



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *EPILEPSY* DI
INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH:

**GREGORIUS RIKKY B. (NS2214901063)
CHRISTIN CHATERINE S. (NS2214901025)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS SEKOLAH
TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR**

2023



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *EPILEPSY* DI
INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH:

**GREGORIUS RIKKY B. (NS2214901063)
CHRISTIN CHATERINE S. (NS2214901025)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS SEKOLAH
TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2023**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini nama :

1. GREGORIUS RIKKY B. (NS2214901063)
2. CHRISTIN CHATERINE S. (NS2214901025)

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini merupakan hasil karya kami sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah orang lain.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Juni 2023

Yang menyatakan,

GREGORIUS RIKKY B.

CHRISTIN CHATERINE

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Epilepsy* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar” telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa / NIM :

1. Gregorius Rikky B. (NS2214901063)
2. Christin Chaterine S. (NS2214901025)

Pembimbing I

Disetujui Oleh:

Pembimbing II

(Mery Solon, Ns., M.Kes.)

NIDN. 0910057502

(Serlina Sandi, Ns., M.Kep.)

NIDN. 0913068201

Menyetujui,

Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama

STIK Stella Maris Makassar

(Fransiska Anita E. R. S., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB)

NIDN : 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama :

1. Gregorius Rikky B. (NS2214901063)
2. Christin Chaterine S. (NS2214901025)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA :

Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Epilepsy* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Mery Solon, Ns., M.Kes. ()

Pembimbing 2 : Serlina Sandi, Ns., M.Kep. ()

Penguji 1 : Asrijal Bakri, Ns., M.Kes. ()

Penguji 2 : Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep. ()

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 12 Juni 2023

**Mengetahui,
Ketua STIK Stella Maris Makassar**

(Siprianus Abdu, S.Si., S.Kep., Ns., M.Kes)

NIDN : 0928027101

HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini nama :

1. Gregorius Rikky B. (NS2214901063)
2. Christin Chaterine S. (NS2214901025)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Juni 2023

Yang menyatakan,

GREGORIUS RIKKY B.

CHRISTIN CHATERINE

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Epilepsy* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar ”. Adapun penulisan karya ilmiah akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan ujian akhir untuk memperoleh gelar Profesi Ners pada Program Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini, penulis banyak mendapatkan kesulitan namun berkat bimbingan, pengarahan, bantuan, kesempatan dan motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikannya. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan program Profesi Ners di STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita E. R. S., Ns., M.Kep, Sp.Kep.MB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar
3. Mery Sambo, Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan karya ilmiah akhir ini.
4. Dr. Teoroci Luisa Nunuhitu, M. Kes selaku Direktur RS Stella Maris Makassar dan Alfirada, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Wakil Direktur Keperawatan RS Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin untuk melakukan praktik klinik di RS Stella Maris.
5. Mery Solon, Ns., M.Kes selaku dosen pembimbing I dan Serlina Sandi, Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing II yang telah membagi waktu, tenaga, pikiran, emosi, dan dukungan dalam proses pembimbingan mulai dari tahap awal penyusunan karya ilmiah akhir ini hingga selesai.

6. Asrijal Bakri, Ns., M.Kes selaku dosen penguji I dan Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep selaku dosen penguji II yang telah memberikan waktu, tenaga dan masukan dalam penyusunan karya ilmiah ini.
7. Kepala bagian, pembimbing klinik (CI) dan para pegawai di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah membantu penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
8. Teristimewa orang tua dan saudara/i, terima kasih atas dukungan dan doanya selama ini yang telah memberi semangat kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan dan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
9. Seluruh rekan-rekan Mahasiswa/i Profesi Ners Angkatan 2022 yang tidak dapat saya sebutkan namanya satu persatu, yang telah bekerja sama selama mengikuti praktik lapangan maupun dalam memberikan kritik dan sarannya selama penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya ilmiah ini masih banyak terdapat kekurangan untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran untuk kesempurnaan karya ilmiah ini. Akhir kata, kami berharap kepada Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga karya ilmiah akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu selanjutnya, terutama bagi pembaca serta masyarakat pada umumnya.

Makassar, Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat Penulisan	4
1. Bagi Instansi Rumah Sakit	4
2. Bagi Profesi Keperawatan	4
3. Bagi Institusi Pendidikan	4
D. Metode Penulisan	4
1. Studi Kepustakaan/literatur	4
2. Studi Kasus	5
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar	7
1. Pengertian	7

2. Anatomi	8
3. Etiologi	12
4. Patofisiologi	13
5. Manifestasi Klinik	14
6. Pemeriksaan Penunjang	16
7. Penatalaksanaan	17
8. Komplikasi	19
B. Konsep Dasar Keperawatan	19
1. Pengkajian	19
2. Diagnosis Keperawatan	24
3. Perencanaan Keperawatan	24
4. Patoflowdiagram	29
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Ilustrasi Kasus.....	32
B. Pengkajian, Diagnosis dan Perencanaan Keperawatan.....	33
C. Implementasi Keperawatan.....	49
D. Evaluasi Keperawatan.....	57
E. Pemeriksaan Penunjang	58
F. Terapi Pengobatan.....	59
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Askep	61
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	67
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan	74
B. Saran.....	77
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pengkajian, Diagnosis, dan Perencanaan Keperawatan	33
Tabel 3.2 Implementasi Keperawatan	49
Tabel 3.3 Evaluasi Keperawatan	57

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Otak	8
Gambar 3.1 Hasil Pemeriksaan EKG	58
Gambar 3.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium	58

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsul Pembimbing

Lampiran 2 Surat Pengambilan Data

Lampiran 3 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dalam konteks pelayanan kegawatdaruratan, terdapat beberapa aspek asuhan keperawatan Pada tahap pelaksanaan/implementasi harus mengacu pada doktrin dasar pelayanan gawat darurat yaitu *time saving time is life saving* (waktu adalah nyawa), dengan ukuran keberhasilan adalah *respon time* (waktu tanggap) selama 5 menit dan waktu definitif ≤ 2 jam dengan lingkup pelayanan kegawatdaruratan yaitu melakukan *primary survey*, tanpa dukungan alat diagnostik kemudian dilanjutkan dengan *secondary survey* menggunakan tahapan ABCD yaitu A : *Airway management*, B : *Breathing management* ,C : *Circulation management*, D : *Disability*, dan E : *Exposure* (Sunaryo, 2017).

Epilepsi berasal dari kata Yunani yaitu epilapsia yang berarti serangan, dan diartikan sebagai suatu keadaan yang ditandai dengan adanya bangkitan yang terjadi secara berulang akibat dari gangguan fungsi otak yang disebabkan adanya muatan listrik yang abnormal pada neuron- neuron otak. Epilepsi merupakan penyakit saraf yang ditandai dengan episode kejang yang dapat disertai hilangnya kesadaran (Kristanto, 2017)

Data yang diperoleh dari *World Health Organization* (WHO, 2018), diperkirakan terdapat 50 juta orang di seluruh dunia menderita epilepsi dengan angka kejadian yang masih tinggi terutama di negara berkembang yang mencapai 114 per 100.000 penduduk per tahun jika dibandingkan dengan negara yang maju dimana angka kejadian epilepsi hanya berkisar antara 24-53 per 100.000 penduduk per tahun. Di Indonesia terdapat paling sedikit 700.000-1.400.000 kasus epilepsi dengan penambahan sebesar 70.000 kasus baru setiap tahun dan diperkirakan 40-50% terjadi pada anak-anak dan selebihnya pada orang

dewasa (Pinzon, 2017). Berdasarkan data yang didapatkan dari Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris dalam tiga bulan terakhir yakni dari bulan Februari hingga bulan Mei tahun 2023 tercatat jumlah pasien dengan keluhan pada sistem neurologis sebanyak 122 pasien dan 26 pasien (21,3%) diantaranya terdiagnosis *Epilepsy*.

