**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.N USIA TODLER 2 TAHUN DENGAN DIAGNOSA MEDIS POST ASPIRASI ASI +**

**EPILEPSI + HYDROCEPALY DI RUANG D2**

**RUMKITAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

****

**Oleh :**

**LINTANG SANDRA INFANTRI**

**NIM 172.0041**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.N USIA TODLER 2 TAHUN DENGAN DIAGNOSA MEDIS POST ASPIRASI ASI +**

**EPILEPSI + HYDROCEPALY DI RUANG D2**

**RUMKITAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

**Kaya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat**

**untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**

****

**Oleh :**

**LINTANG SANDRA INFANTRI**

**NIM 172.0041**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2020**

**SURAT PERNYATAAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari saya melakukan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 21 Februari 2020



LINTANG SANDRA INFANTRI

NIM 172.0041

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Lintang Sandra Infantri

NIM : 172.0041

Program Studi : D-III Keperawatan

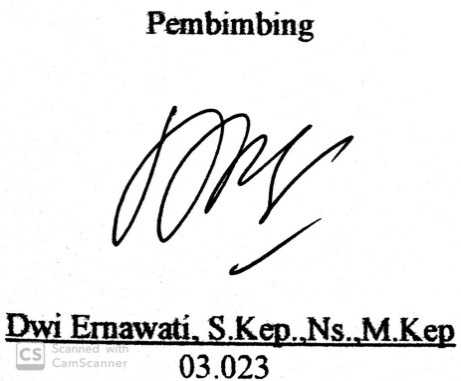
Judul : Asuhan Keperawatan Pada An.N Dengan Diagnosa Medis Post Aspirasi Asi + Epilepsi + Hydrocepaly Di Ruang D2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan - perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang dalam guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar.

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (Amd. Kep)**

Surabaya, 21 Februari 2020

Pembimbing



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

03.023

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 21 Februari 2020

**HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Lintang Sandra Infantri

NIM : 172.0041

Program Studi : D-III Keperawatan

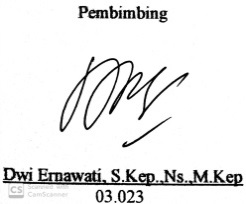
Judul : Asuhan Keperawatan Pada An.N Dengan Diagnosa Medis Post Aspirasi Asi + Epilepsi + Hydrocepaly Di Ruang D2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : Jumat, 21 Februari 2020

Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Dwi Ernawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep (  )

NIP. 03.023

Penguji II : Tri Susanawati, Amd.Kep (  ) NIP. 197604232006042003

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi D-III Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes.

NIP. 03.007

**Motto & Persembahan**

“Selalu Ada Harapan Bagi Mereka Yang Sering Berdoa, Selalu Ada Jalan Bagi Mereka Yang Berusaha. Maka, Mulailah Dari Tempatmu Berada, Gunakan Yang Kau Punya, Lakukan Yang Kau Bisa”.

Kupersembahkan karya saya yang sederhana ini kepada :

1. Papa Marjuni dan Mama Yanti tercinta yang telah membesarkan, membimbing serta memberikan kasih sayang baik materi maupun moral hingga tidak pernah lelah memberiku semangat dan doa yang luar biasa
2. Kakakku Novia Risti Infantri, adikku Sofya Rizky Dewi Infantri dan Miqaila Zulma Raissa yang tidak pernah lelah dan selalu memberiku semangat serta dorongan motivasi yang sangat luar biasa sehingga sedikit demi sedikit saya bisa belajar dan termotivasi
3. Seseorangyang selalu memberi dukungan dan doa untuk mencapai kesuksesan.
4. Para dosen Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan ilmu dan membimbing selama 3 tahun.
5. Teman-temanku “PEJUANG SEMESTER AKHIR” yang mendukung proses pembuatan hasil karya tulisku dan berjuang bersama.
6. Teman-teman seperjuangan “Mahasiswa Prodi – D3 Keperawatan STIKES HANG TUAH SURABAYA angkatan 23” yang memberiku arti jiwa kebersamaan.

**KATA PENGANTAR**

Alhamdulillah puji syukur dipanjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

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

1. Laksamana Pertama TNI dr. Radito Sosanto Sp.THT-KL.,Sp.KL Selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Kolonel Laut (K/W) Wiwiek Liestyaningrum, S.Kp., M.Kep, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Dwi Ernawati, S.Kep., Ns.,M.Kep selaku pembimbing I yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Tri Susanawati, Amd.Kep Selaku pembimbing II, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak dan ibu dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Perpustakaan Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan dan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
8. Keluarga yang selalu mendukung dan memberi dorongan, semangat serta do’a yang tak terkira selama proses pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya.
9. Sahabat-sahabat seperjuangan dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya khususnya yang telah memberikan dorongan dan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucap semoga hubungan silaturrahmi ini tetap terjalin.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bias berdo’a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

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

Surabaya, 21 Februari 2020

Penulis

**DAFTAR ISI**

**HALAMAN JUDUL i**

**SURAT PERNYATAAN ii**

**HALAMAN PERSETUJUAN iii**

**HALAMAN PENGESAHAN iv**

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN vi**

**KATA PENGANTAR vii**

**DAFTAR ISI viii**

**DAFTAR TABEL x**

**DAFTAR GAMBAR xi**

**DAFTAR LAMPIRAN xii**

**DAFTAR SINGKATAN xiii**

**BAB 1 PENDAHULUAN**

1. Latar Belakang 1
2. Rumusan Masalah 3
3. Tujuan Penulisan 3
4. Manfaat Penulisan 4
   1. Metode Penulisan 5

1.6 Sistematika Penulisan 6

**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. Konsep Epilepsi 8
     1. Definisi 8
     2. Etiologi 9
     3. Klasifikasi.............................................................................................. 10
     4. Manifestasi Klinis 11
     5. Tanda Gejala.......................................................................................... 12
     6. Patofisiologi 12
     7. Diagnosa Banding 13
     8. Komplikasi 13
     9. Pemeriksaan Penunjang 13
     10. Pencegahan 14
     11. Penatalaksanaan 14
  2. Konsep Anak 16
     1. Definisi Tumbuh Kembang 16
     2. Tumbuh Kembang Usia Todler 2 tahun 16
  3. Hospitalisasi 17
  4. Imunisasi 18
     1. Pengertian Imunisasi 18
     2. Lokasi Pemberian.................................................................................. 18
     3. Jenis Vaksin 19
  5. Nutrisi Pada Anak Usia Todler 2 Tahun 20
     1. Pengertian 20
     2. Tujuan Pemberian Nutrisi 20
     3. Karakteristik Terkait Dengan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi 21
  6. Asuhan Keperawatan 21

2.6.1 Pengkajian 21

2.6.3 Perencanaan 24

2.7 WOC (*Web Of Caution)* 31

**BAB 3 TINJAUAN KASUS**

3.1 Pengkajian 32

3.2 Analisa Data 44

3.3 Prioritas Masalah 46

3.4 Intervensi Keperawatan 47

3.5 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi 50

**BAB 4 PEMBAHASAN**

4.1 Pengkajian 60

4.2 Diagnosa Keperawatan 62

4.3 Intervensi 63

4.4 Implementasi 65

4.5 Evaluasi 66

**BAB 5 PENUTUP**

5.1 Simpulan 68

5.2 Saran 70

**DAFTAR PUSTAKA 71**

**Lampiran........................................................................................................... 72**

**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1 Laboratorium 42

Tabel 3.2 Terapi 44

Tabel 3.3 Analisa Data 46

Tabel 3.4 Prioritas Masalah 48

Tabel 3.5 Rencana Keperawatan 49

Tabel 3.6 Implementasi 53

**DAFTAR GAMBAR**

2.1 WOC 31

3.1 Genogram 36

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 SAP Epilepsi 74

Lampiran 2 Leaflet Epilepsi 78

Lampiran 3 SPO Pemberian Obat melalui Intravena 83

**DAFTAR SINGKATAN**

BAB = Buang Air Besar

BAK = Buang Air Kecil

BB = Berat Badan

CRT = *Capilary Refill Time*

CT Scan = *Computerized Tomography Scanner*

DO = Data Objektif

DS = Data Subjektif

EEG = Elektroensefalografi

GCS = *Glasgow Coma Scale*

IGD = Instalasi Gawat Darurat

IV = Intra Vena

LPM = Liter Per Menit

MRI = Magnetik Resonasi Imagine

MRS = Masuk Rumah Sakit

N = Nadi

RR = *Respiratory Rate*

RS = Rumah Sakit

S = Suhu

SMRS = Sebelum Masuk Rumah Sakit

TD = Tekanan Darah

TB = Tinggi Badan

TTV = Tanda- tanda Vital

WOC = *Web Of Caution*

WHO = *World Health Organization*

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Epilepsi adalah suatu keadaan yang ditandai oleh bangkitan *(seizure)* berulang sebagai akibat dari adanya gangguan fungsi otak secara intermiten, yang disebabkan oleh lepas muatan listrik abnormal dan berlebihan di neuron-neuron secara paroksimal, dan disebabkan oleh berbagai etiologi(Munir 2015). Penyakit epilepsi selain merupakan masalah kesehatan yang sangat rumit juga merupakan suatu penyakit yang menimbulkan dampak/ stigma sosial yang sangat berat bagi penderita dan keluarganya. Adanya pemahaman yang salah di beberapa orangtua pasien di ruang D2 tentang penyakit epilepsi yang dipandang sebagai penyakit kutukan merupakan suatu hal yang menyebabkan sulitnya mendeteksi jumlah kasus ini di masyarakat karena biasanya keluarga sering menyembunyikan keluarganya yang menderita penyakit ini.

Epilepsi merupakan salah satu penyakit otak yang sering ditemukan di dunia. Data World Health Organization (WHO) menunjukkan epilepsi menyerang 70 juta dari penduduk dunia (Brodie et al., 2012). Epilepsi dapat terjadi pada siapa saja di seluruh dunia tanpa batasan ras dan sosial ekonomi. Angka prevalensi penderita epilepsi aktif berkisar antara 4-10 per 1000 penderita epilepsi (Beghi dan Sander, 2008). Bila jumlah penduduk Indonesia berkisar 220 juta, maka diperkirakan jumlah penderita epilepsi baru 250.000 per tahun. Dari berbagai studi diperkirakan prevalensi epilepsi berkisar antara 0,5-4%. Rata-rata prevalensi epilepsi 8,2 per 1000 penduduk. Prevalensi epilepsi pada bayi dan anak-anak cukup tinggi, menurun pada dewasa muda dan pertengahan, kemudian meningkat lagi pada kelompok usia lanjut (Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia (PERDOSSI, 2011). Epilepsi merupakan suatu gangguan neurologik klinis yang sering dijumpai. Definisi epilepsi menurut kelompok studi epilepsi PERDOSSI 2011 adalah suatu keadaan yang ditandai oleh bangkitan berulang akibat lepas muatan listrik abnormal dan berlebihan di neuron-neuron otak secara paroksismal, dan disebabkan oleh berbagai etiologi, bukan disebabkan oleh penyakit otak akut. Selama periode Januari 2019 – Januari 2020 , jumlah kasus baru epilepsi pada anak di ruang rawat inap D2 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya 46 kasus. Kasus terbanyak terjadi pada usia pasien 1-5 tahun yang mencapai 36% , dengan jumlah hari perawatan yang berbeda-beda.

Penyebab pasti dari epilepsi masih belum diketahui (idiopatik) dan masih menjadi banyak spekulasi. Predisposisi yang mungkin menyebabkan epilepsi meliputi: pascatrauma kelahiran, riwayat bayi dari ibu yang menggunakan obat antikonvulsan yang digunakan sepanjang kehamilan, asfiksia neonatorum, riwayat

ibu-ibu yang mempunyai risiko tinggi (tenaga kerja, wanita dengan latar belakang

sukar melahirkan, penggunaan obat-obatan, diabetes, atau hipertensi), pascacedera

kepala, adanya riwayat penyakit infeksi pada masa kanak-kanak (campak, penyakit gondongan (mumps), epilepsi bakteri), adanya riwayat keracunan (karbon monoksida dan menunjukkan keracunan), riwayat gangguan sirkulasi serebral, riwayat demam tinggi, riwayat gangguan metabolism dan nutrisi/gizi, riwayat intoksikasi obat-obatan atau alkohol, riwayat adanya tumor otak, abses, dan kelainan bentuk bawaan, riwayat keturunan epilepsi (Arif 2011). Dampak penyakit epilepsi adalah bisa mengakibatkan serangan kejang kembali sampai berakibat kematian pada penderita.

