

## **Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Epilepsi**

Rani Murtiani<sup>1</sup> IGA Dewi Purnamawati<sup>2</sup>  
Akademi Keperawatan Pasar Rebo  
Jl Tanah Merdeka No 16-18 Jakarta Timur  
E-mail: [Ig4dewi@gmail.com](mailto:Ig4dewi@gmail.com)

### **Abstrak**

Epilepsi merupakan gejala kompleks dari banyak gangguan fungsi otak yang dikarakteristikan oleh kejang berulang akibat lepasnya muatan listrik otak yang berlebihan dan bersifat reversibel. Kejang merupakan akibat dari pembebasan listrik yang tidak terkontrol dari sel saraf korteks serebral yang ditandai dengan serangan tiba-tiba, terjadi gangguan kesadaran ringan, aktivitas motorik, atau gangguan fenomena sensori. Anak-anak dengan epilepsi biasanya akan mendapatkan gangguan fungsi intelegensi, pemahaman bahasa dan gangguan fungsi kognitif. Dampak epilepsi pada anak akan membuat perbedaan yang cukup signifikan pada IQ. Tujuan penulisan diharapkan mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan pada anak yang mengalami epilepsi. Metode Penelitian adalah deskriptif atau gambaran suatu kasus. Hasil dari karya tulis ilmiah ini adalah mahasiswa memperoleh gambaran tentang asuhan keperawatan pada anak dengan epilepsi. Masalah keperawatan berupa: Bersihan jalan nafas tidak efektif, Risiko cedera, Defisit volume cairan, Hipertermi, Defisit nutrisi, Risiko infeksi, Kurang pengetahuan, dan cemas pada anak dan orang tua.

Kata Kunci: Anak, Epilepsi, Kejang

### **Abstract**

Epilepsy is a complex symptom of many brain dysfunction characterized by recurrent seizures due to excessive release of brain electrical charge and reversible motivation. Seizures are a result of uncontrolled electrical release from cerebral cortical nerve cells which are characterized by sudden attacks, mild disturbance of consciousness, motor activity, or sensory phenomenon disorders. Children with epilepsy will usually get impaired intelligence, language comprehension and impaired cognitive function. The impact of epilepsy on children will make a significant difference in IQ. In addition, epilepsy also has concomitant disease (developmental growth disorders) that will be suffered by the sufferer. This is what is known in the medical world as comorbidity and must be monitored by parents. The purpose of writing is that students are expected to be able to provide nursing care for children who have epilepsy. The result of this scientific paper is that students get an overview of nursing care in children with epilepsy. Emerging nursing problems in children with epilepsy include ineffective airway clearance, risk of injury, risk of fluid volume deficit, hypertermia, imbalance of nutrients less than body requirements, risk of infection, lack of family knowledge, and anxiety for children and parents.

Keywords: Children, Epilepsy, Seizures

### **Pendahuluan**

Masalah kesehatan anak merupakan salah satu masalah utama dalam bidang kesehatan yang saat ini terjadi di Indonesia. Derajat kesehatan anak mencerminkan derajat kesehatan bangsa, sebab anak sebagai generasi penerus bangsa memiliki kemampuan untuk meneruskan pembangunan bangsa. Berdasarkan alasan tersebut,

masalah kesehatan anak diprioritaskan dalam perencanaan atau penataan pembangunan bangsa (Kompas, 2012).

Anak-anak dengan epilepsi biasanya akan mendapatkan gangguan fungsi intelegensi, pemahaman bahasa dan gangguan fungsi kognitif. Dampak epilepsi pada anak akan membuat perbedaan yang cukup signifikan pada IQ. Selain itu, epilepsi juga memiliki

penyakit penyerta (gangguan tumbuh kembang) yang akan diderita oleh penderitanya. Ini yang dalam dunia medis disebut *komorbiditas* dan mesti diawasi oleh para orang tua. *Komorbiditas* akibat epilepsi sangat beragam, mulai dari lumpuh otak, retardasi mental serta *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD), jika terdapat gangguan yang cukup berarti pada otak maka dapat timbul gangguan mulai dari gangguan tumbuh dan kembang anak, gangguan perilaku, gangguan belajar, cacat fisik, cacat mental, hingga kematian.

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2012), angka kejadian orang dengan epilepsi (ODE) masih tinggi terutama di negara berkembang. Dari banyak studi menunjukkan bahwa diperkirakan prevalensinya berkisar antara 0,5-4%. Rata-rata prevalensi epilepsi 8,2 per 1000 penduduk, sedangkan angka insidensi epilepsi mencapai 50-70 kasus per 100.000 penduduk, bila jumlah penduduk Indonesia berkisar 220 juta, maka diperkirakan jumlah pasien epilepsi 1,1-8,8 juta. Prevalensi epilepsi pada bayi dan anak-anak cukup tinggi, menurun pada dewasa muda dan pertengahan, kemudian meningkat lagi pada

kelompok usia lanjut. Berdasarkan data yang diperoleh dari rekam medik RSUD dr.R.Goeteng Taroenadibrata Purbalingga khususnya di bangsal anak (Cempaka) dari bulan Februari sampai April 2017 tercatat ada 16 orang anak dengan 6 anak pasien laki-laki dan 10 anak perempuan yang menderita epilepsi dari seluruh jumlah pasien yaitu 414 anak dengan kasus yang berbeda-beda (Sari Pediatri, 2017). Tidak jauh berbeda angka kejadian yang penulis temukan di RSUD dr. Chasbullah Abdulmadjid Kota Bekasi terhitung sejak bulan Oktober sampai bulan Desember 2017 tercatat dari 610 anak yang di rawat didapatkan 12 orang (1,96%) yang menderita kasus epilepsy.