Penyakit epilepsi masih tetap menjadi perhatian karena sifat serangannya yang spontan dan tidak dapat diperkirakan, sehingga menyebabkan penderitanya merasa cemas, malu dan takut bergaul dengan masyarakat umum. Masalah-masalah psikososial, pendidikan, pekerjaan serta masa depan pada umumnya menghantui pasien serta keluarganya. Sementara itu, pihak dokter juga menghadapi masalah yang tak kalah rumit dikarenakan penanggulangan pasien epilepsi tidak hanya sebatas pemberian OAE (obat anti *epilepsy*) semata, akan tetapi merupakan pendekatan komprehensif yang juga memperhatikan aspek-aspek di luar aspek medik, seperti faktor psikologis, sosial, ekonomi, keluarga dan kegiatan sehari-hari penderita. Pada prakteknya, masalah terapi epilepsi meliputi ketidakpatuhan atau bosan minum obat, serangan epilepsi tidak segera hilang atau tetap muncul seperti halnya sebelum minum obat, harga obat yang cukup mahal, kewajiban untuk kontrol secara teratur, dan efek samping obat (Arif, 2019)

Status epileptikus pada pasien *epilepsy* dapat menimbulkan gejala seperti terjadi penurunan kesadaran, otot kaku di seluruh atau sebagian tubuh, kejang otot di sebagian atau seluruh tubuh, rahang kaku, pipi atau lidah tergigit, henti napas mendadak, dan kulit berwarna kebiruan. Hal ini merupakan kedaruratan medis yang memerlukan pertolongan segera. Diagnosa secara dini serta pengelolaan yang tepat sangat diperlukan untuk menghindari cacat yang lebih parah, yang diakibatkan bangkitan kejang yang sering. Untuk itu tenaga perawat dituntut berperan aktif dalam mengatasi keadaan tersebut serta mampu memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dan keluarga. Prioritas asuhan keperawatan pada kasus epilepsi adalah :

mencegah/mengendalikan aktivitas kejang, melindungi pasien dari resiko *injury*, mempertahankan jalan napas, prognosis dan kebutuhan penanganannya (Lukas, 2016)

Oleh sebab itu, permasalahan terkait dengan *Epilepsy* perlu mendapat perhatian khusus dan penanganan yang komprehensif. Salah satu bentuk penanganan yang dapat diberikan adalah melalui pemberian asuhan keperawatan. Perawat perlu memberikan pelayanan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Dengan adanya Pelaksanaan asuhan keperawatan diharapkan pasien yang dirawat dengan *Epilepsy* mencapai status kesehatan yang optimal.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui dan mampu menerapkan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan *Epilepsy*

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian gawat darurat pada pasien dengan *Epilepsy* pada Tn.A
- b. Menetapkan/merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien Tn. A dengan *Epilepsy*
- c. Membuat rencana tindakan keperawatan pada pasien Tn. A dengan *Epilepsy*
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien Tn. A dengan *Epilepsy*
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien Tn. A dengan *Epilepsy*
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan gawat darurat pada Tn. A dengan *Epilepsy*

C. Manfaat penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Meningkatkan pengetahuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Epilepsy*, sehingga perawat dapat menerapkan standar asuhan keperawatan gawat darurat dengan optimal dan menunjang mutu pelayanan yang berpusat pada pasien maupun keluarga pasien.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai masukan untuk menambah informasi, referensi dan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien *Epilepsy* sehingga mampu mengoptimalkan pelayanan kesehatan yang komprehensif dalam pemberian asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan masalah *Epilepsy*.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Memberikan wawasan yang lebih luas dalam mengembangkan standar keperawatan pada pasien *Epilepsy* melalui pemanfaatan sumber informasi pengetahuan dibidang keperawatan yang terkini dan relevan dengan kebutuhan baik dibidang pendidikan maupun praktik keperawatan.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam penulisan karya ilmiah akhir ini adalah metode deskriptif dalam bentuk.

1. Studi Kepustakaan/Literatur

Menggunakan literatur yang berkaitan dan relevan dengan karya ilmiah baik dari buku-buku, jurnal penelitian, laporan penelitian, dan literature internet serta e-book.

2. Studi Kasus

Untuk mengumpulkan data atau informasi langsung mengenai masalah keperawatan yang dialami oleh pasien yang dapat dilakukan dengan cara :

a. Wawancara

Perawat melakukan wawancara secara langsung dengan keluarga pasien, dan semua pihak yang terkait dalam perawatan pasien untuk memperoleh data subjektif mengenai keluhan pasien, riwayat penyakit pasien.

b. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik meliputi Inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

c. Studi Dokumentasi

Melalui hasil hasil pemeriksaan diagnostik, catatan perawat dan dokter serta tenaga kesehatan lainnya.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya ilmiah akhir tersusun/terdiri dari V bab yang terdiri dari: BAB I (Pendahuluan), dalam bab ini membahas tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II (Tinjauan Pustaka), membahas tentang konsep-konsep teori dasar medic yang meliputi pengertian, anatomi fisiologis, etiologi, patofisiologis, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan dan komplikasi. Konsep dasar keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan dan perencanaan pulang (Discharge planning). BAB III (Tinjauan Kasus), yang meliputi pengamatan kasus dimana dijelaskan tentang pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, rencana tindakan keperawatan, implementasi, evaluasi dan daftar obat. BAB IV (Pembahasan Kasus), menjelaskan tentang pembahasan kasus yang merupakan analisa dalam mengaitkan dan membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan

kasus. BAB V (Simpulan dan Saran). Bab ini menguraikan tentang simpulan dan saran, dan pada akhir bab I– IV dilampirkan daftar pustaka.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian

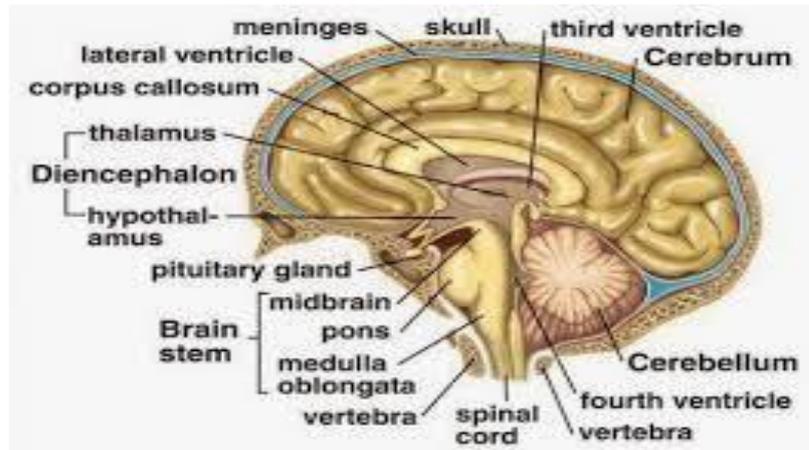
Epilepsy merupakan kelainan neurologis kronis yang ditandai dengan berulangnya kejang, berbagai manifestasi klinis terjadinya epilepsy dapat menjadi faktor risiko pada setiap perubahan otak. Palsi serebral merupakan sindrom klinis akibat kerusakan jaringan otak dan bersifat menetap. Palsi serebral mengakibatkan kelainan neurologis, salah satunya epilepsy (Suhaimi, 2020)

Epilepsy berasal dari kata Yunani yaitu epilapsia yang berarti serangan, dan diartikan sebagai suatu keadaan yang ditandai dengan adanya bangkitan yang terjadi secara berulang akibat dari gangguan fungsi otak yang disebabkan adanya muatan listrik yang abnormal pada neuron- neuron otak. *Epilepsy* merupakan penyakit saraf yang ditandai dengan episode kejang yang dapat disertai hilangnya kesadaran (Kristanto, 2017)

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

2. Anatomi

Anatomi fisiologi sistem saraf (Evelyn, 2016)



Gambar 2.1 Organ Otak Manusia

a. Otak

Otak terdiri dari otak besar yaitu disebut cerebrum, otak kecil disebut cerebellum dan batang otak disebut brainstem. Beberapa karakteristik khas otak orang anak yaitu mempunyai berat lebih kurang 2% dari berat badan dan mendapat sirkulasi darah sebanyak 20% dari cardiac output dan membutuhkan kalori sebesar 400 kkal setiap hari.

Otak mempunyai jaringan yang paling banyak menggunakan energi yang didukung oleh metabolisme oksidasi glukosa. Kebutuhan oksigen dan glukosa otak relatif konstan, hal ini disebabkan oleh metabolisme otak yang merupakan proses yang terus menerus tanpa periode istirahat yang berarti. Bila kadar oksigen dan glukosa kurang dalam jaringan otak maka metabolisme menjadi terganggu dan jaringan saraf akan mengalami kerusakan. Secara struktural, cerebrum terbagi menjadi bagian korteks yang disebut korteks cerebri dan sub korteks yang disebut struktural subkortikal. Korteks cerebri terdiri atas korteks sensorik yang berfungsi untuk mengenal, interpretasi

impuls sensorik yang diterima sehingga individu merasakan, menyadari adanya suatu sensasi rasa/indera tertentu. Korteks sensorik juga menyimpan sangat banyak data memori sebagai hasil rangsang sensorik selama manusia hidup. Korteks motorik berfungsi untuk memberi jawaban atas rangsangan yang diterimanya.

1) Cerebrum (otak besar)

Cerebrum terdiri dari dua belahan yang disebut hemispherium cerebri dan keduanya dipisahkan oleh fisura longitudinalis. Hemispherium cerebri terbagi hemisper kanan dan kiri. Hemisper kanan dan kiri ini dihubungkan oleh bangunan yang disebut corpus callosum. Hemisper cerebri dibagi menjadi lobus - lobus yang diberi nama sesuai dengan tulang di atasnya, yaitu:

- a) Lobus Frontalis, bagian cerebrum yang berada di bawah tulang frontalis
- b) Lobus Parietalis, bagian cerebrum yang berada di bawah tulang parietalis
- c) Lobus Occipitalis, bagian cerebrum yang berada di bawah tulang occipitalis
- d) Lobus Temporalis, bagian cerebrum yang berada di bawah tulang temporalis.