Epilepsi dapat memberikan komplikasi jangka panjang yang cukup serius, untuk itu perlu dipahami mengenal keteraturan pengobatan, menghindari faktor pencetus untuk mencegah terjadinya kejang. Faktor pencetus epilepsi adalah kurang tidur, terlalu lelah, stress emosional, infeksi, obat-obatan tertentu, hormonal( haid, kehamilan) (Rendy and TH 2012) . Sebagai perawat usaha untuk mengatasi masalah tersebut salah satunya adalah dengan menambah pengetahuan pasien dan keluarga pasien tentang penyakit epilepsi melalui penyuluhan atau penjelasan secara langsung tentang cara penanganan kejang yang tepat saat dirumah. Selain itu perawat juga menyarankankan untuk rutin mengkonsumsi Obat-obat anti kejang baik ada serangan atau tidak ada serangan bagi yang mempunyai riwayat epilepsi sebelumnya, melakukan pemeriksaan yang disarankan dokter pemeriksa dan menjaga pola hidup sehat. Dalam karya tulis ini penulis akan membahas tentang Asuhan Keperawatan Anak dengan Epilepsi untuk memudahkan kita sebagai calon perawat dalam merawat pasien dengan epilepsi.

**1.2 Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut melakukan asuhan keperawatan epilepsi dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut "Bagaimanakah asuhan keperawatan pada anak dengan diagnosa epilepsi di Ruang D2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya".

**1.3 Tujuan Penelitian**

**1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa epilepsi di Ruang D2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

* + 1. **Tujuan Khusus**

1. Mengkaji klien dengan diagnosa epilepsi di ruang D2 Rumkital Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan diagnosa epilepsi di ruang D2 Rumkital Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa epilepsi di ruang D2 Rumkital Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa epilepsi di ruang D2 Rumkital Surabaya.
5. Mengevaluasi diagnosa keperawatan pada klien dengan diagnosa epilepsi di ruang D2 Rumkital Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa epilepsi di ruang D2 Rumkital Surabaya.

**1.4 Manfaat**

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat :

1. Akademis, hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien epilepsi.
2. Secara praktis tugas ini akan bermanfaat bagi :
3. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil karta tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien epilepsi dengan baik.

1. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada klien epilepsi.

1. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien epilepsi.

* 1. **Metode Penulisan**
     + 1. **Metode**

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau kegiatan yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah - langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

* + - 1. **Teknik Pengumpulan Data**

1. Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1. Observasi

Data yang diambil melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

1. **Sumber Data**

Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien

Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medikperawat, hasil - hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1. **Studi Kepustakaan**

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

* 1. **Sistematika Penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing - masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1: Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa epilepsi, serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dnegan kenyataan yang ada dilapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep tumbuh kembang anak, konsep hospitalisasi, konsep penyakit, dan asuhan keperawatan anak dengan epilepsi. Konsep tumbuh kembang anak dapat diuraikan mengenai definisinya, pembagian antara pertumbuhan dan perkembangan dan sebagainya. Konsep Hospitalisasi dapat diuraikan tentag definisi dan reaksi anak terhadap efek hospitalisasi menurut usianya. Konsep penyakit akan diuraikan 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**

**2.1.1 Pengertian Epilepsi**

Epilepsi adalah kejang yang yang menyerang seseorang yang tampak sehat atau sebagai suatu ekserbasi dalam kondisi sakit kronis sebagai akibat oleh disfungsi otak sesaat dimanifestasikan sebagai fenomena motorik, sensorik, otonomik, atau psikis yang abnormal. Epilepsi merupakan akibat dari gangguan otak kronis dengan serangan kejang spontan yang berulang (Nurarif Huda and Kusuma 2015).

Epilepsi adalah kompleks gejala yang terdiri dari beberapa gangguan fungsi otak yang dicirikan dengan kejang berulang. Epilepsi mungkin disertai dengan hilangnya kesadaran, pergerakan berlebihan , atau kehilangan tonus otot atau pergerakan otot dan gangguan perilaku, alam perasaan, sensasi, dan persepsi. Masalah utama adalah gangguan elektrik (disritmia) dalam sel-sel saraf di salah satu bagian otak , yang menyebabkan sel-sel tersebut memancarkan muatan listrik yang abnormal, berulang, dan tidak terkontrol (Brunner 2016)

Epilepsi merupakan gangguan serebral kronik dengan berbagai macam etiologi yang ditandai oleh timbulnya serangan paroksimal yang berkala akibat lepas muatan listrik neuron-neuron serebral secara berlebihan. Tergantung pada jenis gangguan dan daerah serebral yang secara berkala melepaskan muatan listriknya, maka terdapatlah berbagai jenis epilepsi. (Widagdo, Wahyu, Suharyanto, Toto, Aryani 2008)

**2.1.2 Etiologi**

Menurut (Mansjoer, Arif dalam (Nurarif Huda and Kusuma 2015)) etiologi dari epilepsi adalah :

1. Idiopatik : sebagian besar epilepsi pada anak adalah epilepsi idiopatik
2. Faktor herediter : ada beberapa penyakit yang bersifat herediter yang disertai bangkitan kejang seperti sklerosis tuberose, neurofibromatosis, hipoglikemi, hipopratiroidisme, angiomatosis, ensefalotrigeminal, fenilketonuria
3. Faktor genetik : pada kejang demam dan breth holding spell
4. Kelainan kongenital otak : atrofi, poresenfali, agenesis korpus kolosum
5. Gangguan metabolic : hipernatremia, hiponatremia, hipokalsemia, hipoglikemia
6. Infeksi : radang yang disebabkan bakteri atau virus pada otak dan selaputnya, toksoplasmosis
7. Trauma : kontusio serebri, hematoma subaraknoid, hematoma subdural,
8. Neoplasma otak dan selaputnya
9. Kelainan pembuluh darah, malformasi, penyakit kolagen
10. Keracunan : timbale (Pb), kamper, fenotiazin, air
11. Lain-lain : penyakit darah, keseimbangan hormone, degenerasi serebral, dll

**2.1.3 Klasifikasi**

Kejang berkisar dari episode tertegun sementara sampai pergerakan konvulsif yang memanjang disertai dengan hilang kesadaran. Kejang diklasifikasikan sebagai kejang parsial, umum dan tidak diklasifikasikan berdasarkan otak yang terganggu (Brunner 2016) :

1. Kejang parsial sederhana

Hanya satu jari tangan atau tangan yang dapat bergetar , mulut dapat terhentak-hentak secara tidak terkontrol ; pasien dapat berbicara kacau , pening, atau dapat mengalami penglihatan, suara, baau atau pengecapan yang tidak biasa atau tidak menyenangkan semua tanpa kehilangan kesadaran.

1. Kejang parsial kompleks

Pasien tetap tidak bergerak atau bergerak secara otomatis tetapi tidak sesuai dengan waktu dan tempat: dapat mengalami emosi ketakutan, kemarahan , elasi/kesenangan, atau iritabilitas yang berlebihan dan tidak mengingat episode kapan kejang tersebut berakhir.

1. Kejang umum (Kejang Grand Mall)

Kejang umum mengenai kedua hemisfer otak. Terjadi kekakuan yang intens di seluruh tubuh, diikuti dengan perubahan relaksasi dan kontraksi otot (kontraksi tonik-klonik umum).

**2.1.4 Manifestasi klinik**

1. Kejang umum: jika aktivasi terjadi pada kedua hemisfer otak secara bersama sama, kejang umum terbagi atas:
2. Tonic-clonic convulsion (grandmal)

Pasien tiba-tiba jatuh, kejang, nafas terengah-engah, keluar air liur, sianosis, ngompol, sakit kepala, lemah, kebingungan.

1. Abscense attacks/lena (petit mal)

Penderita tiba-tiba melotot atau matanya berkedip-kedip, dengan kepala terkulai kejadiannya cuma beberapa detik, dan bahkan sering tidak disadari.

1. Myoclonic seizure

Setelah bangun tidur pasien mengalami sentakan yang tiba-tiba.

1. Atonic seizure

Pasien tiba-tiba kehilangan kekuatan otot jatuh, tapi bisa segera recovered.

1. Kejang parsial/focal jika dimulai dari daerah tertentu dari otak. Kejang parsial terbagi menjadi:
2. Simple partial seizures

Pasien tidak kehilangan kesadaran terjadi sentakan-sentakan pada bagian tertentu dari tubuh.

1. Complex partial seizures

Pasien melakukan gerakan mengunyah, meringis, dan lain-lain tanpa kesadaran.(Kusuma and A 2016)

**2.1.5 Tanda dan Gejala**

Tanda gejala epilepsi (Wijaya and Yessie 2013)

1. Serangan secara tiba-tiba
2. Klien jatuh sambil berteriak
3. Pernafasan sejenak berhenti dan seluruh tubuh menjadi kaku 1-2 menit
4. Kesadaran hilang saat klien terjatuh Sampai ½ jam
5. Kencing keluar spontan
6. Air liur berbusa
7. Gerakan otomatis tanpa tujuan seperti: mengecap-ngecap bibir
8. Halusinasi penglihatan dan pendengaran
9. Tidak mau bergaul
10. Mudah terangsang oleh musik dan cahaya

**2.1.6 Patofisiologi**

Kejang terjadi akibat lepas muatan paroksimal yang berlebihan dari sebuah focus kejang atau dari jaringan normal yang terganggu akibat suatu keadaan patologik(Munir 2015)

Ada 2 mekanisme utama :

1. Meningkatnya faktor eksitasi
2. Menurunnya faktor inhibisi

Proses terjadinya kejang memperlihatkan beberapa proses biokimiawi yaitu :

1. Intabilitas membran sel saraf sehingga sel saraf mudah mengalami pengaktifan
2. Neuron-neuron hipersensitif dengan ambang kemampuan untuk melepaskan muatan menurun dan apabila terpicu akan melepaskan muatan secara berlebihan
3. Kelainan polarisasi (polarisasi berlebihan, hipopolarisasi, atau selang waktu dalam repolarisasi) yang disebabkan oleh kelebihan asetilkolin atau defisiensi GABA.
4. Ketidakseimbangan ion yang mengubah keseimbangan asam-basa atau elektrolit yang mengganggu homeostatis kimiawi neuron sehingga terjadi kelainan pada depolarisasi neuron. Gangguan ini menyebabkan neurotransmirter eksitatorik berlebihan atau penurunan neurotransmiter inhibitorik.

**2.1.7 Diagnosa banding**

Migrain, hiperventilasi , *Tics*, Mikoklonus, spasme hemifasial, *syncope* , *sleep disorder dan lain-lain.* (Munir 2015)

* + 1. **Komplikasi**

1. Penurunan kesadaran
2. Hilangnya pengendalian kandung kemih
3. Kerusakan jantung dan otak
4. Meninggal

**2.1.9 Pemeriksaan penunjang**

1. Pemeriksaan Laboratorium (Batticaca 2012)
2. Pemeriksaan darah tepi
3. Pemeriksaan lain sesuai indikasi misalnya kadar gula darah, elektrolit
4. Menilai fungsi hati dan ginjal
5. Menghitung sel darah putih (jumlah yang meningkat menunjukkan adanya infeksi)
6. Pemeriksaan CSS (bila perlu) untuk mengetahui tekanan, warna, kejernihan, berdarah, xantokrom, jumlah sel, kadar protein, gula, NaCl.
7. EEG (elektroensefalogram) merupakan pemeriksaan yang mengukur aktivitas listrik di dalam otak. Pemeriksaan ini tidak menimbulkan rasa sakit dan tidak memiliki resiko. Elektroda ditempelkan pada kulit kepala untuk mengukur impuls listrik di dalam otak
8. Pemeriksaan CT Scan dan MRI dilakukan untuk menilai adanya tumor atau kanker otak, stroke, jaringan parut dan kerusakan karena cedera kepala
9. Kadang dilakukan pungsi lumbal untuk mengetahui apakah telah terjadi infeksi otak

**2.1.10 Pencegahan epilepsi**

Program pencegahan kejang dilakukan dengan penggunaan obat-obat anti konvulsan secara bijaksana dan memodifikasi gaya hidup merupakan bagian dari rencana pencegahan ini.

**2.1.11 Penatalaksanaan**

1. Obat anti kejang sangat efektif, tetapi juga bisa menimbulkan efek samping. Salah satu diantaranya adalah menimbulkan kantuk, sedangkan pada anak-anak menyebabkan hiperaktivitas.(Rendy and TH 2012)
2. Keluarga penderita hendaknya dilatih untuk membantu penderita jika terjadi serangan epilepsi.
3. Langkah yang penting adalah menjaga agar penderita tidak terjatuh, melonggarkan pakaian (terutama di daerah leher) dan memasang bantal di bawah kepala penderita
4. Jika penderita tidak sadrarkan diri, sebaiknya posisinya dimiringkan agar lebih mudah bernafas dan tidak boleh ditinggalkan sendirian sampai benar-benar sadar dan bisa bergerak secara normal
5. Jika ditemukan kelainan otak yang terbatas, biasanya dilakukan pembedahan untuk mengangkat serat-serat saraf yang menghubungkan kedua sisi otak (korpus kalosum).
6. Pembedahan dilakukan jika obat tidak berhasil mengatasi epilepsi atau efek sampingnya tidak dapat ditoleransi

Obat jenis epilepsi dan jenis epilepsinya serta efek samping yang timbul :

1. Karbamazepin : generalisata, parsial : jumlah sel darah putih & darah putih berkurang
2. Etoksimid : petit mal, : jumlah sel darah putih & sel darah merah berkurang
3. Gabapentin : parsial, tenang
4. Lamotrigin : generalisata, parsial : ruam kulit
5. Fenobarbital : generalisata, parsial : tenang
6. Fenitoin : generalisata, parsial : pembengkakan gusi
7. Primidol : generalisata, parsial : tenang
8. Valproat : kejang infantil, petit mal : penambahan berat badan, rambut rontok.

