

**KARYA ILMIAH AKHIR**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.S**  
**DENGAN DIAGNOSA MEDIS *EPILEPSI***  
**DI RUANG D2 RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**



Oleh :

**ADE SAPUTRI S.Kep.**  
**NIM. 2030003**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**  
**2021**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.S  
DENGAN DIAGNOSA MEDIS *EPILEPSI*  
DI RUANG D2 RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai satu syarat  
untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**



**Oleh :**

**ADE SAPUTRI S.Kep.**

**NIM. 2030003**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA  
2021**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya ,13 Juli 2021  
Penulis



**ADE SAPUTRI.,S.Kep**  
**NIM.2030003**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan kami amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Ade Saputri S.Kep.

NIM : 2030003

Prodi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada AN.S Dengan Diagnosa Medis *EPILEPSI* Di  
Ruang D2 RSPAL Dr. RAMELAN Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwanya ilmiah ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar:

**Pembimbing**



**Dwi Ernawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

**NIP.03.023**

**Mengetahui**  
**Stikes HangTuah Surabaya**  
**Ka Prodi Pendidikan ProfesiNers**

**Ns. Nuh Huda, M.Kep.,Sp.Kep.MB**

**NIP. 03020**

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Dari :

Nama : Ade Saputri S.Kep  
NIM : 2030003  
Prodi : Pendidikan Profesi Ners  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada AN.S Dengan Diagnosa Medis  
*EPILEPSI* Di Ruang D2 RSPAL dr.Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di STIKES Hang  
Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh gelar “NERS (Ns.)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners Stikes  
Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Dwi Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIP. 03023



Penguji II : Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes  
NIP. 03003



Penguji III : Qori Ila Saidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.An  
NIP. 03026



Mengetahui,  
Stikes Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.  
NIP. 03020

Ditetapkan Di : Stikes Hang Tuah Surabaya  
Tanggal : 13 Juli 2021

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesaikannya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Laksamana pertama TNI dr.Radito Soesanto, Sp.THT.KL,Sp.KL selaku Kepala RSPAL dr. Ramelan Surabaya atas pemberian izin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
2. Ibu Dr. A.V Sri Suhardiningsih., SKp.,M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
4. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan motivasi dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia dalam menyelesaikan Program Studi Pendidikan Profesi Ners.

5. Ibu Dwi Ernawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing yang telah memberikan arahan, saran, masukan dan meluangkan waktu untuk membimbing saya dalam proses penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Ibu Diyah Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku penguji 1 yang telah meluangkan waktu untuk memberikan arahan dan membimbing saya demi penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Ibu Qori'ila Saidah, S.Kep.,Ns., M.Kep.,Sp.,Kep.An selaku penguji 2 yang telah meluangkan waktu untuk memberikan arahan dan membimbing saya demi penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Seluruh dosen dan staf karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
9. Teman-teman sealmamater Profesi Ners di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir ini.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 13 Juli 2021

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>SURAT PERNYATAAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xiii</b>

### **BAB 1 PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang.....	5
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan.....	7
1.3.1 Tujuan Umum.....	7
1.3.2 Tujuan Khusus.....	7
1.4 Manfaat Penulis.....	7
1.5 MetodePenulisan.....	8
1.5.1 Metode.....	8
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	8
1.5.3 Sumber Data.....	8
1.6 Sistematika Penulisan.....	8

### **BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep Penyakit <i>Epilepsi</i> .....	9
2.1.1 Definisi <i>Epilepsi</i> .....	9
2.1.2 Anatomi Fisiologi Otak Manusia.....	10
2.1.3 Etiologi <i>Epilepsi</i> .....	13
2.1.4 Klasifikasi <i>Epilepsi</i> .....	14
2.1.5 Manifestasi <i>Epilepsi</i> .....	15
2.1.6 Patofisiologi <i>Epilepsi</i> .....	15
2.1.7 Komplikasi <i>Epilepsi</i> .....	16
2.1.8 Penatalaksanaan <i>Epilepsi</i> .....	17
2.1.9 Pemeriksaan Penunjang <i>Epilepsi</i> .....	18
2.2 Konsep Anak Usia Toddler.....	20
2.2.1 Definisi Pertumbuhan dan Perkembangan Pada Anak.....	20
2.2.2 Tahapan Tumbuh Kembang.....	20
2.2.3 Ciri Ciri Perkembangan Anak Usia Toddler.....	21
2.2.4 Hospitalisasi Anak Usia Toddler.....	23
2.2.5 Nutrisi Pada Anak Usia Toddler.....	24
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan <i>Epilepsi</i> .....	25
2.3.1 Pengkajian Keperawatan.....	25
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	28
2.3.3 Intervensi Keperawatan.....	29
2.3.4 Implementasi Keperawatan.....	33
2.3.5 Evaluasi Keperawatan.....	33



2.3.6	WOC <i>Epilepsi</i> .....	34
-------	---------------------------	----

### **BAB 3 TINJAUAN KASUS**

3.1	Pengkajian Keperawatan.....	35
3.1.1	Identitas.....	35
3.1.2	Keluhan Utama.....	35
3.1.3	Riwayat Penyakit Sekarang.....	35
3.1.4	Riwayat Kehamilan dan Persalinan.....	36
3.1.5	Riwayat Masa Lampau.....	37
3.1.6	Pengkajian Keluarga.....	38
3.1.7	Riwayat Sosial.....	39
3.1.8	Kebutuhan Dasar.....	39
3.1.9	Keadaan Umum.....	40
3.1.10	Tanda Tanda Vital.....	41
3.1.11	Pemeriksaan Fisik.....	41
3.1.12	Tingkat Perkembangan.....	44
3.1.13	Pemeriksaan Penunjang.....	46
3.2	Diagnosa Keperawatan.....	48
3.2.1	Analisa Data.....	48
3.2.2	Prioritas Masalah.....	49
3.3	Intervensi Keperawatan.....	50
3.4	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	56

### **BAB 4 PEMBAHASAN**

4.1	Pengkajian.....	65
4.1.1	Identitas.....	65
4.1.2	Keluhan Utama.....	66
4.1.3	Riwayat Penyakit Sekarang.....	66
4.1.4	Riwayat Penyakit Dahulu.....	67
4.1.5	Kebutuhan Dasar.....	68
4.1.6	Pemeriksaan Fisik.....	68
4.1.7	Tingkat Perkembangan.....	68
4.1.8	Pemeriksaan Penunjang.....	69
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	69
4.3	Intervensi Keperawatan.....	70
4.4	Implementasi Keperawatan.....	72
4.5	Evaluasi Keperawatan.....	75

### **BAB 5 PENUTUP**

5.1	Simpulan.....	77
5.2	Saran.....	78

<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	79
<b>LAMPIRAN</b> .....	80

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Klasifikasi tipe kejang <i>epilepsi</i> .....	15
Tabel 2.2	Intervensi keperawatan pada pasien <i>epilepsi</i> .....	29
Tabel 3.1	Terapi pasien An.S dengan diagnose <i>epilepsi</i> .....	46
Tabel 3.2	Analisa data keperawatan An.S dengan <i>epilepsi</i> .....	48
Tabel 3.3	Prioritas masalah keperawatan <i>epilepsi</i> .....	50
Tabel 3.4	Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.....	50
Tabel 3.5	Masalah keperawatan resiko cedera.....	52
Tabel 3.6	Masalah keperawatan deficit pengetahuan.....	54
Tabel 3.7	Implementasi dan Evaluasi gangguan mobilitas fisik.....	56
Tabel 3.8	Implementasi dan Evaluasi resiko cedera.....	59
Tabel 3.9	Implementasi dan Evaluasi deficit pengetahuan.....	62

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Organ Otak Manusia.....	10
Gambar 2.2	Struktur Neuron.....	11
Gambar 2.3	Pelepasan molekul neurotransmitter oleh neuron.....	12
Gambar 2.4	WO <i>Cepilepsi</i> .....	34

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	<i>Curriculum Vitae</i> .....	80
Lampiran 2	Motto dan Persembahan.....	81

## DAFTAR SINGKATAN

### SINGKATAN

ANC	: <i>Ante Natal care</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BBL	: Berat Badan Lahir
BCG	: <i>Basillus Calmette Guerin</i>
DPT	: Difteri Pertusis Tetanus
EEG	: <i>Electroensanografi</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
HIB	: Hemmoinfluenza Tipe B
HB	: Hepatitis B
HGB	: Hemoglobin
ROM	: <i>Range Of Motion</i>
RR	: <i>Respiratory rate</i>
SDKI	: Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
TT	: <i>Tetanus Toxoid</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1. Latar Belakang**

Epilepsi adalah penyakit saraf yang ditandai dengan episode kejang yang dapat disertai hilangnya kesadaran penderita. Meskipun biasanya disertai hilangnya kesadaran, ada beberapa jenis kejang tanpa hilangnya kesadaran (Kristanto, 2017). Kejang epilepsi dihasilkan dari aktivitas neuronal di otak yang abnormal, terus menerus dan berlebihan (American Academy of Neurology, 2012). Kerusakan jaringan ini akan meningkatkan masalah pada penyakit saraf yaitu epilepsi sehingga menyebabkan kejang dan mengakibatkan risiko cedera. Kondisi ini merupakan gangguan neurologis umum kronis yang ditandai dengan kejang berulang tanpa alasan, kejang sementara atau gejala dari aktivitas neuronal yang abnormal, berlebihan atau sinkron di otak (Wulan Maryanti, 2016).

Menurut data WHO, sekitar 50 juta orang di dunia menderita epilepsi, dimana setiap tahunnya didapatkan 2.4 juta orang terdiagnosa epilepsi. Prevalensi epilepsi di negara berkembang ditemukan lebih tinggi daripada negara maju, dimana di negara berkembang ditemukan 5-74 kasus per 1.000 orang. Angka tersebut meningkat pada daerah pedalaman yaitu 15.4 (4.8-49.6) kasus per 1.000 orang (Lengkoan, Khosama, & Sampoerno, 2015). Di Indonesia belum didapatkan data yang pasti mengenai penderita epilepsi, namun di negara berkembang diperkirakan ada 1-2 juta penderita epilepsi dimana terdapat 5-10 kasus per 1.000 orang dan insiden 50 kasus per 100.000 orang per tahun.1 (Kemenkes RI, 2012).

Di Indonesia menurut Departemen Kesehatan 2008 Angka penderita epilepsi

mencapai 12% dengan angka kematian 2%. Penyakit Epilepsi merupakan penyakit yang sangat kompleks dan komprehensif sehingga mempengaruhi semua system tubuh artinya sama juga dengan mempengaruhi gaya hidup manusia. epilepsi merupakan kelainan otak yang ditandai dengan kecenderungan untuk menimbulkan bangkitan epileptik yang terus menerus, dengan konsekuensi neurobiologis, kognitif, psikologis, dan sosial, dimana terjadi minimal 1 kali bangkitan epileptik (Asli, 2019). Epilepsi juga berpotensi mengakibatkan cedera fisik,kelemahan pada fisik dan penurunan kesadaran. Maka dari itu diperlukan penanganan dan edukasi yang lama terhadap penderita dan keluarga,jika tidak segera diatasi epilepsi akan berdampak buruk terhadap perkembangan perilaku dan juga akan berdampak pada kesehatan (cedera fisik) (Ika & Hidayati,2019).

Pada pasien epilepsi risiko cedera dapat dilakukan penatalaksanaan yaitu dengan memberikan pasien edukasi untuk mencegah terjadinya kejang, istirahat yang cukup sehingga tenaga bisa terkumpul untuk memenuhi kebutuhan secara mandiri, dukung pasien dalam menegakkan latihan secara bertahap dan teratur (jika sudah memungkinkan) sesuai kemampuannya dan mungkin meningkatkan kemampuan pasien untuk mengidentifikasi tanda-tanda awal akan serangan,sehingga dapat mengurangi resiko (Andarmoyo,2012:94).

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah, dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimanakah Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada An. S Dengan Diagnosa Medis *Epilepsi* Di Ruang D2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya”.

### **1.3. Tujuan**

#### **1.3.1. Tujuan Umum**

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses Asuhan Keperawatan Pada An.S Dengan Diagnosa Medis Epilepsi Di Ruang D2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya

#### **1.3.2. Tujuan Khusus**

1. Melakukan Pengkajian Pada An. S dengan diagnose Epilepsi Di Ruang D2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya
2. Merumuskan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan pada pada An. S dengan diagnose Epilepsi Di Ruang D2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya
3. Merencanakan asuhan keperawatan padaAn. S dengan diagnose Epilepsi Di Ruang D2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya

### **1.4. Manfaat Penelitian**

Berdasarkan dengan tujuan, maka tujuan akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat : menjadi masukan bagi pelayanan di Rumah Sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan dengan baik, dapat menjadi salah satu rujukan bagi penelitian berikutnya, sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa *Epilepsi*.



## **1.5. Metode Penulisan**

### **1.5.1. Metode**

Metode penulisan yang digunakan pada karya ilmiah akhir ini adalah metode studi kasus.

### **1.5.2. Teknik Pengumpulan Data**

Adapun langkah-langkah yang diambil penulisan dalam karya ilmiah akhir ini yaitu studi kepustakaan, observasi dan pemeriksaan.

### **1.5.3. Sumber Data**

Sumber data yang digunakan yaitu data primer, sekunder dan studi kepustakaan.

## **1.6. Sistematika Penulisan**

Secara keseluruhan studi karya ilmiah akhir ini dibagi menjadi 3 bagian, yaitu terdiri dari bagian awal: terdiri dari halaman judul, halaman pernyataan hasil karya sendiri, persetujuan komisi pembimbing, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, dan daftar lampiran. Bagian inti memuat Bab 1 pendahuluan, bab 2 tinjauan pustaka, bab 3 tinjauan kasus, bab 4 pembahasan dan bab 5 penutup. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini membahas mengenai konsep penyakit, landasan teori, dan asuhan keperawatan pada pasien An. S Konsep penyakit yang akan terdiri dari definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit *Epilepsi* dengan melakukan Asuhan Keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **2.1 Konsep Penyakit *Epilepsi***

##### **2.1.1 Definisi *Epilepsi***

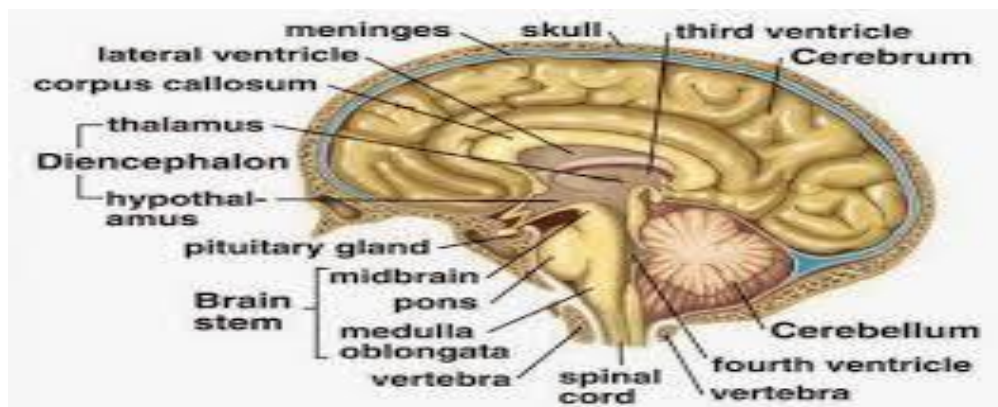
Epilepsi adalah gejala kompleks dari banyak gangguan fungsi otak berat yang dikarakteristikan oleh kejang berulang keadaan ini dapat di hubungkan dengan kehilangan kesadaran, gerakan berlebihan atau hilangnya tonus otot atau gerakan dan gangguan perilaku, alam perasaan, sensasi dan persepsi sehingga epilepsy bukan penyakit tetapi suatu gejala (Smeltzer & Bare, 2011).