2) Cerebellum (otak kecil)

Cerebellum (otak kecil) terletak di bagian belakang cranium menempati fosa cerebri posterior dibawah lapisan durameter tentorium cerebelli. Dibagian depannya terletak batang otak. Berat cerebellum sekitar 150 gr atau 88 % dari berat batang otak seluruhnya. Cerebellum dapat dibagi menjadi hemisper cerebelli kanan dan kiri yang dipisahkan

oleh Vermis. Fungsi cerebellum pada umumnya adalah mengkoordinasikan gerakan-gerakan otot sehingga gerakan dapat terlaksana dengan sempurna

3) Batang otak atau *brainstem*

Batang otak terdiri atas diencephalon, midbrain, pons dan medulla oblongata merupakan tempat berbagai macam pusat vital seperti pusat pernapasan, pusat vasomotor, pusat pengatur kegiatan jantung dan pusat muntah. Menurut Syaifuddi (2012) batang otak terdiri dari :

- a) Diancefalon, bagian batang otak paling atas terdapat di antara cerebellum dengan dengan meansefalon. Kumpulan dari sel-sel yang terdapat di bagian lobus temporal terdapat kapsula interna dengan sudut menghadap ke samping.
- b) Meansefalon, terdiri dari 4 bagian yang menonjol ke atas, 2 disebelah atas disebut korpus kudrigeminus inferior serat saraf okulomotorius berjalan ke ventrikel bagian medial, serat nervus troklearis berjalan ke arah dorsal garis tengah ke sisi lain.
- c) Pons varoli, brakium pontis yang menghubungkan meansefalon dengan pons varoli
- d) Medulla oblongata, merupakan bagian dari batang otak yang paling bawah yang menghubungkan pons varoli dengan medulla spinalis.

b. Medula Spinalis

Medula spinalis merupakan perpanjangan modulla oblongata ke arah kaudal di dalam kanalis vertebralis cervicalis I memanjang hingga setinggi cornu vertebralis lumbalis I-II. Terdiri dari 31 segmen yang setiap segmenya terdiri dari satu pasang saraf spinal. Dari medulla spinalis bagian cervical keluar

8 pasang, dari bagian thorakal 12 pasang, dari bagian lumbal 5 pasang dan dari bagian sakral 5 pasang serta dari coccygeus keluar 1 pasang saraf spinalis. Seperti halnya otak, medula spinalis pun terbungkus oleh selaput meningen yang berfungsi melindungi saraf spinal dari benturan atau cedera.

Salah satu fungsi medula spinalis sebagai sistem saraf pusat adalah sebagai pusat refleksi. Fungsi tersebut diselenggarakan oleh substansi grisea medula spinalis. Refleksi adalah jawaban individu terhadap rangsang melindungi tubuh terhadap berbagai perubahan yang terjadi baik di lingkungan eksternal. Kegiatan refleksi terjadi melalui suatu jalur tertentu yang disebut lengkung refleksi. Fungsi medula spinalis:

- 1) Pusat gerakan otot tubuh terbesar yaitu di kornu motorik atau kornu ventralis.
- 2) Mengurus kegiatan refleksi spinalis dan reflek tungkai
- 3) Menghantarkan rangsangan koordinasi otot dan sendi menuju cerebellum
- 4) Mengadakan komunikasi antara otak dengan semua bagian tubuh.

Fungsi Lengkung Reflek:

- 1) Reseptor : penerima rangsang
- 2) Aferen: sel saraf yang mengantarkan impuls dari reseptor ke system saraf pusat (ke pusat refleksi)
- 3) Pusat Refleksi : area di sistem saraf pusat (di medula spinalis substansia grisea) tempat terjadinya sinap(hubungan antara neuron dengan neuron dimana terjadi pemindahan /penerusan impuls)
- 4) Eferen: sel saraf yang membawa impuls dari pusat refleksi ke sel efektor. Bila sel efekturnya berupa otot, maka eferen disebut juga neuron motorik (sel saraf/penggerak)

- 5) Efektor : sel tubuh yang memberikan jawaban terakhir sebagai jawaban refleksi. Dapat berupa sel otot (otot jantung, otot polos atau otot rangka), sel kelenjar.

c. Sistem Saraf Tepi

Kumpulan neuron di luar jaringan otak dan medula spinalis membentuk sistem saraf tepi (SST). Secara anatomik di golongan ke dalam saraf-saraf otak sebanyak 12 pasang dan 31 pasang saraf spinal. Secara fungsional, SST di golongan ke dalam :

- 1) Saraf sensorik (aferen) somatik : membawa informasi dari kulit, otot rangka dan sistem saraf pusat
- 2) Saraf motorik (eferen) somatik : membawa informasi dari sistem saraf pusat ke otot rangka
- 3) Saraf sensorik (aferen) viseral : membawa informasi dari dinding visera ke sistem saraf pusat
- 4) Saraf motorik (aferen) viseral : membawa informasi dari sistem saraf pusat ke otot polos, otot jantung dan kelenjar.
- 5) Saraf eferen viseral di sebut juga sistem saraf otonom.

3. Etiologi

Epilepsy 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 (Evelyn, 2016).

- a. Idiopatik ; sebagian besar epilepsy pada anak adalah epilepsy idiopatik
- b. Faktor herediter
- c. Faktor genetik ; pada kejang demam dan breath holding spell
- d. Kelainan kongenital otak ; atrofi, poresenfali, agensis korpus kolosum

- e. Gangguan metabolik.
 - f. Infeksi ; radang yang disebabkan bakteri atau virus pada otak dan selaputnya, toksoplasmosi
 - g. Trauma ; kontusio serebri, hematoma subaraknoid, hematoma subdural
 - h. Neoplasma otak dan selaputnya
 - i. Kelainan pembuluh darah, malformasi, penyakit kolagen
 - j. Keracunan, demam, luka dikepala dan pasca cidera kepala
 - k. Kekurangan oksigen atau asfiksia neonatorum, terutama saat proses kelahiran
 - l. Hydrocephalus atau pembesaran ukuran kepala
 - m. Gangguan perkembangan otak
 - n. 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)
4. Patofisiologi

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 lainyakni GABA (*gama-amino-butiric- acid*) bersifat inhibitif terhadap penyaluran aktivitas listrik saraf dalam sinaps. Epilepsy sendiri dicetuskan oleh suatu sumber yaitu 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. (Rani Murtiani, 2017)

5. Manifestasi klinis

Gejala dan tanda dari epilepsy dibagi berdasarkan klasifikasi dari epilepsy, yaitu :

a. Kejang parsial

Lesi yang terdapat pada kejang parsial berasal dari sebagian kecil dari otak atau satu hemisfer serebrum. Kejang terjadi pada satu sisi atau satu bagian tubuh dan kesadaran penderita umumnya masih baik.

1) Kejang parsial sederhana

Gejala yang timbul berupa kejang motorik fokal, fenomena halusinatorik, psikoilusi, atau emosional kompleks. Pada kejang parsial sederhana, kesadaran penderita masih baik.

2) Kejang parsial kompleks

Gejala bervariasi dan hampir sama dengan kejang parsial sederhana, tetapi yang paling khas terjadi adalah penurunan kesadaran dan otomatisme.

b. Kejang umum

Lesi yang terdapat pada kejang umum berasal dari sebagian besar dari otak atau kedua hemisfer serebrum. Kejang

terjadi pada seluruh bagian tubuh dan kesadaran penderita umumnya menurun.

1) Kejang Absans

Hilangnya kesadaran sesaat (beberapa detik) dan mendadak disertai amnesia. Serangan tersebut tanpa disertai peringatan seperti aura atau halusinasi, sehingga sering tidak terdeteksi.

2) Kejang Atonik

Hilangnya tonus mendadak dan biasanya total pada otot anggota badan, leher, dan badan. Durasi kejang bias sangat singkat atau lebih lama.

3) Kejang Mioklonik

Ditandai dengan kontraksi otot bilateral simetris yang cepat dan singkat. Kejang yang terjadi dapat tunggal atau berulang.

4) Kejang Tonik-Klonik

Sering disebut dengan kejang grand mal. Kesadaran hilang dengan cepat dan total disertai kontraksi menetap dan masif di seluruh otot. Mata mengalami deviasi ke atas. Fase tonik berlangsung 10 - 20 detik dan diikuti oleh fase klonik yang berlangsung sekitar 30 detik. Selama fase tonik, tampak jelas fenomena otonom yang terjadi seperti dilatasi pupil, pengeluaran air liur, dan peningkatan denyut jantung.

5) Kejang Klonik

Gejala yang terjadi hampir sama dengan kejang mioklonik, tetapi kejang yang terjadi berlangsung lebih lama, biasanya sampai 2 menit.

