang tua bila anaknya demam ($p = 0.067$). Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kramer dkk dan Anderson *cit* Purwoko¹² yang menyatakan bahwa tidak ada perbedaan bermakna antara tingginya pengetahuan orang tua tentang penyebab demam dengan kekhawatiran akan bahaya demam. Perbedaan kekhawatiran orang tua lebih banyak disebabkan oleh tingginya demam (suhu tubuh anak), bukan karena etiologi demam.¹²

Analisis bivariat untuk menilai OR masing-masing variabel bebas (pengetahuan, sikap dan perilaku orang tua terhadap demam pada anak) terhadap terjadinya kejang demam disajikan dalam Tabel 6.

Tabel 6 menunjukkan bahwa faktor risiko terjadinya kejang demam adalah pengetahuan, sikap dan perilaku orang tua yang buruk terhadap demam pada anak. Anak dari kelompok orang tua yang memiliki pengetahuan buruk memiliki kemungkinan yang lebih besar terjadi kejang sebesar 3,450 kali (IK 95% 1.630-7.298) dibandingkan dengan anak dari kelompok orang tua yang mempunyai pengetahuan baik. Anak dari kelompok orang tua yang memiliki sikap buruk memiliki kemungkinan yang lebih besar terjadi kejang sebesar 3,755 kali (IK 95% 1.752-8.050) dibandingkan dengan anak dari kelompok orang tua yang mempunyai sikap baik. Anak dari kelompok orang tua yang memiliki perilaku buruk memiliki kemungkinan yang lebih besar terjadi

Tabel 5. Hubungan Antara Pemahaman Orang Tua Tentang Demam dengan Kekhawatiran Orang Tua Bila Anaknya Demam di Instalasi Rawat Inap RS. Bethesda Yogyakarta, November - Desember 2007

Pemahaman	Kekhawatiran		Total	χ^2	p
	Tidak Khawatir	Khawatir			
Suhu anak dikatakan demam					
Salah (%)	4(30.8%)	9(69.2%)	13(100%)	6.440	0.011
Benar (%)	10(8.2%)	112(91.8%)	122(100%)		
Penyebab demam karena infeksi					
Salah (%)	11(14.7%)	64(85.3%)	75(100%)	3.351	0.067
Benar (%)	3(5.0%)	57(95.0%)	60(100%)		

Tabel 6. Analisis Bivariat Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Kejang Demam di Instalasi Rawat Inap RS. Bethesda Yogyakarta, November - Desember 2007

Variabel	Kelompok		OR (IK 95%)
	Kasus (n=45)	Kontrol (n=90)	
Pengetahuan	buruk	29(64.4%)	3.450(1.630-7.298) p = 0.001
	baik	16(35.6%)	
Sikap	buruk	24(53.3%)	3.755(1.752-8.050) p = 0.001
	baik	21(46.7%)	
Perilaku	buruk	24(53.3%)	4.571(2.094-9.981) p < 0.001
	baik	21(46.7%)	

kejang sebesar 4,571 kali (IK 95% 2.094-9.981) dibandingkan dengan anak dari kelompok orang tua yang mempunyai perilaku baik.

Pada Tabel 6 terlihat bahwa pengetahuan, sikap dan perilaku orang tua yang buruk sebagai variabel tunggal merupakan faktor risiko terjadinya kejang demam. Analisis data yang digunakan untuk seberapa besar pengaruh ketiga faktor tersebut secara bersama-sama terhadap terjadinya kejang demam dilakukan dengan analisis multivariat regresi logistik. Analisis multivariat regresi logistik disajikan dalam Tabel 7.