Epilepsy terjadi ketika seseorang telah memiliki riwayat kejang epilepsy, serta pada otak telah menunjukkan keadaan patologis dan memiliki kecenderungan yang abadi untuk muncul kejang berulang. Spesifiknya, epilepsy didiagnosis ketika seorang individu memiliki paling sedikit dua kali reflex atau kejang > 24 jam yang tak beralasan, atau satu kali reflex kejang dengan probabilitas mengalami kejang lain yang mirip dengan resiko kekambuhan umum setelah dua serangan tak beralasan (> 60 %) selama 10 tahun kedepan, atau dengan terapi obat anti kejang selama > 5 tahun (Walter *et al*, 2018)

Hal ini menyebabkan berbagai jenis kejang yang bervariasi dalam tingkat

keparahan, penampilan, penyebab, konsekuensi, dan manajemen terapi. Kejang yang lama atau berulang-ulang dapat mengancam jiwa. Pasien dengan epilepsi juga dapat mengalami keterlambatan perkembangan saraf, masalah memori, dan atau gangguan kognitif (Rogers and Cavazos, 2011). Adanya kejang epilepsi merupakan manifestasi klinik dari aktivitas saraf yang berlebihan dan abnormal dalam korteks serebral. Kejang dalam epilepsi adalah suatu manifestasi umum dan tidak spesifik dari adanya cedera neurologi, kejang yang ditimbulkan juga sangat bervariasi tergantung di daerah otak fungsional yang terlibat (Ikawati, 2011).

### 2.1.2 Anatomi Fisiologi Otak Manusia



**Gambar 2.1** Organ Otak Manusia (Campbell *et al*, 2004)

Sistem saraf pusat terdiri dari otak dan sumsum tulang belakang (Fitzgerald, 2012). Otak manusia berbentuk gyrencephalic yaitu berlipat (Rockland, 2017). Otak banyak membutuhkan nutrisi terutama glukosa dan oksigen, dengan demikian otak membutuhkan aliran darah yang cukup. Otak terdiri dari 20 milyar neuron, setiap neuron dapat menerima informasi melalui ribuan sinaps dalam satu waktu. Otak orang dewasa hampir 95% terdiri dari jaringan neural dalam tubuh. Berat otak orang dewasa: 1,4 kg dan volume 1350 cc. Otak laki-laki 10% lebih besar dari wanita, oleh karena perbedaan rata-rata ukuran badan (Bachrudin, 2014). Sumsum tulang

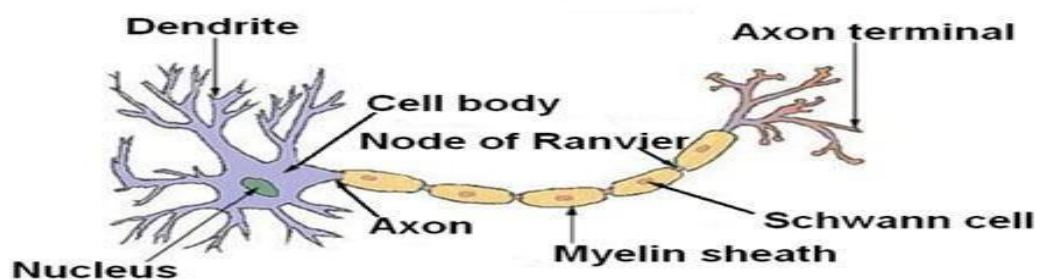
belakang (medula spinalis) berbentuk silinder dan panjang yang terdapat disaluran vertebra panjangnya sekitar 45 cm dan tebalnya sebesar jari kelingking (Wilson *et al*,2010).

Otak dan medula spinalis pada susunan saraf pusat merupakan pusat-pusat utama dimana terjadi hubungan integrasi dari informasi saraf;karenanya dibutuhkan pelindung yang baik. (Snell, 2015).Pelindung pada sistem saraf pusat meliputi:

- a. Tulang tengkorak
- b. Selaput otak (meningen)
- c. Cairan serebrospinal
- d. Penghalang darah-otak (*Blood Brain Barrier*)

Jaringan pada SSP (Sistem Syaraf Pusat) memiliki suplai darah yang luas, namun terisolasi dari sirkulasi umum oleh BBB (*Blood Brain Barrier*). Penghalang ini menyediakan sarana untuk memelihara lingkungan yang konstan, untuk mengontrol fungsi neuron SSP (Sistem Syaraf Pusat) agar stabil (Bachrudin, 2014).

### Structure of a Typical Neuron



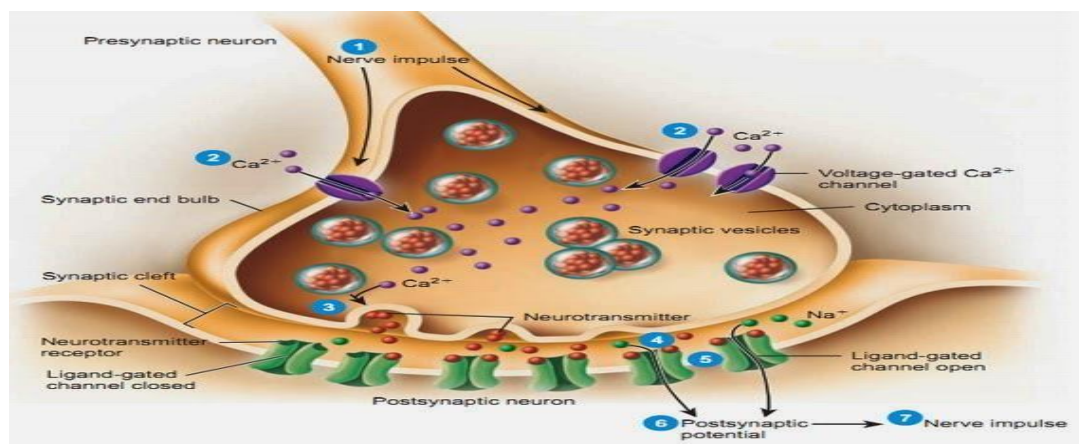
**Gambar 2.2** Struktur Neuron (Ikawati, 2011)

Sel saraf berfungsi untuk menerima, menginterpretasi, dan mentransmisikan sinyal listrik. Listrik dalam digunakan untuk mengontrol saraf, otot, dan organ. Dendrit merupakan bagian neuron yang berfungsi menerima informasi dari rangsangan

atau dari sel lain. Pada dendrit terdapat multisensor yang kemudian akan mengubah segala rangsangan menjadi sinyal listrik. Setelah dikelola, akson akan menghantarkan sinyal listrik dari badan sel ke sel lain atau ke organ melalui terminalakson. Di seluruh membran neuron terdapat beda potensial (tegangan) yang disebabkan adanya ion negatif yang lebih di dalam membran daripada di luar membran.

Keadaan ini neuron dikatakan terpolarisasi.

Bagian dalam sel biasanya mempunyai tegangan 60-90mV lebih negative dibanding bagian luarnya. Beda potensial ini disebut potensial istirahat neuron. Ketika ada rangsangan, terjadi perubahan potensial sesaat yang besar pada potensial istirahat di titik rangsangan, potensi ini disebut potensial aksi. Potensial aksi merupakan metode utama transmisi sinyal dalam tubuh. Stimulasi dapat berupa rangsang listrik, fisik dan kimia seperti panas, dingin, cahaya, suara, dan bau. Jika ada impuls, ion-ion  $\text{Na}^+$  akan masuk dari luar sel ke dalam sel. Hal ini menyebabkan dalam sel menjadi lebih positif dibanding luar sel, dan potensial membrane meningkat, hal ini disebut depolarisasi



**Gambar 2.3** Pelepasan molekul neurotransmitter oleh neuron (Rizzo, 2016)

Neurotransmitter berfungsi sebagai penyeimbang, jika terdapat gangguan pembentukan atau kerusakan dari salah satu neurotransmitter maka

akan terlihat adanya suatu manifestasi klinis dari suatu penyakit (Ariani, 2012). Lepasnya neurotransmitter disebabkan karena adanya impuls pada ujung saraf dan sangat tergantung pada perubahan  $Ca^{2+}$  di luar sel yang akan masuk melalui saluran ion yang diatur dengan voltase (*voltage regulated ion channel*) maupun yang dilepas dari penyimpanan intrasel (Wibowo & Gofir, 2011).

Neuron diklasifikasikan menurut fenotip neurotransmiternya, yang umumnya menentukan apakah mereka eksitatorik atau inhibitorik. Eksitasi dan inhibisi merupakan neurotransmitter yang berperan dalam sindrom epilepsi. Neurotransmitter eksitasi (aktivitas pemicu kejang) yaitu glutamat, aspartat, asetilkolin, norepinefrin, histamin, faktor pelepas kortikotropin, purin, peptid, sitokin dan hormone steroid, sedangkan neurotransmitter inhibisi (aktivitas penghambat) adalah GABA dan dopamin (Nordli dkk., 2006). Neurotransmitter eksitatorik yang paling umum di SSP adalah glutamat, sedangkan neurotransmitter inhibitorik tersering adalah GABA (Bachrudin, 2014). Efek eksitatorik dan inhibisi pada membran pascasinaps neuron bergantung pada jumlah respon pascasinaps pada sinaps yang berbeda. Jika efek keseluruhannya adalah depolarisasi, neuron akan terstimulasi dan potensial aksi akan dibangkitkan pada segmen inisial akson dan impuls saraf dihantarkan sepanjang akson. Jika efek keseluruhannya adalah hiperpolarisasi, neuron akan diinhibisi dan tidak ada impuls saraf yang timbul (Snell, 2006).

### **2.1.3 Etiologi Epilepsi**

Epilepsi disebabkan dari gangguan listrik disritmia pada sel syaraf pada salah satu bagian otak yang menyebabkan sel ini mengeluarkan muatan listrik abnormal, berulang dan tidak terkontrol (Smeltzer & Bare, 2011).

1. Idiopatik sebagian besar epilepsi pada anak adalah epilepsi idiopatik
2. Faktor herediter

3. Faktor genetik pada kejang demam dan breath holdingspell
4. Kelainan congenital otakatrofi, poresenfali, agenesis korpuskolosum
5. Gangguan metabolik.
6. Infeksi radang yang disebabkan bakteri atau virus pada otak dan selaputnya,toksoplasmosi
7. Trauma kontusio serebri, hematoma subaraknoid, hematomasubdural
8. Neoplasma otak danselaputnya
9. Kelainan pembuluh darah, malformasi, penyakitkolagen
10. Keracunan, demam, luka dikepala dan pasca ciderakepala
11. Kekurangan oksigen atauasfiksia neonatorum, terutama saatproseskelahiran
12. Hydrocephalus atau pembesaran ukurankepala
13. Gangguan perkembangan otak
14. Riwayat bayi dan ibu menggunakan obat antikolvusan yang digunakan sepanjang hamil. Riwayat ibu-ibu yang memiliki resiko tinggi (tenaga kerja, wanita dengan latar belakang sukar melahirkan, pengguna obat-obatan, diabetes atau hipertensi).

#### 2.1.4 Klasifikasi *Epilepsi*

Klasifikasi epilepsi menurut *International League Against Epilepsy (ILAE)* 2017

**Tabel 2.1 Klasifikasi Tipe Kejang Epilepsi**

No	Klasifikasi Tipe Epilepsi	
1	<b>Epilepsi fokal</b>	Titik asal meliputi satu hemisfer serebri
2	<b>Epilepsi umum</b>	Titik asal meliputi dua hemisfer serebri

3	<b>Kombinasi fokal dan umum</b>	Dravet Syndrome
4	<b>Tidak diketahui</b>	Tidak termasuk dalam klasifikasi tipe epilepsi manapun

### 2.1.5 Manifestasi *Epilepsi*

Menurut Hidayat (2009) Yaitu :

1. Dapat berupa kejang-kejang, gangguan kesadaran atau gangguan penginderaan
2. Kelainan gambaran EEG
3. Tergantung lokasi dan sifat fokus Epileptogen
4. Mengalami Aura yaitu suatu sensasi tanda sebelum kejang epileptic (Aura dapat berupa perasaan tidak enak, melihat sesuatu, mencium bau- bauan tak enak, mendengar suara gemuruh, mengecap sesuatu, sakit kepala dan sebagainya)
5. Satu atau kedua mata dan kepala bergerak menjauhi sisi focus
6. Menyadari gerakan atau hilang kesadaran
7. Bola mata membalik ke atas, bicara tertahan, mati rasa, kesemutan, perasaan ditusuk-tusuk, dan seluruh otot tubuh menjadikaku.
8. Kedua lengan dalam keadaan fleksi tungkai, kepala, dan leher dalam keadaan ekstensi, apneu, gerakan tersentak-sentak, mulut tampak berbusa, reflek menelan hilang dan salivameningkat.

### 2.1.6 Patofisiologi *Epilepsi*

Menurut Kleigman (2008) Otak merupakan pusat penerima pesan (impuls sensorik) dan sekaligus merupakan pusat pengirim pesan (impuls motorik). Otak ialah



rangkaian berjuta-juta neuron. Pada hakekatnya tugas neuron ialah menyalurkan dan mengolah aktivitas listrik saraf yang berhubungan satu dengan yang lain melalui sinaps. Dalam sinaps terdapat zat yang dinamakan neurotransmitter. Acetylcholine dan norepinephrine ialah neurotransmitter eksitatif, sedangkan zat lain yakni GABA (gama-amino-butiric- acid) bersifat inhibitif terhadap penyaluran aktivitas listrik saraf dalam sinaps. Bangkitan epilepsi dicetuskan oleh suatu sumber gaya listrik saraf di otak yang dinamakan fokus epileptogen.