6) Kejang Tonik

Ditandai dengan kaku dan tegang pada otot. Penderita sering mengalami jatuh akibat hilangnya keseimbangan

6. Pemeriksaan Penunjang Epilepsy

a. Elektro Ensefalografi (EEG)

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

- 1) Asimetris irama dan voltase gelombang pada daerah yang sama di kedua hemisfer otak.
- 2) Irama gelombang tidak teratur, irama gelombang lebih lambat dibanding seharusnya misal gelombang delta.
- 3) Adanya gelombang yang biasanya tidak terdapat pada anak normal, misalnya gelombang tajam, paku (spike), paku-ombak, paku majemuk, dan gelombang lambat yang timbul secara proksimal.

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

b. Rekaman video EEG

Rekaman EEG dan video secara simultan pada seorang penderita yang sedang mengalami serangan dapat meningkatkan ketepatan diagnosis dan lokasi sumber serangan. Rekaman video EEG memperlihatkan hubungan antara fenomena klinis dan EEG, serta memberi kesempatan untuk mengulang kembali gambaran klinis yang ada. Prosedur

yang mahal ini sangat bermanfaat untuk penderita yang penyebabnya belum diketahui secara pasti, serta bermanfaat pula untuk kasus epilepsy refrakter.

c. Pemeriksaan Radiologis

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

7. Penatalaksanaan

Menurut Sunaryo (2017), penatalaksanaan dalam *epilepsy*, secara umum ada 2 hal yaitu :

a. Tatalaksana fase akut (saat kejang)

Tujuan pengelolaan pada fase akut adalah mempertahankan oksigenasi otak yang adekuat, mengakhiri kejang sesegera mungkin, mencegah kejang berulang, dan mencari faktor penyebab. Serangan kejang umumnya berlangsung singkat dan berhenti sendiri.

b. Pengobatan epilepsy

Tujuan utama pengobatan epilepsy adalah membuat orang dengan *epilepsy* (ODE) terbebas dari serangan epilepsynya, terutama terbebas dari serangan kejang sedini mungkin. Setiap kali terjadi serangan kejang yang berlangsung sampai beberapa menit maka akan menimbulkan kerusakan sampai kematian sejumlah sel-sel otak. Apabila hal ini terus-menerus terjadi, maka dapat mengakibatkan menurunnya kemampuan intelegensi penderita. Pengobatan epilepsy dinilai berhasil dan ODE dikatakan sembuh apabila serangan epilepsy dapat dicegah atau penyakit ini menjadi terkontrol dengan obat-obatan.

Penatalaksanaan untuk semua jenis epilepsya dapat dibagi menjadi 4 bagian: penggunaan obat antiepilepsy (OAE), pembedahan fokus epilepsya, penghilangan faktor penyebab dan faktor pencetus, serta pengaturan aktivitas fisik dan mental. Tapi secara umum, penatalaksanaan epilepsya dibagi menjadi dua, yaitu:

1) Terapi medikamentosa

Terapi medikamentosa adalah terapi lini pertama yang dipilih dalam menangani penderita epilepsya yang baru terdiagnosa. Ketika memulai pengobatan, pendekatan yang “mulai dengan rendah, lanjutkan dengan lambat (start low, go slow)” akan mengurangi risiko intoleransi obat. Penatalaksanaan *epilepsy* sering membutuhkan pengobatan jangka panjang. Monoterapi lebih dipilih ketika mengobati pasien *epilepsy*, memberikan keberhasilan yang sama dan tolerabilitas yang unggul dibandingkan politerapi (Arif, 2019). Pemilihan OAE yang dapat diberikan dapat dilihat pada tabel.

2) Terapi bedah *epilepsy*

Tujuan terapi bedah epilepsya adalah mengendalikan kejang dan meningkatkan kualitas hidup pasien epilepsya yang refrakter. Pasien epilepsya dikatakan refrakter apabila kejang menetap meskipun telah diterapi selama 2 tahun dengan sedikitnya 2 OAE yang paling sesuai untuk jenis kejangnya atau jika terapi medikamentosa menghasilkan efek samping yang tidak dapat diterima. Terapi bedah epilepsya dilakukan dengan membuang atau memisahkan seluruh daerah epileptogenik tanpa mengakibatkan risiko kerusakan jaringan otak normal didekatnya (Arif, 2019).

8. Komplikasi

Menurut (Rani Murtiani, 2017) komplikasi epilepsy dapat terjadi:

- a. Kerusakan otak akibat hipoksia dan retardasi mental dapat timbul akibat kejang yang berulang
- b. Dapat timbul depresi dan keadaan cemas
- c. Cedera kepala
- d. Cedera mulut
- e. Fraktur

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Dalam melakukan asuhan keperawatan gawat darurat oleh Pratiwi (2019) hal pertama yang dilakukan yakni melakukan pengkajian yang meliputi pengkajian primer dan pengkajian sekunder adalah sebagai berikut:

a. Pengkajian Primer (*Primary Survey*)

1) *Airway*

Pada pengkajian *airway* menunjukkan adanya sumbatan pada jalan napas seperti benda asing, sputum, cairan, atau tidak adanya sumbatan. Biasanya gejala yang muncul pada saat pengkajian *airway* pada pasien *Epilepsy* yaitu adanya cairan pada jalan napas. Bunyi napas mungkin gurgling

2) *Breathing*

Pada pengkajian *breathing* pada pasien *Epilepsy* didapatkan tanda seperti dispnea, napas dangkal, penggunaan Suara tambahan seperti gurgling atau ronchi umumnya terdengar pada jalan napas.

3) *Circulation*

Pada pengkajian *circulation* pada pasien *Epilepsy* didapatkan gejala yang mungkin muncul yaitu penurunan aliran darah menuju otak yang dapat menyebabkan hipoksia jaringan otak.

4) *Disability*

Disability dikaji dengan menggunakan:

a) Skala AVPU:

A (*alert*), yaitu merespon suara dengan tepat, misalnya mematuhi perintah yang diberikan.

V (*vocalizes*), mungkin tidak sesuai atau mengeluarkan suara yang tidak bisa dimengerti.

P (*response to pain only*), harus dinilai semua keempat tungkai jika ekstremitas awal yang digunakan untuk mengkaji gagal untuk merespon.

U (*unresponsive*), jika pasien tidak merespon baik stimulus nyeri maupun stimulus verbal.

b) Menilai tingkat kesadaran pasien baik secara kualitatif (*Compos mentis-Coma*) hingga kuantitatif (*Motorik-Verbal-Eye*). Biasanya pasien dengan *Epilepsy* mengalami penurunan kesadaran, yang jika tidak ditangani dengan intensive maka pasien dapat jatuh dalam keadaan coma.

c) Menilai kemampuan otot pasien jika pasien mengalami kelemahan tubuh ketika masuk di rumah sakit.

5) *Exposure*

Pada pengkajian *exposure* biasanya dilakukan ketika pasien mengalami trauma atau cedera ketika masuk rumah sakit. Pengkajian dilakukan dengan menanggalkan pakaian pasien dan memeriksa cedera pada pasien secara *head to toe*. Pada pasien epilepsy, serangannya dapat terjadi secara mendadak yang dapat menyebabkan risiko terjadinya injury.

6) *Foley Chateter*

Pengkajian *foley chateter* menunjukkan apakah pasien perlu dipasangkan kateter urine atau tidak sesuai dengan kondisi

pasien saat ini. Pada kasus epilepsy, penggunaan chateter jarang digunakan hanya pada kasus tertentu saja.

7) *Gastric Tube*

Pengkajian *gastric tube* menunjukkan apakah pasien perlu dipasangkan *nasogastric tube* atau tidak sesuai dengan kondisi pasien saat ini. Pada kasus epilepsy tidak ditemukan indikasi untuk pemasangan NGT.

8) *Heart Monitoring*

Pengkajin *heart monitoring* dilakukan dengan menggunakan EKG terutama pasien yang bermasalah dengan jantungnya. Pada kasus epilepsy pemantuan listrik jantung hanya digunakan untuk memonitor apabila terdapat gejala masalah listrik jantung.

b. Pengkajian Sekunder (*Secondary Survey*)

Pengkajian sekunder merupakan pemeriksaan secara lengkap yang dilakukan secara *head to toe*, dari depan hingga belakang. *Secondary survey* hanya dilakukan setelah kondisi pasien mulai stabil, dalam artian tidak mengalami syok atau tanda-tanda syok mulai membaik (Heny, 2019). Anamnesis yang dilakukan harus lengkap karena akan memberikan gambaran mengenai cedera yang mungkin diderita atau kondisi pasien yang terganggu. Anamnesis juga harus meliputi riwayat SAMPLE yang bisa didapatkan dari pasien dan keluarga:

1) *Symptomp*

Gejala yang timbul, seperti yang sudah dijelaskan pada tanda dan gejala yang timbul di atas yaitu adanya kejang, sesak napas, hingga penurunan kesadaran.