**2.2 Konsep Anak**

**2.2.1 Pengertian Tumbuh Kembang**

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran jumlah sel serta jaringan interseluler, berarti bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh sebagian atau keseluruhan sehingga dapat diukur dengan satuan panjang dan berat (Kemenkes RI, 2015) dalam (Rivanica and Oxyandi 2016))

Perkembangan adalah bertambahnya fungsi/ kemampuan sensoris (dengar, lihat, raba, rasa, cium), motorik (gerak kasar, halus), kognitif (penegetahuan, kecerdasan), komunikasi/ berbahasa, emosi-sosial, dan kemandirian (Depkes RI, 2013). Perkembangan adalah bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan gerak kasar dan gerak halus, bicara dan bahasa, serta sosialisasi dan kemandirian (Kemenkes RI, 2015)

**2.2.2 Tahap Tumbuh Kembang**

Terdapat beberapa tahap perkembangan pada anak menurut umur, yaitu sebagai berikut (Depkes RI, 2015).

1. **Usia 18-24 bulan** (Yuniarti 2015)
2. Berdiri sendiri tanpa berpegangan selama 30 detik
3. Berjalan tanpa terhuyung
4. Bertepuk tangan dan melambai
5. Menumpuk empat buah kubus
6. Memungut benda kecil dengan ibu jari dan telunjuk
7. Menggelindingkan bola ke arah sasaran
8. Menyebut 3-6 kata yang mempunyai arti
9. Menirukan pekerjaan rumah tangga
10. Memegang cangkir sendiri, belajar makan dan minum sendiri
    1. **Hospitalisasi**

Hospitalisasi merupakan suatu proses yang karena suatu alasan berencana atau darurat, mengharuskan anak untuk tinggal di Rumah Sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangannya kembali ke rumah. Selama proses tersebut, anak dan orang tua dapat mengalami berbagai kejadian yang menurut beberapa penelitian ditunjukkan dengan pengalaman yang sangat traumatik dan penuh dengan stress. (Supartini 2004)

Penyakit dan hospitalisasi sering kali menjadi krisis pertama yang harus dihadapi, terutama selama tahun-tahun awal, sangat rentan terhadap krisis penyakit dan hospitalisasi karena stress akibat perubahan dari keadaan sehat biasa dan rutinitas lingkungan, anak memiliki jumlah mekanisme koping yang terbatas untuk menekan stressor (kejadian-kejadian) yang menimbulkan stress. Stressor utama dari hospitalisasi antara lain adalah perpisahan , kehilangan kendali, cedera tubuh dan nyeri. Reaksi anak terhadap krisis-krisis tersebut dipengaruhi oleh usia perkembangan mereka : pengalaman mereka sebelumnya dengan penyakit, perpisahan atau hospitalisasi : keterampilan koping yang mereka miliki dan dapatkan: keparahan diagnosis, dan sistem pendukung yang ada (Wong, 2009).

* + 1. **Reaksi Hospitalisasi pada Usia todler (2 – 3 tahun)**

Anak usia todler bereaksi terhadap hospitalisasi sesuai dengan sumber stresnya. Sumber stres yang utama adalah cemas akibat perpisahan. Respons perilaku anak sesuai dengan tahapannya, yaitu tahap protes, putus asa, dan pengingkaran (denial). Pada tahap protes, perilaku yang ditunjukkan adalah menangis kuat, menjerit memanggil orang tua atau menolak perhatian yang diberikan orang lain. Pada tahap putus asa, perilaku yang ditunjukkan adalah menangis berkurang, anak tidak aktif, kurang menunjukkan minat untuk bermain dan makan, sedih, dan apatis. Pada tahap pengingkaran, perilaku yang ditunjukkan adalah secara samar mulai menerima perpisahan, membina hubungan secara dangkal, dan anak mulai terlihat menyukai lingkungannya.(Supartini 2004)

* 1. **Imunisasi** 
     1. **Pengertian Imunisasi**

Imunisasi adalah cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang terhadap suatu penyakit, sehingga bila kelak terpajan pada penyakit tersebut ia tidak menjadi sakit. Kekebalan yang diperoleh dari imunisasi dapat berupa kekebalan pasif maupun aktif(Hadinegoro 2011)

Imunisasi yang diberikan untuk memperoleh kekebalan pasif disebut imunisasi pasif dengan memberikan antibodi atau faktor kekebalan pada seseorang yang membutuhkan.

Kekebalan aktif dibuat oleh tubuh sendiri akibat terpajan pada antigen secara alamiah atau melalui imunisasi. Imunisasi yang diberikan untuk memperoleh kekebalan aktif disebut imunisasi aktif dengan memberikan zat bioaktif yang disebut vaksin. *.*

* + 1. **Lokasi Pemberian**

Vaksin BCG cara pemberian melalui intra cutan di daerah muskulusdeltoideus, Vaksin DPT cara pemberian melalui intra muskular, Vaksin Hepatitis B cara pemberian melalui intra muskuler, Vaksin Polio cara pemberian melalui mulut, Vaksin Campak cara pemberian melalui subkutan daerah lengan kiri atas.(Hidayat 2012)

* + 1. **Jenis Vaksin**

1. Vaksin hidup *Attenuated*

Vaksin hidup dibuat dari virus atau bakteri liar *(wild)* penyebab penyakit. Virus atau bakteri liar ini dilemahkan (attenuated) di laboratorium, biasanya dengan cara pembiakan berulang-ulang. Misalnya vaksin campak yang dipakai sampai sekarang.(Hadinegoro 2011)

1. Vaksin Inactivated

Vaksin inactivated dihasilkan dengan cara membiakkan bakteri atau virus dalam media pembiakn (persemaian), kemudian dibuat tidak aktif(inactivated) dengan penanaman bahan kimia (biasanya formalin). Untuk vaksin komponen, organisme tersebut dibuat murni dan hanya komponen-komponenya yang dimasukkan dalam vaksin (misalnya kapsul polisakarida dari bakteri pneumokokus). Seluruh sl virus yang inactivated contoh : influenza, polio injeksi, rabies, hepatitis A. Seluruh bakteri inactivated : pertusis, tifoid, kolers, lepra.

1. Vaksin BCG

Imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit TBC. Frekuensi pemberian imunisasi BCG adalah satu kali dan waktu pemberian imunisasi BCG pada umur 0-11 bulan.

1. Vaksin DPT

Imunisasi yang digunakan unuk mencegah terjadinya penyakit difteri. Frekuensi pemberian imunisasi DPT adalah tiga kali dan waktu pemberian imunisasi DPT antara umur 2-11 bulan dengan interval 4 minggu.

1. Vaksin Polio

Imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit poliomyelitis. Frekuensi pemberian imunisasi polio adalah empat kali dan waktu pemberian imunisasi polio pada umur 0-11 bulan dengan interval pemberian 4 minggu.

1. Vaksin Campak

Imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit campak. Frekuensi pemberian imunisasi campak adalah satu kali dan waktu pemberian imunisasi campak pada umur 9-11 bulan.

1. Vaksin Hepatitis B

Imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit hepatitis. Frekuensi pemberian imunisasi hepatitis tiga kali dan waktu pemberian imunisasi hepatitis pada umur 0-11 bulan (Hidayat 2012).

* 1. **Nutrisi Pada Anak Usia Toddler**
     1. **Pengertian Nutrisi**

Nutrisi adalah proses pemasukan dan pengolahan zat makanan oleh tubuh yang bertujuan menghasilkan energi dan digunakan dalam aktivitas tubuh. Nutrisi adalah zat-zat gizi dan zat lain yang berhubungan dengan kesehatan dan penyakit, termasuk keseluruhan proses dalam tubuh manusia untuk menerima makanan atau bahan-bahan dari lingkungan hidupnya dan menggunakan bahan-bahan tersebut untuk aktivitas penting dalam tubuhnya serta mengeluarkan sisanya (Hidayat 2011).

* + 1. **Tujuan Pemberian Nutrisi**

1. Mencapai berat badan normal dan mempertahankannya
2. Mempertahankan status gizi dalam keadaan baik
3. Menyediakan zat gizi untuk menjamin tumbuh kembang dan meningkatkan daya tahan tubuh (Hidayat 2011)
   * 1. **Karakteristik Terkait dengan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi**
4. Anak sukar atau kurang mau makan.
5. Nafsu makan anak sering kali berubah yang mungkin pada hari ini makannya cukup banyak dan pada hari berikutnya makannya sedikit.
6. Biasanya anak menyukai jenis makanaan tertentu
7. Anak cepat bosan, dan tidak tahan makan sambil duduk dalam waktu lama(Supartini 2004)
   1. **Asuhan Keperawatan** 
      1. **Pengkajian**
8. Anamnesis

Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama , suku, bangsa, alamat, tanggal masuk rumah sakit, nomor register, Keluhan utama yang sering menjadi alasan klien atau orang tua membawa anaknya untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kejang.

1. Riwayat penyakit sekarang

Merupakan riwayat klien saat ini meliputi keluhan, sifat dan hebatnya keluhan, mulai timbul, penanganan yang dilakukan saat sebelum dibawah ke Rumah Sakit , kondisi klien saat sesudah mendapat penanganan dan sampai mendapat penanganan di Rumah Sakit.

1. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit sebelumnya yang berkaitan dengan keadaan penyakit sekarang dan pengkajian antenatal, intranatal, post natal.

1. Riwayat penyakit keluarga

Merupakan riwayat penyakit yang perlu dikaji kemungkinan ada penyakit turunan

1. Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

Untuk peristiwa kejang perlu dikaji tentang : bagaimana kejang ini sering teradi pada klien, tipe pergerakan atau aktivitas, berapa lama berlangsung, lamanya waktu klien untuk kembali kejang, adanya inkontinen selama kejang.(Widagdo, Wahyu, Suharyanto, Toto, Aryani 2008)

1. Pemeriksaan kepala dan rambut

Bentuk kepala simetris, tidak ada pembesaran kepala, tidak ada luka dan tebal, kulit kepala bersih.

1. Mata

Inspeksi terdapat strabismus, sklera mata tidak ikterik, konjuntiva tidak anemis, pupil isokor/unisokor.

1. Hidung

Kesimetrisan bentuk hidung, septum, tidak ada cairan/secret, tidak ada benjolan.

1. Telinga

Bentuk telinga simetris, tidak ada serumen, pendengaran baik , tidak ada benjolan.

1. Mulut dan tenggorokan

Bibir simetris, Mukosa bibir lembab, tidak tampak sianosis, kebersihan mulut dan lidah. Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid.

1. Tengkuk dan leher

Inspeksi dan raba posisi trakea tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Inspeksi adakah bendungan vena jugularis.

1. Pemeriksaan Thorax/ dada

Raba adanya benjolan, nyeri tekan, Raba pembesaran kelenjar limfe di ketiak. Inspeksi bentuk dada , kesimetrisan pergerakan dada, adanya retraksi interkosta, Palpasi kesimetrisan pergerakan dada.

1. Paru

Lakukan perkusi dada, Auskultasi suara nafas, Auskultasi suara nafas tambahan : ronkhi, wheezing.

1. Jantung

Auskultasi bunyi jantung SI dan S2 tunggal, serta bunyi jantung tambahan (kalau ada), Auskultasi bising jantung/murmur.

1. Pemeriksaan abdomen

Inspeksi bentuk, Auskultasi bising usus, Perkusi bunyi abdomen, cek adanya ascites, Palpasi nyeri, adanya benjolan

1. Pemeriksaan kelamin dan sekitarnya

Simetris Kebersihan alat kelamin, inspeksi benjolan, cairan yang keluar, pembengkakan.

1. Pemeriksaan muskuloskeletal

Palpasi adanya oedem, Uji kekuatan otot, Amati adanya kelainan pada ekstremitas.

1. Pemeriksaan neurologi
2. Saraf I : saraf sensorik, untuk penciuman
3. Saraf II : safraf sensorik, untuk penglihatan
4. Saraf III, IV, VI : mengangkat kelopak mata, gerakan mata kebawah dan kedalam
5. Saraf V, VII : gerakan mengunyah, sensasi wajah, ekspresi wajah
6. Saraf VIII : untuk pendengaran dan keseimbangan
7. Saraf IX, X :saraf sensorik dan motorik, untuk sensasi rasa
8. Saraf XI : saraf motorik , untuk menggerakan bahu
9. Saraf XII : saraf motorik, untuk gerakan lidah
   * 1. **Diagnosa Keperawatan**
10. Diagnosa 1 : Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d hipersekresi jalan nafas

(PPNI 2017)

1. Diagnosa 2 : Hipertermia b.d proses penyakit (PPNI 2017)
2. Diagnosa 3 : Konstipasi b.d gangguan motilitas gastrointestinal (PPNI 2017)
3. Diagnosa 4 : Gangguan tumbuh kembang b.d efek ketidakmampuan fisik

(PPNI 2017)

1. Diagnosa 5 : Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d obstruksi aliran cairan serebrospinalis (PPNI 2017)
2. Resiko cedera (PPNI 2017)
   * 1. **Intervensi Keperawatan**
3. **Diagnosa keperawatan 1 :**

Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d hipersekresi jalan nafas

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan bersihan jalan nafas meningkat. (tim pokja SLKI DPP PPNI 2018)

Kriteria hasil : produksi sputum menurun, dispnea menurun, gelisah menurun, frekuensi nafas membaik , ronki berkurang , pola nafas membaik (RR : 20x/menit ).

