

PENGALAMAN KELUARGA DALAM PENANGANAN PERTAMA PADA ANAK YANG MENGALAMI KEJANG DEMAM

The Lived Experience of Family in Performed First Aid toward Their Children Who Have Febrile Seizures

Gst. Kade Adi Widyas Pranata¹, Huang, Mei-Chih²

¹Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bali, Indonesia,

²National Cheng Kung University, Tainan, Taiwan-R.O.C
Jalan Tukad Balian No. 180 Renon, Denpasar-Bali, Indonesia, 80226
adiwidyas.stikesbali@gmail.com

ABSTRAK

Pendahuluan: serangan kejang demam pada anak tidak hanya disaksikan oleh orang tua, namun juga oleh anggota keluarga lainnya. Namun sangat sedikit penelitian yang menjelaskan tentang pengalaman mereka sebagai keluarga yang utuh dalam memberikan pertolongan pertama terhadap peristiwa yang menyeramkan itu. **Tujuan penelitian:** untuk menggali lebih dalam tentang pengalaman keluarga dalam melakukan penanganan pertama pada anak yang mengalami kejang demam. **Metode:** pendekatan fenomenology deskriptif dengan teknik purposive sampling telah digunakan untuk memotret intisari dari pengalaman keluarga terhadap pertolongan pertama pada anak yang mengalami kejang demam di Bali, Indonesia. Wawancara mendalam dengan tatap muka telah dilakukan sampai data jenuh dengan memperhatikan *Francis method* dan dengan menggunakan panduan wawancara semi-terstruktur dengan pertanyaan terbuka. Wawancara telah direkam dan catatan lapangan telah diambil setiap kali wawancara dilakukan. Teknik analisis tujuh langkah dari Colaizzi's (1978) telah digunakan untuk menganalisa transkrip yang dihasilkan. *Credibility, transferability, dependability, dan confirmability* oleh Lincoln and Guba (1994) telah diaplikasikan untuk memastikan tingkat kepercayaan hasil penelitian. **Hasil:** data telah dikumpulkan dari 12 keluarga yang memiliki pengalaman melakukan pertolongan pertama pada anak yang mengalami kejang demam. Dua tema utama yaitu "tidak tahu harus melakukan apa" dan "melakukan sesuatu yang terpikirkan" telah ditemukan dari hasil analisis. **Diskusi:** tidak tahu harus melakukan apa dan melakukan sesuatu yang terpikirkan telah diterima sebagai intisari dari pengalaman keluarga dalam pertolongan pertama pada anak yang mengalami kejang demam. Hasil penelitian ini menegaskan tentang pentingnya pemberian pendidikan kesehatan untuk menghilangkan kepanikan pada keluarga ketika menghadapi anak mengalami serangan kejang demam, sekaligus membimbing penggunaan respon tindakan yang lebih tepat.

Kata kunci: kejang demam, pengalaman nyata, pertolongan pertama, keluarga, kualitatif

ABSTRACT

Febrile seizures in children are not only witnessed by parents, but also by other family members. However, only few studies have explained their experiences as a whole family in providing first aid to these horrific events. Objectives: The purpose of this study was to explore and describe family lived experience of the first aid performed on their child who had a febrile seizure. Methods: Descriptive phenomenology approach with purposive sampling technique was used to capture the essence of family lived experience of the first aid performed on their child who had a febrile seizure in Bali, Indonesia. Face-to-face in-depth interviews were conducted until the data is saturated by applying the Francis method and using semi-structured interview guide with open-ended questions. Interviews were tape-recorded and field notes were taken following each interview. Colaizzi's (1978) seven steps were used to analyze the verbatim transcripts. Credibility,

transferability, dependability, and confirmability by Lincoln and Guba (1994) were applied to ensuring the trustworthiness of results. Results: Data has been collected from 12 families who have experience providing first aid toward their children who have febrile seizures. The two main themes are “do not know what to do” and “do something that comes to mind” emerged from the analysis. Discussion: “do not know what to do” and “do something that comes to mind” was perceived as the essence of family lived experience in providing first aid to their children who have febrile seizures. These findings emphasize the need of providing health education to eliminate panic in the family, as well as guiding family to respond positively.

Keywords: *febrile convulsion, lived experience, first-aid, family, qualitative*

Pendahuluan

Kejang demam adalah kejang yang umum menyerang anak-anak usia 6 bulan sampai dengan usia 5 atau dibawah 6 tahun (Khair & Elmagrabi, 2015; Paul, Blaikley, & Chinthapalli, 2012). Prevalensi kasus ini terjadi 2-5% pada semua anak-anak secara global (Veisani, Delpisheh, & Sayehmiri, 2013). Tipe kejang ini secara umum berhubungan dengan kejadian demam dimana suhu tubuh anak biasanya lebih dari 38⁰C (100.40 F) melalui pengukuran suhu rektal dan tanpa didahului oleh adanya penyakit saraf (Hesdorffer et al., 2011; Warden, Zibulewsky, Mace, Gold, & Gausche Hill, 2003). Kejang demam dapat terjadi pada semua kelompok lapisan masyarakat tanpa memandang status ekonomi, sosial maupun etnis. Namun berdasarkan data, kejadiannya lebih sering menimpa/ menyerang populasi anak-anak di Asia (Paul et al., 2012).

Dalam dekade terakhir, hasil dari penelitian berbasis populasi menunjukkan bahwa tidak ada bukti ilmiah yang mengatakan bahwa kejang demam dapat menyebabkan kerusakan pada otak (Jones & Jacobsen, 2007; Leung & Robson, 2007). Kemampuan fungsional ataupun prognosis anak dengan riwayat kejang demam sama baiknya dengan anak-anak lainnya yang tidak pernah mengalami kejang demam (Chang, Guo, Huang, Wang, & Tsai, 2000; Hampers & Spina, 2011). Meskipun demikian, mengetahui sifat alamiah kejang yang dapat terjadi berulang dan pengalaman menyaksikan anak mengalami kejang secara langsung akan menyebabkan keluarga mengalami kecemasan dan bukan tidak mungkin dapat melakukan tindakan pertolongan yang keliru (Huang, Liu, & Thomas, 2002).