Dari fokus ini aktivitas listrik akan menyebar melalui sinaps dan dendrit ke neuron-neuron di sekitarnya dan demikian seterusnya sehingga seluruh belahan hemisfer otak dapat mengalami muatan listrik berlebih (depolarisasi). Pada keadaan demikian akan terlihat kejang yang mula-mula setempat selanjutnya akan menyebar ke bagian tubuh atau anggota gerak yang lain pada satu sisi tanpa disertai hilangnya kesadaran. Dari belahan hemisfer yang mengalami depolarisasi, aktivitas listrik dapat merangsang substansia retikularis dan inti pada talamus yang selanjutnya akan menyebarkan impuls-impuls ke belahan otak yang lain dan dengan demikian akan terlihat manifestasi kejang umum yang disertai penurunan kesadaran.

#### **2.1.7 Komplikasi *Epilepsi***

Menurut Elizabeth (2010) komplikasi epilepsi dapat terjadi:

1. Kerusakan otak akibat hipoksia dan retardasi mental dapat timbul akibat kejang yang berulang
2. Dapat timbul depresi dan keadaan cemas
3. Cedera kepala
4. Cedera mulut
5. Fraktur

### 2.1.8 Penatalaksanaan *Epilepsi*

#### a. Penatalaksanaan medis

- 1) Farmakoterapi : Antikouvulsion.
- 2) Pembedahan : Untuk pasien epilepsya akibat tumor otak, abses, kista atau adanya anomali vaskuler

#### b. Penatalaksanaan keperawatan

##### SelamaKejang :

- 1) Berikan privasi dan perlindungan pada pasien
- 2) Mengamankan pasien di lantai jika memungkinkan.
- 3) Hindarkan benturan kepala atau bagian tubuh lainnya dari bendar keras, tajam atau panas. Jauhkan iadari tempat / bendaberbahaya.
- 4) Longgarkan bajunya. Bila mungkin, miringkan kepalanya kesamping untuk mencegah lidahnya menutupi jalanpernapasan
- 5) Biarkan kejang berlangsung. Jangan memasukkan benda keras diantara giginya, karena dapat mengakibatkan gigi patah. Untuk mencegah gigi klien melukai lidah, dapat diselipkan kain lunak disela mulut penderita tapi jangan sampai menutupi jalanpernapasannya.
- 6) Ajarkan penderitauntuk mengenali tanda-tanda awalmunculnya epilepsi atau yang biasa disebut “aura”. Jika Penderita mulai merasakan aura, maka sebaiknya berhenti melakukan aktivitas apapun pada saat itu dan anjurkan untuk langsung beristirahat atautidur.
- 7) Bila serangan berulang-ulang dalam waktu singkat atau penyandang terluka berat, bawa ia ke dokter atau rumah sakit terdekat.

##### Setelah Kejang

- 1) Penderita akan bingung atau mengantuk setelah kejang terjadi.
- 2) Pertahankan pasien pada salah satu sisi untuk mencegah aspirasi. Yakinkan bahwa jalan napas tidak mengalami gangguan.
- 3) Biasanya terdapat periode ekonfusi setelah kejang grandmal.
- 4) Periode apnea pendek dapat terjadi selama atau secara tiba-tiba setelah kejang.
- 5) Pasien pada saat bangun, harus diorientasikan terhadap lingkungan
- 6) Beri penderita minum untuk mengembalikan energi yang hilang selama kejang dan biarkan penderita beristirahat.
- 7) Jika pasien mengalami serangan berat setelah kejang (postiktal), coba untuk menangani situasi dengan pendekatan yang lembut dan memberikan restrein yang lembut.
- 8) Laporkan adanya serangan pada kerabat terdekatnya. Ini penting untuk pemberian pengobatan oleh dokter.

### **2.1.9 Pemeriksaan Penunjang *Epilepsi***

Menurut (Dian Tri Wahyuni, 2014)

#### **1. Elektro Ensefalografi (EEG)**

Pemeriksaan EEG harus dilakukan pada semua pasien epilepsi dan merupakan pemeriksaan penunjang yang paling sering dilakukan untuk menegaskan diagnosis epilepsi. Adanya kelainan fokal pada EEG menunjukkan kemungkinan adanya lesi struktural di otak, sedangkan adanya kelainan umum pada EEG menunjukkan kemungkinan adanya kelainan genetik atau metabolik. Rekaman EEG dikatakan abnormal apabila:

- a. Asimetris irama dan voltase gelombang pada daerah yang sama di kedua

hemisferotak.

- b. Irama gelombang tidak teratur, irama gelombang lebih lambat dibanding seharusnya misal gelombangdelta.
- c. Adanya gelombang yang biasanya tidak terdapat pada anak normal, misalnya gelombang tajam, paku (spike), paku-ombak, paku majemuk, dan gelombang lambat yang timbul secara paroksimal.

Bentuk epilepsi tertentu mempunyai gambaran EEG yang khas, misalnya spasme infantile mempunyai gambaran EEG hipsaritmia, epilepsi petit mal gambaran EEG nya gelombang paku ombak 3 siklus per detik (3 spd), epilepsi mioklonik mempunyai gambaran EEG gelombang paku / tajam / lambat dan paku majemuk yang timbul secara serentak(sinkron).

## 2. Rekaman videoEEG

Rekaman EEG dan video secara simultan pada seorang penderita yang sedang mengalami serangan dapat meningkatkan ketepatan diagnosis dan lokasi sumber serangan. Rekaman video EEG memperlihatkan hubungan antara fenomena klinis dan EEG, serta memberi kesempatan untuk mengulang kembali gambaran klinis yang ada. Prosedur yang mahal ini sangat bermanfaat untuk penderita yang penyebabnya belum diketahui secara pasti, serta bermanfaat pula untuk kasus epilepsi refrakter.

## 3. Pemeriksaan Radiologis

Pemeriksaan yang dikenal dengan istilah neuroimaging bertujuan untuk melihat struktur otak dan melengkapi data EEG. Bila dibandingkan dengan CT Scan maka MRI lebih sensitif dan secara anatomik akan tampak lebih rinci. MRI bermanfaat untuk membandingkan hipokampus kanan dan kiri.

## **2.2 Konsep Anak Usia *Toddler***

### **2.2.1 Definisi Pertumbuhan dan Perkembangan Pada Anak**

Pertumbuhan atau "*Growth*" merupakan bertambahnya jumlah sel tubuh manusia dalam dimensi tingkat sel yang dapat diukur seperti panjang badan, berat badan, gigi geligi, dan proses metabolisme pertumbuhan (Ranuh I.N.G, 2013). Sedangkan, perkembangan (*development*) adalah bertambahnya kemampuan skill dalam struktur dan fungsi tubuh dalam pola yang teratur dan sebagai hasil dari proses pematangan (Arfiana and Lusiana, 2016). Tumbuh kembang merupakan proses yang berkesinambungan yang terjadi sejak konsepsi dan terus berlangsung sampai dewasa (Soejatiningsih, 2013).

### **2.2.2. Tahapan Tumbuh Kembang**

#### **1. Masa Pre natal**

##### **a) Fase Embrio**

Pertumbuhan diawali mulai dari konsepsi sampai dengan 8 minggu pertama, dapat terjadi perubahan yang cepat dari ovum menjadi suatu organisme dan terbentuknya manusia. Pada minggu ke-2, terjadi pembelahan sel dan pemisahan jaringan antara endoterem dan eksoterem. Pada minggu ke-3 terbentuk lapisan mesoderem. Pada masa ini sampai usia 7 minggu belum tampak adanya berdenyut sejak 4 minggu (A. Aziz dalam Devitri Regita, 2019).

##### **b) Fase Fetus**

Sejak usia 9 minggu hingga kelahiran, minggu ke-12 sampai ke-40 terjadi peningkatan fungsi organ, yaitu bertambah ukuran panjang dan berat badan terutama pertumbuhan serta penambahan jaringan subkutan dan jaringan otot (A. Aziz dalam Devitri Regita, 2019).

## 2. Masa Post natal

### a) Masa Neonatus (0-28 hari)

Pertumbuhan dan perkembangan postnatal diawali dengan masa neonates (0-28 hari). Masa post natal dapat didefinisikan sebagai masa terjadinya kehidupan yang baru dalam ekstrauteri, yaitu adanya proses adaptasi semua sistem organ tubuh. Proses adaptasi dari organ tersebut dimulai dari aktivitas pernapasan yang disertai pertukaran gas dengan frekuensi pernapasan antara 35-50 kali permenit, penyesuaian denyut jantung antara 120-160 kali per menit dengan ukuran jantung lebih besar apabila dibandingkan dengan rongga dada (Devitri Regita, 2019)

### b) Masa Bayi

Masa bayi dibagi menjadi dua tahap perkembangan, yaitu tahap pertama antara usia 1-12 bulan. Pertumbuhan dan perkembangan pada masa ini dapat berlangsung secara terus-menerus, khususnya dalam peningkatan susunan saraf. Tahap ke dua yaitu anak usia *toddler*. Anak usia *toddler* adalah anak yang berusia 12-36 bulan (1-3 tahun). Pada periode *toddler* anak berusaha mencari tahu bagaimana sesuatu bekerja dan bagaimana mengontrol orang lain melalui kemarahan, penolakan, dan tindakan keras kepala. Hal tersebut merupakan periode yang sangat penting untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan intelektual secara optimal (Devitri Regita, 2019).

### **2.2.3. Ciri-ciri Perkembangan Anak Usia *Toddler***

#### 1. Perkembangan Fisik

Anak usia 1-3 tahun pada umumnya mengalami perkembangan fisik yaitu terjadi pertambahan tinggi rata-rata 6,35 cm setiap tahun dan pertambahan berat badan 2,5-3,6 kg setiap tahun. Pada usia 1 tahun berat badan akan bertambah kira-

kira  $\frac{1}{4}$ -  $\frac{1}{2}$  pon (0,13-0,25 kg) per bulan sehingga rata-rata berat badannya 21-27 pon (9,6-12,3 kg), dan tinggi badan akan bertambah sekitar 2-3 inci (5,0 -7,6 cm) per tahun sehingga kurang lebih tingginya 32-35 inci (81,3-88,9 cm).

Pada usia 2 tahun, berat badan akan bertambah kira-kira 2-2,5 pon (0,9- 1,1 kg) per tahun sehingga rata-rata berat badannya 26-32 pon (11,8-14,5 kg), dan tinggi badan akan bertambah sekitar 3-5 inci (7,6-12,7 cm) per tahun sehingga kurang lebih tingginya 34-38 inci (86,3-96,5 cm). Pada anak usia 3 tahun akan memiliki pertambahan berat badan 3-5 pon (1,4-2,3 kg) per tahun sehingga rata-rata berat badannya 30-38 pon (13,6-17,2 kg), dan tinggi badan akan bertambah 2-3 inci (5-7,6 cm) per tahun sehingga tingginya mencapai 38-40 inci (96,5-101,6 cm).

## 2. Perkembangan Motorik Kasar dan Motorik Halus

Menurut Wonganak-anak pada usia 1-3 tahun akan mengalami perkembangan sesuai usianya dalam keterampilan motorik kasar dan motorik halus. Pada usia 1 tahun, kemampuan gerak kasar anak bisa tanpa bantuan dan duduk sendiri tanpa bantuan. Anak juga dapat berdiri selama 30 detik tanpa bantuan atau pegangan dan berjalan di sepanjang ruangan tanpa jatuh serta anak akan bisa menangkap dan melempar bola (Devitri Regita, 2019).

Pada usia 2 tahun, kemampuan gerak kasar anak bisa melompat jauh, melempar dan menangkap bola besar. Anak bisa merangkak dan memanjat. Anak juga bias menendang bola kecil ke depan tanpa berpegangan serta bisa berjalan naik tangga sendiri. Pada usia 3 tahun, kemampuan gerak kasar anak bisa berdiri selama 30 detik atau lebih tanpa berpegangan. Anak bisa melempar bola lurus ke arah perut. Anak juga bisa melompati selembar kertas dengan mengangkat kedua kakinya. Anak dapat mengayuh sepeda roda tiga.

Saat anak berusia 1 tahun, kemampuan motorik halus anak sudah dapat memegang pensil tanpa bantuan dan mencoret-coret kertas tanpa petunjuk. Anak bisa menyusun balok-balok, memasukkan dan mengeluarkan benda dari suatu tempat ke tempat lain, serta memasukkan benda satu ke benda lainnya yang ukurannya berbeda. Pada usia 2 tahun, kemampuan gerak halus anak dapat menyusun balok-balok dengan jumlah yang lebih banyak. Anak akan mengerti konsep jumlah seperti jumlah balok ada 6, dan akan mengelompokkan benda-benda sesuai jenisnya. Sementara pada usia 3 tahun, kemampuan gerak halus anak dapat Anak akan mampu menyusun balok-balok dengan jumlah yang lebih banyak. Anak dapat membuat garis lurus.

#### **2.2.4. Hospitalisasi Anak Usia *Toddler***

1. Respon perilaku anak akibat perpisahan

a) Tahap protes (*phase of protest*)

Pada tahap ini dimanifestasikan dengan menangis kuat, menjerit, dan memanggil ibunya atau menggunakan tingkah laku agresif, seperti menendang, menggigit, memukul, mencubit mencoba untuk membuat orang tuanya tetap tinggal dan menolak perhatian orang lain.

b) Tahap putus asa (*phase of despairs*)

Pada tahap ini anak tampak tegang, tangisnya berkurang, tidak aktif, kurang berminat untuk bermain, tidak ada nafsu makan, menarik diri, tidak mau berkomunikasi, sedih, apatis.

c) Tahap menolak (*phase of denial*)

Pada tahap ini secara samar-samar anak menerima perpisahan, mulai tertarik dengan apa yang ada disekitar dan membina hubungan dangkal dengan orang lain.



Anak mulai kelihatan gembira. fase ini biasanya terjadi setelah perpisahan yang lama dengan orang tua.

2. Respon terhadap hospitalisasi

- a) Mekanisme pertahanan primer *Toddler* adalah regresi dalam proses terhadap kejadian yang menegangkan dalam hospitalisasi.
- b) *Toddler* juga dapat merasa kehilangan kendali berkaitan dengan keterbatasan fisik, kehilangan rutinitas, ketergantungan, dan takut terhadap cedera atau nyeri pada tubuh .
- c) Perpisahan dianggap *toddler* sebagai ditinggalkan (18 bulan merupakan puncak ansietas perpisahan) (Devitri Regita, 2019).