Intervensi : (PPNI 2018)

1. Monitor pola nafas, RR dalam batas normal

R/ Menghitung pola nafas dalam batas normal

1. Monitor bunyi nafas tambahan , ronki, wheezing

R/untuk mengetahui pe-nurunan dan adanya suara napas tambahan

1. Posisikan semi fowler atau fowler 30-45 derajat

R/ Untuk memfalisitasi ekspansi dada dan ventilasi.

1. Lakukan fisioterapi dada mengclapping daerah dada

R/Untuk membantu pengeluaran sekresi dan mempertahankan kepatenan jalan napas

1. Berikan oksigen nasal kanul 2 lpm

R/ Untuk mencukupi oksigen yang ketidakadekuatan

1. Kolaborasi pemberian bron-kodilator, ekspetoran , mukolitik .

R/ Untuk membantu pengeluaran sekresi yang tertahan dan mempertahankan patensi jalan napas.

1. **Diagnosa Keperawatan 2 :**

Hipertermia b.d proses penyakit

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan termoregulasi membaik.

Kriteria hasil : takikardi menurun, suhu tubuh membaik dalam btas normal 36,5°C – 37,5°C

Intervensi :

1. Monitor suhu tubuh anak tiap dua jam

R/ Mengetahui secara dini peningkatan suhu tubuh dan gejala yang menyertai

1. Monitor tekanan darah , frekuensi pernafasan dan nadi : 60-100x/menit

R/ Untuk mengobservasi tanda gejala hipertermi

1. Identifikasi penyebab hipertermia

R/ Untuk mencegah kemungkinan infeksi.

1. Sediakan lingkungan yang dingin

R/ meminimalkan lingkungan yang menyebabkan demam

1. Berikan cairan oral, minum air putih secukupnya

R/ mencegah terjadinya dehidrasi

1. Lakukan pendinginan eksternal , kompres dingin dibagian axilla, dahi

R/ mencegah terjadinya dehidrasi

1. Kolaborasi pemberian antipiretik, berikan injeksi antrain sesuai resep dokter

R/ menurunkan demam dan nyeri proses penyakit

1. **Diagnosa Keperawatan 3**

Konstipasi b/d penurunan motilias gastrointestinal

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik

Kriteria hasil : Kontrol pengeluaran feses meningkat, frekuensi BAB : 2hr/1x lembek, kuning kecoklatan, distensi abdomen menurun, frekuensi defekasi membaik

Intervensi :

1. Periksa tanda dan gejala konstipasi, mengkaji frekuensi dan konsistensi BAB

R/ Mengetahuai tanda dan gejala konstipasi

1. Identifikasi faktor resiko konstipasi , mengkaji pola makan

R/Untuk mengetahui penyebab konstipasi

1. Anjurkan diet tinggi serat,

R/ untuk mengurangi konstipasi pengeluaran feses yang keras

1. Anjurkan peningkatan asupan cairan

R/ Untuk menjaga kondisi klien agar tidak lemah

1. Kolaborasi pemberian obat pencahar microlac 5mg

R/ Untuk membantu pengeluaran dan melunakkan feses

1. **Diagnosa Keperawatan 4**

Gangguan tumbuh kembang b/d efek ketidakmampuan fisik

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan status perkembangan membaik

Kriteria hasil : Keterampilan/ perilaku sesuai usia, Respon sosial meningkat, Kontak mata meningkat

Intervensi :

* + - 1. Identifikasi pencapaian tugas perkembangan anak

R/ mengukur perkembangan anak

* + - 1. Identifikasi isyarat perilaku dan fisiologis yang ditunjukkan anak (lapar, tidak nyaman)

R/ Untuk memahami apa yang dirasakan anak

* + - 1. Pertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan optimal

R/ Membantu menstimulus perkembangan anak

* + - 1. Sediakan aktivitas yang memotivasi anak berinteraksi dengan anak lainnya

R/Tindakan tersebut memungkinkan untuk meningkatkan per-kembangan anak

* + - 1. Bernyanyi bersama anak lagu-lagu yang disukai

R/ Memberikan stimulus dan memotivsi anak

* + - 1. Anjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya

R/ meningkatkan kedekatan dan kenyamanan anak

* + - 1. Rujuk untuk konseling , jika perlu

R/ mengetahui perkembangan anak lebih lanjut dan kemajuannya

1. **Diagnosa Keperawatan 5**

Resiko cidera

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien tingkat cedera menurun.

Kriteria hasil: ketegangan otot menurun, gangguan mobilitas menurun, gangguan kognitif menurun, frekuensi nadi membaik, toleransi aktivitas meningkat

Intervensi Keperawatan:

Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera.

R/ meminimalkan resiko cedera yang diakibatkan benda-benda disekitar

Pertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah saat digunakan

R/ meminimalkan resiko jatuh saat pasien terjadi kejang berulang

Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan

R/ untuk mengurangi resiko jatuh pada pasien

Berikan informasi pada keluarga tentang tindakan yang harus dilakukan selama pasien kejang.

R/ memberikan penanganan saat kejang secara benar dan terhindar dari hal yang tidak diinginkan

Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga

R/ mengurangi resiko cidera yang diakibatkan kejang dan lingkungan yang tidak aman

1. **Pelaksanaan**

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi pasien saat ini.

1. **Evaluasi**

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga timbul masalah baru. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan jalan nafas paten, suhu tubuh dalam batas normal , tidak konstipasi, tidaak ada resiko cidera, tidak ada gangguan pertumbuhan dan perkembangan.

* 1. **Kerangka Masalah**

Faktor Presdiposisi:

Keturunan

Cedera otak saat lahir

Gangguan metabolik

Infeksi

Keracunan

Tumor otak

Cedera kepala

Gangguan pada sistem listrik dari sel-sel saraf pusat

pada suatu bagian otak

sel-sel memberikan muatan listrik yang abnormal, berlebihan,

secara berlebihan, secara berulang, dan tidak terkontrol

periode pelepasan impuls yang tidak diinginkan

serangan awal kejang sederhana sampai kejang parsial peka rangsang

gerakan konfulsif memajang dengan

penurunan kesadaran kejang umum

penurunan aktivitas kejang umum lama akut **resiko** respon

aktivitas silia tanpa perbaikan kesadaran penuh **cidera** pasca

kejang

produksi sekret diantara serangan

obsrtruksi status epileptikus keluhan aktivitas respon

jalan nafas sakit otot psikologis

kepala meningkat

**ketidakefektifan** sesak nafas,

**bersihan jalan nafas** batuk, pilek **nyeri** metbolisme

meningkat

bronkopneumonia hipertermia

**ansietas**

reaksi inflamasi

peningkatan

produksi sputum, **ketidakefektifan keterlambatan**

cairan eksudat **pola nafas pertumbuhan**

**dan perkembangan**

**Gambar 2.1 Pathway Epilepsi** (Wijaya and Yessie 2013)

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada anak dengan epilepsi, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 27 Januari 2020 sampai dengan 01 Januari 2020 dengan data pengkajian pada tanggal 27 Januari 2020 jam 08.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari ibu klien dan file no.register 641XXX sebagai berikut :

**3.1 PENGKAJIAN**

**3.1.1 Identitas**

An. N adalah seorang anak perempuan berusia 2 tahun, beragama islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa indonesia, An.N adalah anak pertama dari Tn.A berusia 35 tahun, dan Ny. S berusia 26 tahun, An.N tinggal didaerah Malang, orang tua An.N di Surabaya sedang liburan ke rumah mertuanya. Orang tua An.N beragama islam, dan pekerjaan Tn.A Swasta , dan Ny.S sebagai ibu rumah tangga. An.N MRS tanggal 25 Januari 2020 jam 21.05 WIB.

**3.1.2 Keluhan Utama**

Ibu An.N mengatakan An.N batuk grok-grok.

**3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang**

Pada tanggal 25 Januari 2020 pukul 20.00 WIB ibu An.N mengatakan bahwa keluarga mengajak jalan-jalan sepulang dari jalan-jalan An.N meminum ASI. Sewaktu meminum ASI An.N tersedak tiba-tiba. Saat dimobil An.N merunduk batuk-batuk seperti mau muntah tetapi tidak bisa keluar, hanya keluar lendir saja .Oleh ibunya An.N ditepuk-tepuk bagian belakang pundaknya namun respon An.N semakin lemas dan tidak ada respon. Oleh ibunya dibawa ke IGD RSPAL pukul 21.05 WIB. Saat di IGD An.N mengalami batuk-batuk dan sesak dengan hasil observasi TTV didapatkan Suhu : 36,1˚C, Nadi : 91x/menit, RR : 30x/menit, SPO2 : 98% An.N mendapatkan terapi nebulizer 1/2 + PZ 2 cc, Inf. D5% 1/2 NS, Inj. Antrain 250 mg, terapi O2 nasal kanul 2Lpm, CT Scan, foto thorax, kemudian jam 01.50 WIB An.N MRS diruang D2 dengan keluhan sesak dan muntah. Pada tanggal 26 Januari 2020 batuk semakin grok-grok, An.N terpasang O2 nasal kanul 2 lpm, An.N mendapatkan terapi Inf. D5% 1/4 800cc/24 jam, nebulizer ventolin 1/2 + PZ 2cc, injeksi Ondansentron 3x1 mg , injeksi Cinam 4x200mg , puyer obat batuk 3x1 kapsul. Saat pengkajian pada tanggal 27 Januari 2020 jam 08.00 WIB Ibu An.N mengatakan An.N masih batuk grok - grok, sedikit sesak, belum BAB sejak dua hari yang lalu , An.N tidak mengalami kejang berulang selama di ruang D2. Hasil Obv.TTV didapatkan Nadi : 110 x/menit, Suhu : 37,70C, RR : 27 x/menit, SPO 97%, GCS : 456, An.N terpasang D5% 1/4 NS 800cc/24 jam , Cinam 4x200 mg , puyer obat batuk 3x1 kapsul , nebulizer ventolin 3x1 irespul , terpasang O2 2lpm.

**3.1.4 Riwayat Kehamilan dan Persalinan**

1. Prenatal Care:

Ibu mengatakan rutin memeriksakan kandungan setiap bulan sekali di RS Ibu dan Anak Surabaya.

2. Natal Care:

An.N lahir pada tanggal 12 Mei 2018 di RS Dr.Soetomo Surabaya dengan BB 3,250 kg, PB 50cm, melahirkan secara Seksiocaesaria (SC) dikarenakan saat kehamilan usia 38-40mg janin di katakan ada kelebihan cairan di otak

3. Post Natal Care:

Klien mendapatkan injeksi vit K, hepatitis B, salf mata, klien mendapat nutrisi dari ASI dan pendamping ASI (susu formula). An.N minum ASI di usia 3 hari setelah lahir sampai sekarang.

**3.1.5 Riwayat Masa Lampau**

Ibu An.N mengatakan An.A memiliki riwayat penyakit kejang pada bulan Desember kemarin 2019 dan dirawat di RS PHC. An.N rutin minum obat anti kejang dari RS PHC. An.N tidak memiliki riwayat tindakan operasi dan tidak mempunyai alergi. An.N tidak memiliki riwayat kecelakaan atau jatuh. An.N telah mendapatkan imunisasi (Hb O, BCG , Polio 1,2,3,4 , DPT-HB-HiB 1,2,3 , IPV, dan Campak ). Imunisasi DPT-HB-HiB lanjutan , campak belum dilakukan karena saat itu An.N sakit demam.

* + 1. **Pengkajian Keluarga**

**Gambar 3.1 Genogram**

1. Genogram (sesuai dengan penyakit)

Keterangan :

: Perempuan : Pasien

: Laki - Laki : Meninggal

: Tinggal Satu Rumah : Menikah

1. Riwayat penyakit keluarga

Ibu An.N mengatakan keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit epilepsi

1. Psikososial Keluarga

Keluarga An.N mengatakan bisa menerima penyakit An.N dan menganggap penyakit An.N adalah cobaan dari tuhan.

**3.1.7 Riwayat Sosial**

Ibu An.N mengatakan selama ini An.N dirawat oleh kedua orang tuanya sendiri yaitu ayah dan ibunya sendiri , terkadang juga An.N dirawat oleh mertua sang ibu. Ibu An.N mengatakan saat dirumah An.N biasa ditemani bermain oleh kakak sepupunya. An.N selalu ceria jika terkadang bermain bahkan tidak berhenti-berhenti kalau ketawa. An.N hanya bisa bicara sekata atau dua kata, saat dipanggil namanya An.N terkadang menoleh dan terkadang tidak. Ibu An.N mengatakan An.N hanya bisa duduk, miring kanan dan kiri, tengkurap, dan duduk dipangku dengan punggung sedikit membungkuk, An.N lebih banyak beraktivitas ditempat tidur, karena An.N ada gangguan tumbuh kembang.