### **Pengertian**

Epilepsi adalah gangguan kejang kronis dengan kejang berulang yang terjadi dengan sendirinya, yang membutuhkan pengobatan jangka panjang (Wong, 2008). Epilepsi adalah gejala kompleks dari banyak gangguan fungsi otak berat yang dikarakteristikan oleh kejang berulang keadaan ini dapat di hubungkan dengan kehilangan kesadaran, gerakan berlebihan atau hilangnya tonus otot atau gerakan dan gangguan perilaku, alam perasaan, sensasi dan persepsi sehingga epilepsi

bukan penyakit tetapi suatu gejala (Smeltzer & Bare, 2011).

### **Etiologi**

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

Menurut Arif (2008), Tarwoto (2009) dan Wong (2008) etiologi dari epilepsi adalah

1. Idiopatik ; sebagian besar epilepsi pada anak adalah epilepsi idiopatik
2. Faktor herediter
3. Faktor genetik ; pada kejang demam dan breath holding spell
4. Kelainan kongenital otak ; atrofi, poresenfali, agensis korpus kolosum
5. Gangguan metabolik.
6. Infeksi ; radang yang disebabkan bakteri atau virus pada otak dan selaputnya, toksoplasmosi
7. Trauma ; kontusio serebri, hematoma subaraknoid, hematoma subdural
8. Neoplasma otak dan selaputnya
9. Kelainan pembuluh darah, malformasi, penyakit kolagen
10. Keracunan, demam, luka dikepala dan pasca cidera kepala
11. Kekurangan oksigen atau asfiksia neonatorum, terutama saat proses

kelahiran

12. Hydrocephalus atau pembesaran ukuran kepala

13. Gangguan perkembangan otak

Riwayat bayi dan ibu menggunakan obat antikolvusan yang digunakan sepanjang hamil. Riwayat ibu-ibu yang memiliki resiko tinggi (tenaga kerja, wanita dengan latar belakang sukar melahirkan, pengguna obat-obatan, diabetes atau hipertensi)

### **Patofisiologi**

Menurut Kleigman (2008) Otak merupakan pusat penerima pesan (impuls sensorik) dan sekaligus merupakan pusat pengirim pesan (impuls motorik). Otak ialah rangkaian berjuta-juta neuron. Pada hakekatnya tugas neron ialah menyalurkan dan mengolah aktivitas listrik saraf yang berhubungan satu dengan yang lain melalui sinaps. Dalam sinaps terdapat zat yang dinamakan neurotransmitter. Acetylcholine dan norepineprine ialah neurotransmitter eksitatif, sedangkan zat lain yakni GABA (gama-amino-butiric-acid) bersifat inhibitif terhadap penyaluran aktivitas listrik saraf dalam sinaps.

Bangkitan epilepsi dicetuskan oleh suatu sumber gaya listrik saraf di otak

yang dinamakan fokus epileptogen. Dari fokus ini aktivitas listrik akan menyebar melalui sinaps dan dendrit ke neuron-neuron di sekitarnya dan demikian

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

### **Manifestasi Klinis**

Menurut Hidayat (2009) dan Batticaca (2008) yaitu :

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

### **Komplikasi**

Menurut Elizabeth (2010) dan Pinzon (2007) komplikasi epilepsi dapat terjadi:

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

## **Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan medis

1. Farmakoterapi : Anti kovulsion.
2. Pembedahan : Untuk pasien epilepsy akibat tumor otak, abses, kista atau adanya anomali vaskuler
- b. Penatalaksanaan keperawatan

## **Cara menanggulangi kejang epilepsi**

:

### **a. Selama Kejang**

- 1) Berikan privasi dan perlindungan pada pasien dari penonton yang ingin tahu
- 2) Mengamankan pasien di lantai jika memungkinkan.
- 3) Hindarkan benturan kepala atau bagian tubuh lainnya dari bendar keras, tajam atau panas. Jauhkan ia dari tempat / benda berbahaya.
- 4) Longgarkan bajunya. Bila mungkin, miringkan kepalanya kesamping untuk mencegah lidahnya menutupi jalan pernapasan
- 5) Biarkan kejang berlangsung. Jangan memasukkan benda keras diantara giginya, karena dapat mengakibatkan gigi patah. Untuk mencegah gigi klien melukai lidah, dapat diselipkan kain lunak disela mulut penderita tapi jangan sampai menutupi jalan pernapasannya.
- 6) Ajarkan penderita untuk

mengenali tanda-tanda awal munculnya epilepsi atau yang biasa disebut “aura”. Jika Penderita mulai merasakan aura, maka sebaiknya berhenti melakukan aktivitas apapun pada saat itu dan anjurkan untuk langsung beristirahat atau tidur.

7) Bila serangan berulang-ulang dalam waktu singkat atau penyandang terluka berat, bawa ia ke dokter atau rumah sakit terdekat.