3. Reaksi Terhadap Penyakit

- a) *Toddler* kurang mampu mendefinisikan konsep tentang citra tubuh terutama batasan tubuh. Oleh sebab itu, prosedur yang sangat mengganggu akan menimbulkan kecemasan.
- b) *Toddler* bereaksi terhadap nyeri mirip dengan bayi, dan pengalaman sebelumnya dapat mempengaruhinya dengan baik, *toddler* juga dapat merasa sedih jika mereka hanya merasa akan mengalami nyeri (Devitri Regita, 2019).

**2.2.5. Nutrisi Pada Anak Usia *Toddler***

Pada usia ini kemampuan kemandirian dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi sudah mulai muncul, sehingga segala peralatan yang berhubungan dengan makanan seperti garpu, piring, sendok dan gelas semuanya harus dijelaskan pada anak atau diperkenalkan dan dilatih tentang penggunaannya, sehingga dapat mengikuti aturan yang ada. Penyediaan menu yang bervariasi diperlukan untuk mencegah kebosanan, berikan susu dan makanan yang dianjurkan antara lain daging, sup, sayuran dan

buah-buahan, pada anak ini juga perlu makanan padat sebab kemampuan mengunyah sudah mulai kuat (Nurul, 2019).

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan *Epilepsi* Pada Anak**

### **2.3.1. Pengkajian Keperawatan**

#### **1. Identitas**

Epilepsi ini menyebabkan berbagai jenis kejang yang bervariasi dalam tingkat keparahan, penampilan, penyebab, konsekuensi, dan manajemen terapi. Kejang yang lama atau berulang-ulang dapat mengancam jiwa. Pasien dengan *epilepsi* juga dapat mengalami keterlambatan perkembangan saraf, masalah memori, dan atau gangguan kognitif (Rogers and Cavazos, 2011).

#### **2. Keluhan Utama**

Sebagian besar keluhan utama pada pasien *Epilepsi* demam dan muntah lalu terjadi kejang kejang. Perasaan tidak enak badan, serta nafsu makan turun.

#### **3. Riwayat Penyakit Sekarang**

Identifikasi dan catat perkembangan mengenai penyakit dan keluhan utama saat ini. Tanda dan gejala yang umum dilaporkan selama pengkajian riwayat kesehatan meliputi: anak mulai rewel, demam, serta rasa tidak nyaman.

#### **4. Riwayat Kehamilan Dan Persalinan**

- a) Riwayat kehamilan: identifikasi penyakit infeksi yang pernah diderita ibu selama kehamilan perawatan ANC, imunisasi, TT.
- b) Riwayat persalinan: identifikasi apakah kehamilan dengan gestasi cukup bulan, persalinan prematur, ibu dengan dengan gemeli, penyakit persalinan dan Apgar skor.

#### **5. Riwayat Kesehatan Masa Lalu**

Kaji riwayat medis anak dimasa lampau dan saat ini untuk mengidentifikasi faktor resiko yang diketahui berhubungan dengan peningkatan keparahan *Epilepsi*.

6. Riwayat kesehatan lingkungan

Faktor lingkungan yang mempengaruhi angka kejadian *Epilepsi*.

7. Riwayat Imunisasi

Kelengkapan imunisasi pada pasien meliputi : usia 0-7 hari (HB0), 1 bulan (BCG, Polio 1), 2 bulan (DPT-HB-Hib 1, Polio 2), 3 bulan (DPT-HB-Hib 2, Polio 3), 4 bulan (DPT-HB-Hib 3, Polio 4, IPV), 9 bulan (Campak), 18 bulan (DPT-HB-Polio), dan 24 bulan (Campak). UNICEFWHO pemberian imunisasi dapat mencegah infeksi Oleh karena pemberian imunisasi sangat penting (Hartati et al., 2012)

8. Riwayat Penyakit Keluarga

Merupakan gambaran kesehatan keluarga, apakah ada kaitannya dengan penyakit yang dideritanya. Observasi dan pengkajian selama dan setelah kejang akan membantu dalam mengidentifikasi tipe *Epilepsi* dan pelaksanaannya.

9. Keadaan Fisik

a) Keadaan Umum

Keadaan umum yang dapat dijumpai pada anak dengan *Epilepsi* adalah lemah dan demam dengan suhu 38 °C, kelemahan, Kelelahan

b) *Breath* (B1)

Pada pemeriksaan sistem pernafasan, didapatkan bahwa pasien *Epilepsi* tidak mengalami kelainan pernafasan. Pada palpasi thoraks, didapatkan taktik fremitus seimbang kanan dan kiri. Pada auskultasi, tidak ditemukan suara nafas tambahan.

c) *Blood* (B2)

Pada pemeriksaan inspeksi tidak ada iktus jantung, palpasi nadi meningkat, iktus teraba, dan pada pemeriksaan auskultasi suara S1 dan S2 tunggal dan tidak ada murmur.

d) *Brain* (B3)

Pasien dengan *Epilepsi* yang berat biasanya mengalami penurunan kesadaran

e) *Bladder* (B4)

Kaji keadaan urine yang meliputi warna, jumlah, dan karakteristik urine, termasuk berat jenis urine. Biasanya pasien *Epilepsi* tidak mengalami kelainan pada system ini.

f) *Bowel* (B5)

Inspeksi abdomen: bentuk datar, simetris, tidak ada hernia. Palpasi: turgor baik, tidak ada defans maskular dan hepar tidak teraba. Perkusi: suara timpani, ada pantulan gelombang cairan. Auskultasi: peristaltik usus normal  $\pm 20$  kali/menit. Inguinal-genitalia-anus: tidak ada hernia, tidak ada pembesaran limfe, dan tidak ada kesulitan BAB.

g) *Bone* (B6)

Adanya kelemahan dan kelelahan fisik secara umum menyebabkan pasien bergantung terhadap bantuan orang lain dalam melakukan aktifitas sehari-hari (Muttaqin, 2012).

Dengan tanda dan gejala : penurunan koordinasi, kurang konsentrasi, aktivitas kejang, otot mudah terangsang.

## 10. Pemeriksaan Penunjang

### A. Laboratorium

- RBC 4.87 (Nilai Normal 3.5 – 5.5)
- HGB 12.0 g/dl (Nilai Normal 13.2-17.3)

- PLT 342 (Nilai Normal 150.0-450.0)
- PCT 0.327% (Nilai Normal 0.108-0.5)

B. Rontgent

CT SCAN

### 2.3.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada anak dengan *Epilepsi* adalah sebagai berikut :

1. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Ketidak Bugaran Fisik  
(SDKI, 2017) D.0054
2. Resiko Cidera Berhubungan Dengan Kegagalan Mekanisme Pertahanan Tubuh  
(SDKI, 2017) D.0136
3. Defisit Pengetahuan Berhubungan Dengan Kurang Terpapar Informasi  
(SDKI, 2017) D.0111

### 2.3.3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Pasien Dengan *Epilepsi*

No	Masalah	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI,2018)	Intervensi (SIKI, 2018)
1.	Gangguan Mobilitas Fisik b/d Ketidak Bugaran Fisik (SDKI, 2017) D.0054	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri  <b>Mobilitas Fisik (L.05042)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak <b>ROM</b> meningkat</li> <li>4. Nyeri menurun</li> <li>5. Kecemasan menurun</li> <li>6. Kaku sendi meningkat</li> <li>7. Gerakan tidak terkoordinasi meningkat</li> <li>8. Gerakan terbatas meningkat</li> <li>9. Kelemahan fisik meningkat</li> </ol>	<b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b> Observasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>- Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul> Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi aktivitas mobilitasi dengan alat bantu (misal : pagar tempat tidur)</li> <li>- Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul> Edukasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>- Anjurkan untuk mobilisasi dini</li> <li>- Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal : duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).</li> </ul>
2.	Resiko Cedera b/d	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan	<b>Pencegahan Cedera (I.14537)</b>

	<p>Kegagalan Mekanisme Pertahanan Tubuh (SDKI, 2017) D.0136</p>	<p>diharapkan keparahan dan cedera yang diamati atau dilaporkan</p> <p><b>Tingkat Cedera (L.14136)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toleransi aktivitas meningkat</li> <li>2. Nafsu makan meningkat</li> <li>3. Toleransi makanan meningkat</li> <li>4. Kejadian cedera menurun</li> <li>5. Luka/lecet menurun</li> <li>6. Ketegangan otot menurun</li> <li>7. Fraktur menurun</li> <li>8. Perdarahan menurun</li> <li>9. Ekspresi wajah kesakitan menurun</li> <li>10. Agitasi menurun</li> <li>11. Iritabilitas menurun</li> <li>12. Gangguan mobilitas menurun</li> <li>13. Gangguan kognitif menurun</li> <li>14. Tekanan darah membaik</li> <li>15. Frekuensi nadi membaik</li> <li>16. Frekuensi nafas membaik</li> <li>17. Denyut jantung apical membaik</li> <li>18. Denyut jantung radialis membaik</li> <li>19. Pola istirahat/tidur membaik</li> </ol>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera</li> <li>- Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera</li> <li>- Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stocking elastis pada ekstremitas bawah</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan pencahayaan yang memadai</li> <li>- Gunakan lampu tidur selama jam tidur</li> <li>- Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat (misal : penggunaan telepon, tempat tidur, penerangan ruangan dan lokasi kamar mandi)</li> <li>- Gunakan alas lantai jika beresiko mengalami cedera serius</li> <li>- Sediakan alas kaki antislip</li> <li>- Sediakan pispot atau urinal untuk eliminasi di tempat tidur</li> <li>- Pastikan bel panggilan atau telepon mudah dijangkau</li> <li>- Pastikan barang pribadi mudah dijangkau</li> <li>- Pertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah saat digunakan</li> <li>- Diskusikan mengenai</li> </ul>
--	---	--	---

			<p>latihan dan terapi fisik yang diperlukan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diskusikan mengenai alat bantu mobilitas yang sesuai (misal : tongkat atau alat bantu jalan)</li> <li>- Diskusikan bersama anggota keluarga yang dapat medampingi pasien.</li> <li>- Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga</li> <li>- Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan dudukselama beberapa menit sebelum berdiri.</li> </ul>
3	<p>Defisit Pengetahuan b/d Kurang Terpapar Informasi (SDKI, 2017) D.0111</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan kecukupan informasi kognitif yang berkaitan dengan topic tertentu</p> <p><b>Tingkat Pengetahuan (L.12111)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perilaku sesuai anjuran meningkat</li> <li>2. Verbalisasi minat dalam belajar</li> </ol>	<p><b>Edukasi Kesehatan (I.12383)</b></p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>- Identifikasi faktor faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ul> <p>Terapeutik</p>



		<p>3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic meningkat</p> <p>4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topic meningkat</p> <p>5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat</p> <p>6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun</p> <p>7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun</p> <p>8. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun</p> <p>9. Perilaku membaik</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>- Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>- Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</li> <li>- Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> <li>- Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.</li> </ul>
--	--	--	--

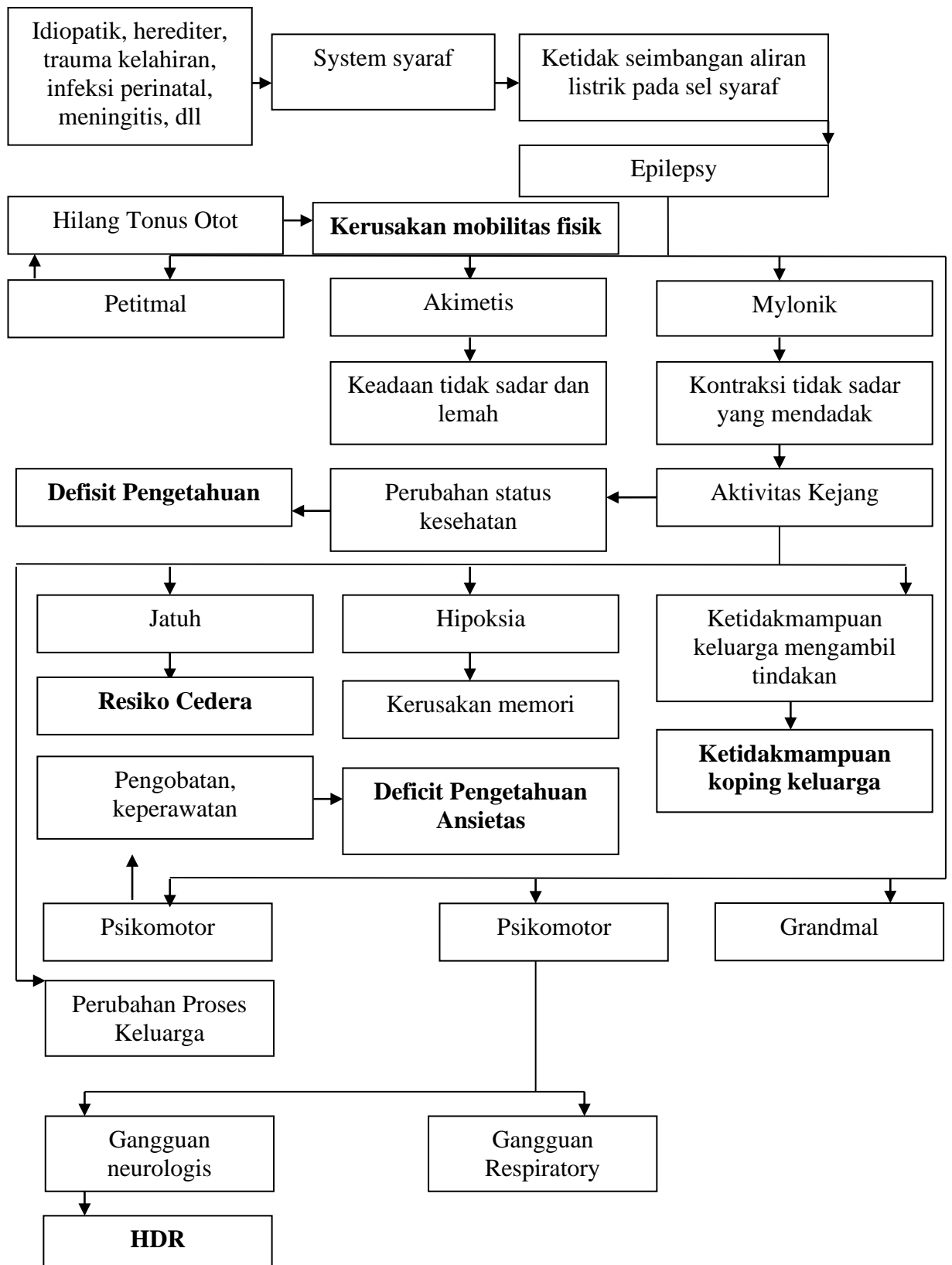
#### **2.3.4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan guna mengetahui keberhasilan tindakan dan rencana yang telah disusun (Supratti, 2016).