* + 1. **Kebutuhan Dasar**

1. Pola Nutrisi

SMRS : Ibu An.N mengatakan saat dirumah An.N makan halus dan di blender ,minum ASI dan susu formula. Makan 3x/hari habis 1 porsi, minum susu ± 5 botol/1250 cc/hari

MRS : Ibu An.N mengatakan An.N makan bubur lauk ayam dan sayur 3x/hari tidak habis 1 porsi, minum susu ± 2 botol/300 cc/hari

1. Pola Tidur

SMRS : Ibu An.N mengatakan An.N saat tidur malam ± 2-3 kali terbangun dari tidur dan saat terbangun menangis jika minta minum susu nya telat. Total tidur : ± 11 jam/hari.

MRS : Ibu An.N mengatakan selama masuk rumah sakit anak terkadang rewel

Total tidur : ± 10 jam/hari.

1. Pola Aktivitas / Bermain

Ibu An.N mengatakan An.N jika di rumah senang kalau bermain dengan kakak sepupunya. An.N suka bermain dengan mainan yang berbunyi. Banyak beraktivitas ditempat tidur karena An.N hanya bisa berbaring, miring kanan dan kiri, tengkurap dan duduk dipangku dengan punggung sedikit membungkuk.

1. Pola Eliminasi

SMRS pasien frekuensi BAB normal 2x sehari dengan konsistensi lunak warna kuning kecoklatan, pada saat MRS pasien belum BAB dengan frekuensi 1x/ 3 hari. Pasien BAK normal SMRS dan MRS ±1500cc/24 jam

1. Pola Kognitif Perseptual

Ibu An.N mengatakan saat dipanggil namanya An.N terkadang menoleh dan terkadang tidak. Saat pengkajian An.N dipanggil namanya berespon melihat dan senyum.

1. Pola Koping Toleransi Stress

An.N saat sakit terkadang rewel menangis dan selalu ingin dekat ibunya.

* + 1. **Keadaan Umum (Penampilan Umum)**

1. Cara Masuk

Pada tanggal 25 Januari 2020 An.N MRS melalui IGD.

1. Keadaan Umum

Keadaan umum An.N kesadaran menurun

* + 1. **Tanda - tanda Vital**

Dari hasil observasi TTV didapatkan Suhu : 36,10C, Nadi : 91x/menit, RR : 27 x/menit, sebelum dan saat masuk rumah sakit BB stabil 8kg, TB :105cm

* + 1. **Pemeriksaan Fisik** (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

1. Pemeriksaan Kepala Dan Rambut

Bentuk kepala simetris, tidak ada pembesaran kepala, rambut An.N hitam, tidak ada luka dan tebal, kulit kepala bersih.

1. Mata

Pada pemeriksaan fisik mata An.N mengalami strabismus, sklera mata tidak ikterik, mata tidak cowong,

1. Hidung

Pada hidung An.N septum ditengah, bentuk simetris, tidak ada secret/cairan yang merembes dari rongga hidung, tidak ada pernapasan cuping hidung.

1. Telinga

Kedua telinga An.N tampak simetris, tidak ada serumen, pendengaran An.N baik.

1. Mulut Dan Tenggorokan

Mukosa bibir An.N lembab, tidak tampak sianosis, tidak ada lesi pada mulut, lidah bersih berwarna merah muda, tidak ada mual dan muntah, pertumbuhan gigi normal, An.N mengalami kesulitan saat menelan oleh karena itu An.N selalu mengkonsumsi makanan yang halus dan susu saat makan.

1. Tengkuk Dan Leher

Leher An.N simetris terpusat pada posisi kepala, tidak ada perbesaran kelenjar thyroid, tidak terdapat otot bantu napas tambahan.

1. Pemeriksaan Thorax / Dada

Bentuk dada An.N normo chest, pergerakan dada simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada retraksi klavikula/dada, ekspansi dada penuh.

1. Paru

Pada inspeksi An.N ada batuk tapi secret tidak bisa keluar, didapatkan pola napas reguler, RR : 27 x/menit, terdapat produksi sputum yang kental dan tidak bisa keluar, pada auskultasi didapatkan suara napas ronkhi terdengar disemua lapang paru, tidak ada sesak napas, pengembangan paru simetris.

1. Jantung

Pada inspeks An.N tidak terdapat sianosis, tidak ada pembengkakan pada tangan dan kaki, tidak ada perbesaran vena jugularis, palpasi nadi : 91 x/menit, CRT < 2 detik.

1. Punggung

Pada punggung An.N tidak terdapat dekubitus, tidak ada benjolan dan lesi, saat duduk dipangku punggung An.N sedikit membungkuk.

1. Pemeriksaan Abdomen

Pada inspeksi abdomen supel, pada palpasi tidak ada nyeri tekan abdomen.

1. Pemeriksaan Kelamin Dan Daerah Sekitarnya (genetalia dan anus)

An.N berjenis kelamin perempuan, tidak ada benjolan, anus normal.

1. Pemeriksaan Muskuloskeletal

Keluarga An.N mengatakan pada ekstremitas tangan dan kaki kanan sering mengalami kaku saat kejang epilepsi.

5555 5555

5555 5555

14. Pemeriksaan Neurologi

* 1. Saraf I : An.N mampu mencium bau minyak kayu putih
  2. Saraf II: An.N menoleh melihat kearah ibunya saat diberikan susu.
  3. Saraf III,IV, dan VI. : An.N mengalami strabismus pada matanya.
  4. Saraf V, VII : An.N didapatkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah. An.N mendapat diit makanan halus.
  5. Saraf VIII : An.N tidak mengalami gangguan fungsi pendengaran.
  6. Saraf IX, X : An.N saat makan sukar membuka mulut.
  7. Saraf XI : An.N mengalami kekakuan otot fleksi pada tengkuk nya
  8. Saraf XII : Indra pengcapan An.N tidak mengalami perubahan.
     1. Pemeriksaan Integumen

Tidak ada edema, akral hangat, kering, merah, turgor kulit elastis, terpasang infus D5% 1/4 NS 800cc/ 24 jam.

* + 1. **Tingkat Perkembangan** 
       1. Personal sosial : saat sakit An.N lebih sering menempel dengan ibunya, tidak mau ditinggal oleh ibunya
       2. Bahasa : An.N hanya mampu mengucapkan kata “enggak” dan “ayah”, terkadang menangis jika meminta sesuatu
       3. Motorik kasar : sedang menjalani terapi di Fisioterapi RS PHC, An.N sudah bisa duduk dengan bantuan meskipun tidak lama. Ibu An.N mengatakan An.N hanya bisa terlentang, miring kanan dan kiri tengkurap dan duduk dipangku dengan punggung sedikit membungkuk. An. N belum bisa berjalan
       4. Motorik halus : An.N terkadang tertawa dan saat dipanggil namanya An.N terkadang menoleh dan terkadang tidak. Saat pengkajian An.N menoleh dan senyum saat dipanggil namanya. An.N sudah mampu memegang mainan dan menyalakan mainan

Kesimpulan Dari Pemeriksaan Perkembangan :

An.N mengalami gangguan tumbuh kembang.

* + 1. **Pemeriksaan Penunjang**
    2. Laboratorium

Tanggal 25 Januari 2020

**Tabel 3.1 Hasil Laboratorium**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Analisa | | Hasil | | Satuan | | Normal |
| WBC | | 15,49 | | 10^3/ul | | 4000 – 10000 |
| Lymph# | | 8,69 | | 10^3/ ul | | 0,8 – 4,0 |
| RBC | | 4,5 | | 10^6/ul | | L : 3,9 – 50  P : 4,3 – 6,0 |
| HGB | | 11,7 | | g/dl | | L : 13,8-17,2  P : 12,1- 15,1 |
| HCT | | 34,9 | | % | | 37,0-54.0 |
| MCV | | 77,6 | | f/L | | 80,0 – 100,0 |
| MCH | | 26,0 | | Pg | | 27,0 – 31 |
| MCHC | | 32,5 | | g/dl | | 32 – 34,0 |
|  | PLT | 672 | 10^3/ ul | | 150,0-450,0 | |
|  | PCT | 0,528 | % | | 0,108-0,282 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KIMIA** |  |  |  |
| Natrium | 138.5 | mmol/L | 135.0-147.0 |
| Kalium | 4.21 | mmol/L | 3.00-5.00 |
| Chlorida | 105.4 | mmol/L | 95.0-105.0 |

* + 1. Rontgent

Tanggal 25 Januari 2020

Ct.scan

Kesimpulan : brain parenchym tanpa kontras saat ini menunjukkan kelainan , terdapat ada penambahan masa di otak

Gambar 3.1 Hasil CT Scan

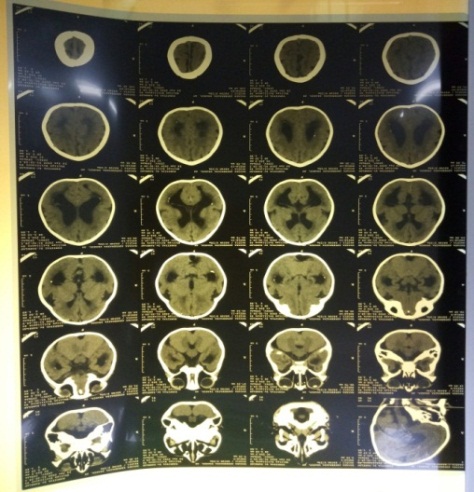


Foto thorax :

Kesimpulan : peningkatan bronchovascular pattern

**Gambar 3.2** Hasil Foto Thorax



1. Terapi

**Tabel 3.2** **terapi**

Tanggal 26 Januari 2020

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | |  | |
| Terapi | | Dosis | Indikasi | |
| Infus D5 ½ NS | | 800cc/24 jam | Cairan elektrolit | |
| Injeksi Amphicilin, cinam | | 4 x 200 mg | Infeksi bakteri gram (+) atau gram (-) | |
| Nebulizer ventolin | | 3 x 1 mg | Meringankan gejala asma | |

Tanggal 27 Januari 2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Terapi | Dosis | Indikasi |
| Infus D5 ½ NS | 800cc/24 jam | Cairan elektrolit |
| Injeksi Amphicilin, cinam | 4 x 200 mg | Infeksi bakteri gram (+) atau gram (-) |
| Nebulizer ventolin | 3 x 1 mg | Meringankan gejala asma |
| Injeksi antrain | 3 x 80 mg | Menangani demam dan anti nyeri |

Surabaya, 27 Januari 2020

( Lintang S )

* 1. **ANALISA DATA**

Nama pasien : An.N Ruang/kamar : DII/4

Umur : 2 Tahun RM : 641xxx

**Tabel 3.3 Analisa Data**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Data (symptom)** | **Penyebab (etiologi)** | **Masalah (problem)** |
| 1 | DS:  Ibu pasien mengatakan An.N batuk grok-grok dan tidak bisa keluar  DO:   * Batuk tidak produktif * Dahak yang keluar sedikit * Terdapat suara nafas tambahan ronkhi di lapang paru sebelah kanan * Keadaan umum lemah * TTV: RR: 45x/menit, nadi: 112x/menit, suhu: 37,7 0C | Hipersekresi jalan nafas | Bersihan jalan nafas tidak efektif |
| 2 | DS:  Ibu pasien mengatakan An.N panasnya naik – turun  DO:   * Terpasang infus D5 ½ NS * Takikardi * TTV: RR:45x/menit, nadi : 112x/menit, * suhu: 37,7 0C * Kulit terasa hangat | Proses penyakit | Hipertermia |
| 3 | DS:  Ibu pasien mengatakan An.N belum BAB sejak dua hari yang lalu  DO:   * Peristaltik usus menurun 3x/ menit * Distensi abdomen * Frekuensi BAB 3hr/ 1x | Penurunan motilitas gastrointestinal | Konstipasi |
| 4 | DS:  Ibu pasien mengatakan An.N belum bisa duduk sendiri dalam waktu lama, belum bisa berjalan  DO:   * - tidak mampu melakukan keterampilan atau perilaku khas sesuai usia * - kontak mata terbatas   5555 5555  5555 5555   * Respon sosial lambat * Pertumbuhan fisik terganggu | Defisiensi stimulus | Gangguan tumbuh kembang |

**Tabel 3.4 Prioritas Masalah**

Nama Klien : An.N Ruangan/kamar : D2/4

Umur : 2 tahun No.Register : 641xxx

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | DIAGNOSA KEPERAWATAN | TANGGAL | | TT  PERAWAT |
| DITEMUKAN | TERATASI |
| 1 | Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d hipersekresi jalan nafas | 27 januari 2020 | Teratasi Sebagian | Lintang |
| 2 | Hipertermia b/d proses penyakit | 27 januari 2020 | Teratasi Sebagian | Lintang |
| 3 | Konstipasi b/d penurunan motilitas gastrointestinal | 27 januari 2020 | Teratasi Sebagian | Lintang |
| 4 | Gangguan Tumbuh Kembang b/d defisiensi stimulus | 27 januari 2020 | Teratasi Sebagian | Lintang |