Berdasarkan hasil studi literature ditemukan bahwa kebanyakan penelitian yang ada saat ini hanya mengidentifikasi pengalaman pelaksanaan pertolongan pertama pada orang tua tanpa melibatkan

pengalaman anggota keluarga lainnya. Ini menjadi sangat penting mengingat bahwa struktur/ komposisi keluarga di Indonesia masih mengadopsi sistem keluarga besar (extended family) dan karenanya memungkinkan perawatan anak termasuk kejadian kejang yang terjadi tidak hanya dialami oleh orang tua saja, namun juga oleh anggota keluarga lainnya. Tidak hanya itu, kebanyakan penelitian yang ada saat ini masih menggunakan jenis penelitian kuantitatif (Farsar & Kolahi, 2008; Huang, Liu, & Thomas, 2002; Kanemura et al., 2013; Kolahi & Tahmoorieszadeh, 2009) dan karenanya tidak memberikan kesempatan kepada keluarga untuk menceritakan secara bebas pengalaman mereka melakukan pertolongan terhadap anak yang mengalami kejang demam.

Studi kualitatif adalah jalan yang tepat untuk mengeksplor pengalaman keluarga karena pendekatan ini memang dikenal mampu mengungkapkan dan menggali variabel yang tidak bisa diukur dengan cara kuantitatif (Clissett, 2008; Creswell, 2013; Forman, Creswell, Damschroder, Kowalski, & Krein, 2008; Rapport, Clement, Doel, & Hutchings, 2015). Adapun tujuan penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi dan menjelaskan secara mendalam pengalaman keluarga dalam melakukan penanganan atau pertolongan pertama pada anak yang mengalami kejang demam.

Metode

Desain

Pendekatan atau desain penelitian fenomenologi deskriptif (*descriptive phenomenological*) telah digunakan untuk mengeksplor struktur dan intisari (essence) serta memahami pengalaman nyata orang tua secara lebih mendalam tentang penanganan pertama pada anak yang mengalami kejang demam. Pendekatan ini dipilih agar pengalaman yang didapatkan lebih fokus kepada penjelasan

yang mendalam daripada interpretasi peneliti (Creswell, 2013). Pelaksanaan desain ini dilakukan dengan menerapkan dua langkah penting yaitu *epoche (abstention)* dan *lead back*. The consolidated criteria for reporting qualitative research (COREG) checklist juga digunakan untuk memastikan kualitas dari penelitian yang dilakukan (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007).

Partisipan

Teknik purposive sampling telah digunakan untuk mendapatkan pengalaman yang bervariasi dari partisipan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang sudah ditetapkan, disamping teknik ini memudahkan peneliti ketika melakukan konfirmasi data jika masih ada yang kurang lengkap (Forman, Creswell, Damschroder, Kowalski, & Krein, 2008). Adapun kriteria inklusi yang dimaksud adalah sebagai berikut: keluarga yang memiliki pengalaman melakukan penanganan pertama pada anak yang mengalami kejang demam, usia partisipan harus lebih dari delapan belas tahun dan mampu berkomunikasi dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Bali. Sedangkan kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah keluarga yang memiliki gangguan kognitif, gangguan mental, bisu atau gangguan dalam berkomunikasi. Dalam penelitian fenomenologi kualitatif, rekomendasi jumlah dari partisipan yang harus diwawancara adalah lima sampai dua puluh lima ibu (Creswell, 2013) atau ditentukan pada saat wawancara berdasarkan tingkat kejenuhan data (Francis et al., 2010). Dalam penelitian ini data saturasi diperoleh setelah dilakukan interview terhadap 12 keluarga.

Etika Penelitian, Proses Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian Penelitian ini merupakan bagian dari penelitian besar tentang kecemasan dan perilaku koping orang tua terhadap anak dengan kejang demam yang telah mendapatkan persetujuan oleh Institutional Review Board (IRB) Universitas Udayana dengan no seri 1828/ UN.14.2/ KEP/ 2017. Selain meminta persetujuan dari komite etik, peneliti juga mengajukan surat permohonan ijin penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya Kota Denpasar. Setelah kedua ijin didapatkan, peneliti kemudian langsung melakukan pengumpulan data. Terdapat dua metode yang telah dilakukan dalam pengumpulan data. Pertama, peneliti datang langsung ke ruang perawatan anak untuk mencari keluar-

ga yang anaknya sedang dirawat dengan kejang demam. Kedua, peneliti datang ke rumah keluarga yang memiliki anak dengan kejang demam berdasarkan data yang diperoleh dari rekam medis rumah sakit. Pada tahap selanjutnya, peneliti kemudian melakukan pendekatan baik dengan berbincang-bincang secara langsung ataupun melalui telepon, melakukan pemeriksaan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, dan menjelaskan maksud serta tujuan penelitian. Semua calon partisipan telah diberikan penjelasan yang komprehensif baik dalam bentuk tertulis maupun secara verbal mengenai maksud dan tujuan penelitian. Sejak keluarga bersedia menjadi partisipan, mereka kemudian diminta untuk mengisi informed consent dan proses wawancara siap untuk dimulai.

