

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. E DENGAN GANGGUAN SISTEM**

**PERSARAFAN: EPILEPSI DI BANGSAL MELATI II RSUD**

**Dr. MOEWARDI SURAKARTA**

Diajukan Guna Melengkapi Tugas-Tugas dan Memenuhi Syarat-  
syarat Untuk Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan

**NASKAH PUBLIKASI**



Disusun Oleh:

**RULI PUTRI CAHYANTI**

**J 200 100005**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

**2013**



**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA**  
**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

Jl. A. Yani Tromol Pos I – Pabelan, Kartasura Telp. (0271) 717417 Fax:  
715448 Surakarta 57102

---

**SURAT PERSETUJUAN ARTIKEL PUBLIKASI ILMIAH**

Yang bertanda tangan dibawah ini pembimbing tugas akhir:

Nama : Siti Arifah, S.Kp., M.Kes.,

Telah membaca dan mencermati naskah artikel publikasi ilmiah yang merupakan ringkasantugas akhir dari mahasiswa:

Nama : Ruli Putri Cahyanti

NIM : J200100005

Program Studi : D III Keperawatan

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. E  
DENGAN GANGGUAN SISTEM  
PERSARAFAN: EPILEPSI DI BANGSAL  
MELATI II RSUD Dr. MOEWARDI  
SURAKARTA

Naskah artikel tersebut layak dan dapat disetujui untuk dipublikasikan.

Demikian persetujuan ini di buat, semoga dapat dipergunakan seperlunya.

Surakarta 23 Juli 2013

Pembimbing

Siti Arifah, S.Kp., M.Kes.,

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. E DENGAN GANGGUAN SISTEM  
PERSYARAFAN: EPILEPSI DI BANGSAL MELATI II RSUD Dr.  
MOEWARDI SURAKARTA**

**(Ruli Putri Cahyanti, 2013, 58 halaman)**

**ABSTRAK**

**Latar Belakang** : Epilepsi merupakan gangguan susunan saraf pusat yang dicirikan oleh terjadinya bangkitan kejang yang bersifat spontan dan berkala. Epilepsi adalah kejang berulang, dengan atau tanpa penyebab yang jelas dapat terjadi pada pria maupun wanita dan pada semua umur. Yang memerlukan pengobatan jangka panjang.

**Tujuan** : Untuk mengetahui asuhan keperawatan keluarga pada pasien dengan asma meliputi pengkajian, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi

**Hasil** : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam didapatkan hasil resiko cedera tidak terjadi, hipertermia dapat teratasi dan ansietas teratasi.

**Kesimpulan** : Kerjasama antar tim kesehatan dan pasien/keluarga sangat diperlukan untuk keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien, komunikasi terapeutik dapat mendorong pasien lebih kooperatif.

**Kata Kunci** : Epilepsi, resiko cedera, hipertermia, ansietas/cemas.

## **A. LATAR BELAKANG**

Angka kejadian epilepsi di RS Dr. Moewardi Surakarta pada tahun 2011 sebanyak 16 kejadian pada anak. Ditahun 2012 terjadi penurunan angka kejadian menjadi 8 anak. Sedangkan selama tahun 2013 dari bual Januari sampai April terjadi peningkatan kembali sebanyak 11 kejadian. Berdasarkan hal-hal tersebut di atas, penulis tertarik membuat karya tulis dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada An.E dengan Gangguan Sistem Persyarafan: Epilepsi di Bangsal Melati II RSUD dr.Moewardi Surakarta ”.

## **B. PENGERTIAN**

Epilepsi adalah gangguan kejang kronik dengan kejang berulang yang terjadi dengan sendirinya. Yang memerlukan pengobatan jangka panjang. (Hockenberry, 2008)

Epilepsi merupakan gangguan proksimal di mana cetusan neuron korteks serebri mengakibatkan penurunan kesadaran, perubahan fungsi motorik atau sensorik, perilaku atau emosional yang intermiten dan stereotipik (Ginsberg, 2008)

## **C. ETIOLOGI**

Menurut Wong (2009) Penyebab pasti epilepsi masih belum diketahui (idiopatik) dan masih menjadi banyak spekulasi. Predisposisi yang mungkin menyebabkan epilepsi meliputi:

- a. Pasca trauma kelahiran
- b. Riwayat bayi dan ibu menggunakan obat antikolvusan yang digunakan sepanjang hamil

- c. Asfiksia neonatorum
- d. Riwayat ibu-ibu yang memiliki resiko tinggi (tenaga kerja, wanita dengan latar belakang sukar melahirkan, pengguna obat-obatan, diabetes atau hipertensi)
- e. Pasca cidera kepala