**Tabel 3.5 Rencana Keperawatan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | Diagnosa Keperawatan | Tujuan | Intervensi | Rasional |
| 1 | Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d hipersekresi jalan nafas | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil :   1. Tidak ada suara nafas tambahan 2. Pola nafas membaik (RR : 40x/menit ) 3. Ibu pasien mampu menunjukkan teknik clapping (menepuk-nepuk punggung dan dada selama 10 menit) | * + 1. Monitor pola nafas, RR dalam batas normal RR : 40x/menit     2. Monitor bunyi nafas tambahan , ronki, wheezing     3. Posisikan semi fowler atau fowler 30-45 derajat     4. Lakukan fisioterapi dada meng-clapping daerah dada lapang paru sebelah kanan     5. Berikan oksigen nasal kanul 2 lpm     6. Kolaborasi pemberian bron-kodilator, ekspetoran , mukolitik . nebulizer ventolin + pz | 1. Menghitung pola nafas dalam batas normal 2. Untuk mengetahui pe-nurunan dan adanya suara napas tambahan 3. Untuk memfalisitasi ekspansi dada dan ventilasi. 4. Untuk membantu pengeluaran sekresi dan mempertahankan patensi jalan napas. 5. Untuk mencukupi oksigen yang ketidakadekuatan 6. Untuk membantu pengeluaran sekresi yang tertahan dan mempertahankan patensi jalan napas. |
| 2 | Hipertermia b/d proses penyakit | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil :   1. Takikardi menurun dalam batas normal 60-100x/menit 2. Suhu tubuh membaik dalam btas normal 36,5°c – 37,5°c | 1. Monitor suhu tubuh anak tiap dua jam 2. Monitor tekanan darah , frekuensi pernafasan dan nadi : 60-100x/menit 3. Identifikasi penyebab hipertermia 4. Sediakan lingkungan yang dingin 5. Berikan cairan oral, minum air putih secukupnya 6. Lakukan pendinginan eksternal , kompres dingin dibagian axilla, dahi 7. Anjurkan tirah baring 8. Kolaborasi pemberian antipiretik, berikan injeksi antrain sesuai resep dokter | 1. Untuk mengetahui tanda gawat anak 2. Untuk mengobservasi tanda geala hipertermi 3. Untuk mencegah kemungkinan infeksi. 4. Meminimalkan lingkungan yang menyebabkan demam 5. Mencegah terjadinya dehidrasi 6. Meminimalkan lingkungan luar yang menyebabkan suhu badan ,meningkat 7. Menjaga istirahat yang cukup 8. Menurunkan demam dan nyeri proses penyakit |
| 3. | Konstipasi b/d penurunan motilias gastrointestinal | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil :   1. Frekuensi defekasi membaik (2hr/1x dengan konsistensi lembek, kuning kecoklatan) | 1. Periksa tanda dan gejala konstipasi, frekuensi dan konsistensi BAB 2. Identifikasi faktor resiko konstipasi , mengkaji pola makan 3. Anjurkan peningkatan asupan cairan 800 cc/24 jam 4. Kolaborasi pemberian obat pencahar microlac 5mg | 1. Mengetahuai tanda dan gejala konstipasi 2. Untuk mengetahui penyebab konstipasi 3. Untuk mengurangi konstipasi pengeluaran feses yang keras 4. Untuk membantu pengeluaran feses |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 4. | Gangguan tumbuh kembang b/d defisiensi stimulus | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan status perkembangan membaik dengan kriteria hasil:   1. Keterampilan/ perilaku sesuai usia   (anak bisa memainkan mainan sendiri)   1. Respon sosial meningkat (anak lebih aktif bicara) 2. Ada Kontak mata jika berinteraksi dengan orang lain | * + - 1. Identifikasi pencapaian tugas perkembangan anak       2. Identifikasi isyarat perilaku dan fisiologis yang ditunjukkan anak (lapar, tidak nyaman)       3. Pertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan optimal       4. Anjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya       5. Rujuk untuk konseling , jika perlu | 1. Mengukur perkembangan anak 2. Untuk memahami apa yang dirasakan anak 3. Membantu menstimulus perkembangan anak 4. meningkatkan kedekatan dan kenyamanan anak 5. Mengetahui perkembangan anak lebih lanjut dan kemajuannya |

**Tabel 3.6 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO  DX | Waktu  (Tgl/jam) | Tindakan | TT | Tgl/jam | Catatan Perkembangan | TT |
| 1  2  1  3  3  1  1  1  1  1  1  1  2  1  2  2  2 | 27 Januari 2020  08.05  08.15  08.20  08.30  08.35  09.20  09.35  10.00  11.00  11.45  11.50  12.00  13.00  13.05  14.00  15.00 | * Mengobservasi keluhan yang dirasakan An.N.   Hasil : Ibu An.N mengatakan An.N batuk grok – grok, dahak tidak bisa keluar dan belum BAB sejak 2 hari yang lalu   * Melakukan Observasi TTV :   Hasil observasi TTV didapatkan :  Suhu : 37,70C  Nadi : 112 x/menit  RR : 45x/menit  SPO 97%   * Melakukan nebulizer ventolin 1/2 + PZ 2cc * Periksa tanda dan gejala konstipasi, mengkaji frekuensi dan konsistensi BAB   Hasil : ibu pasien mengatakan An.N belum BAB   * Identifikasi faktor resiko konstipasi , makanan yang di konsumsi * Memonitor pola nafas * RR ; 45x/menit , tidak ada pernafasan cuping hidung SPO 97% * Hasil : Ibu An.N mengatakan An.N selalu terbangun tidurnya jika batuk-batuk * Memberikan oksigen nasal kanul 2lpm * Memonitor bunyi nafas tambahan Hasil : terdapat suara napas tambahan ronkhi di lapang paru sebelah kanan * Memposisikan anak senyaman mungkin, semi fowler atau fowler dengan sudut 30-45° * Melakukan HE ke ibu pasien fisioterapi dada, dengan cara menepuk-nepuk bagian pundak belakang dan dada pasien * mengkonsultasikan kedokter untuk pemberian brondkodilator * Hasil : mendapatkan terapi nebulizer ventolin ½ ampul 3x1 irespul + PZ 2cc pukul 05.30 wib, puyer obat batuk 3x1 kapsul * Melakukan Observasi TTV : * Hasil observasi TTV didapatkan : * Suhu : 37,70C * Nadi : 112 x/menit * RR : 45x/menit * Mengkolaborasikan pemberian anti piretik * Memberikan obat Injeksi * cinam 4x200 mg * injeksi cinam 4x200 mg * injeksi antrain 3x80 mg * Hasil : obat masuk sesuai rute * Memberikan dan menjelaskan prosedure minum puyer obat batuk 3x1 kapsul * Mengidentifikasi penyebab hipertermi Berikan cairan oral, minum air putih secukupnya * Mengganti cairan infus dengan Infus D5% ½ NS 800 cc/24 jam * Melakukan pendinginan eksternal , kompres dengan air biasa dibagian axilla, dahi * Mengedukasi orangtua tentang istirahat tidur anak yang cukup | Lintang | 27 Januari 2020  16. 00 | S :   * Ibu An.N mengatakan anak masih batuk, dahak keluar sedikit   O :   * terdapat suara napas tambahan ronkhi. * Ibu pasien mampu mempraktikkan clapping dada dengan cara menepuk-nepuk pundak dan dada pasien * Anak tampak gelisah * Hasil obv. TTV : * Nadi : 110 x/menit * Suhu : 36,40C * RR : 27 x/menit   A :  Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan   * Lanjutkan pemberian terapi nebulizer 3kali/hari dengan adv. Dokter ventolin 1/2 ampul 1,25 mg + PZ 2cc, * injeksi.cinam 4x200 mg * Po. Bapil 3 x 1 kapsul , * Inf.D5% 1/2 NS 800cc/24 jam * Observasi irama dan frekuensi pernapasan. * Auskultasi adanya suara napas tambahan ronkhi. * Pindah posisi An.N tiap 2 jam | Lintang |
| 3  3  3  3  1  1  2  3  4  1  4  4  4  4  4 | 28 Januari 2020  08.00  08.20  09.00  09.38  10.00  10.30  11.00  11.30  12.00  13.05  13.30  14.05  14.10  14.15  14.35 | * Mengobservasi tanda-tanda vital * Hasil obv. TTV : * Nadi : 110x/ menit * Suhu : 36,40C * RR : 40 x/menit * SPO 99% * Melakukan HE ke ibu pasien dengan cara masase abdomen * Mengajurkan peningkatan asupan cairan per oral dengan pemberian minum air putih 3 gelas/ hari * Memberikan terapi nebulizer velutine 3x1 vial * Memberikan dan menjelaskan prosedure minum puyer obat batuk 3x1 kapsul * Mengganti cairan infus D5 ½ NS \ * Mengkonsultasikan ke dokter Kolaborasi pemberian obat pencahar microlax 5mg * Mengobservasi tanda-tanda vital * Nadi : 107x/menit * Suhu : 36,6°C * RR : 40x/menit * Memberikan obat injeksi * Injeksi cinam 4x200 mg * Mengkaji pencapaian tugas perkembangan anak * Hasil : ibu An.N mengatakan jika anaknya sudah bisa duduk tetapi tidak bertahan lama, belum bisa berjalan, hanya mampu mengucap kata enggak dan ayah * Mengkaji isyarat perilaku dan fisiologis yang ditunjukkan anak (lapar, tidak nyaman) * Hasil : ibu mengatakan An.N menangis jika lapar * Mengedukasi orang tua pasien, pertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan optimal * Mengedukasi orang tua pasien sediakan aktivitas yang memotivasi anak berinteraksi dengan anak lainnya (bernyanyi bersama anak, berinteraksi bersama ) * Mengkonsultasikan untuk konseling ke fisioterapi dan tumbuh kembang anak , jika perlu * hasil : ibu mengatakan anak biasanya melakukan fisioterapi di RS PHC surabaya | Lintang | 28 januari 2020  16.00 | S :   * Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak demam lagi * Ibu mengatakan anaknya sudah bisa ceria lagi   O :  Hasil obv. TTV :  Nadi : 111x/menit  Suhu : 36,10C  RR : 40 x/menit   * An.N tersenyum dan melihat jika dipanggil namanya * Ibu pasien tampak paham akan edukasi yang diajarkan oleh perawat * Anak sudah tidak demam   A: masalah teratasi sebagian  P : intervensi dilanjutkan  - cinam 4x200 mg  - p,o batuk 3x1 kapsul  - nebulizer velutine 3x1 vial | Lintang |
| 1  4  1  1  3  1  1 | 29 Januari 2020  08.00  08.05  09.20  10.00  10. 30  11.05  11.30  12.15 | * Mengobservasi keluhan An.N. * Hasil : Keluarga An.N mengatakan batuk berkurang tapi masih grok – grok dan masih belum BAB * Memonitoring vital sign * Hasil obv. TTV : * Nadi : 101 x/menit * Suhu : 36,60C * RR : 40 x/menit * Melakukan auskultasi suara nafas tambahan * Hasil : terdapat suara nafas tambahan ronkhi * Memberikan terapi nebulizer velutine 3x1 vial * Melakukan pemberian obat pencahar microlax 5mg * Memberikan puyer obat batuk 3x1 kapsul * Memberikan obat injeksi cinam 4x200 mg * Observasi tanda-tanda vital * Suhu : 36,2°C * Nadi : 98 x/menit * RR : 30 x/menit | Lintang | 29 Januari 2020  16.00 | S :   * ibu mengatakan An.N sudah BAB tadi siang   O :   * abdomen supel normal * bising usus normal 3-15x/menit * Frekuensi BAB 1x sejak pagi dengan konsistensi sedikit keras, kuning kecoklatan * Hasil obv. TTV : * Nadi : 96 x/menit * Suhu : 36,60C * RR : 40 x/menit * An.N mendapatkan terapi   A :   * Masalah teratasi sebagian   P :  Intervensi di lanjutkan  - Injeksi cinam 4x200 mg  - P.o batuk 3x1 kapsul  - Nebulizer velutine 3x1 vial | Lintang |

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini, penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis epilepsi di ruang D2 Rumkital Dr. Ramelaan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

**4.1 Pengkajian**

Pada saat melakukan anamnesa pada klien, penulis tidak menemukan hambatan atau kesulitan. Hal ini disebabkan karena telah membina hubungan saling percaya antara klien dan keluarga dengan perawat melalui komunikasi terapeutik sehingga klien kooperatif dan terbuka dalam mengungkapkan masalahnya. Pada dasarnya data yang diperoleh pada tinjauan pustaka dan tinjaun kasus hampir sama.