Tabel 7. Analisis Multivariat Faktor yang Paling Dominan yang Mempengaruhi Terjadinya Kejang Demam pada Anak di Instalasi Rawat Inap RS. Bethesda Yogyakarta, November - Desember 2007

Variabel	p	OR	95.0% C.I. for OR	
			Lower	Upper
Pengetahuan	0.231	1.821	0.683	4.859
Sikap	0.597	1.357	0.437	4.214
Perilaku	0.044	2.809	1.027	7.687

Tabel 7 menyajikan analisis multivariat faktor risiko terjadinya kejang demam. Analisis ini menunjukkan bahwa perilaku orang tua yang buruk terhadap demam pada anak merupakan faktor risiko yang bermakna untuk terjadinya kejang demam dengan OR 2,809 (IK 95% 1.027-7.687). Pengetahuan dan sikap orang tua yang buruk terhadap demam pada anak tidak terbukti bermakna dan bukan merupakan faktor risiko yang bermakna untuk terjadinya kejang demam.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perilaku orang tua yang buruk terhadap demam pada anak merupakan faktor risiko yang bermakna berperan terhadap terjadinya kejang demam dengan OR 2,809 (IK 95% 1.027-7.687). Faktor lain yang diduga berperan untuk terjadinya kejang demam yaitu pengetahuan dan sikap orang tua yang buruk terhadap demam tidak terbukti bermakna. Tidak didapatkan acuan dari penelitian terdahulu yang meneliti hubungan keduanya dengan terjadinya kejang demam. Beberapa penelitian terdahulu hanya

menyajikan data deskriptif tentang tingkat pengetahuan dan sikap orang tua terhadap demam pada anak. Rentang interval kepercayaan yang cukup lebar pada penelitian ini dapat disebabkan besar sampel yang minimal.

KESIMPULAN DAN SARAN

Faktor risiko kejadian kejang demam pada anak di instalasi rawat inap RS Bethesda adalah pengetahuan sikap dan perilaku orangtua terhadap kejang demam. Faktor risiko dominan adalah perilaku orangtua.

Meningkatkan kualitas perilaku terhadap demam merupakan sarana untuk mencegah terjadinya kejang demam. Hasil penelitian ini merupakan salah satu informasi penting yang dapat disampaikan kepada orang tua pasien. Disarankan perlunya edukasi kepada orang tua pasien mengenai penyebab demam, penanganan anak yang demam, terutama yang berhubungan dengan pemberian kompres hangat dan anak yang demam tidak memerlukan pakaian/ selimut yang terlalu tebal.

KEPUSTAKAAN

1. Poerwo Soedarmo, S.S, Gama, H., Hadinegoro SRS, editors. Infeksi dan Penyakit Tropis, Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, 2002:27-51.
2. Youssef, A., Al-Eissa, Abdullah, M., Al Sanie, Sulaiman, A., Muhammad, A. Parental Perception of Fever in Children. *Annals of Saudi Medicine*; 2000;20:202-205.
3. Poerwo Soedarmo, S.S, Gama, H., Hadinegoro S.R.S. editors. Infeksi dan Penyakit tropis: Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta. 2002:52-64.
4. Brayden, R.M., Daley, M.F., Brown, J.M. Fever: Common General Pediatric Issues. Dalam Hay WW, Levin MJ, Sondheimer JM, Deterding RR, editors. *Current Diagnosis & Treatment in Pediatrics*, 18th ed, International edition. McGraw-Hill. New York.2007:242-5.

5. Puspongoro, H.D., Widodo, D.P., Ismael S. Konsensus Penatalaksanaan Kejang Demam, IDAI, Jakarta. 2006:1-15.
6. Lumbantobing, S.M. Kejang Demam. Balai Penerbit FK UI, Jakarta. 2002.
7. Soetomenggolo, T.S. Kejang Demam dan Penghentian Kejang. Kelainan Neurologis dalam Praktek Sehari-Hari. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta. 1999.
8. Goodridge, D.M.G. Febrile Convulsions in Childhood. Dalam: Gibber FB (ed). *Medicine International Indonesia Edition Neurology*, 1987;2 (16):1884-7.
9. Notoadmojo, S. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan, Cetakan I. Jakarta. 2003.
10. Azwar, S. Sikap Manusia dan Pengukurannya, Cetakan III. Pustaka Pelajar. Yogyakarta. 1998.
11. Walgito, B. Psikologi Sosial (Suatu Pengantar). Andi Offset, Yogyakarta. 1993;2:53-7.
12. Purwoko. Akurasi dan Pemahaman Demam Pada Anak Oleh Ibu. (Tesis). Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran UGM, Yogyakarta. 2002.