#### **2.3.5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan kepada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang dilaksanakan (Supratti, 2016). Pada saat mengevaluasi perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap tujuan yang dicapai, serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Evaluasi dapat diklasifikasikan menjadi evaluasi formatif (pada saat memberikan intervensi dengan respon segera) dan evaluasi sumatif rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan.

2.3.6 WOC *Epilepsi*



Gambar 2.4 WOC *Epilepsi* (Nanda,2016)

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada anak dengan *Epilepsimaka* penulis menyajikan studi kasus yang diamati mulai tanggal 14 – 16 April 2021 dengan data pengkajian pada tanggal 15 April 2020 pukul 15.00 WIB akan ditampilkan hasil pengkajian, analisa data, intervensi, prioritas masalah intervensi dan implementsai pada An.N dengan diagnosa medis *Epilepsi*. Pasien MRS tanggal 14 April 2021 pada pukul 16.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari Ibu pasien dan file No register 000xxxx sebagai berikut :

#### **3.1 Pengkajian Keperawatan**

##### **3.1.1. Identitas Anak**

Pasien adalah seorang anak bernama An.S lahir pada tanggal 10 Januari 2019 , berjenis kelamin laki-laki, saat pengkajian An.S berusia 2 tahun, beragama Islam, bahasa yang sering digunakan bahasa Indonesia, An.S adalah anak pertama dari dua bersaudara. Identitas orang tua An.S bernama Tn.G dan Ibu bernama Ny.P pekerjaan Ayah adalah Wirausaha sedangkan pekerjaan ibu Rumah Tangga.

##### **3.1.2. Keluhan Utama**

Ibu pasien mengatakan Anak Demam Muntah lalu Jingkat Jingkat.

##### **3.1.3. Riwayat Penyakit Sekarang**

pada tanggal 20 November 2020 ibu pasien mengatakan bahwa saat di rumah badan An.S demam tak kunjung turun, sempat diberikan kompres air hangat dan diberikan Paracetamol Syrup, lalu demam An.S sempat turun, An.S sempat jingkat jingkat selama demam dalam waktu sehari 2 – 3 kali setelah itu hilang dan beberapa saat timbul lagi dalam waktu durasi beberapa jam, An.S dibawa ke Klinik terdekat

rumah untuk diperiksa keadaannya, setelah dibawa ke klinik An.S tidak Jingkat Jingkat lagi selama beberapa bulan.

Pada Tanggal 14 April 2021 pukul 16.00 An.S dibawa oleh ibunya ke RSPAL dr. Ramelan dikarenakan An.S demam lagi disertai muntah dan disusul dengan Jingkat Jingkat ibu An.S panic dan segera ke IGD RSPAL dr.Ramelan pasien mendapatkan terapi Cinam 3 x 400gr, Inj.Antrain 3 x 150 mg, Inj. Ondansetron 3 x 1,2 mg, Amoxillin 125 mg 2/1, Paracetamol 10 mg 3/1. Kemudian dari IGD menganjurkan untuk opname sehingga An.S dibawa ke ruangan D2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Pada saat pengkajian Tanggal 15 April 2021 pukul 15.00 WIB didapatkan didapatkan data pengkajian An.S demam 37°C, Muntah sehari 3 kali, turgor kulit kering, Keadaan Umum Lemas, CRT < 2 detik. Data Pengkajian TTV Suhu : 39°C, RR : 15 x/menit, Nadi : 100x/menit

#### **3.1.4. Riwayat Kehamilan dan Persalinan**

##### **A. Prenatal Care**

Ibu An.S mengatakan selama hamil rutin melakukan pemeriksaan kehamilan di Bidan Puskesmas, ibu mengatakan setiap bulan rutin memeriksakan kehamilannya. Ibu An. S mengatakan selama hamil rutin mengkonsumsi Fe dan Biskuit ibu hamil dari puskesmas pada Kehamilan Bulan Ke-2 dan Ke-3. Keluhan Selama Hamil antara lain pusing, mual, pada Trimester 2, Kenaikan BB Selama Hamil An. S yaitu 11 kg, selama proses melahirkan tidak ada yang menjadi penyulit, pada saat lahir bayi Normal di puskesmas dekat rumah dengan BBL : 3200 gram dan PB 50 cm. Keadaan tali pusat tidak terlilit, plasenta lengkap serta tidak mengalami perobekan. Ibu An.S tidak memiliki Hipertensi, DM, serta tidak mengkonsumsi Obat Konvulsan.

## B. Post Natal Care

Ibu mengatakan tali pusat An. S lepas pada hari ke 13, anak tidak ada riwayat ikterus sebelumnya, mata maupun kuku An. S tidak berwarna kuning, tidak ada riwayat penyakit lainnya, ibu mengatakan bahwa An. S mendapatkan ASI > 6 bulan.

### 3.1.5. Riwayat Masa Lampau

#### 1. Penyakit-penyakit Waktu Kecil

Ibu An. S mengatakan bahwa anaknya pernah mempunyai riwayat kejang saja, An.S tidak mempunyai Alergi baik susu, obat maupun makanan.

#### 2. Pernah Dirawat Di Rumah Sakit

Pasien sebelumnya tidak pernah Opname di Rumah Sakit. Ketika sakit pasien dibawa ke klinik dekat rumah saja dan tidak sampai Opname, ibu pasien mengatakan tidak mengetahui dan belum memahami serta cara pencegahannya serta perawatan jika anak terserang *Epilepsi* secara berulang, Saat ditanya perawat terkait penyebab, pencegahan, serta perawatan pada penyakit *Epilepsi*, ibu menggelengkan kepala tidak mengetahuinya.

#### 3. Penggunaan Obat-obatan

Ibu mengatakan bahwa An. S tidak memiliki riwayat penggunaan obat-obatan khusus, hanya jika demam ibu memberikannya obat demam syrup.

#### 4. Tindakan (Operasi atau Tindak Lanjut)

Ibu mengatakan bahwa An. S tidak pernah dilakukan tindakan operasi.

#### 5. Alergi

Ibu mengatakan bahwa An.S tidak mempunyai riwayat alergi terhadap obat-obatan, susu, makanan dan minuman.

#### 6. Kecelakaan

Ibu mengatakan bahwa An.S tidak mempunyai riwayat jatuh (kecelakaan) sebelumnya.

#### 7. Imunisasi

Ibu mengatakan imunisasi anaknya sudah lengkap antara lain Hepatitis B pada hari ke 0, polio 1 usia 1 bulan, polio 2 usia 2 bulan, polio 3 usia 3 bulan, polio 4 usia 4 bulan, BCG pada usia 1 bulan, DPT pada usia 2 bulan, 3 bulan, dan 4 bulan, campak : pada usia 9 bulan.

### **3.1.6. Pengkajian Keluarga**

#### 1. Genogram

An.S adalah anak pertama dari dua bersaudara berjenis kelamin laki-laki dan satu orang saudara lainnya berjenis kelamin perempuan Saat ini An.S tinggal dalam satu rumah bersama Ayah, Ibu dan adek perempuannya.

#### 2. Riwayat Penyakit dan Alergi Keluarga

Ibu mengatakan tidak ada riwayat penyakit dan riwayat alergi pada keluarganya.

#### 3. Psikososial Keluarga

Ibu mengatakan cemas setiap anaknya jatuh sakit, terutama saat anak mengalami kejang karena anaknya selalu rewel, ibu mengungkapkan kekhawatiran tentang kondisi anak dan jika keluhan anak selalu rewel tidak tenang sehingga istirahat anak terganggu.

### **3.1.7. Riwayat Sosial**

#### 1. Yang Mengasuh Anak

Ibu mengatakan bahwa yang mengasuh An.S adalah ibunya sendiri, dikarenakan ayah berkerja.

## 2. Hubungan Dengan Anggota Keluarga

Ibu mengatakan bahwa hubungan anak dengan anggota keluarga baik, An.S sangat dekat dengan anggota keluarga lain dan bersosialisasi dengan baik.

## 3. Hubungan Dengan Teman Sebaya

Ibu mengatakan saat dirumah anak sering bermain dengan saudara yang juga seumuran dengan An.S

## 4. Pembawaan Secara Umum

Pembawaan secara umum An.S memakai baju secara rapi, An.S terlihat lemah, dan setiap kali didekati oleh perawat An.S merespon ketika ditanya saja.

### **3.1.8. Kebutuhan Dasar**

#### 1. Pola Nutrisi

Pola Makan :Ibu mengatakan bahwa saat MRS An.S makan hanya 3-7 sendok makan saja makanan dari rumah sakit dan selalu disupai oleh ibunya. Ibu mengatakan tidak memberikan anaknya makanan selain dari rumah sakit.An.S makan sebanyak 3x sehari.

Pola Minum :Ibu mengatakan An.S minum susu formula dan air putih mengkonsumsi minum sekitar  $\pm 500$ cc/hari dan sudah termasuk dengan minum susu formula. Biasanya ibu membuatkan susu formula  $\pm 3$  botol (ukuran 120cc) per hari tiap minum.

#### 2. Pola Tidur

Ibu mengatakan saat SMRS jadwal tidur siang anak sekitar 3 jam dan biasanya pada malam hari pada pukul 21.00 WIB dan bangun pada pukul 06.00



WIB. Total jumlah jam tidur anak yakni  $\pm 12$  jam. Saat MRS jadwal tidur anak sama dengan saat di rumah, namun terkadang An.S seringkali terbangun dan rewel. Ibu mengatakan saat sebelum tidur biasanya An.Ssuka akandidampingi ibunya sampai tertidur lelap.

### 3. Pola Aktivitas/Bermain

An.S bermain sesuai dengan usianya yaitu bermain tembak tembak dengan teman sebaya maupun keluarga baik dirumah maupun di lingkungan sekitarnya. Kebiasaan bermain An.S saat MRS berkurang karena An.S lebih sering rewel karena masih belum dapat menyesuaikan (adaptasi) dengan lingkungan sekitar.

### 4. Pola Eliminasi

Ibu mengatakan tidak ada keluhan saat BAK, sehari BAK sekitar 2x ganti pampers dan berisi penuh. Pada saat dirumah Ibu mengatakan bahwa saat dirumah BAB An.S konsistensi lembek frekuensi 1x/hari.

### 5. Pola Kognitif Perseptual

An.S ketika didekati oleh perawat hanya diam dan menjawab ketika dintanya saja. Keterangan dari orangtua, anak mengikuti setiap perkembangan tanpa melewatinya.

### 6. Pola Koping Toleransi Stress

Ibu mengatakan setiap ada perawat datang atau siapapun datang atau menyentuh bagian yang sakit atau dipasang alat (infuse, thermometer, injeksi) anak akan langsung rewel hingga ibu "kewalahan" sehingga selalu dibantu ayahnya untuk menenangkannya.

## **3.1.9. Keadaan Umum**

### 1. Cara Masuk

An.S masuk ke Ruang D2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan dipangku oleh ibunya di kursi roda dan dengan diantar oleh pemandu dari IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

## 2. Keadaan Umum

Keadaan umum pasien saat datang lemah, namun ketika dibawa masuk ke ruang tindakan An.S langsung menangis takut hingga An.S dirangkul sang ibu. Kesadaran An.S composmentis, GCS 4-5-6. Suhu 37°C Nadi 100 x/menit.

### 3.1.10. Tanda Tanda Vital

Suhu/Nadi : 37°C / 100x/menit

RR : 15 x/menit

TB/BB : 73 cm / 9kg

### 3.1.11. Pemeriksaan Fisik

#### 1. Kepala dan Rambut

Bentuk kepala simetris, tidak ada lesi, rambut bersih, dan kulit kepala kering, rambut bergelombang, warna hitam agak sedikit pirang, tidak mengalami kerontokan, tidak ada penonjolan maupun pembengkakan, rambut cukup kuat.

#### 2. Mata

Warna kulit sama dengan anggota tubuh yang lain, tidak ada hiperpigmentasi/hipopigmentasi, simetris antara mata kanan dan kiri, dan tidak pucat, warna konjungtiva merah muda, dan sclera berwarna putih.

#### 3. Hidung

Hidung tampak simetris antara kanan dan kiri, hidung tidak ada lesi, tidak terdapat sekret, Rongga frontalis dan maksilaris tidak bengkak serta tidak ada nyeri tekan.

#### 4. Telinga

Bentuk dan ukuran telinga simetris antara kanan dan kiri, warna sama dengan bagian kulit lainnya, liang telinga bersih tidak ada serumen maupun tanda-tanda infeksi, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak ada nyeri tekan, bengkak, maupun lesi.

#### 5. Mulut dan Tenggorokan

Warna mukosa mulut dan bibir merah muda, tekstur lembab, tidak ada lesi, dan tidak stomatitis, tidak terdapat perdarahan/peradangan gusi, warna merah muda, posisi lidah simetris tepat ditengah, dan keadaan langit-langit mulut baik serta tidak ada tanda-tanda infeksi. Pertumbuhan gigi An.S rahang atas dan bawah lengkap.

#### 6. Tengkuk dan Leher

Warna sama dengan warna kulit di bagian tubuh lain, bentuk simetris, integritas kulit baik, tidak terlihat pembesaran kelenjar, tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

#### 7. Pemeriksaan Thorax/Dada dan Paru

Inspeksi : Bentuk dada simetris, warna kulit sama dengan warna kulit lainnya, tidak ada penonjolan/edema, frekuensi pernafasan 15x/menit, tidak terlihat adanya retraksi dada, tidak terpasang O2 nasal. Palpasi : integritas kulit baik, ekspansi dada simetris. Perkusi : perkusi dada sonor. Auskultasi : tidak ada suara nafas tambahan yang terdengar ronchi dan wheezing di seluruh lobus kanan dan kiri paru.

#### 8. Kardiovaskuler

Denyutan arteri teraba kuat, frekuensi nadi 100x/menit, terdengar bunyi jantung S1-S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan (S3 dan S4).

#### 9. Pemeriksaan Abdomen

Bentuk abdomen simetris kanan kiri, warna kulit sama dengan anggota tubuh yang lain, tidak ada lesi, tidak ada distensi, tidak ada tonjolan, tidak ada kelainan umbilikus, suara peristaltik (bising usus : terdengar 16 x selama 1 menit), terdengar timpani dibagian abdomen, tidak teraba pembesaran hepar atau ginjal, tonjolan maupun edema, turgor kulit kering.