### **b. Setelah Kejang**

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

restrein yang lembut.

8) Laporkan adanya serangan pada kerabat terdekatnya. Ini penting untuk pemberian pengobatan oleh dokter.

## **Asuhan Keperawatan**

### **A. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian keperawatan pada anak dengan Epilepsi berdasarkan Mansjoer (2008) adalah :

1. Identitas pasien

2. Keluhan utama

Pada umumnya klien panas yang meninggi disertai kejang (Hipertermi).

3. Riwayat penyakit sekarang

Menanyakan tentang keluhan yang dialami sekarang mulai dari panas, kejang, kapan terjadi, berapa kali, dan keadaan sebelum, selama dan setelah kejang.

4. Riwayat penyakit yang pernah diderita

Penyakit yang diderita saat kecil seperti batuk, pilek, panas. Pernah di rawat dinama, tindakan apa yang dilakukan, penderita pernah mengalami kejang sebelumnya, umur berapa saat kejang.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Tanyakan pada keluarga tentang di dalam keluarga ada yang menderita penyakit yang diderita oleh klien seperti kejang atau epilepsi.

6. Riwayat Alergi

Bila pasien sebelumnya sudah minum obat-obatan seperti antiepilepsi, perlu dibedakan apakah ini suatu efek samping dari gastrointestinal atau efek reaksi hipersensitif. Bila terdapat semacam “rash” perlu dibedakan apakah ini terbatas karena efek fotosensitif yang disebabkan eksposur dari sinar matahari atau karena efek hipersensitif yang sifatnya lebih luas.

7. Riwayat Pengobatan

Bila pasien sebelumnya sudah minum obat-obatan antiepilepsi, perlu ditanyakan bagaimana kemanjuran obat tersebut, berapa kali diminum sehari dan berapa lama sudah diminum selama ini, berapa dosisnya, ada atau tidak efek sampingnya.

8. Riwayat Psiko Sosial

Peran terhadap keluarga akan menurun yang diakibatkan oleh adanya perubahan kesehatan sehingga dapat menimbulkan psikologis klien dengan timbul gejala-gejala yang di alami dalam proses penerimaan terhadap penyakitnya.

9. Riwayat Imunisasi

Apabila anak mempunyai kekebalan yang baik, maka kemungkinan akan timbulnya komplikasi dapat dihindari.

10. Riwayat Gizi

Status gizi anak yang menderita

Epilepsi dapat bervariasi. Semua anak dengan status gizi baik maupun buruk dapat berisiko, apabila terdapat faktor predisposisinya. Anak yang menderita Epilepsi sering mengalami keluhan mual, muntah, dan nafsu makan menurun. Apabila kondisi ini berlanjut dan tidak disertai dengan pemenuhan nutrisi yang mencukupi, maka anak dapat mengalami penurunan berat badan sehingga status gizinya menjadi kurang.

#### 11. Kondisi lingkungan

Bagaimana keadaan lingkungan yang mengakibatkan gangguan kesehatan.

#### 12. Pola kebiasaan

- a. Nutrisi dan metabolisme : Pada umumnya klien kesulitan menelan. Kaji frekuensi, jenis, pantangan, nafsu makan berkurang dan nafsu makan menurun.
  - b. Eliminasi : Pada klien febris convulsi tidak mengalami gangguan.
  - c. Tidur dan istirahat : Pada umumnya klien mengalami gangguan waktu tidur karena panas yang meningkat.
  - d. Pola aktifitas dan latihan : Pada umumnya klien mengalami gangguan dalam melakukan aktifitas.
- #### 13. Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi dari ujung rambut sampai kaki.
- a. Kepala

Pengkajian kepala meliputi : ukuran , kesimetrisan, distribusi rambut dan lingkaran kepala. Pada klien dengan epilepsi biasanya klien mengeluhkan nyeri oleh karena adanya spasme atau penekanan pada tulang tengkorak akibat peningkatan TIK sewaktu kejang

#### b. Mata

Pengkajian mata meliputi ketajaman penglihatan, gerakan ekstra okular, kesimetrisan, penglihatan warna, warna konjungtiva, warna sclera, pupil, reflek cahaya kornea. Pada klien dengan epilepsi saat terjadi serangan klien biasanya mata klien cenderung seperti melotot bahkan pada sebagian anak lensa mata dapat terbalik sehingga pupil tidak nampak.

#### c. Hidung

Pengkajian hidung meliputi : Pada penderita epilepsi jarang di temukan kelainan pada hidung.

#### d. Mulut

Pengkajian pada mulut meliputi pada penderita epilepsi biasanya ditemukan adanya kekakuan pada rahang.

#### e. Telinga

Pengkajian pada telinga meliputi: hygiene, kesimetrisan, ketajaman pendengaran.

#### f. Leher

Pengkajian pada leher meliputi pada sebagian penderita epilepsi juga ditemukan kaku kuduk pada leher.

g. Dada

Pengkajian pada dada meliputi : kesimetrisan, amati jenis pernafasan, amati kedalaman dan regularitas, bunyi nafas dan bunyi jantung.

h. Abdomen

Pengkajian pada abdomen meliputi : pemeriksaan warna dan keadaan kulit abdomen, auskultasi bising usus, perkusi secara sistemik pada semua area abdomen, palpasi dari kuardan bawah keatas. Pada penderita epilepsi biasanya terdapat adanya spasme abdomen.

i. Ekstermitas

Atas : pengkajian meliputi : pada penderita epilepsi biasanya terdapat aktivitas kejang pada ekstermitas.