Pada saat pengkajian ibu pasien mengeluh anaknya batuk grok-grok. Pada kasus ini anak batuk dengan peningkatan produksi secret namun tidak bisa keluar saat batuk. Saat dilakukan pemeriksaan fisik auskultasi didapatkan suara nafas tambahan ronkhi di lapang paru bagian kanan, hal ini yang menyebabkan bersihan jalan nafas tidak efektif adalah ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran nafas untuk mempertahankan bersihan jalan nafas (Nanda 2012-2014). Pada anak dengan diagnosa epilepsi masalah yang muncul pada tinjauan pustaka salah satunya Bersihan jalan nafas tidak efektif, pada tinjauan kasus dengan tinjauan pustaka tidak ada kesenjangan. hal ini disebabkan karena sputum dalam jumlah yang berlebihan dengan frekuensi nafas 45x/menit dikarenakan kesadaran menurun sehingga fungsi organ juga menurun sehingga menyebabkan produksi sputum meningkat tidak bisa keluar. Pada saat pengkajian terdapat An.N badannya demam suhu 37,7°C karena pada kasus ini diagnosa hipertermi disebabkan karena proses penyakit dan di tinjauan pustaka terdapat diagnosa hipertermi. Hipertermi dapat dilihat dengan menggunakan batasan karakteristik suhu tubuh diatas nilai normal, kulit terasa hangat, takikardia, takipnea. Terdapat kesamaan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Hal ini dikarenakan hipertermi menjadi suatu kumpulan gejala proses penyakit. Pada masalah keperawatan konstipasi tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus hal ini dikarenakan pada tinjauan pustaka masalah yang muncul terdapat konstipasi. Pada pengkajian tinjauan kasus ibu pasien mengatakan An.N belum bisa BAB sejak masuk Rumah Sakit hal ini bisa disebabkan karena konstipasi pada anak bisa saja dari nutrisi yang dimakan pada saat anak MRS atau reaksi hospitalisasi anak yang dirasakan. Pada saat pengkajian ibu An.N mengatakan saat dipanggil namanya An.N terkadang menoleh dan terkadang tidak, ibu An.N mengatakan An.N hanya bisa mampu mengungkapkan kata enggak dan ayah saja, terlentang, miring kanan dan kiri, tengkurap dan duduk sendiri namun tidak dalam waktu lama. (Pravita Tri Andrianti dkk, 2013) menyebutkan bahwa kejang pada epilepsi yang tidak terkontrol dapat menjadi penyebab kerusakan neuron diotak sehingga akan menyebabkan gangguan pada proses tumbuh kembang anak. Hal ini sesuai dengan yang terjadi pada An.N, yakni adanya kelemahan otot dan gangguan tumbuh kembang yang diakibatkan oleh adanya kerusakan saraf pusat akibat dari peningkatan tekanan intracrainal pada penderita epilepsi. Namun pada kenyataannya tidak semua anak yang menderita epilepsi mengalami ganggun tumbuh kembang. Pada anak usia todler 2 tahun seharusnya tingkat perkembangan sudah mencapai Berdiri sendiri tanpa berpegangan selama 30 detik, Berjalan tanpa terhuyung, Bertepuk tangan dan melambai.

Analisa data pada tinjauan pustakan hanya menguraikan teori saja, sedangkan pada kasus nyata disesuaikan dengan keluhan yang dialami klien karena penulis menghadapi klien secara langsung.

**4.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka ada 5 yaitu :

1. Diagnosa 1 : Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d hipersekresi jalan nafas (SDKI, 2016-2017)
2. Diagnosa 2 : Hipertermia b.d proses penyakit (SDKI, 2016-1017)
3. Diagnosa 3 : Konstipasi b.d gangguan motilitas gastrointestinal (SDKI, 2016-2017)
4. Diagnosa 4 : Gangguan tumbuh kembang b.d efek ketidakmampuan fisik (SDKI, 2016-2017)
5. Resiko cedera (SDKI, 2016-2017)

Terdapat lima diagnosa keperawatan yang muncul pada tinauan kasus yaitu :

1. Diagnosa 1 : Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d hipersekresi jalan nafas (SDKI, 2016-2017)
2. Diagnosa 2 : Hipertermia b.d proses penyakit (SDKI, 2016-1017)
3. Diagnosa 3 : Konstipasi b.d gangguan motilitas gastrointestinal (SDKI, 2016-2017)
4. Diagnosa 4 : Gangguan tumbuh kembang b.d efek ketidakmampuan fisik (SDKI, 2016-2017)

Gangguan tumbuh kembang adalah penyimpangan kelainan dari aturan kelompok usia ( Nanda 2012-2014). Alasan penulis mengangkat diagnosa tersebut karena didapatkan An.N hanya mampu mengungkapkan kata enggak dan ayah saja. Hanya mampu duduk sebentar saja dengan bantuan dan anak belum bisa berjalan.

Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesenjangan karena pada tinjauan pustaka muncul masalah Resiko Cidera yang diakibatkan aktivitas kejang, namun pada tinjauan kasus tidak terdapat masalah keperawatan yang muncul resiko cidera dikarenakan pada saat pengkajian ibu mengatakan An.N selama MRS di D2 tidak mengalami kejang berulang sehingga tidak beresiko cidera yang diakibatkan aktivitas kejang pada pasien.

**4.3 Perencanaan**

Pada tinjauan pustaka, diawali dengan tujuan dan kriteria hasil, demikian juga dengan tinjauan kasus. Rencana tindakan keperawatan ditetapkan berdasarkan setiap masalah yang ada pada diagnosa keperawatan beserta alasan mengapa rencana tindakan tersebut dilakukan. Pada tinjauan pustaka penulis menguraikan lima diagnosa keperawatan, sedangkan pada tinjauan kasus penulis menguraikan empat diagnosa keperawatan.

Pada rumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan mengacu pada kriteria hasil dan pencapaian tujuan. Pada tinjauan kasus perencanaan mengunakan sasaran, dalam intervensinya keluarga mampu dalam pelaksanaan asuhan keperawatan melalaui peningkatan melalui peningkatan pengetahuan, dan perubahan kondisi pasien.

Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan tujuan bersihan jalan nafas meningkat. Kriteria hasilnya Frekuensi nafas membaik , ronki berkurang Pola nafas membaik (RR : 40x/menit ), Ibu pasien mampu menunjukkan teknik clapping (menepuk-nepuk punggung bagian belakang dan dada selama 10 menit).

Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan tujuan suhu tubuh klien dalam batas normal. Kriteria hasilnya tanda-tanda vital Takikardi menurun dalam batas normal 60-100x/menit, Suhu tubuh membaik dalam batas normal 36,5°c – 37,5°C.

Konstipasi berhubungan dengan gangguan motilitas gastrointestinal. Setelah dilakukan tidakan keperawatan 3x24 jam tujuan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil : Distensi abdomen menurun, Frekuensi defekasi membaik (2hr/1x dengan konsistensi lembek, kuning kecoklatan).

Gangguan tumbuh kembang b/d efek ketidakmampuan fisik. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan status perkembangan membaik dengan kriteria hasil: Keterampilan/ perilaku sesuai usia (anak bisa memainkan mainan sendiri) , Respon sosial meningkat (anak lebih aktif bicara), Ada Kontak mata jika berinteraksi dengan orang lain.

**4.4 Pelaksanaan**

Pelakasanaan adalah perwujudan dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan dalam tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan adanya perencanaan keperawatan.

Menurut (PPNI 2018)Pada masalah keperawatan Bersihan jalan nafas tidak efektif , dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam dengan tindakan observasi 4 jam sekali, Monitor pola nafas, RR dalam batas normal, Monitor bunyi nafas tambahan , ronki, wheezing , Posisikan semi fowler atau fowler 30-45 derajat, Lakukan fisioterapi dada mengclapping daerah dada , Berikan oksigen nasal kanul 2 lpm, Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspetoran , mukolitik . nebulizer ventolin + PZ.

Pada masalah Hipertermi dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam dengan tindakan observasi Monitor suhu tubuh anak tiap dua jam, Monitor tekanan darah , frekuensi pernafasan dan nadi : 60-100x/menit, Identifikasi penyebab hipertermia, Sediakan lingkungan yang dingin, Berikan cairan oral, minum air putih secukupnya, Lakukan pendinginan eksternal , kompres dingin dibagian axilla, dahi. Anjurkan tirah baring, Kolaborasi pemberian antipiretik, berikan injeksi antrain sesuai resep dokter.

Pada masalah konstipasi dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam dengan tindakan Periksa tanda dan gejala konstipasi, mengkaji frekuensi dan konsistensi BAB, Identifikasi faktor resiko konstipasi , mengkaji pola makan , Anjurkan diet tinggi serat, Lakukan masase abdomen , Anjurkan peningkatan asupan cairan , Kolaborasi pemberian obat pencahar microlac 5mg.

Pada masalah keperawatan gagguan tumbuh kembang dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam dengan tindakan identifikasi pencapaian tugas perkembangan anak, identifikasi isyarat perilaku dan fisiologis yang ditunjukkan anak (lapar, tidak nyaman), pertahnkan lingkungan yang mendukung perkembangan optimal, sediakan aktivitas yang memotivasi anak berinteraksi dengan anak lainnya, bernyanyi bersama anak lagu-lag yang disukai, anjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya, rujuk untuk konseling , jika perlu.

**4.5 Evaluasi**

Evaluasi merupakan penilaian terhadap proses keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien. Penerapan teknik evaluasi tidak ada pertentangan antara teori dan kasus. Pada kasus nyata evaluasi dilakukan oleh penulis dengan berpedoman pada kriteria hasil. Dan juga mencantumkan mengenai catatan perkembangan dan setiap pelaksanaan rencana tindakan yang dilakukan oleh penulis sesuai dengan kriteria hasil. Namun pada teori tidak disebutkan hasil pelaksanaan, hal ini disebabkan karena belum ada penderita secara nyata.

Bersihan jalan nafas setelah dilakukan tindakan keperawatan terjadi perubahan secara perlahan yang awalnya anak batuk secret tidak bisa keluar setelah diberikan tindakan nebulizer ventolin selama beberapa hari anak batuk disertai secret sehingga masalah teratasi sebagian. Hipertermi setelah dilakukan tindakan keperawatan pemberian antrain 80 mg(iv) suhu tubuh anak menurun yang awalnya 37,7°C menjadi 36,4°C. Konstipasi setelah dilakukan tindakan keperawatan pemberian obat pencahar microlax 5 mg (rectal), anak sudah bisa BAB sehingga masalah teratasi sebagian.. Gangguan tumbuh kembang setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan memberikan stimulus dan berinteraksi terhadap anak , anak dapat tersenyum dan ada kontak mata.

Dalam hal ini tujuan berhasil jika klien telah menunjukkan perubahan perilaku dan perbaikan keadaan sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan sebelumnya. Dan keberhasilan tersebut dipengaruhi oleh kerja sama yang baik antara perawat dengan klien dan keluarganya.

**BAB 5**

**PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus epilepsi di ruang D2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan klien dengan epilepsi.

**5.1 Kesimpulan**

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien epilepsi, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian pasien didapatkan data fokus adalah terdengar suara nafas tambahan ronkhi kanan, batuk tidak produktif, ada secret namun tidak bisa keluar. Observasi TTV : Suhu : 37,70C , Nadi : 112 x/menit, RR : 45x/menit, SPO 97%
2. Diagnosa yang muncul pada An.N dengan epilepsi adalah bersihan jalan nafas tidak efektif, hipertermi, konstipasi, dan gangguan tumbuh kembang.
3. Perencanaan pada masalah keperawatan Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan tujuan bersihan jalan nafas meningkat. Kriteria hasilnya Frekuensi nafas membaik , ronki berkurang, Pola nafas membaik (RR : 40x/menit ), Ibu pasien mampu menunjukkan teknik clapping (menepuk-nepuk punggung dan dada selama 10 menit). Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan tujuan suhu tubuh klien dalam batas normal. Kriteria hasilnya tanda-tanda vital Takikardi menurun dalam batas normal 60-100x/menit, Suhu tubuh membaik dalam btas normal 36,5°c – 37,5°C. Konstipasi berhubungan dengan gangguan motilitas gastrointestinal. Setelah dilakukan tidakan keperawatan 3x24 jam tujuan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil : Distensi abdomen menurun, Frekuensi defekasi membaik (2hr/1x dengan konsistensi lembek, kuning kecoklatan). Gangguan tumbuh kembang b/d efek ketidakmampuan fisik. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan status perkembangan membaik dengan kriteria hasil: Keterampilan/ perilaku sesuai usia (anak bisa memainkan mainan sendiri) , Respon sosial meningkat (anak lebih aktif bicara), Ada Kontak mata jika berinteraksi dengan orang lain.
4. Tindakan yang dilakukan pada pasien An.N adalah sebagai berikut : bersihan jalan nafas dilakukan kolaborasi dengan pemberian tindakan nebulizer ventolin +PZ, pemberian oksigen nasal kanul 2 lpm, posisi semi fowler/ fowler, dan tindakan clapping dada. Hipertermi dilakukan tindakan kompres air biasa pada axilla dan dahi serta kolaborasi dengan pemberian injeksi antrain. Konstipasi dilakukan kolaborasi dengan pemberian obat pencahar microlac 5mg, menin gkatkan asupan cairan dan mengedukasi orang tua dengan cara anak untuk diet tinggi serat. Gangguan tumbuh kembang dilakukan dengan memberikan terapi bermain pada anak, dan kolaborasi dengan cara merujuk untuk konseling.
5. Evaluasi pada An. N adalah hipertermi teratasi pada hari ke 2, sedangkan konstipasi teratasi pada hari ke 4.
   1. **Saran**

Bertolak dari kesimpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan sehingga timbul rasa saling percaya yang akan menimbulkan kerjasama dalam pemberian asuhan keperawatan.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan epilepsi.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada klien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan.
5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

**DAFTAR PUSTAKA**

Arif, Muttaqin. 2011. *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta: Salemba Medika.