#### D. ANALISA DATA

No	Data	Problem	Etiologi
1	DS = - Keluarga mengatakan anaknya masih hangat DO= - Wajah pasien tampak memerah TD : 100/60 mmHg N : 100 x/menit Rr : 20 x menit S : 38°C	Hipertermi	Proses penyakit
2	DS = - Keluarga mengatakan anaknya kadang masih kejang DO=	Resiko cidera	Penurunan Kesadaran
3	DS= - Keluarga dan pasien mengatakan tidak tahu pasti tentang penyakit yang diderita pasien DO = - Keluarga tampak cemas dan bingung - Keluarga dan pasien kurang mampu menjawab dengan tepat seputar penyakit yang diderita pasien	Cemas	Kurangnya pengetahuan tentang prognosis penyakit

## E. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Resiko cedera berhubungan dengan penurunan kesadaran
2. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit
3. Cemas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang prognosis penyakit

## F. IMPLEMENTASI

NO	Tgl & Jam	Implementasi	Respon	TTD
1	30-04-2013 09.45	Mengkaji sifat dan karakteristik serta lama kejang	S = keluarga mengatakan jika kejang badan kaku mata melirik keatas berlangsung sekitar 1-2 menit paling lama  O = pasien tampak tenang, keluarga dan pasien kooperatif	Putri
	10.00	Menganjurkan keluarga dan pasien untuk menjauhi benda-benda berbahaya	S = keluarga mengatakan sudah menaruh gelas dan lain sebagainya dibawah tidak dimeja pasien  O = meja dan bed pasien tidak terdapat benda berbahaya  Keluarga pasien kooperatif	Putri
	10.15	-Menganjurkan keluarga untuk menaikkan side rail tempat tidur jika anak ditinggal sendiri  -Memberikan edukasi yang benar berhubungan dengan strategi dan tindakan mencegah eidera	S = keluarga mengatakan side rail sering dinaikkan jika anak ditinggal  Keluarga mengatakan kurang paham dengan yang dijelaskan  O = keluarga mempraktekkan cara menaikkan side rail  Keluarga tampak bingung	Putri
II	10.30	-Memantau suhu pasien	S = keluarga mengatakan badan	Putri

III	11.00	<p>-Menganjurkan asupan cairan oral sedikit-sedikit tapi sering</p> <p>Menganjurkan keluarga untuk melonggarkan pakaian dan selimut pasien</p> <p>Memberikan obat penurun panas (paracetamol)</p>	<p>anaknya masih hangat</p> <p>Keluarga mengatakan anaknya mau minum kalau haus saja</p> <p>O = wajah pasien tampak memerah</p> <p>TD : 100/60 mmHg</p> <p>N : 100 x/menit</p> <p>Rr : 20 x menit</p> <p>S : 38°C</p> <p>S = keluarga mengatakan pakaian anaknya sudah yang tipis</p> <p>O = keluarga pasien kooperatif, pasien tampak tenang</p> <p>S = keluarga mengatakan obat itu yang diberikan untuk penurun panas</p> <p>O = pasien meminum obatnya</p> <p>Obatnya sudah diminum</p>	Putri
	13.00	<p>-Mengkaji tingkat kecemasan</p> <p>-Memberikan informasi yang cukup tentang kondisi pasien</p>	<p>S = keluarga dan pasien mengatakan kurang begitu mengerti dengan penyakit yang diderita</p> <p>O = keluarga tampak cemas</p> <p>Keluarga tampak bingung</p>	Putri
	13.45	<p>-Memberikan informasi tentang penyakit pasien</p> <p>-Menentukan koping yang sesuai</p>	<p>S = keluarga mengatakan tidak begitu paham</p> <p>Keluarga mengatakan selalu berdoa untuk kesembuhan anaknya</p> <p>O = pasien tampak tenang</p> <p>Keluarga memperhatikan penjelasan yang diberikan</p>	Putri

	01-05-2013			Putri
I	14.05	-Mengkaji sifat, karakteristik, dan lama kejang	S = keluarga mengatakan dari kemarin sampai sekarang sudah tidak kejang lagi  O = pasien tampak tenang  Keluarga dan pasien kooperatif	
	14.10	-Menganjurkan keluarga dan pasien untuk menjauhi benda-benda yang berbahaya (benda berbahan beling, pisau,dll)	S = pasien mengatakan sudah tidak apa-apa  Keluarga mengatakan tidak ada benda-benda berbahaya yang dibawa  O = pasien tampak bermain-main di kasur  Pasien tampak enakan	
	14.20	Menganjurkan keluarga untk menaikkan side rail jika pasien ditinggal	S = keluarga mengatakan menaikkan side rail jika pasien tidur saja  Keluarga dan pasien mengatakan menerti dan paham tentang apa yang disampaikan	putri
	14.30	Memberikan edukasi yang berhubungan dengan strategi dan tindakan mencegah cedera	O = pasien mulai duduk  Keluarga dan pasien tampak mengerti tentang hal yang disampaikan	
II	14.40	-Mengobservasi suhu pasien  -Menganjurkan asupan cairan oral sedikit-sedikit tapi sering	S = keluarga mengatakan badan anaknya sudah tidak panas lagi  Pasien mengatakan sudah minum banyak  O = pasien tampak sehat  Pasien sudah mau minum 5-6 gelas@200 ml  TD: 100/60 mmHg	Putri