Bawah : pada penderita epilepsi biasanya terdapat aktivitas kejang pada ekstermitas

j. Genetalia

Pengkajian pada genetalia meliputi ; pemeriksaan kulit sekitar daerah anus terhadap kemerahan dan ruam, pemeriksaan anus terhadap tanda-tanda fisura, hemoroid, polip, atresia ani.

14. Pemeriksaan diagnostik

a. Pemeriksaan laboratorium

1) Elektrolit, glukosa, Ureum atau kreatinin.

2) Pungsi lumbal (PL) : untuk mendeteksi tekanan abnormal dari CSS, tanda-tanda infeksi, perdarahan (hemoragik subarachnoid, subdural) sebagai penyebab kejang tersebut.

b. Pemeriksaan EEG

c. MRI : melokalisasi lesi-lesi fokal.

d. Pemeriksaan radiologis : Foto tengkorak.

e. Pneumoensefalografi dan ventrikulografi untuk melihat gambaran ventrikel, sisterna, rongga sub arachnoid serta gambaran otak. Arteriografi untuk mengetahui pembuluh darah di otak : anomali pembuluh darah otak, penyumbatan, neoplasma dan hematoma

## B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien dengan Epilepsi berdasarkan Hidayat (2008) adalah :

1. Resiko tinggi trauma/cidera berhubungan dengan kelemahan, perubahan kesadaran, kehilangan koordinasi otot sekunder akibat aktivitas kejang
2. Resiko tinggi terhadap inefektifnya bersihan jalan nafas berhubungan dengan kerusakan neoromuskular
3. Resiko kekurangan volume cairan

berhubungan dengan muntah, perubahan tingkat kesadaran, pemberian makan atau asupan buruk dan kehilangan yang tidak disadari akibat demam

### C. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah klien (Hidayat, 2008).

1. Resiko tinggi trauma/cidera berhubungan dengan kelemahan, perubahan kesadaran, kehilangan koordinasi otot sekunder akibat aktivitas kejang

**Tujuan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan, risiko trauma/cidera tidak terjadi

**Kriteria Hasil :** Tidak ada tanda-tanda terjadi cidera

**Rencana Tindakan :**

- a. Kaji dengan keluarga berbagai stimulasi kejang
- b. Observasi keadaan umum sebelum, selama dan sesudah kejang
- c. Catat tipe kejang dan aktivitas kejang
- d. Berikan tindakan kenyamanan dan keamanan bagi klien
- e. Kaji penilaian neurologi dan tanda-tanda vital setelah kejang

2. Resiko tinggi terhadap inefektifnya bersihan jalan nafas berhubungan dengan kerusakan neurovaskuler

**Tujuan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan, bersihan jalan nafas tetap efektif

**Kriteria Hasil :** Jalan nafas bersih, suara nafas vesikuler, sputum tidak ada, rr 30-40x/menit

**Rencana Tindakan :**

- a. Observasi tanda-tanda vital terutama respirasi
- b. Awasi posisi tidur klien semifowler atau fowler
- c. Tempatkan selimut dibawah kepala dan longgarkan pakaian
- d. Auskultasi bunyi nafas
- e. Apabila muntah miringkan badan dengan hati-hati

3. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah, perubahan tingkat kesadaran, pemberian makan atau asupan buruk dan kehilangan yang tidak disadari akibat demam

**Tujuan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan, cairan adekuat

**Kriteria Hasil :** Tidak ada muntah, suhu dalam batas normal (36-37,5°C)

**Rencana Tindakan :**

- a. Pantau tinggi badan dan berat badan
- b. Pantau status hidrasi (suhu tubuh,

- membran mukosa, turgor kulit, haluaran urin)
- c. Gunakan teknik untuk meningkatkan asupan kalori dan nutrisi serta ajarkan keluarga untuk mengubah posisi, modifikasi makan, makanan lunak atau campuran, beri waktu tambahan)
  - d. Kaji sistem pernafasan
  - e. Pantau terhadap mual dan muntah dan beri obat jika di programkan

#### **D. Pelaksanaan Keperawatan**

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri atau independen dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri atau independen adalah aktivitas perawatan yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama seperti dokter dan petugas kesehatan lain (Doenges, 2012).

#### **E. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tahapan dari proses keperawatan, proses yang berkelanjutan untuk menjamin kualitas dan ketepatan perawatan yang diberikan, yang dilakukan dengan meninjau respons pasien untuk

melakukan keefektifan rencana keperawatan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Doenges, 2012).

Evaluasi dibagi menjadi dua, yaitu evaluasi proses setiap selesai dilakukan tindakan keperawatan dan evaluasi hasil membandingkan antara tujuan dengan kriteria hasil.