2) *Allergies*

Adakah alergi pada pasien, seperti obat-obatan anti konvulsan dan alergi makanan yang memicu terjadinya kejang.

3) *Medication*

Obat-obatan yang diminum seperti sedang menjalani pengobatan *epilepsy*.

4) *Post Medical History*

Riwayat medis pasien seperti penyakit yang pernah diderita yaitu kejang berulang atau adanya riwayat kejang demam saat anak-anak.

5) *Last Meal*

Makanan atau minuman yang terakhir kali pasien konsumsi.

6) *Event Preceding The Incident*

Riwayat kejang yang terjadi secara tiba-tiba disertai adanya penurunan kesadaran

2. **Diagnosis Keperawatan**

Adapun yang dapat muncul dari hasil pengkajian pada kasus *Epilepsy*

- a. Risiko aspirasi dengan faktor resiko penurunan tingkat kesadaran
- b. Bersihan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme pada jalan nafas
- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
- d. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena
- e. Risiko cedera dengan faktor risiko kegagalan mekanisme pertahanan tubuh

3. Perencanaan Keperawatan

a. Risiko aspirasi dengan faktor risiko penurunan tingkat kesadaran

SLKI:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam, maka diharapkan neurologis membaik (L.06053), dengan kriteria hasil:

Frekuensi kejang menurun

Frekuensi nadi membaik

SIKI

Manajemen kejang (I.06193)

Observasi

Monitor terjadinya kejang berulang

R/ Melihat adanya kejadian kejang yang berulang

Monitor TTV

R/ Pemantauan tanda vital yang teratur dapat menentukan perkembangan keperawatan selanjutnya

Terapeutik

Baringkan pasien agar tidak terjatuh

R/ Memberikan posisi untuk menegah pasien jatuh

Pertahankan kepatenan jalan napas

R/ Untuk mempertahankan jalan napas tetap paten

Longgarkan pakaian, terutama bagian leher

b. Bersihan nafas tidak efektif b.d spasme pada jalan nafas

SLKI :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam, maka diharapkan Tingkat Aspirasi Menurun (L.01006), dengan kriteria hasil:

1) Tingkat kesadaran meningkat Dispnea menurun

2) Frekuensi napas membaik

SIKI :

Manajemen jalan napas (I.01011)

Observasi

Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

R/ Untuk melihat pola napas teratur atau adanya masalah pada pola napas (mis. dispnea, ekspirasi yang lama, periode apnea).

Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)

R/ Mengungkapkan adanya kongesti paru atau kumpulan sekret, cairan atau darah pada jalan napas untuk menentukan perlunya intervensi lebih lanjut.

Terapeutik

Pertahankan kepatenan jalan napas

R/ Untuk mempertahankan jalan napas tetap paten

Posisikan semi-fowler atau fowler

R/ Mengurangi konsumsi oksigen dan memaksimalkan ekspansi paru.

Lakukan penghisapan kurang dari 15 detik

R/ Mengurangi sesak napas oleh sumbatan pada jalan napas

Berikan oksigen, jika perlu

R/ Meningkatkan oksigen yang tersedia untuk memenuhi kebutuhan oksigen agar adekuat

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik, jika perlu.

- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi

SLKI:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam, maka diharapkan pertukaran gas meningkat, dengan kriteria hasil:

- 1) Dipsnea menurun
- 2) Bunyi napas tambahan menurun
- 3) Takikardi menurun
- 4) PCO₂ membaik

5) PO₂ membaik

6) pH membaik

SIKI

Pemantauan respiratorik (I.01014)

Observasi

Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas

Monitor pola napas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes, biot, ataksik)

Teraupetik

Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien

Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi

Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.

d. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena

SLKI

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam, maka diharapkan perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil:

1) Tingkat kesadaran meningkat

2) Sakit kepala menurun

3) TIK membaik

SIKI

Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194)

Observasi

Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)

Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)

Teraupetik

Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

Berikan posisi semi fowler

Hindari manuver valsava

Cegah terjadinya kejang

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu

Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu

- e. Risiko cedera dengan faktor risiko kegagalan mekanisme pertahanan tubuh

SLKI

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam, maka diharapkan tingkat cedera menurun, dengan kriteria hasil:

- 1) Kejadian cedera menurun
- 2) Luka lecet menuru

SIKI

Pencegahan cedera (I.14537)

Observasi

Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera R/ untuk mengetahui area mana saja yang berpotensi menyebabkan cedera