III	14.50	Menganjurkan keluarga untuk melonggarkan pakaian dan selimut pasien	<p>N : 88 x/menit</p> <p>Rr : 18 x menit</p> <p>S : 37°C</p> <p>S = keluarga mengatakan anaknya sudah baik</p> <p>Pasien mengatakan sudah memakai pakaian sendiri</p> <p>O = keluarga dan pasien kooperatif</p> <p>Pasien sudah tampak sehat</p>	Putri
	15.00	Memberikan obat penurun panas	<p>S = pasien mengatakan dari semalam minum obat penurun panas berakhir</p> <p>O = pasien sudah tidak panas lagi</p> <p>S = 37°C</p>	Putri
	15.20	<p>-Mengkaji tingkat kecemasan</p> <p>-Memberikan informasi yang cukup tentang kondisi pasien</p>	<p>S = keluarga mengatakan masih memikirkan keadaan anaknya</p> <p>Keluarga dan pasien mengatakan mulai mengerti tentang penyakit yang diderita</p> <p>O = keluarga dan pasien kooperatif</p> <p>Pasien dan keluarga memperhatikan kejelasan yang diberikan</p>	Putri
	15.30	<p>-Memberikan informasi tentang penyakit pasien</p> <p>-Menentukan koping yang sesuai</p>	<p>S = keluarga mengatakan selalu berdoa agar anaknya besok sudah boleh pulang</p> <p>Keluarga mengatakan sudah lumayan mengerti tentang penyakit yang diderita anaknya</p>	Putri
	15.35		O = pasien tampak memperhatikan pembicaraan	

III	02-05-2013	-Mengkaji tingkat kecemasan	Keluarga sudah agak mengerti tentang yang dijelaskan	Putri
	09.00		S = keluarga mengatakan sudah tidak cemas lagi dan sudah cukup tahu tentang kondisi pasien	
	09.05	-Memberikan informasi yang cukup tentang kondisi pasien	O = pasien sudah sehat	
	09.20	Memberikan informasi tentang penyakit pasien	Keluarga tampak senang S = keluarga dan pasien mengatakan sudah paham tentang penyakitnya	Putri
	10.00	Menentukan koping yang sesuai	Keluarga mengatakan senang karena doanya selama ini dikabulkan dan anaknya boleh pulang O = pasien dan keluarga siap-siap untuk pulang	

### G. PENGKAJIAN.

Dari pengkajian pada An. E dilakukan pada tanggal 30 April 2013.

Dari hasil pengkajian pada pasien yang dilakukan secara langsung ditemukan data-data: keadaan umum pasien baik, kesadaran composmentis, keluhan utamanya badan masih hangat dan masih kejang, suhu 38<sup>0</sup>C, nadi 80 x/menit, respirasi rate 20 x/menit.

Pengkajian menurut teori didapatkan data seperti: pasien mendadak kejang, mata melirik keatas, kedua tangan kaku namun kedua kaki bergerak bebas (kelonjotan), lama kejang ± 3 menit yang disertai demam. Pengkajian tersebut sesuai dengan teori menunjukkan tipe kejang petit mall (absens) dimana aktivitas motorik berhenti mendadak dengan ekspresi wajah dengan kedipan mata, berlangsung lebih dari 30 detik.

## H. DIAGNOSA

Alasan diagnosa resiko cedera berhubungan dengan kejang berulang ditegakkan karena pada pengkajian pada pasien di temukan data keluarga An. E mengatakan bahwa An. E masih terkadang mengalami kejang. Tanda-tanda vital TD: 100/60 mmHg, N : 100 x/menit, Rr : 20 x menit, S: 38°C. Dan apabila diagnosa ini tidak ditegakkan akan memungkinkan terjadinya cedera pada penderita. Hal tersebut sesuai dengan batasan karakteristik menurut (NANDA, NIC dan NOC, 2010) yaitu cedera tidak terjadi dan pasien tidak cedera.