#### **TINJAUAN KASUS**

##### **Pengkajian Keperawatan**

#### **A. Identitas Pasien**

Tanggal pengkajian 12 Maret 2018 pukul 09.00 WIB, tanggal masuk rumah sakit 11 Maret 2018 pukul 20.30 WIB di ruang Melati, nomor register 09-97-86-83 dengan diagnosa medis Epilepsi dengan riwayat Kejang Demam Kompleks. Nama klien An. G, sering dipanggil An. G, jenis kelamin laki-laki, lahir di Jakarta, 26 September 2016 (18 bulan), agama Kristen, suku bangsa Batak, bahasa yang digunakan adalah bahasa Indonesia. Identitas Orang tua: Nama Ibu klien Ny. W (35 tahun), pendidikan terakhir S1, pekerjaan Pegawai Negeri Sipil, agama Islam, suku bangsa Batak. Pekerjaan Pegawai Negeri Sipil, agama Islam, suku bangsa Batak. Nama ayah klien Tn. I (35 tahun) dengan pendidikan terakhir magister.

## B. Resume

An. G rujukan dari RS Mekar Sari datang ke IGD Bekasi tanggal 11 Maret 2018 Pukul 20.00 WIB dengan keluhan kejang <1 menit, demam sudah 2 hari, menggigil, batuk, pilek, mempunyai riwayat kejang. Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, hasil TTV : Suhu 38,7°C, RR 30x/menit, Nadi 132x/menit. Hasil laboratorium : Hemoglobin 9,6 g/dl, Hematokrit 30,7%, Leukosit 20.600/ul, LED 30mm, Eritrosit 4,2 juta/ul, Widal S.typhi H (-) S.typhi O (-), Elektrolit Natrium 142mmol/L, Kalium 4,6mmol/L, Chlorida 104mmol/L. Masalah keperawatan yang muncul adalah resiko cedera, defisit volume cairan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, resiko infeksi, ansietas dan kurang pengetahuan. Tindakan yang telah dilakukan yaitu mengobservasi TTV, pemasangan infus 15 tpm/makro, memberikan obat paracetamol drip 100mg, memberikan obat sibal 100 mg.

## C. Pengkajian

Tanggal mulai sakit 10 Maret 2018 Pukul 16.30 WIB, Ibu An. G mengatakan An. G panas sudah 2 hari dan dibawa ke Rumah Sakit pada tanggal 11 Maret 2018 karena kejang, menggigil dan mata melihat ke

atas. Terjadinya mendadak, lamanya kurang dari 1 menit. Faktor pencetus terjadinya penyakit karena An. G sedang batuk, pilek. Upaya mengurangi dengan cara kompres, beri air putih, madu dan sanmol. Cara masuk dengan dibawa keluarga ke IGD Bekasi dengan di gendong.

### 1. Pengkajian Fisik:

**Data Subjektif** : Ibu An. G mengatakan demam anaknya naik turun, batuk dan pilek, makan hanya 3 sendok, ibu An. G mengatakan kejangnya takut timbul lagi, ibu mengatakan anak rewel, ibu An. G mengatakan tidak tahu akibat lanjut dari epilepsi. **Data Objektif** : Suhu 38° C, nadi 110x/menit, pernapasan 35x/menit, kesadaran compos mentis.

Pola nutrisi dan metabolisme

**Data Subjektif** : Ibu An. G mengatakan nafsu makan anaknya kurang, tidak ada penurunan atau peningkatan BB, anaknya makan nasi tim atau makanan saring, makan 3x/hari 3 sendok, minum kurang lebih 1000 cc/hari, tidak mual, tidak disfagia dan tidak muntah.

**Data Objektif** : mukosa mulut lembab, warna merah muda, tidak ada lesi, membran mukosa kering, tidak ada kelainan palatum, bibir lembab, tidak ada kelainan gusi, lidah bersih. Gigi belum lengkap, tidak ada karang gigi,

karies, obesitas. Integritas kulit utuh, turgor elastis, tekstur tidak kering, warna kemerahan dan tidak menggunakan sonde/NGT.

## 2. Pola respirasi / Sirkulasi

**Data Subjektif :** Ibu An. G mengatakan anaknya tidak sesak, tidak ada dahak, ada batuk. **Data Objektif :** Ibu An. G mengatakan anaknya tidak sakit dada, tidak udem. **Data Objektif :** suara napas vesikuler, ada batuk, tidak batuk darah, tidak ada sputum, tidak menggunakan otot bantu napas, tidak menggunakan pernapasan cuping hidung. tidak ada ikterus, tidak sianosis, tidak edema, pengisian kapiler kurang dari 2 detik, temperatur suhu 38° C.

## Eliminasi

**Data subjektif :** Ibu An.G mengatakan perut anaknya kembung, tidak ada sakit atau nyeri perut. Ibu An. G mengatakan BAB dengan berbau khas, warna kuning kecoklatan, tidak ada lendirnya, tidak diare, konsistensinya lunak, frekuensi 1x/hari. Ibu An. G mengatakan jumlah BAK kurang lebih 150 cc setiap ganti pampers, frekuensinya tidak tentu, tidak ada keluhan, tidak nocturia, tidak dysuria, tidak hematuria dan tidak inkontinensia. **Data Objektif :** abdomen klien lemas, tidak tegang atau kaku, tidak kembung, bising usus 7x

per menit, lingkaran perut 38 cm. BAB berbau khas, warna kuning, tidak ada lendir, konsistensi lunak, tidak melena, frekuensi BAB kurang lebih 1x/hari. warna BAK kuning jernih, baunya khas, tidak menggunakan kateter, frekuensinya tidak tentu, jumlah kurang lebih 150 cc. anus tidak iritasi, tidak atresia ani, tidak prolaps, anus tidak kemerahan.