Proses wawancara telah dilakukan dengan menggunakan panduan wawancara semi-terstruktur dengan teknik wawancara tatap muka atau *one-on-one* sampai data dikatakan jenuh. Wawancara dimulai dengan mengkaji data demographic yang dilanjutkan dengan mengajukan pertanyaan terbuka (*open-ended questions*) dan pertanyaan penggalian (*probing questions*) yang telah disiapkan dan dibuat sebelumnya berdasarkan tujuan penelitian, hasil diskusi dengan para ahli, dan hasil literature review. Proses wawancara dalam penelitian ini berlangsung kurang lebih 30-60 menit atau diproses sampai saturasi data diperoleh (Mapp, 2008). Adapun lokasi wawancara dalam penelitian ini dilaksanakan di dua tempat, yaitu di rumah sakit ataupun di rumah ibu. Semua proses wawancara antara peneliti dan partisipan telah direkam, dan dicatat dalam bentuk catatan lapangan atau memo untuk memperkaya/mengklarifikasi data wawancara dan memastikan apakah semua pertanyaan telah diajukan atau disampaikan dengan peserta. Pengulangan wawancara tidak dilakukan pada penelitian ini oleh karena semua pertanyaan telah diajukan dan kejenuhan data telah diperoleh saat wawancara yang pertama dilakukan pada masing-masing partisipan. Hasil dari rekaman wawancara telah disalin dan ditranskripsi dalam bentuk naskah untuk proses validasi oleh anggota peneliti lainnya. Semua proses pengumpulan data ini dilaksanakan pada bulan Juni tahun 2017.

Analisa Data dan Tingkat Kepercayaan (*trustworthiness*) Semua hasil wawancara partisipan diberi kode, dan data individual diidentifikasi untuk melindungi kerahasiaan mereka. Selanjutnya, analisis data

induktif diterapkan dengan menggunakan tujuh langkah analisis metode Colaizzi (1978) (Polit & Beck, 2017). Semua partisipan setuju atas hasil analisis tanpa ada masukan apapun. Semua keputusan analisis telah dicatat dalam jejak audit atau rekam jejak. Tingkat kepercayaan dari penelitian ini dicapai dengan menggunakan empat kriteria dari Lincoln dan Guba (1994) seperti *credibility*, *transferability*, *dependability* dan *confirmability* (Guba & Lincoln, 1994; Hanson, Balmer, & Giardino, 2011; Ho, Tseng, Hsin, Chou, & Lin, 2016). Dalam *credibility*, penelitian ini dijamin dengan penggunaan teknik wawancara yang mampu menggali pengalaman partisipan secara mendalam, pendekatan yang dilakukan berulang kali, pengalaman peneliti yang sudah lebih dari lima tahun sebagai perawat anak dan telah mendapatkan credit untuk kursus penelitian kualitatif. Terkait dengan *transferability*, penelitian ini dijamin dengan penjelasan yang melimpah dan catatan lapangan yang dihasilkan dari wawancara; kehati-hatian dalam mentransfer pengalaman partisipan ke dalam teks (saat proses transkripsi) untuk mempertahankan *originalitas*; dan sikap netral peneliti. Terkait dengan *dependability*, penelitian ini dijamin dengan pelaksanaan *peer debriefing*, prosedur penelitian yang ketat, dan *member checking*. Dan terkait *confirmability*, penelitian ini dijamin dengan dokumentasi rekam jejak terhadap prosedur penelitian, pengumpulan data, proses analisa dan interpretasi data.

Hasil dan Diskusi

Jumlah keluarga yang diwawancarai dalam penelitian ini adalah sebanyak 12 keluarga, yang terdiri dari ayah, ibu, kakek dan nenek dari anak yang mengalami kejang demam. Usia partisipan bervariasi mulai dari 20 sampai 70 tahun. Jumlah kejadian kejang yang dialami anak bervariasi mulai dari satu kali sampai lebih dari satu kali. Meskipun demikian, hampir semuanya menceritakan pengalaman yang serupa dalam penanganan pertama pada anak yang mengalami kejang demam. Adapun jumlah tema yang dihasilkan dalam penelitian ini adalah sebanyak dua yaitu “tidak tahu harus melakukan apa” dan “melakukan sesuatu yang terpikirkan”.

1. Tidak tahu harus melakukan apa

Tema ini menjelaskan bahwa ada dua sisi fenomena yang terjadi di dalam masyarakat. Pertama, masih banyak keluarga yang

belum memahami dan mendapatkan pengetahuan kesehatan tentang penanganan kejang demam dan karenanya banyak diantara mereka yang akhirnya tidak tahu harus melakukan apapun. Kedua, meskipun terdapat keluarga yang sudah mendapatkan pengetahuan kesehatan tentang penanganan kejang demam baik saat anak mereka melakukan pemeriksaan, imunisasi, atau karena riwayat kejang demam sebelumnya, namun karena kepanikan yang dialami akhirnya tidak terpikirkan untuk melakukan sesuatu. Tema “tidak tahu harus melakukan apa” dibentuk oleh dua sub tema berdasarkan fenomena pengalaman yang terjadi yaitu “kepanikan mengacaukan pikiran” dan “ketidaktahuan penyakit dan penanganannya”.

A. Kepanikan mengacaukan pikiran

Sub tema ini menjelaskan bahwa kepanikan, kecemasan, ataupun ketakutan yang terjadi akibat melihat peristiwa kejang demam telah mengacaukan sisi fisiologis otak untuk mampu berpikir jernih dan mampu mengingat kembali pengetahuan atau keterampilan yang telah didapatkan sebelumnya. Pengalaman yang dibagikan oleh keluarga ini sejalan dengan hasil penelitian yang dikemukakan oleh Hartley & Phelps (2012); Maner, et al. (2007); dan Miu, Heilman, & Houser (2008) bahwa memang benar ada hubungan yang bermakna antara kecemasan, kemampuan berpikir dan bertindak. Banyak diantara anggota keluarga yang mengatakan meskipun mereka pernah mendapatkan pendidikan kesehatan saat melakukan pemeriksaan tumbuh kembang, imunisasi, dan pengobatan oleh karena anaknya mengalami demam ataupun riwayat kejadian kejang demam, namun mereka lupa. Hal ini sesuai dengan apa yang terjadi dan diungkapkan oleh salah satu dari anggota keluarga berikut.