10. Pemeriksaan kelamin dan daerah sekitarnya (Genetalia dan Anus)

Integritas kulit baik, tidak ada masa atau pembengkakan, tidak ada pengeluaran pus atau darah, tidak ada luka atau lesi.

11. Pemerikssan Muskuloskeletal

Pergerakan ekstremitas simetris kiri kanan, integritas kulit baik, ROM aktif, kekuatan otot penuh:

5555	5555
5555	5555

12. Pemeriksaan Neurologi

- a) Kesadaran : composmentis, GCS 4-5-6
- b) Inspeksi : anak kejang, terdapat kelemahan
- c) Kekuatan otot baik 5555, anak dapat meronta saat akan diperiksa, rontaan kuat.
  - 1) Bagian tubuh atas : baik, kekuatan otot maksimal 5, koordinasi baik.
  - 2) Bagian tubuh bawah : kekuatan otot maksimal 5, dapat berdiri dengan kekuatan kuat, tidak ada kelemahan atau kelumpuhan.
- d) Motorik Halus : anak dapat meraih dan menunjuk benda kecil (Semut berjalan), mampu mengambil benda-benda yang diberikan oleh perawat dan memegang mainan dengan kuat dan benar, dapat memindahkan mainan dan mencoret-coret buku. serta menyusun balok mainan

- e) Motorik Kasar : anak mampu berdiri sendiri, anak dapat melempar, berjongkok, menaiki tangga, anak dapat berpegangan dan selanjutnya berdiri sendiri tanpa berpegangan.
- f) Kemampuan berbicara atau bahasa yaitu anak hanya dapat berbicara dengan jelas dan benar menggunakan bahasa yang tepat.
- g) Perkembangan Perilaku atau adaptasi sosial, anak dapat melambaikan tangan saat berpisah, dapat menggapai mainannya sendiri.
- h) Pemeriksaan Cerebellum :
  - 1) Gerak mata normal, tidak nistagmus, tidak ada gangguan pada mata
  - 2) Keseimbangan anak baik

### 13. Pemeriksaan Integumen

Inspeksi : Kulit tampak bersih dan kering, warna sesuai dengan warna kulit bagian lain, tidak terdapat pigmentasi, tidak ada lesi atau perlukaan, tidak tampak sianosis atau ikterik. Palpasi : Kelembapan kulit baik, suhu permukaan kulit hangat, tekstur kering, turgor kulit hangat kering merah dan tidak terdapat edema. Pemeriksaan Kuku: Inspeksi : Kuku bersih, bentuk normal dan warna kuku pink tidak sianosis atau ikterik, Palpasi : CRT < 2 detik.

#### **3.1.12. Tingkat Perkembangan**

##### 1. Adaptasi Sosial

Ibu mengatakan bahwa An.S dapat beradaptasi dengan baik di lingkungan rumah namun terjadi hambatan adaptasi di lingkungan rumah sakit. Ibu An.S mengatakan anaknya merespon ketika diajak berinteraksi.

2. Bahasa

Ibu mengatakan An.S dapat berbicara dengan jelas dapat mengucapkan kalimat dengan sedikit baik dan benar.

3. Motorik Halus

An.S mampu menjalankan perintah seperti mecrorat coret buku gambar dan buku tulis.

4. Motorik Kasar

Ibu mengatakan An.S sudah bisa berjalan.

5. Kesimpulan dan Pemeriksaan Perkembangan

An.S berkembang sesuai usia dan dapat melakukan hal-hal yang diperintahkan pemeriksa atau perawat sesuai usia dengan teori yang menyatakan tentang perkembangan anak usia 2 tahun, meskipun ada beberapa kemampuan yang belum dapat dilakukan anak.

a) Perkembangan Psikososial

Ibu An.S mengatakan An.S dapat beradaptasi dengan baik di rumah, namun adaptasi kurang baik saat di rumah sakit karena anak rewel ketika melihat perawat masuk ke ruangan.

b) Perkembangan Kognitif

Ibu mengatakan selalu mengajarkan kemampuan baru dengan mengenalkan benda-benda disekitar, memberikan mainan yang edukatif dengan bentuk binatang yang berwarna warni dimaksudkan untuk memberi stimulus pada anak demi perkembangan kognitif anak.

c) Perkembangan Psikoseksual

Anak berjenis kelamin laki-laki.

### 3.1.13. Pemeriksaan Penunjang

#### 1. Laboratorium

Laboratorium pada tanggal 15 April 2021

- a) RBC : 4.1  $10^6$ /UL (3.5-5.2)
- b) HGB : 12 g/Dl (12-16)
- c) PLT : 342  $10^3$ /UL (150-400)
- d) PCT : 0.327 % (0.108-0.5)

#### 2. Rontgen

An.S tidak ada foto Rontgen

#### 3. Pemeriksaan Penunjang Lainnya

Pada tanggal 15 April 2021 belum dilakukan pemeriksaan penunjang.

#### 4. Terapi

Tabel 3.1 Terapi pasien An.S dengan diagnose *Epilepsi* di Ruang D2

pada tanggal 15 – 16 april 2021 di Rspal dr.Ramelan Surabaya

Nama Obat	Dosis	Indikasi
Cinam (ampicillin+ sulbactam)	3x400mg	Mengobati infeksi yang disebabkan oleh bakteri yang peka terhadap cinam

Injeksi Antrain	3x150mg	Obat analgetik, antispasmodik, dan antipiretik untuk meringankan rasa sakit dan demam.
Injeksi Ondansetron	3x1,2 mg	Mencegah dan mengobati mual muntah
Amoxillin	125mg 2/1	Antibiotic yang digunakan dalam pengobatan berbagai infeksi bakteri.
Paracetamol	10 mg 3/1	Untuk menurunkan demam dan meredakan nyeri.



### 3.2 Diagnosa Keperawatan

#### 3.2.1. Analisa Data

Table 3.2 analisa data keperawatan pada An.S dengan diagnose *Epilepsi* di Ruang D2 pada tanggal 15 – 16 april 2021 di Rspal dr.Ramelan Surabaya

No	Data ( <i>Symptom</i> )	Penyebab ( <i>Etiologi</i> )	Masalah ( <i>Problem</i> )
1.	<p><b>Ds</b> :ibu pasien mengatakan anaknya enggan melakukan pergerakan.</p> <p><b>Do</b> : Saat pengkajian pada pasien S = 37 °C, GCS : 456, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah, sendi kaku Nadi 100 x/menit.</p> <p><b>Ds</b> :ibu mengatakan anak mengalami muntah demam dan kejang,</p>	Ketidak bugaran fisik	<p>Gangguan Mobilitas Fisik <b>(SDKI,D.0054</b> <b>Kategori : fisiologis ,</b> <b>Subkategori : aktivitas/istirahat)</b></p>
2.	<p><b>Do</b> : saat pengkajian TTV : Suhu 39°C, Nadi 100x/menit, RR 15x/menit, Kejang, keadaan</p>	Kegagalan Mekanisme Pertahanan Tubuh	<p>Resiko Cedera <b>( SDKI,D.0136</b> <b>Kategori : Lingkungan, Sub kategori Keamanan</b></p>

3.	<p>umum lemah.</p> <p><b>Ds</b> :ibu pasien mengatakan tidak tahu pasti tentang penyakit yang diderita anaknya</p> <p><b>Do</b> : saat pengkajian ibu pasien menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah, menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran, ibu pasien tidak mengetahui cara perawatan, cara pencegahan, agar anaknya tidak terserang <i>Epilepsi</i> secara berulang.</p>	Kurang Terpapar Informasi.	<p><b>dan Proteksi)</b></p> <p>Defisit Pengetahuan.</p> <p><b>(SDKI, D.0111</b></p> <p><b>Kategori : Perilaku,</b></p> <p><b>Subkategori :</b></p> <p><b>Kebersihan Diri)</b></p>
----	--	----------------------------	---

### 3.2.2. Prioritas Masalah

Dari analisa data maka diperoleh prioritas masalah sebagai berikut:

Table 3.3 Prioritas Masalah keperawatan pada An.S dengan diagnose *Epilepsi* di Ruang D2 pada tanggal 15 – 16 april 2021 di Rspal dr.Ramelan Surabaya

No	Diagnosa keperawatan	TANGGAL		Nama perawat
		ditemukan	Teratasi	
1.	Gangguan Mobilitas Fisik	15/4/2021	Teratasi Sebagian	<b>ADE</b>
2.	Resiko Cedera	15/4/2021	Teratasi Sebagian	<b>ADE</b>
3.	Defisit Pengetahuan	15/4/2021	Teratasi Sebagian	<b>ADE</b>

### 3.3 Intervensi Keperawatan

1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Ketidak Bugaran Fisik(SDKI, 2017) **D.0054**

Tujuan :Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x 24 jam diharapkan kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri : Pergerakan ekstremitas meningkat, Kekuatan otot meningkat, Rentang gerak ROMmeningkat, Nyeri menurun, Kecemasan menurun, Kaku sendi meningkat, Gerakan tidak terkoordinasi meningkat, Gerakan terbatas meningkat, Kelemahan fisik meningkat

**SLKI 2018 (L.05042)**

Table 3.4 masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di ruang D2 Rspal dr.Ramelan Surabaya

No .	Intervensi	Rasional
1.	<p><b>Dukungan Mobilisasi (I.05173) (SIKI, 2018)</b></p> <p>Observasi</p> <p>- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik</p>	

lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal : pagar tempat tidur) - Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan untuk mobilisasi dini Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal : duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).	Kebutuhan Dan Aktivitas Istirahat berguna untuk meningkatkan Mobilitas Fisik, serta ROM meningkat.
---	--

2. Resiko Cedera berhubungan dengan Kegagalan Mekanisme Pertahanan Tubuh  
**(SDKI, 2017) D.0136**

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x 24 jam diharapkan Toleransi aktivitas meningkat, Nafsu makan meningkat, Toleransi makanan meningkat, Kejadian cedera menurun, Luka/lecet menurun,

Ketegangan otot menurun, Fraktur menurun, Perdarahan menurun, Ekspresi wajah kesakitan menurun, Agitasi menurun.

**SLKI 2018(L.14136)**

Table 3.5 masalah keperawatan Resiko Cedera di ruang D2 Rspal dr.Ramelan  
Surabaya

No.	Intervensi	Rasional
2.	<p style="text-align: center;"><b>Pencegahan Cedera (I.14537) (SIKI, 2018)</b></p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera</li> <li>- Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera</li> <li>- Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stocking elastis pada ekstremitas bawah</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan pencahayaan yang memadai</li> <li>- Gunakan lampu tidur selama jam tidur</li> <li>- Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat (misal : penggunaan telepon, tempat tidur, penerangan ruangan dan lokasi kamar mandi)</li> <li>- Gunakan alas lantai jika beresiko mengalami cedera serius</li> <li>- Sediakan alas kaki antislip</li> <li>- Sediakan pispot atau urinal untuk eliminasi di tempat tidur</li> <li>- Pastikan bel panggilan</li> </ul>	<p>Kebutuhan keamanan dan lingkungan pasien berguna untuk mencegah cedera pada pasien.</p>

	<p>atau telepon mudah dijangkau</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pastikan barang pribadi mudah dijangkau</li> <li>- Pertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah saat digunakan</li> <li>- Diskusikan mengenai latihan dan terapi fisik yang diperlukan</li> <li>- Diskusikan mengenai alat bantu mobilitas yang sesuai (misal : tongkat atau alat bantu jalan)</li> <li>- Diskusikan bersama anggota keluarga yang dapat medampingi pasien.</li> <li>- Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga</li> <li>- Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan dudukselama beberapa menit sebelum berdiri.</li> </ul>
--	---

3. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi (**SDKI, 2017) D.0111**

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x 24 jam diharapkan Perilaku sesuai anjuran meningkat, Verbalisasi minat dalam belajar, Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic meningkat, Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topic meningkat, Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun, Persepsi

yang keliru terhadap masalah menurun, Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun. **SLKI 2018(L.12111)**

Table 3.6 masalah keperawatan Defisit Pengetahuan di ruang D2 Rspal dr.Ramelan Surabaya

No.	Intervensi	Rasional
3.	<p style="text-align: center;"><b>Edukasi Kesehatan</b> <b>(I.12383)</b> <b>(SIKI, 2018)</b></p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>- Identifikasi faktor faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>- Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>- Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan faktor resiko yang dapat</li> </ul>	<p>perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat dan pasien tidak keliru lagi dengan persepsinya.</p>

	<p>mempengaruhi kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</li><li>- Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.</li></ul>	
--	---	--



### 3.4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

1. Diagnosa 1 : Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan Ketidak Bugaran Fisik.

Table 3.7 Implementasi dan Evaluasi Masalah Keperawatan gangguan mobilitas fisik di ruang D2 Rspal dr. Ramelan Surabaya.

Waktu (Tgl & Jam)	Tindakan Keperawatan	Tanda Tangan Perawat	Waktu (Tgl & Jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)
15 April 2021 pukul 15.00 WIB	Melakukan pengkajian dan anamnase kepada An.S Memastikan kembali data hasil pengkajian dengan data yang ada pada rekam medis.	ADE	15 April 2021 pukul 20.00 WIB	<b>S</b> :Ibu pasien mengatakan merasa mengeluh anaknya enggan melakukan pergerakan.  <b>O</b> : pasien tampak lemah, TTV : Nadi 110 x/menit, Suhu 37 °C, hasil pemeriksaan laboratorium RBC: 4.1 10 <sup>6</sup> /UL(3.5-5.2), HGB: 12 g/Dl(12-16), PLT: 342 10 <sup>3</sup> /UL(150-400), PCT : 0.327 %(0.108-0.5),
12.00	Melakukan TTV pada pasien S = 37 °C GCS : 456 Nadi : 100 x/menit	ADE		
13.00	Memberikan Inj.Cinam 3x400mg	ADE		<b>A</b> : Masalah Teratasi sebagian
13.00	Memberikan Inj. Antrain 3x150mg	ADE		<b>P</b> : Intervensi Dilanjutkan
14.00	Memberikan Inj. Ondansetron 3x1,2 mg	ADE		

15.00	Memberikan Obat Amoxillin 125mg 2/1	ADE		
15.00	Memberikan Paracetamol 10 mg 3/1	ADE		
17.00	Menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman	ADE		
18.00	Menganjurkan relaks pada pasien	ADE		
18.10	Mengajak pasien untuk bersantai agar tidak tegang dengan kondisinya	ADE		
18.20	Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi	ADE		
18.30	Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	ADE		
18.40	Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	ADE		
20.00	Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	ADE		

Waktu (Tgl&Jam)	Tindakan Keperawatan	Tanda Tangan	Waktu (Tgl&Jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)
--------------------	----------------------	-----------------	--------------------	-----------------------------

		Perawat		
16 April 2021 pukul 16.00 WIB	Melakukan evaluasi pada An.S	<b>ADE</b>	16 April 2021 pukul 20.00 WIB	<b>S</b> :Ibu pasien mengatakan anaknya sedikit aktif bergerak karena dilatih agar tidak berbaring secara menerus.  <b>O</b> : Pasien tampak tenang dan tidur Nyenyak. TTV : Nadi 100 x/menit, Suhu 36,5 °C,  <b>A</b> : Masalah Teratasi sebagian  <b>P</b> : Intervensi Dilanjutkan
16.10	Melakukan TTV pada pasien S = 37 °C GCS : 456 Nadi : 100 x/menit	<b>ADE</b>		
16.30	Memberikan Inj.Cinam 3x400mg	<b>ADE</b>		
16.40	Memberikan Inj. Antrain 3x150mg	<b>ADE</b>		
16.50	Memberikan Inj. Ondansetron 3x1,2 mg	<b>ADE</b>		
17.00	Menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman	<b>ADE</b>		
17.20		<b>ADE</b>		
17.40	Menganjurkan relaks pada pasien	<b>ADE</b>		
18.00	Mengajak pasien untuk bersantai agar tidak	<b>ADE</b>		

18.10	tegang dengan kondisinya Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi	<b>ADE</b> <b>ADE</b>		
	Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	<b>ADE</b>		

2. Diagnose 2 : Resiko Cedera berhubungan dengan Kegagalan Mekanisme Pertahanan Tubuh

Table 3.8 Implementasi dan Evaluasi Masalah Keperawatan Resiko Cederadi ruang D2 Rspal dr. Ramelan Surabaya.