## 3. Aktivitas/Latihan

**Data Subjektif :** Ibu An. G mengatakan anaknya lemas dan hanya berbaring, kebutuhan sehari-harinya dibantu oleh orang tuanya, tidak ada kekakuan pergerakan sendi dan tidak ada rasa nyeri pada sendi.

**Data Objektif :** tidak ada gangguan keseimbangan berjalan, kekuatan menggenggam baik, bentuk kaki simetris dan tidak ada kelainan, otot kaki kuat dan ada kejang.

## 4. Sensori Persepsi

**Data Subjektif :** Ibu An. G mengatakan pendengaran, penglihatan, penciuman, perabaan dan pengecap An. G normal. **Data Objektif :** reaksi terhadap cahaya baik, orientasi belum dapat berbicara dengan lancar, pupil isokor, konjungtiva ananemis, pendengaran baik, penglihatan baik.

## Konsep Diri

**Data Subjektif :** Ibu An. G

mengatakan anak menjadi rewel dan tidak mau ditinggal. **Data Objektif** : kontak mata ada, postur tubuh normal, perilaku klien menjadi rewel, malu dan takut.

#### 5. Tidur/Istirahat

**Data Subjektif** : Ibu An. G mengatakan anaknya tidur selalu nyenyak. Masalah atau gangguan waktu tidur yaitu terkadang An. G mengalami reflek gerakan pada tangan atau kakinya.

**Data Objektif** : tidak ada tanda-tanda kurang tidur, hanya saja terkadang anak rewel.

Seksualitas / Reproduksi

**Data Subyektif** : Ibu An. G mengatakan anaknya tidak ada ereksi dan tidak sakit pada waktu BAK. **Data Objektif** : Tidak ada kelainan skrotum, hyposphadia dan fimosis.

#### 6. Dampak Hospitalisasi

Pada anak : anak menjadi sedikit rewel, kadang tampak gelisah, tidak bisa bermain, anak menjadi sering takut dan ingin selalu dekat dengan ibunya. Pada orang tua : ibu menjadi tidak bisa bekerja, orang tua bergantian untuk menjaga An. G, dan merasa cemas dengan keadaan anaknya.

#### 7. Tingkat pertumbuhan dan Perkembangan Saat ini

Pertumbuhan: Berat badan 10 kg, tinggi badan 83,5 cm, lingkar kepala 44 cm,

lingkar lengan atas 12,5 cm, pertumbuhan gigi belum lengkap. Perkembangan Motorik kasar : anak dapat berdiri tanpa berpegangan. Motorik halus : anak dapat mengambil benda kecil seperti potongan biskuit, menggenggam sendok. Bahasa : anak dapat mengatakan “papa, mama, bude, bobo, nenen”. Sosialisasi : anak dapat bertepuk tangan, saat perawat datang An. G dapat “tos” dengan perawat.

### D. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 11 Maret 2018

Hematologi : HB 9,6 g/dl (11-14,5g/dl), HT 30,7% (40-54%), Leukosit 20.600/ul (5.000-10.000/ul), LED 30mm (0-10mm), Eritrosit 4,2juta/ul (4- 5juta/ul), Trombosit 229.000/ul (150.000-400.000/ul). Elektrolit : Natrium 142 mmol/L (135-145mmol/L), Kalium 4,6 mmol/L (3,5-5,0 mmol/L), Chlorida 104 mmol/L (94-111 mmol/L). Imunoserologi : Widal (S.typhi H negatif, S.typhi O negatif).

Penatalaksanaan

Terapi parenteral : terpasang infus RL 15tpm/makro. Terapi injeksi : Paracetamol 100mg, Dexamethasone 3x2mg, Ceftriaxone 1x1gr. Terapi oral

: Azithromycin 1x100mg, Cetrizine 1x0,75mg. Pemberian inhalasi : Ventolin 1cc, Nacl 2cc/12 jam (mulai tanggal 13 Maret 2018).

#### D. Data Fokus

Data subyektif : Ibu An. G mengatakan anak demam naik turun, ibu mengatakan kejangnya takut timbul lagi, ibu mengatakan anaknya mempunyai riwayat kejang 2 bulan yang lalu, ibu mengatakan anaknya kurang nafsu makan, ibu mengatakan anaknya batuk dan pilek, ibu mengatakan anaknya menjadi rewel dan tidak mau ditinggal selama di rumah sakit, ibu mengatakan anaknya malu dan takut dengan perawat, ibu mengatakan tidak mengetahui akibat lanjut/komplikasi dari kejang atau epilepsi.

**Data Obyektif :** suhu anak 38°C, makan 3 sendok, anak tampak rewel, anak tampak lemas, anak tampak batuk kering (non-produktif), wajah tampak pucat, anak tampak takut dan malu saat perawat mendekatinya, Ibu An. G bertanya tentang akibat lanjut dari epilepsi, ibu tampak cemas, tampak An.G tidak mau makan, anak terpasang infus RL 15 tpm pada tangan kiri, Suhu 38°C, HB 9,6 g/dl, HT 30,7%, leukosit

20.600/ul, LED 30mm. BB anak 10 kg (BBI 11,6 kg). Kebutuhan cairan saat anak demam 38°C (kenaikan 1° = 12%) 1120cc. Balance cairan -200 cc/24 jam.