“Dulu saat anak yang pertama (kakak pasien) kejang sudah pernah diberikan pengetahuan sama dokternya... namun sudah lupa dan tidak kepikiran untuk melakukan hal itu karena saking paniknya... saya juga tidak tahu kenapa semua itu mendadak hilang” (P.4)

Mereka mengatakan lupa karena sangat takut melihat anak kejang dengan mata mendelik, tidak sadar, badan kebiruan dan mulut yang mengeluarkan busa yang terlihat seperti orang meninggal. Peristiwa ini seperti yang terjadi pada keluarga berikut.

“Sewaktu anak kejang itu ya panik lah, soalnya anak pertama kan.... lihat dia... takut... mata mendelik, badan ini biru semua,

mulut ada keluar busa.... Pokoknya seperti orang mati... takut... Saya pernah baca-baca, browsing, tanya-tanya dokter. Disana dibilang kalau anak demam kejang itu jangan panik bu ya, tenang biarin dia kejang.... Karena dia ini tidak pernah kejang, terus mendadak tiba-tiba kejang.... jadinya panik, akhirnya lupa... lupa segalanya.... Pada saat itu ilmu yang sudah kita dapat dari baca-baca artikel sama tanya-tanya dokter itu berasa tidak berguna...” (P.7)

Kekacauan pikiran akibat kepanikan memang merupakan momok yang menakutkan dan ini terus menerus terjadi meskipun anak sudah pernah mengalami kejang demam sebelumnya ataupun keluarga pernah mengalami hal yang serupa sebelumnya. Diketahui bahwa tampilan anak kejang yang terlihat seperti orang meninggal atau ketakutan terhadap terjadinya kehilangan yang mendadak, terlebih terjadi pada “anak” yang merupakan sosok yang didambakan oleh keluarga adalah sumber penyebab dari semua kepanikan ini. Kemudian dari kepanikan yang timbul akan menyebabkan munculnya trauma, dan karenanya meskipun kejadian kejang terjadi berulang-ulang, keluarga tetap terlihat mengalami kepanikan. Hal ini sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh Yehuda, Halligan, & Bierer (2001) bahwa memang ada hubungan yang signifikan antara trauma dan kepanikan atau permasalahan psikologis lainnya. Meskipun demikian, asumsi ini perlu ditinjau lebih jauh lagi.

B. Ketidaktahuan penyakit dan penanganannya

Sub tema ini menjelaskan bahwa banyak anggota masyarakat yang belum mendapatkan pendidikan kesehatan tentang masalah-masalah kesehatan yang umum terjadi pada anak-anak terutama adalah kejang demam. Tidak hanya itu, ketiadaan pengalaman menyaksikan ataupun merawat anak atau anggota keluarga lainnya dengan kejang demam sebelumnya juga merupakan salah satu penyebab masalah ini. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh anggota keluarga berikut.

“Iya saat itu saya takut sekali... soalnya saya tidak pernah sama sekali mengalami hal ini... Saya juga tidak tahu bagaimana penanganannya... Caranya gimana ini, dipakan ini... Itu paniknya bukan main... Saya takut terjadi kenapa-apa...” (P.9)

Ketidaktahuan penyakit dan penanganannya juga membuat keluarga takut untuk melakukan sesuatu. Mereka takut jika

tindakan yang dilakukan akan berbahaya terhadap anaknya. Ini sesuai dengan apa yang diungkapkan oleh salah satu anggota keluarga berikut.

“Saya tidak berusaha memberikan sesuatu ataupun melakukan sesuatu... ini karena saya bingung... saya takut kondisi anak saya memburuk...” (P.5)

Lebih jauh lagi, ketidaktahuan tentang penyakit dan penanganannya telah menyebabkan keluarga mengalami perasaan bersalah dan seperti orang bodoh yang tidak tahu harus berbuat apa selama beberapa waktu. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh salah satu anggota keluarga berikut.

“Saya hanya bisa menangis dan bengong terdiam, seperti orang bodoh saat itu... saya tidak sempat melakukan apapun... saya tidak tahu harus melakukan apapun... ada orang lain ngomong apa itu sudah tidak peduli... ga denger... itu terngiang sampai beberapa hari...” (P.8)

Ketidaktahuan tentang penyakit dan penanganannya terlebih ketika penyakit ini sangat umum terjadi di masyarakat tidak bisa dianggap masalah yang sepele. Karena dengan adanya ketidaktahuan ini maka otomatis keluarga tidak akan memiliki referensi dalam melakukan pertolongan pertama dan pastinya kepanikan akan lebih mudah terjadi jika dibandingkan dengan orang yang memiliki pengetahuan (Farsar & Kolahi, 2008; Kanemura et al., 2013; Leung & Robson, 2007). Oleh karena itu pemberian health education, bimbingan ataupun pelatihan tentang penanganan pertama pada anak dengan kejang demam bisa menjadi salah satu solusi untuk permasalahan ini.