Alasan diagnosa hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ditegakkan karena saat dilakukan pengkajian didapat data keluarga pasien mengatakan bahwa An. E badannya masih hangat, TD: 100/60 mmHg, N: 100x/menit, Rr: 20x/menit dan S: 38<sup>0</sup>C. Dan apabila diagnosa ini tidak ditegakkan akan terjadi yang tidak diinginkan karena diagnosa ini berhubungan dengan termoregulasi suhu yang memungkinkan terjadi keadaan yang lebih parah. Hal tersebut sesuai dengan batasan karakteristik menurut (NANDA, NIC dan NOC, 2010) yaitu suhu tubuh dapat turun pada batas normal.

Alasan diagnosa cemas berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang prognosis penyakit diagnosa tersebut sesuai dengan pengkajian yang dilakukan bahwa keluarga pasien mengatakan kurang begitu mengerti dengan penyakit yang diderita An. E. Keluarga pasien juga tampak cemas dan kebingungan. Hal tersebut sesuai dengan batasan

karakteristik menurut (NANDA, NIC dan NOC, 2010) yaitu keluarga pasien diharapkan keluarga dapat mengerti dan memahami tentang penyakit yang diderita anaknya.

## **I. Hasil Penelitian**

Dari ketiga diagnosa diatas, dilakukan tindakan sesuai intervensi dengan kriteria waktu 3x24 jam tiap-tiap diagnosa keperawatan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, kemudian diperoleh 2 masalah teratasi dalam waktu 2 hari dan 1 masalah teratasi dalam waktu 3 hari.

## **J. Simpulan dan Saran**

### **Simpulan**

Epilepsi sering ditemukan pada anak dikarenakan bangkitan kejang yang berulang yang berlangsung dalam jangka waktu yang cukup lama. Epilepsi banyak ditemukan pada anak karena gangguan syaraf pusat yang bias terjadi saat masih bayi ataupun balita.

Dari asuhan keperawatan pada An. E dengan Epilepsi di Ruang Melati 2 RSUD Dr. Moewardi Surakarta penulis, melakukan tindakan selama 3 hari dan penulis menemukan 3 diagnosa keperawatan yang muncul pada An. E yaitu :

1. Resiko cedera berhubungan dengan kejang berulang
2. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit
3. Cemas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang prognosis penyakit

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, kemudian diperoleh 2 masalah teratasi dalam waktu 2 hari dan 1 masalah teratasi dalam waktu 3 hari.

### **Saran**

#### 1. Bagi Perawat

- a. Diharapkan perawat setiap melakukan tindakan sesuai dengan teori yang ada agar tercapainya asuhan keperawatan yang bermutu dan juga diharapkan untuk memberikan dukungan dan perhatian yang lebih bagi mahasiswa dalam kegiatan praktik di Rumah Sakit.
- b. Epilepsi disebabkan gangguan system syaraf pusat yang disebabkan bangkitan kejang yang bersifat spontan dan berkala sehingga perlu dilakukan PENKES untuk mencegahnya.

#### 2. Bagi Mahasiswa

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini agar dapat memahami konsep – konsep serta dasar – dasar teori sesuai dengan kasus yang diambil.

#### 3. Bagi Keluarga

- a. Demi kesembuhan pasien penulis mengharapkan keluarga perlu memperhatikan keadaan pasien dan membantu memenuhi kebutuhan pasien selama sakit untuk mempercepat proses penyembuhan pasien. Keluarga di harapkan selalu menjaga lingkungan agar bersih, sehingga pasien bisa istirahat dengan tenang dan nyaman.

## DAFTAR PUSTAKA

- Gunardi, Hartono.2011.*Buku Kumpulan Tips Pediatri*. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia
- Markam, Sumarmo.2009.*Penuntun Neurologi*.Tangerang Selatan: Binarupa Aksara
- Staf Pengajar Ilmu kesehatan Anak. 2007. *Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: InfoMedika
- Widagdo.2012.*Tatalaksana Masalah Penyakit Anak Dengan Kejang*.Jakarta: Sagung Seto
- Wilkinson, Judith M.2011.*Buku saku diagnosa keperawatan: diagnosis NANDA,intervensi NIC,Kriteria hasil: NOC;alih bahasa, Esty Wahyuningsih; editor bahasa Indonesia, Dwi Widarti.Edisi 9*.Jakarta:EGC
- Wong, Donna L.2009. *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik/ Donna L. Wong; alih bahasa, Dr. Andry Hartono; editor edisi bahasa Indonesia, Sari Kurnianingsih. Edisi 6*. Jakarta: EGC
- Meadow R dan Simon N.2006. *Lecture Notes PEDIATRIKA*.7<sup>th</sup> ed. Jakarta: Erlangga.
- Muttaqin, Arif.2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*.Jakarta: Salemba Medika
- Ariani, Tutu April.2012.*Sistem Neurobehavior*.Jakarta: Salemba Medika