#### E. Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum
2. Risiko cedera berhubungan dengan riwayat kejang berulang
3. Risiko defisit volume cairan berhubungan dengan intake in adekuat, Hipertermi

#### E. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi

- a. **Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum** ditandai dengan DS : Ibu mengatakan An. G batuk dan pilek. DO : An. G tampak batuk kering (non-produktif), Leukosit 20.600/ul, LED 30mm, Suhu 38°C.

**Tujuan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, bersihan jalan nafas efektif

**Kriteria Hasil :** Tidak ada batuk, tidak ada sputum, tidak ada pilek, RR <40x/menit, suara nafas vesikuler, leukosit dalam batas normal (5.000-10.000/ul), LED dalam batas normal (0-10mm), suhu 36-37°C.

**Rencana Tindakan :**

1. Atur posisi yang dapat meningkatkan kenyamanan anak
2. Kaji frekuensi pernafasan dan suara nafas
3. Ubah posisi anak setiap 1-2 jam
4. Bantu anak dalam mengeluarkan dahak
5. Lakukan fisioterapi dada sesuai dengan petunjuk
6. Berikan terapi inhalasi sesuai dengan anjuran
7. Beri obat sesuai dengan program :  
Cetirizine 2 x ½ cth, Dexamethasone 3x2mg (IV), Ceftriaxone 1x1gr (IV), Azitromycin 1x100mg (PO)
8. Pantau hasil laboratorium : leukosit dan LED

**Pelaksanaan :**

Tanggal 12 Maret 2018

Pada pukul 08.30 WIB mengkaji pernafasan, frekuensi pernafasan, suara nafas dan tanda-tanda vital dengan RS : Ibu An. G mengatakan anaknya batuk dan pilek, RO : RR 35x/menit, N : 35x/menit, S : 38°C, suara nafas vesikuler, An.G tidak tampak sesak. Pukul 14.00 WIB mengkaji tanda-tanda vital dengan RS : -  
, RO : RR 37x/menit, N : 100x/menit, S : 38,5°C, suara nafas vesikuler, An.G tidak tampak sesak. Pukul 21.00 WIB

mengkaji tanda-tanda vital dengan RS:-, RO: RR 35x/menit, N: 108x/menit, S:37,5°C, suara nafas vesikuler, An.G tidak tampak sesak. Pukul 22.00 WIB melaporkan ke dokter anak untuk meminta resep obat batuk, resep obat batuk sudah di dapat Cetirizine ½ cth dengan RS:-, RO: Resep obat sudah di dapat.

**Evaluasi**

Tanggal 14 Maret 2018

Subjektif : ibu An.G mengatakan anaknya masih batuk tetapi sudah tidak pilek. Objektif : RR 32x/menit, tampak batuk An.G berkurang, suara nafas vesikuler, leukosit 12.500/ul, LED 32mm, Suhu 36,7°C. Analisa : Tujuan tercapai sebagian, masalah belum teratasi. Planning : intervensi dilanjutkan dengan memberikan obat Cetirizine 2 x ½ cth dan Azithromycin 1x100mg.

- b. **Risiko cedera berhubungan dengan riwayat kejang berulang** ditandai dengan DS : Ibu mengatakan An. G demam naik turun, ibu An. G mengatakan kejangnya takut timbul lagi, ibu mengatakan An. G mempunyai riwayat kejang. DO : Suhu 38°C, anak tampak rewel

**Tujuan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, cedera tidak terjadi

**Kriteria Hasil :** Suhu 36-37°C, anak tidak rewel, tidak ada kejang

**Rencana Tindakan :**

1. Observasi peningkatan suhu
2. Kaji sifat dan timbulnya kejang
3. Kaji dan monitor : tingkat kesadaran, adanya kejang (jenis dan lamanya)
4. Laporkan tanda-tanda awal munculnya risiko : demam terlalu tinggi, tanda- tanda kejang
5. Longgarkan pakaian jika terjadi kejang
6. Beri kompres air hangat pada dahi, ketiak dan selangkangan
7. Tidurkan dan istirahatkan anak setelah kejang
8. Beri obat antipiretik : Parasetamol 100mg (IV drip)
9. Beri obat anti kejang : Sibital 2x100mg, depakene 2x250mg/5ml

**Pelaksanaan :**

Tanggal 12 Maret 2018

Pada Pukul 08.30 WIB mengobservasi peningkatan suhu dengan RS : ibu An.G mengatakan An.G demamnya naik turun, RO : suhu 38°C, An.G tidak tampak kejang. Pukul 08.45 WIB menganjurkan ibu untuk mengompres anaknya dengan air hangat pada bagian