2. Melakukan sesuatu yang terpikirkan

Tema ini menjelaskan bahwa keluarga telah melakukan sesuatu tindakan dalam penanganan pertama pada anak yang mengalami kejang demam. Sesuai dengan namanya, tema ini lebih menjelaskan mengenai penanganan yang dilakukan berdasarkan apa yang terbersit dalam pikiran keluarga pada saat menyaksikan anak mengalami kejang demam. Meskipun demikian, tidak semua tindakan yang dilakukan oleh keluarga adalah tindakan yang direkomendasikan menurut standar penanganan kegawatdaruratan pada anak yang mengalami kejang demam (Capovilla, Mastrangelo, Romeo, & Vigevano, 2009; Huang, Liu, Huang, Thomas, 2002). Secara umum tindakan yang dilakukan oleh keluarga berdasarkan sesuatu

yang terpikirkan ini dapat digolongkan ke dalam dua sub tema yaitu tindakan langsung dan tidak langsung membawa anak ke pusat pelayanan kesehatan. Pusat pelayanan kesehatan digunakan sebagai target tujuan tindakan dikarenakan pada dasarnya ketika manusia mengalami suatu kesakitan tujuan utamanya pasti akan mencari pengobatan. Ini bisa dianalogikan seperti ketika kita ingin mencari pendidikan pasti kita akan pergi ke sekolah. Pemilihan kata langsung dan tidak langsung dalam sub tema ini didasarkan pada pola hidup terutama perilaku koping masyarakat yang ketika menghadapi masalah ada yang ingin buru-buru mengatasi masalah, tapi ada juga yang menunda sampai batas waktu tertentu, ada yang mandiri namun ada juga yang tergantung, ada yang menggunakan problem focus coping, namun ada juga yang emotional focus coping.

A. Langsung membawa ke pusat pelayanan kesehatan

Sub tema ini menjelaskan bahwa ketika anak mengalami kejang demam, keluarga segera dan buru-buru membawa anak ke pusat pelayanan kesehatan, baik ke dokter, bidan praktek swasta, klinik, ataupun rumah sakit. Karena keputusan ini banyak diantara mereka yang akhirnya tidak mempersiapkan dengan baik keperluan-keperluan untuk mendapatkan penanganan di pusat pelayanan kesehatan seperti membawa uang, dokumen-dokumen penting untuk registrasi, dll. Selain itu banyak juga diantara keluarga yang tidak memperhatikan penampilan fisiknya seperti tidak mengenakan alas kaki dan pakaian yang sopan, menjaga kebersihan diri, dan lain-lain, seperti yang diungkapkan oleh salah satu anggota keluarga berikut.

“Saya cepet-cepet lari ke UGD... Sampai kakeknya tidak pakai baju, lari tidak pakai sandal... Kita itu ke rumah sakit tidak membawa apa-apa, tidak membawa kartu apapun, tanpa uang ke rumah sakit, ditambah belum mandi... Saking paniknya, kita di rumah tidak tahu harus melakukan apa...” (P.6)

Meskipun pada akhirnya keluarga langsung membawa anak ke pusat pelayanan kesehatan, namun pada awalnya mereka tidak tahu harus berbuat apa. Keputusan mereka untuk membawa anak ke pusat pelayanan kesehatan diambil berdasarkan saran yang diberikan oleh tetangga, seperti yang diungkapkan oleh keluarga berikut.

“Hanya saja waktu anak saya kejang

itu, mereka (tetangga) memberikan saran untuk membawanya ke rumah sakit... Selain itu tidak ada... Soalnya kan kita sama-sama tidak pernah memiliki anak kejang...” (P.2)

Selain berdasarkan saran oleh tetangga, keputusan untuk langsung membawa anak ke pusat pelayanan kesehatan juga berasal karena tidak adanya anggota keluarga yang berpengalaman atau memiliki pengetahuan dalam merawat anak dengan kejang demam serta ketiadaan kepala keluarga selaku pengambil keputusan utama. Karenanya dalam pikiran mereka hanya terbersit bagaimana caranya anak mendapatkan pertolongan segera. Banyak diantara mereka yang mengatakan bahwa pada saat kejadian hanya berdua saja di rumah bersama ibu atau ayah mertua, tanpa ada sosok sang suami, seperti yang diungkapkan oleh anggota keluarga berikut.

“Karena berdua di rumah, terus adiknya tak bawa lari... saya bawa lari ke poskamling sana, mau cari dokter... disana di depannya kan ada dokter...” (P.8)

Meskipun keputusan untuk membawa anak ke pusat pelayanan kesehatan adalah baik, namun ketika itu dilakukan saat anak masih dalam kondisi kejang dan terburu-buru tentu ini menjadi sangat berbahaya. Bayangkan saja saat status psikologi sedang panik, ditambah dengan munculnya gerakan menghentak-hentak pada anak, ini justru akan memicu adrenalin keluarga dan beresiko menyebabkan kejadian kecelakaan di jalan raya. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh anggota keluarga berikut.

“Waktu anak kejang, saya berdua bersama ibu membawa motor ke rumah sakit... saat itu kondisi anak masih kejang... Meskipun jarak rumah sakit dekat, 5 – 10 menit, namun anak masih dalam posisi kejang saat itu...” (P.12)

Tidak hanya berbahaya, lebih jauh lagi tindakan yang dilakukan dengan buru-buru membawa anak ke pusat pelayanan kesehatan juga membawa perubahan psikologis pada keluarga yang menjadi lebih mudah marah dan dapat menimbulkan perselisihan dengan orang lain. Hal ini seperti yang dialami oleh anggota keluarga berikut.

“Kita seperti orang bodoh, atau orang gila mungkin. Kita itu memarahi orang-orang di jalan saat kita bawa ke dia ke UGD... karena anak saya itu dilihatnya seperti tontonan... Apalagi ketika suami saya bilang dia sudah meninggal. Kemudian saya berkata... itu baju anak saya masih banyak yang belum dipakai, orang tidak ada masalah

dengan anakku... ” (P.5)

Tindakan untuk membawa anak langsung ke pusat pelayanan kesehatan dapat memberikan manfaat yang baik namun dapat juga bersifat sebaliknya. Tindakan ini dapat bersifat baik jika dilakukan setelah serangan kejang selesai. Namun dapat bersifat berbahaya jika dilakukan terburu-buru saat kejang masing terjadi. Meskipun demikian, yang terpenting adalah pastikan setiap keputusan yang diambil telah dipikirkan dengan matang, tidak dengan buru-buru, dan berdasarkan hasil diskusi dengan orang yang berpengalaman.