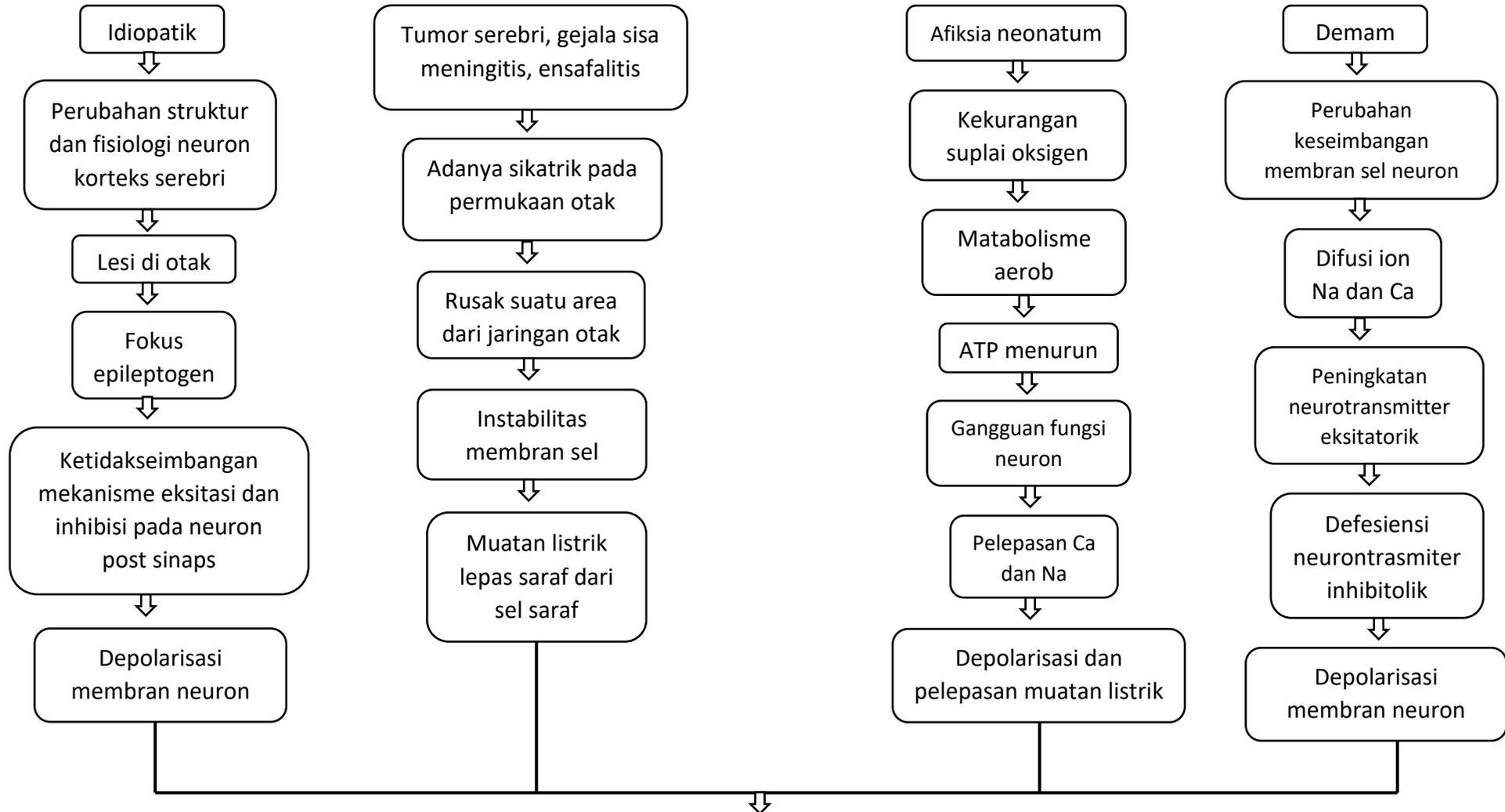
Teraupetik

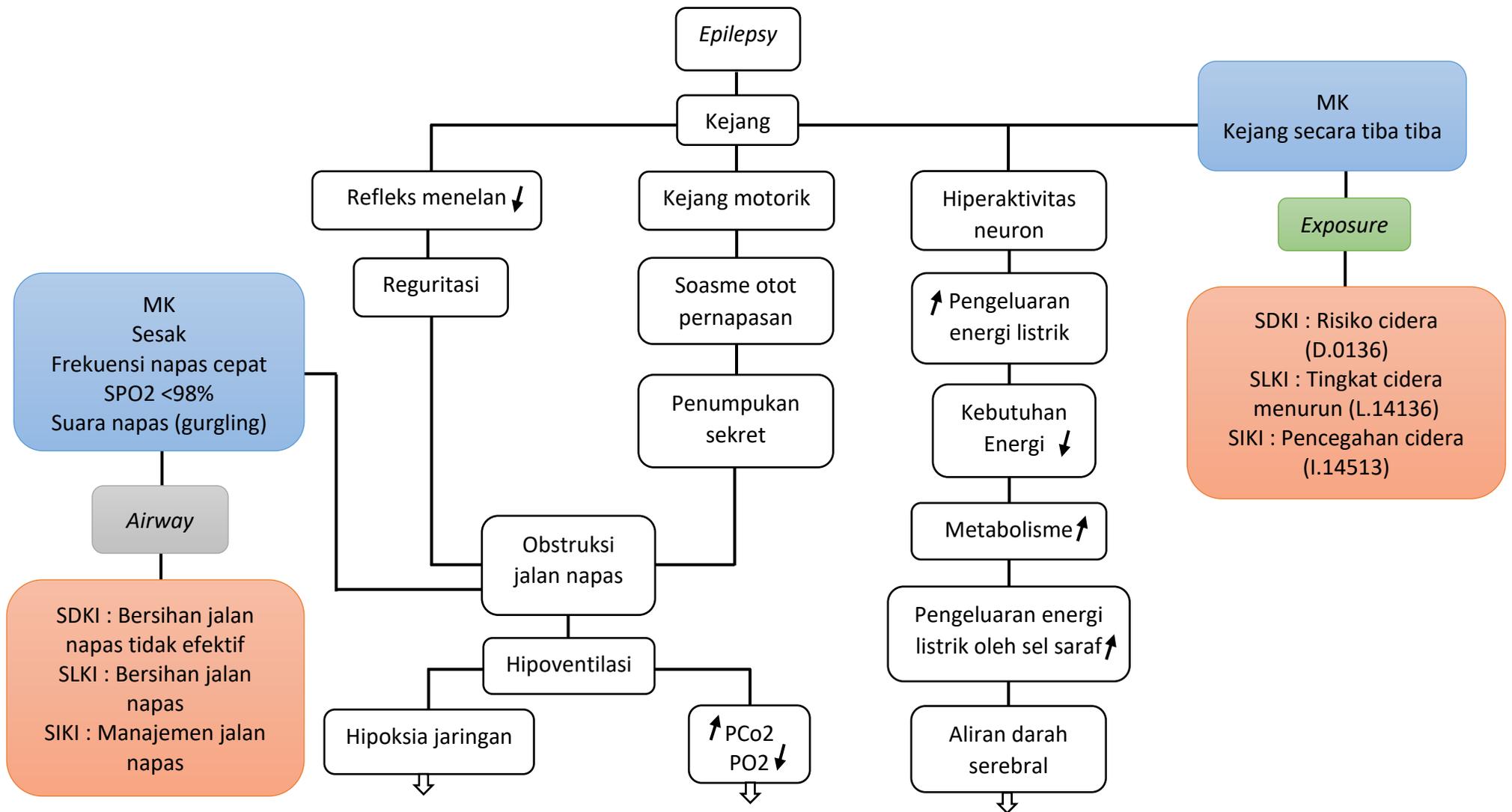
Gunakan pengaman tempat tidur R/ gara pasien ketika terjadinya kejang tidak jatuh ke lantai

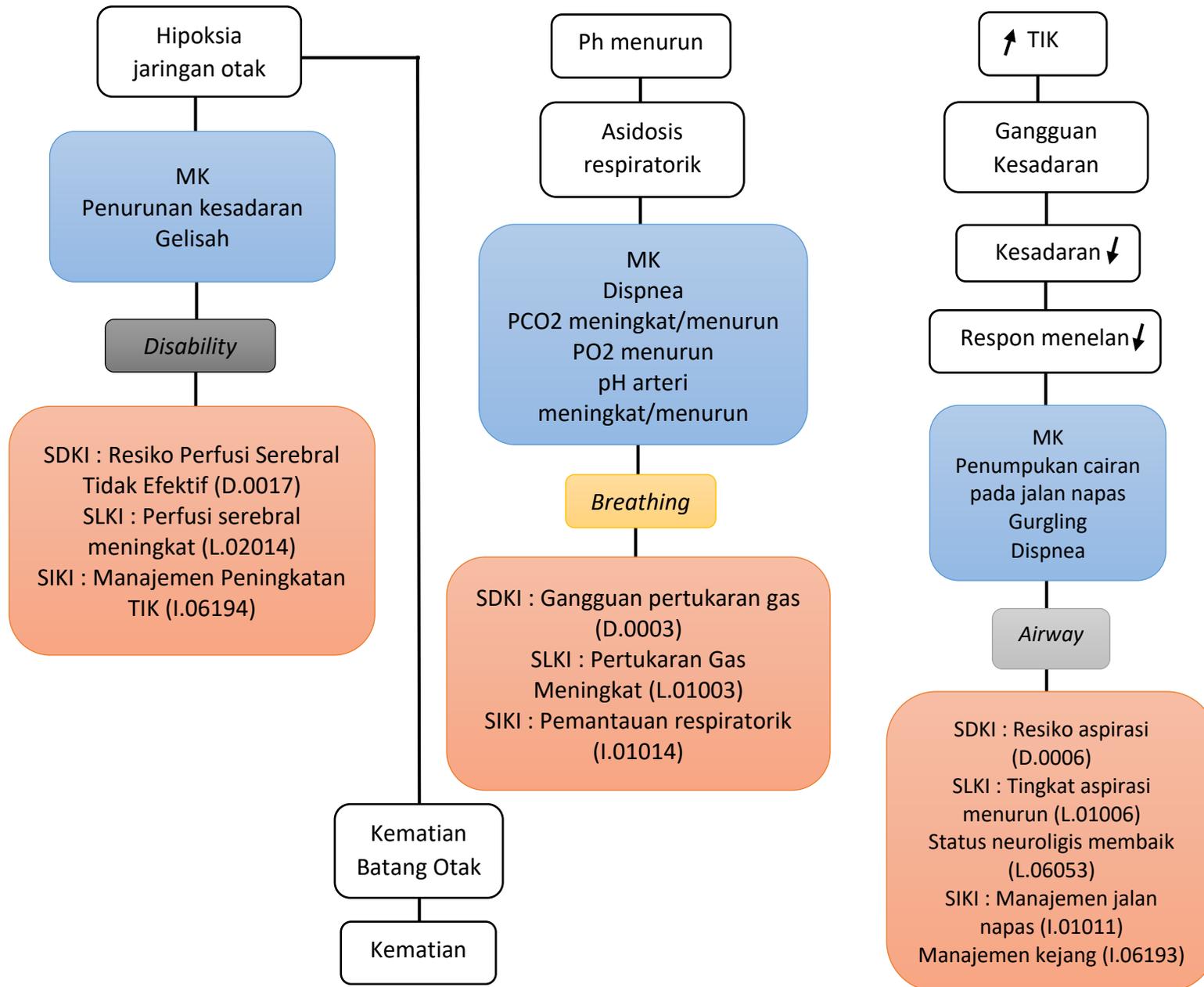
Diskusikan bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi keluarga R/ mengedukasi anggota keluarga cara penangan pasien

Edukasi

Jelaskan intervensi pencegahan cedera pada pasien dan keluarga
R/ mengurangi miss komunikasi sehingga tidak terjadinya mal
paraktik

4. Patoflowdiagram *Epilepsy*





BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustasi Kasus

Seorang laki-laki berusia 24 tahun diantar keluarganya ke Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 04 Mei 2023 dengan diagnosis *Epilepsy*. Pasien masuk setelah mengalami kejang di tempat kerjanya. Pasien mengalami sesak, adanya suara napas tambahan gurgling serta penurunan kesadaran.

Dari hasil pengkajian didapatkan, GCS pasien M3V1E1, kesadaran sopor, pasien tampak penurunan kesadaran dan terdengar suara gurgling dari jalan napas. Pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah : 115/75 mmHg, nadi : 104 x/menit, suhu : 36,7C, pernapasan : 34x/ menit, SpO2 : 89%. Hasil pemeriksaan yang lain didapatkan GDS pasien 133 mg/dL, pemeriksaan EKG menunjukkan *sinus rhythm takikardi*, pemeriksaan darah didapatkan WBC 11,12. 10⁶/uL, RBC 5,74.10⁶/uL, HGB 12,9 g/dL, HCT 41,8%, dan MCH 22,5 pg.