dahi, ketiak dan memberi obat sanmol sirup 1 cth dengan RS : ibu mengatakan mengerti dan sudah diberikan sanmol sirup, RO : tampak ibu mengompres anaknya. Pukul 10.00 WIB mengkaji sifat dan penyebab timbulnya kejang dengan RS : ibu An.G mengatakan sebelum kejang suhu tubuh An.G meningkat yaitu sampai 39°C, RO : suhu 38°C. Pukul 11.00 Mengkaji dan memonitor tingkat kesadaran dengan RS : - , RO : tingkat kesadaran compos mentis. Pukul 14.00 Mengobservasi peningkatan suhu dengan RS : ibu An.G mengatakan demamnya semakin meningkat, RO : suhu 38,5°, tampak ibu terus mengompres anaknya. Pukul 14.15 WIB memberikan obat paracetamol 100mg melalui IV drip dengan RS : ibu An.G mengatakan anaknya badannya panas, RO: obat paracetamol 100mg telah diberikan melalui IV drip. Pukul 15.00 WIB mengobservasi peningkatan suhu dengan RS : ibu An.G mengatakan badan An.G tidak panas lagi seperti tadi, RO : suhu 37,5°C (perawat ruangan). Pukul 20.30 WIB memantau peningkatan suhu dengan RS : - , RO : suhu 37,3°C (perawat ruangan). Pukul 05.00 WIB memantau peningkatan suhu dengan RS : ibu An.G mengatakan anaknya

sudah tidak panas lagi, RO : suhu 37°C (perawat ruangan).

### **Evaluasi**

Tanggal 14 Maret 2018

Subjektif : ibu An.G mengatakan anaknya sudah tidak panas dan tidak kejang. Objektif : suhu 36,7°C, tidak rewel, tidak ada kejang. Analisa : tujuan tercapai, masalah teratasi. Planning : intervensi dihentikan (menganjurkan orang tua untuk memberikan obat panas dan anti kejang jika anak demam dan kejang, melonggarkan pakaian anak jika terjadi kejang agar lebih bisa bernafas).

### **c. Risiko defisit volume cairan berhubungan dengan intake in adekuat, hipertemi** ditandai dengan

DS : Tidak ada. DO : HT 30,7%, Suhu 38°C, balance cairan -200 cc/24 jam

**Tujuan** : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, volume cairan adekuat

**Kriteria Hasil** : suhu 36-37,5°C, bibir lembab, turgor kulit elastis, membran mukosa lembab, HT 40-54%, balance cairan seimbang

### **Rencana Tindakan :**

1. Monitor dan ukur intake dan output
2. Kaji turgor kulit dan membran mukosa serta adanya tanda-tanda dehidrasi

3. Kaji dan observasi penyebab kehilangan cairan

4. Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan

5. Pantau hasil Laboratorium : Hematokrit

6. Pemasangan infus RL 15 tpm

### **Pelaksanaan :**

Tanggal 12 Maret 2018

Pukul 10.00 WIB mengkaji turgor kulit dan membran mukosa An.G dengan RS

: - , RO : turgor kulit elastis, membran mukosa lembab. Pukul 11.00 WIB

monitor tanda-tanda dehidrasi dengan

RS : - , RO : tidak ada tanda-tanda

dehidrasi, turgor kulit elastis,

membran mukosa lembab, CRT 2

detik. Pukul 14.15 memberikan obat

paracetamol 100mg melalui IV drip

dengan RS : ibu An.G mengatakan

anaknya badannya panas, RO : obat

paracetamol 100mg telah diberikan

melalui IV drip. Pukul 15.00 WIB

mengobservasi peningkatan suhu

dengan RS : ibu An.G mengatakan

badan An.G tidak panas lagi seperti

tadi, RO: suhu 37,5°C (perawat

ruangan). Pukul 07.00 WIB memonitor

dan ukur intake dan output dengan RS

: ibu An.G mengatakan anaknya sangat

sering menyusu ±350cc, MPASI hanya

3 sendok ±150cc, RO : infus 350cc,

urine(pampers) 750cc. IWL(10kgx30)

=300cc. Balance : 850 cc – 1050 cc = -  
200cc

### Evaluasi

Tanggal 14 Maret 2018

Subjektif : ibu An.G mengatakan anaknya sudah tidak panas, An.G sering menyusu dan MPASI meningkat.

Objektif : intake 1250cc, output 1100cc, turgor kulit elastis, membran mukosa lembab, HT 34,5%, balance cairan seimbang, suhu 36,7°C. Analisa: tujuan tercapai, masalah teratasi. Planning : intervensi dihentikan (menganjurkan keluarga untuk memberikan kebutuhan cairan kepada An.G)

### DAFTAR PUSTAKA

- Batticaca, B.F. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika
- Doenges, M.E. 2012. *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Elizabeth. J. 2010. *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC
- Hidayat, A.A. 2009. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak I*. Jakarta : Salemba Medika
- Kliegman, B. 2008. *Nelson Ilmu Keperawatan Anak ed. 15, alih bahasa Indonesia, A.Samik Wahab*. Jakarta: EGC
- Mansjoer, A. 2008. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta : Media Auskulapius
- Nanda NIC NOC. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc Edisi Revisi Jilid 1*. Yogyakarta : Mediacion
- Pinzon, R. 2007. *Dampak epilepsi pada aspek kehidupan penyandanganya*. SMF Saraf RSUD Dr. M. Haulussy, Ambon, Indonesia.
- Potter, P.A. 2009. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan. Alih bahasa Yasmin Asih*. Jakarta : EGC
- Rho, J.M. and Stafstrom C.E.2012. *Epilepsy in Adults In : Biller, Jose (Ed)*.
- Practical Smeltzer, S. 2011. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner Suddarth*. Volume 2 Edisi 8. Jakarta : EGC.