Batticaca, fransisca B. 2012. *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. jakarta: Salemba Medika.

Brunner, Suddarth. 2016. “Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth Edisi 8 Volume 1,2. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran Indonesia EGC.” *Water (Switzerland)*.

Hadinegoro, sri rezeki s. 2011. *PEDOMAN IMUNISASI DI INDONESIA*. 4th ed. badan penerbit ikatan dokter anak indonesia.

Hidayat, aziz alimul. 2011. *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak Untuk Pendidikan Kebidanan*. jakarta: Salemba Medika.

Hidayat, aziz alimul. 2012. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak*. jakarta: Salemba Medika.

Kusuma and Nurarif A. 2016. *Asuhan Keperawatan Praktis Nanda Nic Noc*. 1st ed. yogyakarta: mediaction.

Munir, Badrul. 2015. *Neurologi Dasar*. 1st ed. cv sagung seto.

Nurarif Huda, Amin and Hardhi Kusuma. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Dan Nanda Nic-Noc*. 1st ed. Jogjakarta: Mediaction.

PPNI, tim pokja SDKI DPP. 2017. *STANDAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN INDONESIA*. 2nd ed. JAKARTA SELATAN.

PPNI, tim pokja SIKI DPP. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. 1st ed. Jakarta selatan.

Rendy, Clevo and Margareth TH. 2012. *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam*. 1st ed. yogyakarta: Nuha Medika.

Rivanica, Rhipiduri and Miming Oxyandi. 2016. *Buku Ajar Deteksi Dini Tumbuh Kembang Dan Pemeriksaan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Salemba Medika.

Supartini, Yupi. 2004. *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. 2012th ed. jakarta: penerbit buku kedokteran EGC.

tim pokja SLKI DPP PPNI. 2018. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Definisi Dan Kriteria Hasil Keperawatan*. 1st ed. jakarta selatan.

Widagdo, Wahyu, Suharyanto, Toto, Aryani, Ratna. 2008. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*.

Wijaya, Andra Saferi and Putri Maria Marine Yessie. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Yuniarti, Sri. 2015. *Asuhan Tumbuh Kembang Neonatus, Bayi-Balita Dan Ank Pra-Sekolah*. 1st ed. bandung: PT. Refika Aditama.

Lampiran 1

**SATUAN ACARA PENYULUHAN KESEHATAN PENYAKIT EPILEPSI**

POKOK BAHASAN : EPILEPSI

HARI/ TANGGAL : KAMIS, 30 JANUARI 2020

WAKTU : 40 menit

TEMPAT : RUANG D2 RUMKITAL DR. RAMELAN SURABAYA

SASARAN : KELUARGA PASIEN AN.N

**I.** **Tujuan Umum**

Setelah dilakukan penyuluhan diharapkan keluarga pasien mengetahui tentang definisi epilepsi, penyebab, cara mengatasi keluarga dengan kasus epilepsi.

**II.** **Tujuan Khusus**

Setelah diberikan penyuhan selama 40 menit orang tua pasien mampu :

1. Menjelaskan pengertian epilepsi
2. Menjelaskan penyebab epilepsi
3. Menjelaskan tentang tanda dan gejala
4. Menjelaskan tentang penanganan epilepsi dirumah
5. Menjelaskan tentang komplikasi

**III**. **Sasaran**

Keluarga dengan epilepsi

**IV**. **Materi**

1. Pengertian epilepsi
2. Penyebab terjadi epilepsi
3. Komplikasi epilepsi
4. Tanda dan gejala epilepsi
5. Penanganan dari epilepsi

**V. Metode**

1. Ceramah
2. Tanya jawab

**VI. Media leaflet**

**VII. Metode Evaluasi**

1. Keluarga memahami tentang pengertian epilepsi
2. Keluarga memahami tentang penyebab epilepsi
3. Keluarga memahami tentang tanda dan gejala epilepsi
4. Keluarga memahami tentang komplikasi epilepsi
5. Keluarga memahami tentang penanganan epilepsi dirumah

**Kegiatan Penyuluhan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Waktu** | **Kegiatan Penyuluhan** | **Kegiatan Audience** |
| 1. | 5 menit | Pembukaan :   1. Penyuluhan memulai penyuluhan dengan mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan penyuluhan 4. Menyebut materi yang akan diberikan 5. Membagikan leaflet | 1. Menjawab salam 2. Memperhatikan 3. Memperhatikan 4. Memperhatikan 5. Menerima dan membacanya |
| 2. | 10 menit | Pelaksanaan :   1. Menjelaskan pengertian epilepsi 2. Menjelaskan tentang penyebab epilepsi 3. Menjelaskan tentang tanda dan gejala 4. Menjelaskan tentang komplikasi epilesi | 1. Memperhatikan 2. Memperhatikan 3. Memperhatikan 4. Memperhatikan |
| 3. | 10 menit | Pelaksanaan   1. Menjelaskan tentang penanganan epilepsi dirumah | 1. Memperhatikan |
| 4. | 10 menit | Evaluasi :   1. Meminta audience menjelaskan kembali tentang pengertian epilepsi 2. Meminta audience menjelaskan tentang penanganan dirumah 3. Meminta audience menjelaskan tanda dan gejala 4. Meminta audience menjelaskan penyebab epilepsi | 1. Menjelaskan pengertian epilepsi 2. Menjelaskan tentang penanganan dirumah 3. Menjelaskan tentang tanda dan gejala epilepsi 4. Menjelaskan penyebab epilepsi |
| 4. | 5 menit | Terminasi :   1. Mengucapkan terimakasih atas perhatian yang diberikan 2. Mengucapakn salam penutup | 1. Memperhatikan 2. Membalas salam |

**VIII. Pengorganisasian**

Pemberian Materi : Lintang Sandra Infantri

**IX. Evaluasi**

1. Struktur
2. Pasien berada di kamarnya
3. Penyelenggaraan penyuluhan dilakukan di kamar 4 Ruang Anak D2 pukul 09.00 WIB.
4. Pergorganisasian penyelengaraan berdasarkan SAP dan Leaflet
5. Media yang digunakan saat penyuluhan leaflet

2. Proses

1. Mahasiswa bekerja sesuai dengan tugasnya
2. Ibu antusias terhadap materi penyuluhan
3. Ibu tidak meninggalkan tempat penyuluhan sebelum acara selesai

3. Hasil

1. Ibu mengerti penjelasan yang telah diberikan oleh penyaji

Materi

**EPILEPSI**

1. **Definisi**

Epilepsi adalah kompleks gejala yang terdiri dari beberapa gangguan fungsi otak yang dicirikan dengan kejang berulang. Epilepsi mungkin disertai dengan hilangnya kesadaran, pergerakan berlebihan , atau kehilangan tonus otot atau pergerakan otot dan gangguan perilaku, alam perasaan, sensasi, dan persepsi. Masalah utama adalah gangguan elektrik (disritmia) dalam sel-sel saraf di salah satu bagian otak , yang menyebabkan sel-sel tersebut memancarkan muatan listrik yang abnormal, berulang, dan tidak terkontrol (Brunner 2016)

Epilepsi adalah kejang yang yang menyerang seseorang yang tampak sehat atau sebagai suatu ekserbasi dalam kondisi sakit kronis sebagai akibat oleh disfungsi otak sesaat dimanifestasikan sebagai fenomena motorik, sensorik, otonomik, atau psikis yang abnormal. Epilepsi merupakan akibat dari gangguan otak kronis dengan serangan kejang spontan yang berulang (Nurarif Huda and Kusuma 2015).

Epilepsi adalah suatu keadaan yang ditandai oleh bangkitn *(seizure)* berulang sebagai akibat dari adanya gangguan fungsi otak secara intermiten, yang disebabkan oleh lepas muatan listrik abnormal dan berlebihan di neuron-neuron secara paroksimal, dan disebabkan oleh berbagai etiologi (Munir 2015)

1. **Etiologi**

Menurut (Mansjoer, Arif dalam (Nurarif Huda and Kusuma 2015)) etiologi dari epilepsi adalah :

1. Idiopatik : sebagian besar epilepsi pada anak adalah epilepsi idiopatik
2. Faktor herediter : ada beberapa penyakit yang bersifat herediter yang disertai bangkitan kejang seperti sklerosis tuberose, neurofibromatosis, hipoglikemi, hipopratiroidisme, angiomatosis, ensefalotrigeminal, fenilketonuria
3. Faktor genetik : pada kejang demam dan breth holding spell
4. Kelainan kongenital otak : atrofi, poresenfali, agenesis korpus kolosum
5. Gangguan metabolic : hipernatremia, hiponatremia, hipokalsemia, hipoglikemia
6. Infeksi : radang yang disebabkan bakteri atau virus pada otak dan selaputnya, toksoplasmosis
7. Trauma : kontusio serebri, hematoma subaraknoid, hematoma subdural,
8. Neoplasma otak dan selaputnya
9. Kelainan pembuluh darah, malformasi, penyakit kolagen
10. Keracunan : timbale (Pb), kamper, fenotiazin, air
11. Lain-lain : penyakit darah, keseimbangan hormone, degenerasi serebral, dll
12. **Tanda dan Gejala**

Tanda gejala epilepsi (Wijaya and Yessie 2013)

1. Serangan secara tiba-tiba
2. Klien jatuh sambil berteriak
3. Pernafasan sejenak berhenti dan seluruh tubuh menjadi kaku 1-2 menit
4. Kesadaran hilang saat klien terjatuh Sampai ½ jam
5. Kencing keluar spontan
6. Air liur berbusa
7. Gerakan otomatis tanpa tujuan seperti: mengecap-ngecap bibir
8. Halusinasi penglihatan dan pendengaran
9. Tidak mau bergaul
10. Mudah terangsang oleh musik dan cahaya
11. **Komplikasi**
12. Penurunan kesadaran
13. Hilangnya pengendalian kandung kemih
14. Kerusakan jantung dan otak
15. Meninggal
16. **Pertolongan Pertama pada Epilepsi**
17. Bebaskan jalan nafas
18. Lepas pakaian yang ketat
19. Singkirkan semua perabot yang dapat mencederai pasien selama kejang
20. Jika pasien ditempat tidur, singkirkan bantal dan tinggikan pagar tempat tidur
21. Jika aura mendahului kejang, masukkan spatel lidah yang diberi bantalan diantara gigi-gigi, untuk mengurangi lidah/ pipi tergigit
22. Jangan berusaha untuk membuka rahang yang terkatup pada keadaan spasme untuk memasukkan sesuatu. Gigi patah dan cedera papa bibir dan lidah dapat terjadi karena tindakan ini
23. Tidak ada upaya untuk dibuat untuk merestrain pasien selama kejang, karena kontraksi otot kuat dan restrain menimbulkan cedera
24. Jika mungkin, tempatkan pasien miring pada salah satu sisi dengan kepala fleksi kedepan, yang memungkinkan lidah jatuh dan memudahkan pengeluaran saliva dan mukosa.
25. Setelah kejang, pasien pada saat bangun, harus diorientasikan terhadap lingkungan
26. Bawa kerumah sakit jika kejang berlangsung lama

Lampiran 3

**STANDART PROSEDURE OPERASIONAL**

**PEMBERIAN OBAT (INJEKSI INTRAVENA)**

1. **Pengertian**

Tindakan pemberian obat dengan memasukkannya kedalam pembuluh darah vena melalui selang infus

1. **Tujuan**

Mempercepat proses penyerapan obat untuk mendapatkan efek obat yang cepat melalui alur intravena

1. **Kebijakan**

Semua tindakan invasive harus dilakukan dengan teknik aseptik

1. **Persiapan alat**
2. Spuit
3. Obat dari ampul/ vial
4. Cairan pelarut (NaCl 0,9%) jika diperlukan
5. Bak injeksi
6. Handscoon non steril
7. Alcohol *swab*
8. Bengkok
9. **Pelaksanaan**

**Fase orientasi**

1. Salam terapeutik
2. Evaluasi/ validasi
3. Kontrak

**Fase kerja**

1. Siapkan peralatan kedepan pasien
2. Mengidentifikasi pasien dengan prinsip 6 T ( Tepat obat, tepat, dosis, tepat pasien, tepat rute, tepat waktu, tepat dokumentasi)
3. Mencuci tangan dengan 6 langkah
4. Memakai handscoon
5. Cari tempat penyuntikkan obat pada daerah selang intravena
6. Lakukan desinfeksi dengan kapas alkohol dan stop aliran
7. Lakukan penyuntikkan dengan memasukkan jarum spuit hingga menembus bagian tengah dan masukkan obat perlahan-lahan kedalam selang intravena
8. Periksa kecepatan infus dan observasi reaksi obat
9. Cuci tangan
10. Catat obat yang telah diberikan dan dosisnya