Saat masuk rumah sakit, pasien diberikan O₂ dengan NRM 10 L/menit, serta dilakukan pengisapan cairan dengan *suction*. Pada pukul 11.44 pasien mengalami kejang. Kemudian pasien diberikan posisi semi fowler, dilanjutkan pemasangan infus dengan ukuran abocath 20, cairan yang terpasang RL 500 cc, pemberian 20 tpm, terapi yang diberikan phenytoin 100 mg dan stesolid 10 mg secara iv. Dari hasil analisis data diperoleh diagnosis keperawatan yakni resiko aspirasi dengan faktor risiko penurunan tingkat kesadaran dengan luaran tingkat aspirasi menurun dan status neurologis serta pemberian intervensi mengenai manajemen jalan napas dan manajemen kejang

B. Pengkajian, Diagnosis, dan Perencanaan Keperawatan

KAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Nama Pasien / Umur : Tn. A / 24 Tahun

Diagnosa Medik : *Epilepsy*

Keluhan Masuk : Penurunan Kesadaran disertai Sesak Napas

Dokter yang Merawat : Dr. Fanny

Triage : Gawat dan Darurat / ATS 1

Alasan : Pasien masuk dengan keluhan penurunan kesadaran disertai dengan sesak napas dan adanya suara napas gurgling dari jalan napas, dirasakan sejak pasien terjatuh saat bekerja 15 menit yang lalu. Dari hasil pengkajian didapatkan, GCS pasien M3V1E1, kesadaran sopor, pasien tampak penurunan kesadaran dan terdengar suara gurgling dari jalan napas. Pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah : 115/75 mmHg, nadi : 104 x/menit, suhu : 36,7C, pernapasan : 34x/ menit, SpO2 : 89%. Hasil pemeriksaan yang lain didapatkan GDS pasien 133 mg/dL, pemeriksaan EKG menunjukkan *sinus rhythm takikardi*, pemeriksaan darah didapatkan WBC 11,12. 10⁶/uL, RBC 5,74.10⁶/uL, HGB 12,9 g/dL, HCT 41,8%, dan MCH 22,5 pg.

Riwayat penyakit yang pernah diderita : Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit *Epilepsy* sejak 2 tahun yang lalu

FORMAT PENGKAJIAN GAWAT DARURAT
STIK STELLA MARIS MAKASSAR
PROGRAM PROFESI NERS

A. Identitas Pasien

Nama Pasien (Initial) : Tn. A
 Umur : 24 Tahun
 Jenis Kelamin : Laki laki
 Tanggal/Jam MRS : 04 Mei 2023/ 11.30
 Tanggal/Jam Pengkajian : 04 Mei 2023/ 12.30
 Diagnosa Medis : *Epilepsy*

B. Pengkajian

1. Keadaan Umum: Pasien tampak kesadaran menurun, terpasang infus dengan cairan RL (20tpm), sesak napas dengan frekuensi napas 34x/l dengan SpO₂ 89%. Riwayat kejang dengan durasi ± 2 menit

2. Triase

Prioritas 1 Prioritas 2 Prioritas 3 Prioritas 4 Prioritas 5

Alasan :

Pasien masuk dengan keluhan penurunan kesadaran disertai dengan sesak napas dan adanya suara napas gurgling dari jalan napas, dirasakan sejak pasien terjatuh saat bekerja 15 menit yang lalu. Dari hasil pengkajian didapatkan, GCS pasien M3V1E1, kesadaran sopor, pasien tampak penurunan kesadaran dan terdengar suara gurgling dari jalan napas. Pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah : 115/75 mmHg, nadi : 104 x/menit, suhu : 36,7C, pernapasan : 34x/ menit, SpO₂ : 89%.

3. Penanganan yang telah dilakukan di *pre-hospital*:

Tidak ada Neck collar Bidai Oksigen Infus
 RJP Lainnya:

4. Keluhan Utama:

Keluarga mengatakan pasien terjatuh dan tidak sadarkan diri saat sedang bekerja, dan kemudian pasien mengalami kejang disertai dengan adanya busa yang keluar dari mulut pasien. Lalu keluarga segera meminta pertolongan ke perawat di IGD RS STELLA MARIS.

5. Riwayat Penyakit Terdahulu:

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien memiliki riwayat penyakit Epilepsi sejak 2 tahun yang lalu

6. **Survey Primer**

a. *Airway dan Control Cervik*

- Paten
- Tidak paten
- Benda asing
- Sputum
- Cairan
- Lidah jatuh
- Spasme
- Lainnya:

Suara Napas:

- Normal
- Stridor
- Snoring
- Gurgling
- Tidak ada suara napas
- Lainnya:

Fraktur servikal

- Ya
- Tidak

Data lainnya:

b. Breathing

Frekuensi : 34x/menit

Saturasi Oksigen: 89%

- Napas Spontan
- Apnea
- Orthopnue
- Sesak

Tanda distress pernapasan:

- Retraksi dada/interkosta
- Penggunaan otot bantu napas
- Cuping hidung

Irama pernapasan

- Teratur
- Tidak teratur
- Dalam
- Dangkal

Pengembangan Dada

- Simetris
- Tidak Simetris

Suara Napas

- Vesikuler
- Broncho-vesikuler
- Bronkh

Suara Tambahan

- Wheezing
- Ronchi
- Rales
- Lainnya:.....

Perkusi

- Sonor
- Pekak
- Redup
- Lokasi:.....

Krepitasi

- Ya
- Tidak

Distensi Vena Jugularis

- Ya
- Tidak

Jejas

- Ya
- Tidak
- Lokasi:.....

Luka/Fraktur

- Ya, sebutkan.....
- Tidak

Data Lainnya:

c. *Circulation*

Tekanan Darah : 115/75 mmHg

Suhu: : 36,7 °

Nadi

Frekuensi : 104 x/menit

Tidak Teraba

Kuat

Lemah

Teratur

Tidak teratur

Mata cekung

Ya

Tidak

Turgor kulit

Elastis

Menurun

Buruk

Bibir

Lembab

Kering

Kulit dan ekstremitas

Hangat

Dingin

Sianosis

Pucat

CRT >2 detik

Edema

Lainnya:

Diaphoresis

Ya

Tidak

Perdarahan

Ya, Jumlah.....cc

Warna.....

Melalui.....

Tidak

Nyeri Dada

Tidak

Ya (Jelaskan PQRST)

Data Lainnya:

d. Disability

Tingkat Kesadaran GCS

Kualitatif : Sopor

Kuantitatif: M: 3

V: 1

E: 1

Σ : 5

Pupil

Isokor

Anisokor

Midriasis

Refleks cahaya

Positif

Negatif

Test Babinsky:

Fisiologis

Patologis

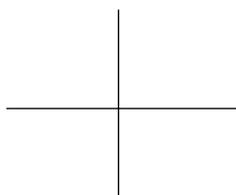
(Hasil test babinsky negatif)

Kaku kuduk

Ya

Tidak

Uji Kekuatan Otot:



Kesimpulan: (tidak dapat dikaji)

Data Lainnya:

e. *Exposure* (dikaji khusus pasien trauma), lakukan *log roll*:

Tidak ditemukan masalah

Luka

Jejas

Jelaskan:

Data Lainnya:

f. *Foley Chateter*

- Terpasang, Output:cc/jam
 Warna:.....
 Lainnya:.....
 Tidak terpasang

g. *Gastric Tube*

- Terpasang, Output:cc/jam
 Warna:.....
 Lainnya:.....
 Tidak terpasang

h. *Heart Monitor*

- Terpasang, Gambaran: Sinus Rhytm *Takikardi*
 Lainnya: TD. 115/75 mmHg
 N. 104x / menit
 RR. 34x / menit
 S. 36,7 C
 Tidak terpasang

7. Survey Sekunder (dilakukan jika survey primer telah stabil):

Riwayat Kesehatan SAMPLE

Symptom:

Keluarga pasien mengatakan, awalnya pasien terjatuh dan mengalami kejang, disertai dengan adanya busa yang keluar dari mulut pasien. Pasien juga mengalami penurunan kesadaran.

Alergi:

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak memiliki alergi terhadap apapun baik makanan, maupun obat obatan

Medikasi:

Keluarga mengatakan, pasien biasanya mengkonsumsi obat Diazepam tablet dengan dosis 5mg/24 jam.

Past medical history:

Keluarga pasien mengatakan, pasien memiliki riwayat *epilepsy* sejak 2 tahun dan selalu memeriksakan kesehatannya ke Puskesmas dan Rumah Sakit.

Last Oral Intake:

Keluarga pasien mengatakan, pasien terakhir kali mengkonsumsi nasi beserta lauk ikan, sayur dan meminum segelas kopi pada pagi hari sebelum pasien berangkat kerja jam 06.00 am.

Events:

Keluarga pasien mengatakan, pasien sempat mengeluh pusing saat akan berangkat kerja tetapi pasien tetap memaksakan untuk berangkat kerja. Pada saat ditempat kerja pasien sedang mendorong troly makanan dari dapur dan tiba tiba pasien terjatuh serta tidak sadarkan diri.