B. Tidak langsung membawa ke pusat pelayanan kesehatan

Sub tema ini menjelaskan bahwa ketika anak mengalami kejang demam, keluarga tidak segera membawa anak ke pusat pelayanan kesehatan. Dalam pikirannya mereka lebih terbersit untuk melakukan tindakan lainnya terlebih dahulu daripada membawa anak buru-buru ke pusat pelayanan kesehatan. Dalam sub tema ini ada berbagai macam jenis tindakan yang dilakukan oleh keluarga mulai dari memeluk anak erat-erat, mengangkat dan menggoyangkan badan anak, serta menepuk-menepuk memanggil anak agar tersadar. Semua tindakan tersebut dilakukan karena keluarga melihat kondisi anak yang tidak sadarkan diri, seperti orang yang sudah tidak bernyawa dan karenanya mereka berupaya semaksimal mungkin untuk membangunkannya. Hal ini seperti yang dilakukan oleh anggota keluarga berikut.

“Seharusnya katanya kl kejang kan ga boleh diangkat ya, tapi saya angkat soalnya saya panik kan... ini baru pertama gitu lho... Nah pas kejadian Raline itu, pas kejang itu di depan mata ngerasain... aduhh panik pastinya... Langsung anak itu diangkat sama suami... terus suami bilang, kamu kenapa? koq kamu panik sekali? Seharusnya kamu jangan panik, kamu tenang, biarin dia nyelesein kejang nya itu... jangan langsung diangkat...” (P.7)

“Saya sempat menepuk untuk membangunkan dengan memanggil namanya... tapi tetep saja begitu... tidak ada respon...” (P.6)

Selain itu, terdapat pula tindakan keluarga yang mencoba membuka tangan anak yang kaku, melepaskan pakaiannya dan menaruhnya di lantai atau memberikan es pada kakinya. Mereka berasumsi bahwa kondisi lantai yang dingin atau memberikan rangsangan dingin pada kaki anak akan

mampu mengurangi demam yang terjadi dan karenanya kejang yang terjadi juga akan hilang dengan segera. Hal ini seperti yang diceritakan oleh salah satu anggota keluarga berikut.

“Saya buka tangannya, terus saya lepasin roknya, sepatunya, bajunya... terus saya taruh dia dilantai... katanya biar cepet dingin...” (P..5)

Pada kenyataannya, tindakan yang dilakukan oleh keluarga kadang tidak hanya satu tindakan saja. Mereka juga menggunakan gabungan beberapa tindakan pada saat anak mengalami kejang demam. Sebut saja seperti tindakan menaruh anak di lantai dan membuka mulut anak dengan paksa untuk menaruh sendok di mulutnya. Kedua tindakan ini sampai saat ini masih banyak dipraktekkan karena kepercayaan terhadap tradisi dan ilmu yang diturunkan turun-temurun, seperti yang diungkapkan oleh anggota keluarga berikut.

“Perasaan sewaktu anak kejang itu langsung bingung jadinya... Soalnya ini kan sudah kedua kalinya... sewaktu kejang itu langsung jatuh dia, tapi pas itu di pangkuan saya, jadinya saya langsung ambil... tanpa pikir panjang saya taruh dia di lantai... kalau orang Bali kan kalau orang kejang disuruh taruh di tanah atau kalau tidak di lantai juga boleh... katanya biar ga lama kejangnya... Kemudian setelah di taruh dia di bawah sana (di lantai), sama bapaknya dia dikasi sendok (dimasukkan sendok ke mulutnya)... biar tidak kejepit giginya... Langsung dikasi sendok biar tidak ke gigit...” (P.10)

Masih berbicara tentang kekakuan yang terjadi pada anak yang mengalami kejang demam. Diketahui bahwa selain menggunakan sendok dalam membuka paksa mulut anak, keluarga juga memasukkan jari-jari mereka ke mulut anak agar gigi tidak mengatup dan menjepit lidahnya. Banyak diantara mereka yang melaporkan bahwa jari-jari tangannya mengalami luka setelah tindakan ini dilakukan, seperti yang diceritakan oleh anggota keluarga berikut.

“Saya masukkin tiga jari tangan saya dulu di mulut anak... ya supaya tidak tertutup dan terjepit dia lidahnya... itu sakitnya luar biasa, tangan ini sampai luka, berdarah... Kemudian tunggu sampai dia menangis, baru kemudian dibawa ke rumah sakit...” (P.3)

Dalam penanganan yang dilakukan, keluarga tidak hanya melakukan tindakan mekanis dalam pertolongan pertama. Masih banyak juga yang menerapkan pertolongan

dengan menggunakan obat-obatan herbal ataupun kimiawi dan penanganan dengan cara tradisional lainnya. Tindakan yang umum dilakukan adalah seperti memberikan anak obat penurun panas saat kejang terjadi dan mengoleskan minyak atau ramuan tradisional seperti minyak telon, campuran minyak dan bawang merah, dll. Hal ini serupa dengan hasil penelitian oleh Ling (2000); Oche & Onankpa (2013); dan Ofovwe, Ibadin, Ofovwe, & Okolo (2002) dan seperti yang diungkapkan oleh anggota keluarga berikut.