Waktu (Tgl& Jam)	Tindakan Keperawatan	Tanda Tangan Perawat	Waktu (Tgl& Jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)
15 April 2021 pukul 16.00 WIB	Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera	<b>ADE</b>	15 April 2021 pukul 20.00 WIB	<b>S</b> :Ibu pasien mengatakan takut jikalau kejangnya datang anaknya tersakiti oleh benda benda disekitar. <b>O</b> : Pasien dan ibu pasien tampak waspada jika kejang terjadi.

16.30	Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera	ADE		<b>A :</b> Masalah Teratasi sebagian  <b>P:</b> Intervensi Dilanjutkan
17.00	Menganjurkan pasien memakai kesesuaian alas kaki atau stocking elastis pada ekstremitas bawah	ADE		
17.10	Sediakan pencahayaan yang memadai	ADE		
17.20	Anjurkan lampu tidur selama jam tidur	ADE		
17.35	Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat	ADE		
17.40	Injeksi Paracetamol 10 mg 3/1	ADE		
18.00	Memantau ketika terjadi kejang	ADE		

Waktu (Tgl & Jam)	Tindakan Keperawatan	Tanda Tangan Perawat	Waktu (Tgl & Jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)
16 April 2021			16 April 2021	<b>S :</b> 2021 ibu pasien mengatakan ketika anaknya terjadi kejang maka

pukul 16.00 WIB	Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera	<b>ADE</b>	pukul 20.00 WIB	paham apa yang harus dilakukan untuk tidak terjadinya cedera.
16.30	Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera	<b>ADE</b>		<b>O</b> :Ibu pasien dan anaknya sekarang tampak tenang dan tidak waspada lagi.
17.00	Menganjurkan pasien memakai kesesuaian alas kaki atau stocking elastis pada ekstremitas bawah	<b>ADE</b>		<b>A</b> : Masalah Teratasi sebagian
17.10	Sediakan pencahayaan yang memadai	<b>ADE</b>		<b>P</b> : Intervensi Dilanjutkan
17.20	Anjurkan lampu tidur selama jam tidur	<b>ADE</b>		
17.35	Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat	<b>ADE</b>		
17.40	Injeksi Paracetamol 10 mg 3/1	<b>ADE</b>		
18.00	Memantau ketika terjadi kejang	<b>ADE</b>		
19.00	Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri			

3. Diagnose 3 :Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi

Table 3.9 Implementasi dan Evaluasi Masalah Keperawatan deficit pengetahuandi ruang D2 Rspal dr. Ramelan Surabaya.

Waktu (Tgl& Jam)	Tindakan Keperawatan	Tanda Tangan Perawat	Waktu (Tgl& Jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)
15 April 2021 pukul 11.30 WIB	Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	<b>ADE</b>	15 April 2021 pukul 19.00 WIB	<b>S</b> :Ibu pasien mengatakan selama ini tidak tahu apa yang dilakukan dan bagaimana cara penangannya ketika kejang berlangsung,
12.00	Identifikasi faktor faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat	<b>ADE</b>		<b>O</b> :Pasien masih posisi tenang dan keluarga stand by pada pasien jika terjadi kejang
13.00	Jadwalkan pendidikan kesehatan	<b>ADE</b>		<b>A</b> : Masalah Teratasi sebagian
13.10	Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi	<b>ADE</b>		<b>P</b> : Intervensi Dilanjutkan

13.20	kesehatan Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat	<b>ADE</b>		
14.00	Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	<b>ADE</b>		
16.00	Memantau suhu tubuh pasien	<b>ADE</b>		

Waktu (Tgl & Jam)	Tindakan Keperawatan	Tanda Tangan Perawat	Waktu (Tgl & Jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)
16 April 2021 pukul 16.00 WIB	Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	<b>ADE</b>	16 April 2021 pukul 20.00 WIB	<b>S</b> : Ibu pasien mengatakan sudah paham apa yang harus dilakukan dan penanganan terjadinya kejang  <b>O</b> : masih posisi tenang dan keluarga stand by pada pasien jika terjadi kejang  <b>A</b> : Masalah Teratasi sebagian  <b>P</b> : Intervensi Dilanjutkan
16.10	Identifikasi faktor faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat	<b>ADE</b>		
16.20	Jadwalkan pendidikan kesehatan	<b>ADE</b>		



16.30	Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan	ADE		
17.10	Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat	ADE		
18.00	Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	ADE		
18.20	Memantau suhu tubuh pasien	ADE		

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini, penulis akan menguraikan tentang yang terjadi antara tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan *Epilepsi* ruang D2 RSPALdr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Penulis melakukan pengkajian pada An.S dengan melakukan anamnesa, pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan akan dimulai dari :

##### **4.1.1 Identitas**

Pada tahap identitas pasien di tinjauan kasus yang didapatkan dari pasien yaitu berjenis kelamin laki-laki. Pasien merupakan anak pertama dari dua bersaudara dalam tahap perkembangan *toddler*. Penelitian Menurut *World Health Organization* (WHO, 2012), angka kejadian orang dengan epilepsi (ODE) masih tinggi terutama di negara berkembang. Dari banyak studi menunjukkan bahwa diperkirakan prevalensinya berkisar antara 0,5-4%. Rata-rata prevalensi epilepsi 8,2 per 1000 penduduk, sedangkan angka insidensi epilepsi mencapai 50-70 kasus per 100.000 penduduk, bila jumlah penduduk Indonesia berkisar 220 juta, maka diperkirakan jumlah pasien epilepsi 1,1- 8,8 juta. Prevalensi epilepsi pada bayi dan anak-anak cukup tinggi, menurun pada dewasa muda dan pertengahan, kemudian meningkat lagi pada kelompok usia lanjut.

#### 4.1.2 Keluhan Utama

Pada tinjauan kasus dijelaskan bahwa keluhan utama yaitu Ibu pasien mengatakan Anak Demam Muntah lalu Jingkat Jingkat. Sebagian besar keluhan pada *Epilepsi* biasanya akan mendapatkan gangguan fungsi intelegensi, pemahaman bahasa dan gangguan fungsi kognitif. Dampak *epilepsi* pada anak akan membuat perbedaan yang cukup signifikan pada IQ. Selain itu, epilepsi juga memiliki penyakit penyerta (gangguan tumbuh kembang) yang akan diderita oleh penderitanya. Ini yang dalam dunia medis disebut *komorbiditas* dan mesti diawasi oleh para orang tua. *Komorbiditas* akibat epilepsi sangat beragam, mulai dari lumpuh otak, retardasi mental serta *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*, jika terdapat gangguan yang cukup berarti pada otak maka dapat timbul gangguan mulai dari gangguan tumbuh dan kembang anak, gangguan perilaku, gangguan belajar, cacat fisik, cacat mental, hingga kematian.

Penelitian epidemiologi biasanya penelitian yang lebih rumit dan rinci, dilakukan selama jangka waktu yang relatif singkat, biasanya untuk pengujian yang disengajadari hipotesis baru mengenai paradigma kesehatan tertentu. Studi ini menggambarkan tingkat kejadian, prevalensi, dan angka kematian epilepsi, serta mendefinisikan kelompok berisiko tinggi, faktor risiko yang terkait, komorbiditas, penyebab, tingkat keparahan, dan hasil (Abramovici *et al*, 2016).

#### 4.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pada tinjauan kasus, awalnya pasien tanggal 20 November 2020 ibu pasien mengatakan bahwa saat di rumah badan An.S demam tak kunjung turun, sempat diberikan kompres air hangat dan diberikan Paracetamol Syrup, lalu demam An.S sempat turun, An.S sempat jingkat jingkat selama demam, dalam waktu sehari 2 – 3

kali setelah itu hilang dan beberapa saat timbul lagi dalam waktu durasi beberapa jam, An.S dibawa ke Klinik terdekat rumah untuk diperiksa keadaannya, setelah dibawa ke klinik An.S tidak Jingkat Jingkat lagi selama beberapa bulan.

Pada Tanggal 14 April 2021 pukul 16.00 An.S dibawa oleh ibunya ke RSPAL dr. Ramelan dikarenakan An.S demam lagi disertai muntah dan disusul dengan Jingkat Jingkat ibu An.S panic dan segera ke IGD RSPAL dr.Ramelan untuk penanganan selanjutnya. Kemudian dari IGD menganjurkan untuk opname sehingga An.S dibawa ke ruangan D2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Pada saat pengkajian Tanggal 15 April 2021 pukul 15.00 WIB didapatkan data pengkajian An.S demam 37°C, Muntah sehari 3 kali, turgor kulit kering, Keadaan Umum Lemas, CRT < 2 detik. Data Pengkajian TTV Suhu : 39°C, RR : 15 x/menit, Nadi : 100x/menit

Halini ditandai dengan jenis kejang yang bervariasi dalam tingkat keparahan, penampilan, penyebab, konsekuensi, dan manajemen terapi. Kejang yang lama atau berulang-ulang dapat mengancam jiwa. Pasien dengan epilepsi juga dapat mengalami keterlambatan perkembangan saraf, masalah memori, dan atau gangguan kognitif (Rogers and Cavazos, 2011).

#### **4.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu**

Pasien sebelumnya tidak pernah Opname di Rumah Sakit. Ketika sakit pasien dibawa ke klinik dekat rumah saja dan tidak sampai Opname, ibu pasien mengatakan tidak mengetahui dan belum memahami serta cara pencegahannya serta perawatan jika anak terserang *Epilepsi* secara berulang, Saat ditanya perawat terkait penyebab, pencegahan, serta perawatan pada penyakit *Epilepsi*, ibu menggelengkan kepala tidak mengetahuinya. Etiologi dari *Epilepsi* gangguan listrik disritmia pada sel

syaraf pada salah satu bagian otak yang menyebabkan sel ini mengeluarkan muatan listrik abnormal, berulang dan tidak terkontrol (Smeltzer & Bare, 2011).

#### **4.1.5 Kebutuhan Dasar**

Pola Makan :Ibu mengatakan bahwa saat MRS An.S makan hanya 3-7 sendok makan saja makanan dari rumah sakit dan selalu disupai oleh ibunya. Ibu mengatakan tidak memberikan anaknya makanan selain dari rumah sakit.An.S makan sebanyak 3x sehari.

Pola Minum :Ibu mengatakan An.S minum susu formula dan air putih mengkonsumsi minum sekitar  $\pm 500$ cc/hari dan sudah termasuk dengan minum susu formula. Biasanya ibu membuatkan susu formula  $\pm 3$  botol (ukuran 120cc) per hari tiap minum.

Menurut Riyadi (2010), pasien dengan demam bisa terjadi gangguan kesadaran, keadaan ini menyebabkan kurangnya masukan nutrisi sehingga kebutuhan nutrisi yang penting untuk masa penyembuhan berkurang pula.

#### **4.1.6 Pemeriksaan Fisik**

Keadaan umum pasien saat datang lemah, namun ketika dibawa masuk ke ruang tindakan An.S langsung menangis takut hingga An.S dirangkul sang ibu. Kesadaran An.S composmentis, GCS 4-5-6.Suhu 37°C Nadi 100 x/menit.

Hal ini sesuai dengan pernyataan Fitrisatri (2015), yang mengungkapkan bahwa pada beberapa kasus demam sering disertai sakit tenggorokan, infeksi faring, dan infeksi konjungtiva, anoreksia, mual dan muntah.

#### **4.1.7 Tingkat Perkembangan**

Ibu mengatakan bahwa An.S dapat beradaptasi dengan baik di lingkungan rumah namun terjadi hambatan adaptasi di lingkungan rumah sakit. Ibu An.S mengatakan anaknya merespon ketika diajak berinteraksi.

#### 4.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium pada tanggal 15 April 2021 RBC:  $4.1 \cdot 10^6/\text{UL}(3.5-5.2)$  HGB: 12 g/Dl(12-16) PLT:  $342 \cdot 10^3/\text{UL}(150-400)$  PCT : 0.327 % (0.108-0.5). Menurut Jilly (2013), leukosit disebut juga sel darah putih merupakan unit sistem pertahanan tubuh. Leukosit dibentuk di sumsum tulang (granulosit dan monosit serta sedikit limfosit) dan sebagian lagi di jaringan limfe (limfosit dan sel-sel plasma).

#### 4.2 Diagnosa Keperawatan

Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Ketidak Bugaran Fisik ditandai dengan, ibu pasien mengeluh merasa anaknya enggan melakukan pergerakan. Saat pengkajian pada pasien S =  $37^\circ\text{C}$ , GCS : 4/5, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah, sendi kaku Nadi 100 x/menit. Pasien dengan epilepsi juga dapat mengalami keterlambatan perkembangan saraf, masalah memori, dan atau gangguan kognitif (Rogers and Cavazos, 2011).

Resiko Cedera berhubungan dengan Kegagalan Mekanisme Pertahanan Tubuh ditandai dengan, ibu mengatakan anak mengalami muntah demam dan kejang, saat pengkajian TTV : Suhu  $39^\circ\text{C}$ , Nadi 100x/menit, RR 15x/menit, Kejang, keadaan umum lemah.

Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi ditandai dengan, ibu pasien mengatakan tidak tahu pasti tentang penyakit yang diderita anaknya, saat pengkajian ibu pasien menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah, menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran, ibu pasien tidak mengetahui cara perawatan, cara pencegahan, agar anaknya tidak terserang *Epilepsi* secara berulang.

### 4.3 Intervensi Keperawatan

Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Ketidak Bugaran Fisik (SDKI, 2017) **D.0054**. Tujuan dan Kriteria Hasil : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x 24 jam diharapkan kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri : Pergerakan ekstremitas meningkat, Kekuatan otot meningkat, Rentang gerak ROMmeningkat, Nyeri menurun, Kecemasan menurun, Kaku sendi meningkat, Gerakan tidak terkoordinasi meningkat, Gerakan terbatas meningkat, Kelemahan fisik meningkat**SLKI 2018 (L.05042)**Rencana Tindakan Keperawatan yang dilakukan adalah 1). mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, 2).mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, 3).Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4).Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 5).Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, 6).Anjurkan untuk mobilisasi dini, 7). Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal : duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi). **SIKI 2018(I.05173)**

Resiko Cedera berhubungan dengan Kegagalan Mekanisme Pertahanan Tubuh (SDKI, 2017)**D.0136**Tujuan dan Kriteria Hasil : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x 24 jam diharapkan Toleransi aktivitas meningkat, Nafsu makan meningkat, Toleransi makanan meningkat, Kejadian cedera menurun, Luka/lecet menurun, Ketegangan otot meurun, Fraktur menurun, Perdarahan menurun, Ekspresi wajah kesakitan menurun, Agitasi menurun.Menurut Nafisah (2017), dalam keadaan demam kenaikan suhu tubuh akan mengakibatkan kenaikan metabolisme basal 10-15% dan kebutuhan oksigen meningkat 20%. Kenaikan suhu tubuh tertentu dapat mempengaruhi keseimbangan dari membran sel neuron dan

dalam waktu yang singkat terjadi difusi dari ion kalium dan natrium dari membran tadi, dengan akibat lepasnya muatan listrik. Lepasnya muatan listrik ini demikian besar sehingga dapat meluas ke seluruh sel maupun membran sel dengan bantuan neurotransmitter dan terjadilah kejang, tiap anak memiliki ambang kejang yang berbeda berdasarkan peningkatan suhu tubuh anak. **SLKI 2018(L.14136)** Rencana Tindakan Keperawatan yang dilakukan adalah 1). Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera 2). Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera 3). Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stocking elastis pada ekstremitas bawah 4). Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat (misal : penggunaan telepon, tempat tidur, penerangan ruangan dan lokasi kamar mandi) 5). Gunakan alas lantai jika beresiko mengalami cedera serius 6). Sediakan alas kaki antislip. **SIKI 2018(I.14537)**

Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi (**SDKI, 2017)D.0111**. Tujuan dan Kriteria Hasil : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x 24 jam diharapkan Perilaku sesuai anjuran meningkat, Verbalisasi minat dalam belajar, Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic meningkat, Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topic meningkat, Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun, Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun, Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun. **SLKI 2018(L.12111)**. Rencana Tindakan Keperawatan yang dilakukan adalah 1). Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2). Identifikasi faktor faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat 3). Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4). Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5). Berikan kesempatan



untuk bertanya 6). Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 7).  
Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat. **SIKI 2018 (I.12383)**

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

##### 1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Ketidak Bugaran Fisik

Pelaksanaan rencana yang telah diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan dengan data pengkajian pada tanggal 15 April 2021 pukul 15.00 WIB, implementasi dilakukan hari pertama sesuai dengan intervensi untuk menangani masalah keperawatan dengan Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Ketidak Bugaran Fisik, yaitu : 1). Melakukan TTV pada pasien Suhu : 37°C Nadi : 100x/menit, RR :15 x/menit (Pada Pukul 12.00) 2). Memberikan injeksi Cinam 3 x 400 gr (Pada Pukul 13.00). 3). Menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman (Pada pukul 14.00). 4). Menganjurkan relaks pada pasien (pada pukul 15.00). 5). Mengajak pasien untuk bersantai agar tidak tegang dengan kondisinya (Pada pukul 16.00). 6). Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi (pukul 16.00). 7). Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi (Pada pukul 16.30). 8). Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (Pada pukul 17.00). 9). Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (Pada pukul 17.30).

Implementasi dilakukan hari kedua :

1). Melakukan TTV pada pasien Suhu : 36,5°C Nadi : 110x/menit, RR :15 x/menit (Pada Pukul 12.00) 2). Memberikan injeksi Cinam 3 x 400 gr (Pada Pukul 13.00). 3). Menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman (Pada pukul 14.00). 4). Menganjurkan relaks pada pasien (pada pukul 15.00). 5). Mengajak pasien untuk bersantai agar tidak tegang dengan kondisinya (Pada pukul 16.00). 6). Monitor

frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi (pukul 16.00). 7). Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi (Pada pukul 16.30). 8). Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (Pada pukul 17.00). 9). Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (Pada pukul 17.30). 10. Fasilitasi melakukan pergerakan (Pada Pukul 18.00)

## 2. Resiko Cedera berhubungan dengan Kegagalan Mekanisme Pertahanan Tubuh

implementasi dilakukan hari pertama sesuai dengan intervensi untuk menangani masalahkeperawatan denganResiko Cedera berhubungan dengan Kegagalan Mekanisme Pertahanan Tubuh 1). Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera (Pada Pukul 16.00). 2). Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera (pada pukul 16.30). 3). Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stocking elastis pada ekstremitas bawah (Pada pukul 17.00). 4). Sediakan pencahayaan yang memadai (pada pukul 18.00). 5). Gunakan lampu tidur selama jam tidur (pada pukul 18.30). 6). Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat (pada pukul 18.50). 7). Gunakan alas lantai jika beresiko mengalami cedera serius (pada pukul 19.00). 8). Injeksi Paracetamol 10 mg 3/1 (pada pukul 19.30). 9). Memantau ketika terjadi kejang (pada pukul 20.30).

Implementasi dilakukan hari kedua :

1). Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera (Pada Pukul 16.00). 2). Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera (pada pukul 16.30). 3). Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stocking elastis pada ekstremitas bawah (Pada pukul 17.00). 4). Sediakan pencahayaan yang memadai (pada pukul 18.00). 5). Gunakan lampu tidur selama jam tidur (pada pukul 18.30). 6).

Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat (pada pukul 18.50). 7). Gunakan alas lantai jika beresiko mengalami cedera serius (pada pukul 19.00). 8). Injeksi Paracetamol 10 mg 3/1 (pada pukul 19.30). 9). Memantau ketika terjadi kejang (pada pukul 20.30). 10). Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga (pada pukul 20.30). 11). Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri (pada pukul 21.00).

### 3. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi

Implementasi dilakukan hari pertama sesuai dengan intervensi untuk menangani masalahkeperawatan dengan 1). Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi (pada pukul 11.30). 2). Identifikasi faktor faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat (pada pukul 12.00). 3). Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan (pada pukul 12.00). 4). Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan (pada pukul 15.00). 5). Berikan kesempatan untuk bertanya (pada pukul15.30). 6). Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan (pada pukul 16.00). 7). Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat(pada pukul 16.30). 8). Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat (pada pukul 17.30). 9). Memantau suhu tubuh pasien (pada pukul 18.30).

Implementasi dilakukan hari kedua adalah

1). Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi (pada pukul 11.30). 2). Identifikasi faktor faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat (pada pukul 12.00). 3). Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan (pada pukul 12.00). 4). Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan (pada pukul 15.00). 5). Berikan kesempatan untuk

bertanya (pada pukul 15.30). 6). Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan (pada pukul 16.00). 7). Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat (pada pukul 16.30). 8). Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat (pada pukul 17.30). 9). Memantau suhu tubuh pasien (pada pukul 18.30).

#### **4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan. Namun, evaluasi dapat dilakukan pada setiap tahap dari proses perawatan. Evaluasi mengacu pada penilaian, tahapan dan perbaikan. Dalam kasus ini evaluasi keperawatan dilakukan sampai pasien diizinkan pulang, yaitu sebagai berikut :

1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan ketidakbugaran fisik  
Pada tanggal 16 April 2021 Ibu pasien mengatakan anaknya sedikit aktif bergerak karena dilatih agar tidak berbaring secara menerus. Hasil pemeriksaan Pasien tampak tidur Nyenyak. TTV : Nadi 100 x/menit, Suhu 36,5°C.
2. Resiko Cedera berhubungan dengan Kegagalan Mekanisme Pertahanan Tubuh  
Pada tanggal 16 April 2021 ibu pasien mengatakan ketika anaknya terjadi kejang maka paham apa yang harus dilakukan untuk tidak terjadinya cedera. Ibu pasien dan anaknya sekarang tampak tenang dan tidak waspada lagi.
3. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi  
pada tanggal 16 April 2021 didapatkan Ibu pasien mengatakan sudah paham apa yang harus dilakukan dan penanganan terjadinya kejang,

Pasien masih posisi tenang dan keluarga stand by pada pasien jika terjadi kejang

## BAB 5

### PENUTUP

#### 5.1. Kesimpulan

1. Pada Tanggal 14 April 2021 pukul 16.00 An.S dibawa oleh ibunya ke RSPAL dr. Ramelan dikarenakan An.S demam lagi disertai muntah dan disusul dengan Jingkat Jingkat ibu An.S panic dan segera ke IGD RSPAL dr.Ramelan untuk penanganan selanjutnya. Kemudian dari IGD menganjurkan untuk opname sehingga An.S dibawa ke ruangan D2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Pada saat pengkajian Tanggal 15 April 2021 pukul 15.00 WIB didapatkan data pengkajian An.S demam 37°C, Muntah sehari 3 kali, turgor kulit kering, Keadaan Umum Lemas, CRT < 2 detik. Data Pengkajian TTV Suhu : 39°C, RR : 15 x/menit, Nadi : 100x/menit. Pasien mendapatkan terapi Cinam 3 x 400 gr, Inj. Antrain 3 x 150 gr, Inj.Ondansetron 3 x 1,2 mg , Amoxillin 125 mg 2/1 , Paracetamol 10 mg 3/1.
2. Diagnose keperawatan yang muncul dan dialami kepada pasien antara lain:Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Ketidak Bugaran Fisik (SDKI, 2017) D.0054, Resiko Cedera berhubungan dengan Kegagalan Mekanisme Pertahanan Tubuh (SDKI, 2017) D.0136, Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi (SDKI, 2017) D.0111.
3. Rencana tindakan keperawatan kepada pasien disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan dengan tujuan untuk kelemahan fisik menurun, kejadian cedera menurun, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat
4. Tindakan keperawatan pada An.S dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yang mengacu secara langsung pada diagnose keperawatan yaitu

pada masalah Tindakan keperawatan pada An.S dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yang mengacu secara langsung pada diagnose keperawatan yaitu pada masalah Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Ketidak Bugaran Fisik **SIKI 2018(I.05173)** , Resiko Cedera berhubungan dengan Kegagalan Mekanisme Pertahanan Tubuh **SIKI 2018(I.14537)** , Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi **SIKI 2018 (I.12383)**.

5. Pada akhir evaluasi semua tujuan dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga, dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada pasien masalah teratasi sebagian dan masalah teratasi sepenuhnya.

## **5.2. Saran**

Bertolak dari simpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerja samadengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Epilepsi*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Batticaca, B.F (2008). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Klien dengan Gangguan Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Doenges, M.E (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC Elizabeth. J. 2010. *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC
- Evelyn C. Pearce. (2016). *Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis*. Jakarta: Gramedia Pustaka Ut.
- Hidayat, A.A (2009). *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1*. Jakarta : Salemba Medika
- Kliegman, B. (2008). *Nelson Ilmu Keperawatan Anak ed. 15, alih bahasa Indonesia, A.Samik Wahab*. Jakarta: EGC.
- Pinzon, R. (2007). *Dampak Epilepsi pada aspek kehidupan penyandangannya. SMF Saraf RSUD Dr. M. Haulussy, Ambon, Indonesia*.
- Kemendes Indonesia. (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018*. Retrieved from [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)
- Lavina A, Widodo DP, Nurdadi S, Tridjaja B. *Faktor faktor yang memengaruhi Gangguan Perilaku Pada Anak Epilepsi* . Sari Pediatri (2015).
- Mubarak, & dkk. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Dasar Buku 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (Edisi 1)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- World Health Organization. (2014). *Helmets: A Road Safety Manual for Decision-Makers and Practitioners*. In *Global Road Safety Partnership*.



**Lampiran 1***CURRICULUM VITAE*

Nama : Ade Saputri S.Kep  
NIM : 2030003  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Tempat, tanggal lahir : Surabaya 22 Januari 1998  
Alamat :Jl. Raden Rahmat Desa Gemurung Rt 03 Rw 02  
Kecamatan Gedangan Kabupaten Sidoarjo  
Email : saputriade98@gmail.com

## Riwayat Pendidikan :

- |                              |            |
|------------------------------|------------|
| 1. TK Dharma Wanita          | Tahun 2005 |
| 2. SDN Kwangsan              | Tahun 2007 |
| 3. SMP Negeri 1 Gedangan     | Tahun 2013 |
| 4. SMK Kesehatan 10 Nopember | Tahun 2016 |
| 5. STIKES Hang Tuah Surabaya | Tahun 2020 |

## Lampiran 2

### MOTTO DAN PERSEMBAHAN

#### Motto :

**Tidak ada yang bisa menjamin urusanmu mudah, lancar, dan selesai dengan sempurna kecuali Allah.**

#### Persembahan :

1. Puji Syukur Kepada Allah SWT atas semua nikmat Aman, Selamat, Lancar dan Barokah pertolonganNya yang telah diberikan pada saya sehingga bisa menjadi posisi sekarang ini dan saya mampu menyelesaikan kewajiban dan bisa mendapat hasil sesuai dengan usaha dan kerja keras saya selama ini.
2. Kedua Orang Tua tercinta saya Ibu Karyawati dan Ayah Kariyanto yang telah menjadi Support Sistem, terimakasih atas usaha yang tidak pernah lelah, doa, semangat, motivasi untuk saya selama ini. Semoga Allah memberikan nikmat sehat waras dan mulia kepada kedua orang saya.
3. Adik Saya Chrisna Rangga Mukti yang tersayang, Terimakasih menambah semangat saya selama menuntut ilmu di bangku kuliah.
4. Rekan-rekan terfavorit Prodi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya terimakasih atas dukungannya.
5. Dan semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu, terimakasih selalu mendoakan yang terbaik untukku, membantu dalam setiap langkah perjalanan hidupku, Semoga Allah SWT selalu melindungi dan meridhoi kalian. Aamiin YaRobbal A`laamiin.