“Saya sempat mengoleskan minyak telon supaya ada reaksi... tapi tetap tidak ada... Itu terjadi spontan saja... tidak ada yang memberitahu sebelumnya... tidak ada pengalaman juga...” (P.6)

Melakukan tindakan pertolongan dengan menggunakan pengobatan tradisional mungkin terdengar ketinggalan jaman di era modern ini. Namun bagi keluarga Indonesia yang memegang erat budaya dan tradisi, hal ini tidak bisa dikesampingkan. Ini terbukti dari banyaknya tindakan pertolongan yang masih mengedepankan pengobatan tradisional terlebih dahulu dibandingkan dengan pengobatan modern. Tindakan ini dipilih selain karena menggunakan bahan-bahan dari alam yang murah, mudah didapatkan dan minim efek samping, juga karena masih berkembangnya anggapan di masyarakat bahwa warisan turun temurun sudah terbukti khasiatnya. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh anggota keluarga berikut.

“Kalau orang Jawa kan disuruh memberikan bawang itu yang pertama... kemudian baru disuruh di taruh di lantai... saya kasi bawang ke seluruh badannya sampai kaki-kakinya biar hangat... kemudian beberapa saat dia mulai sadar sedikit... Ya syukur... Itu benar-bener manjur sekali... Saya benar-benar ketakutan waktu itu... saya tanya keluarga, tetangga, terus saya dikasi tahu untuk olesin dia bawang yang dicampur minyak biar dia hangat...” (P.11)

Selain karena memberikan manfaat seperti yang disebutkan diatas, pengobatan tradisional dipilih juga karena kepercayaan yang masih kental hidup di masyarakat bahwa kejang demam disebabkan oleh makhluk halus, hal-hal gaib atau sesuatu penyebab yang bersifat kasat mata. Mereka menganggap bahwa kejang adalah peristiwa atau penyakit yang tidak wajar, dekat dengan kematian dan karenanya perlu dinetralisir

dengan cara-cara yang tradisional termasuk dengan pengobatan tradisional. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh anggota keluarga berikut.

“Saya membaluri tubuhnya dengan bawang merah dicampur minyak saat itu... itu karena kita percaya kejangnya itu karena pengaruh makhluk halus... Itu tradisi leluhur disini, ya saya percaya saja...” (P.4)

Meskipun demikian, ada juga keluarga yang menerapkan tindakan pertolongan berdasarkan kepercayaan dianutnya. Tindakan yang dilakukan ini seperti memanjatkan doa atau membaca-baca mantra dalam kitab suci, melakukan nazar/ janji-janji tertentu dengan Tuhan, dan lain-lain. Hal ini seperti yang dilakukan oleh anggota keluarga berikut.

“Waktu anak saya kejang itu badannya biru ke unguan, tangan ini tidak bisa dibuka, kaku... Suami saya yang besar tinggi itu tidak bisa buka tangan dia... mata nya itu mendelik ketas, yang terlihat hanya bagian putihnya saja... Ini sudah meninggal, begitu kata suami saya... Sudah meninggal ini... Sudah mau balik ke rumah, tiba-tiba suami saya seperti orang gila... histeris seperti orang gila dia... Kemudian dia lari lagi sambil baca-baca doa menurut agama... Tiba-tiba badan anak saya lemas lagi, darahnya, badan itu separuh merah lagi. Setelah itu langsung saya bawa ke UGD...” (P.5)

Berdasarkan pengalaman diatas dapat diketahui bahwa masih banyak tindakan-tindakan diluar logika yang dilakukan oleh masyarakat yang cenderung berbahaya tidak hanya bagi anak juga bagi keluarga sebagai pemberi asuhan. Bagaimanapun juga tidak ada satupun tindakan tersebut diatas yang dapat dibenarkan ataupun disalahkan. Benar atau salah, tepat atau keliru, hanya dapat dinilai ketika terjadi masalah atau bahaya setelah tindakan tersebut dilakukan.

Simpulan dan saran

Berdasarkan pengalaman yang diceritakan oleh keluarga mengenai penanganan pertama pada anak yang mengalami kejang demam ditemukan dua tema utama yaitu “tidak tahu harus melakukan apa” dan “melakukan sesuatu yang terpikirkan”. Masing-masing tema tersebut memiliki dua sub tema di dalamnya yaitu “kepanikan mengacaukan pikiran” dan “ketidaktahuan penyakit dan penanganannya” untuk tema pertama, dan “langsung” dan “tidak langsung

membawa ke pusat pelayanan kesehatan” untuk tema kedua. Ketika anak mengalami serangan kejang demam, secara umum mereka tidak tahu tindakan apa yang harus dilakukan oleh karena pikiran mereka sedang diliputi oleh kepanikan. Kemudian, walaupun mereka akhirnya memutuskan untuk melakukan sesuatu, tindakan yang dipilih hanya berdasarkan apa yang terbersit pada pikirannya, terlepas dari apakah itu benar atau salah, tepat atau keliru, berbahaya atau tidak berbahaya. Mereka meyakini bahwa hanya itulah tindakan terbaik yang dapat dilakukan saat itu. Terlepas dari itu semua, hasil penelitian ini menegaskan bahwa kepanikan adalah sumber penyebab utama kekacauan pikiran dan pengambilan keputusan dalam melakukan tindakan. Dan karenanya hasil penelitian mengindikasikan tentang pentingnya pemberian pendidikan kesehatan kepada seluruh keluarga yang memiliki anak baik dengan ataupun tanpa riwayat kejang demam untuk selalu tenang ketika menghadapi serangan kejang. Meskipun ini terlihat susah untuk dilakukan, namun setidaknya ketika serangan kejang terjadi terdapat satu atau lebih anggota keluarga yang tenang, berpikir jernih, dan mampu berperan sebagai pengambil keputusan terhadap tindakan yang akan dilakukan. Mengingat bahwa ini merupakan penelitian kualitatif, maka untuk melakukan pengukuran atau pengujian lebih jauh lagi tentang asumsi-asumsi yang dihasilkan, perlu dipertimbangkan penggunaan bentuk design ataupun jenis penelitian lainnya.

Daftar Pustaka

- Capovilla, G., Mastrangelo, M., Romeo, A., & Vigevano, F. (2009). Recommendations for the management of “febrile seizures” Ad hoc task force of LICE guidelines commission. *Epilepsia*, 50, 2-6.
- Chang, Y. C., Guo, N. W., Huang, C. C., Wang, S. T., & Tsai, J. J. (2000). Neurocognitive attention and behavior outcome of school-age children with a history of febrile convulsions: A population study. *Epilepsia*, 41(4), 412-420.
- Clissett, P. (2008). Evaluating qualitative research. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 12(2), 99-105
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Farsar, A. R., & Kolahi, A. A. (2008). Can educational programs help ease parental anxiety following their child first febrile convulsion? *Iranian Journal of Child Neurology*, 2(3), 25-31.
- Forman, J., Creswell, J. W., Damschroder, L., Kowalski, C. P., & Krein, S. L. (2008). Qualitative research methods: key features and insights gained from use in infection prevention research. *American Journal of Infection Control*, 36(10), 764-771.
- Francis, J., Johnston, M., Robertson, C., Glidewell, L., Entwistle, V., Eccles, M., & Grimshaw, J. (2010). What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. *Psychology & Health*, 25(10), 1229-1245.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research*, 2(163-194), 105.
- Hampers, L., & Spina, L. (2011). Evaluation and management of pediatric febrile seizures in the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 29(1), 83-93.
- Hanson, J. L., Balmer, D. F., & Giardino, A. P. (2011). Qualitative research methods for medical educators. *Academic Pediatrics*, 11(5), 375-386.
- Hartley, C. A., & Phelps, E. A. (2012). Anxiety and decision-making. *Biological psychiatry*, 72(2), 113-118.
- Hesdorffer, D. C., Benn, E. K., Bagiella, E., Nordli, D., Pellock, J., Hinton, V., & Shinnar, S. (2011). Distribution of febrile seizure duration and associations with development. *Annals of Neurology*, 70(1), 93-100.
- Ho, H.-M., Tseng, Y.-H., Hsin, Y.-M., Chou, F.-H., & Lin, W.-T. (2016). Living with illness and self-transcendence: the lived experience of patients with spinal muscular atrophy. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2695-2705.
- Huang, M. C., Liu, C. C., & Thomas, K. (2002). Parental responses to first and recurrent febrile convulsions. *Acta Neurologica Scandinavica*, 105(4), 293-299.
- Jones, T., & Jacobsen, S. (2007). Childhood febrile seizures: Overview and implications. *International Journal of Medical Sciences*, 4(2), 110-114.
- Kanemura, H., Sano, F., Mizorogi, S., Tando,

- T., Sugita, K., & Aihara, M. (2013). Parental thoughts and actions regarding their child's first febrile seizure. *Pediatrics International*, 55(3), 315-319.
- Khair, A. M., & Elmagrabi, D. (2015). Febrile seizures and febrile seizure syndromes: An updated overview of old and current knowledge. *Neurology Research International*, 2015, 1-7.
- Kolahi, A.-A., & Tahmoorezadeh, S. (2009). First febrile convulsions: Inquiry about the knowledge, attitudes and concerns of the patients' mothers. *European Journal of Pediatrics*, 168(2), 167-171.
- Leung, A. K., & Robson, W. L. M. (2007). Febrile seizures. *Journal of Pediatric Health Care*, 21(4), 250-255.
- Ling, S. (2000). Parental response and understanding towards febrile convulsion. *The Medical Journal of Malaysia*, 55(4), 419-423.
- Maner, J. K., Richey, J. A., Cromer, K., Mallott, M., Lejuez, C. W., Joiner, T. E., & Schmidt, N. B. (2007). Dispositional anxiety and risk-avoidant decision-making. *Personality and Individual Differences*, 42(4), 665-675.
- Miu, A. C., Heilman, R. M., & Houser, D. (2008). Anxiety impairs decision-making: psychophysiological evidence from an Iowa Gambling Task. *Biological psychology*, 77(3), 353-358.
- Mapp, T. (2008). Understanding phenomenology: The lived experience. *British Journal of Midwifery*, 16(5), 308-311.
- Oche, O. M., & Onankpa, O. B. (2013). Using women advocacy groups to enhance knowledge and home management of febrile convulsion amongst mothers in a rural community of Sokoto State, Nigeria. *Pan African Medical Journal*, 14(1), 49-54.
- Ofovwe, G. E., Ibadin, O. M., Ofovwe, E. C., & Okolo, A. A. (2002). Home management of febrile convulsion in an African population: A comparison of urban and rural mothers' knowledge attitude and practice. *Journal of The Neurological Sciences*, 200(1-2), 49-52.
- Paul, S., Blaikley, S., & Chinthapalli, R. (2012). Clinical update: Febrile convulsion in childhood. *Community Practitioner*, 85(7), 36-38.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Rapport, F., Clement, C., Doel, M. A., & Hutchings, H. A. (2015). Qualitative research and its methods in epilepsy: contributing to an understanding of patients' lived experiences of the disease. *Epilepsy & Behavior*, 45, 94-100.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.
- Veisani, Y., Delpisheh, A., & Sayehmiri, K. (2013). Familial history and recurrence of febrile seizures; A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Pediatrics*, 23(4), 389-395.
- Warden, C., Zibulewsky, J., Mace, S., Gold, C., & Gausche Hill, M. (2003). Evaluation and management of febrile seizures in the out-of-hospital and emergency department settings. *Annals of Emergency Medicine*, 41(2), 215-222.
- Yehuda, R., Halligan, S. L., & Bierer, L. M. (2001). Relationship of parental trauma exposure and PTSD to PTSD, depressive and anxiety disorders in offspring. *Journal of psychiatric research*, 35(5), 261-270.