Tanda-Tanda Vital:

TD : 115/75 mmHg

FP : 34x/ menit

Nadi: 104x/ menit

Suhu: 36,7 °C

Saturasi: 89%

Pengkajian *head to toe*

- 1) Kebersihan rambut : tampak bersih tidak ada lesi
- 2) Hygiene rongga mulut: tampak rongga mulut bersih, tidak ada karang gigi
- 3) Kornea: tampak jernih

- 4) Pupil : tampak isokor pada kedua mata
- 5) Lensa mata : tampak jernih
- 6) TIO : teraba tekanan yang sama pada kedua mata
- 7) Palpebral/conjungtiva : tampak tidak edema/ tampak tidak anemis
- 8) Sclera : tampak tidak ikterik
- 9) Pina : tampak simetris kiri dan kanan
- 10) Kanalis : tampak ada serum
- 11) Membrane timpani : tampak utuh dan memantulkannya cahaya
- 12) Hidrasi kulit : tampak kembali dalam < 3 detik
- 13) Hidung : tampak septum di tengah
- 14) Lidah : tampak bersih
- 15) Pharing : tampak tidak ada peradangan
- 16) Kelenjar getah bening : tampak tidak terjadi pembesaran
- 17) Kelenjar parotis : tampak tidak terjadi pembesaran
- 18) Kulit
 - a) Edema : tampak tidak edema
 - b) Icteric : tampak tidak icterik
 - c) Tanda radang : tampak tidak ada radang
- 19) Abdomen
 - a) inspeksi : tampak perut membuncit
 - b) auskultasi : terdengar peristaltic usus 14x/ menit
 - c) palpasi : tampak tidak ada benjolan, dan tidak terdapat nyeri
 - d) perkusi : terdengar bunyi timpani 20). Perkusi ginjal : tidak dapat dikaji
- 20) Palpasi kandung kemih ; teraba kosong
- 21) Jantung
 - a). inspeksi : ictus cordis tidak tampak

b). palpasi : ictus cordis teraba pada ICS V linea midclavicularis sinistra

22) Lengan dan tungkai

a). inspeksi : tampak tidak terdapat edema

b). atrofi otot : tampak tidak ada

c). rentang gerak

(1). Kaku sendi : tidak dapat dikaji

(2). Nyeri sendi : tidak dapat dikaji

(3). Fraktur : tampak tidak ada fraktur

(4). Parese : tidak ada

Paralisis : tidak dapat dikaji

Uji kekuatan otot (tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran)

d). refleks patologis Babinski : negatif

23) Uji saraf kranial

a). N I : tidak dapat dikaji

b). N II: tidak dapat dikaji

c). N III ,IV,VI : tidak dapat dikaji

e). N VII : tidak dapat dikaji

f). N VIII : Vestibularis: tidak dapat dikaji Akustikus : tidak dapat dikaji

g). N IX : tidak dapat dikaji

h). N X : tidak dapat dikaji

i). N XI : tidak dapat dikaji

j). N XII : tidak dapat dikaji

Pengkajian Nyeri (Selain Nyeri Dada):

- Tidak ada
- Ya. Jelaskan:

Pengkajian Psikososial:

- Tidak ada masalah
- Cemas
- Panik
- Marah
- Sulit berkonsentrasi
- Tegang
- Takut
- Merasa Sedih
- Merasa bersalah
- Merasa putus asa
- Perilaku agresif
- Menciderai diri
- Menciderai orang lain
- Keinginan bunuh diri
- Lainnya

8. Pemeriksaan Penunjang

a. Elektrokardiogram (EKG)

Interpretasi : *Sinus Rhytm Takikardi*

b. Laboratorium

Parameter	Hasil	Nilai Rujukan	Ket
WBC	11.12	4.60 – 10.20	H
RBC	5.74	4.70 – 6.10	-
HGB	12.9	14.1 – 18.1	L
HCT	41.8	43.5 – 53.7	-
MCH	22.5	27.0 – 31.2	L
MCHC	30.9	31.8 – 35.4	L
PLT	306	150 – 450	-
NEUT#	5.81	1.50 – 7.00	-
LYMPH#	3.42	1.0 – 3.70	-

c. Farmakoterapi (nama obat/dosis/waktu/jalur pemberian):

1. Phenytoin / 100mg/ IV

Diberikan pada jam 11.50

Dosis pemberian tiap kejang

2. Stesolid / 10mg/ IV

Diberikan pada jam 11.50

Dosis pemberian tiap kejang

3. Cairan infus RL / 20tpm / IV

Diberikan pada jam 11.48

IDENTIFIKASI MASALAH

Nama/Umur : Tn. A/ 24 Tahun

Ruang : IGD

No	Data	Etiologi	Masalah
	<p>Ds.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan pasien mengalami kejang saat bekerja • Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit <i>epilepsy</i> <p>Do.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak adanya penurunan kesadaran • Tampak adanya kejang berulang sebanyak 1x dengan durasi 2 menit • TTV <ul style="list-style-type: none"> TD. 115/75 mmHg N. 104x / menit RR. 34x / menit S. 36,7 C SpO2. 89% 	<p>Faktor resiko Penurunan Tingkat Kesadaran</p>	<p>Resiko Aspirasi (D. 0006)</p>

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. A/ 24 Tahun

Ruang : IGD

No	Diagnosa Keperawatan
	Resiko Aspirasi dengan Faktor resiko Penurunan Tingkat Kesadaran

C. RENCANA KEPERAWATAN

No	Prioritas Diagnosa Keperawatan	Hasil yang Diharapkan (HYD)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
	Resiko Aspirasi dengan Faktor resiko Penurunan Tingkat Kesadaran	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x4 jam, maka diharapkan Tingkat Aspirasi Menurun (L.01006), dengan kriteria hasil: Tingkat kesadaran meningkat Dispnea menurun Frekuensi napas membaik	Manajemen Jalan Napas (I.01011) <i>Observasi</i> Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) R/ Untuk melihat pola napas teratur atau adanya masalah pada pola napas (mis. dispnea, ekspirasi yang lama, periode apnea). Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) R/ Mengungkapkan adanya kongesti paru atau kumpulan sekret, cairan atau darah pada jalan napas untuk menentukan perlunya intervensi lebih lanjut.

		<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x4 jam, maka diharapkan Status Neurologis</p>	<p><i>Terapeutik</i></p> <p>Pertahankan kepatenan jalan napas R/ Untuk mempertahankan jalan napas tetap paten</p> <p>Posisikan semi-fowler atau fowler R/ Mengurangi konsumsi oksigen dan memaksimalkan ekspansi paru.</p> <p>Lakukan penghisapan kurang dari 15 detik R/ Mengurangi sesak napas oleh sumbatan pada jalan napas</p> <p>Berikan oksigen 10 L/menit, jika perlu R/ Meningkatkan oksigen yang tersedia untuk memenuhi kebutuhan oksigen agar adekuat</p> <p>Manajemen Kejang (I.06193)</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>Monitor terjadinya kejang berulang R/ Melihat adanya kejadian kejang yang berulang</p>
--	--	---	---

		<p>Membaik (L.06053), dengan kriteria hasil:</p> <p>Frekuensi kejang menurun</p> <p>Frekuensi nadi membaik</p>	<p>Monitor TTV</p> <p>R/ Pemantauan tanda vital yang teratur dapat menentukan perkembangan keperawatan selanjutnya</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>Pertahankan kepatenan jalan napas</p> <p>R/ Untuk mempertahankan jalan napas tetap paten</p> <p>Longgarkan pakaian, terutama bagian leher</p> <p>R/ Untuk mencegah adanya cedera</p> <p>Jauhkan benda benda berbahaya terutama benda tajam</p> <p>R/ Benda tajam dapat menyebabkan pasien cedera saat terjadi kejang</p> <p>Dampingi selama periode kejang</p> <p>R/ Memantau keadaan pasien saat terjadi kejang</p> <p>Pasangkan akses IV, jika perlu</p> <p>R/ Pemasangan akses IV sebagai jalur pemberian cairan elektrolit serta obat</p> <p><i>Edukasi</i></p>
--	--	--	--

			<p>Anjurkan keluarga menghindari memasukkan apapun ke dalam mulut pasien saat periode kejang</p> <p>R/ Adanya benda asing di dalam mulut dapat menyebabkan cedera pada pasien saat terjadi kejang</p>
--	--	--	---

PELAKSANAAN KEPERAWATAN

TANGGAL	NO.DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Perawat
04 Mei 2023	I	11.35	Memeriksa tingkat kesadaran H/ M3E1V1 (spoor) Terdengar adanya suara napas tambahan (<i>gurgling</i>)	
	I	11.37	Mempertahankan kepatenan jalan napas H/ Melakukan pemasangan OPA	
	I	11.38	Melakukan pengisapan air liur kurang dari 15 detik H/ Suara napas Gurgling sudah tidak terdengar SpO2 99%	
	I	11.39	Memberikan posisi semi fowler H/ Tampak kedalaman napas berkurang	

	I	11.40	Memberikan Oksigen H/ Pemberian O2 dengan NRM sebanyak 10 liter/ menit Frekuensi napas 24x / menit SpO2 96%
	I	11.44	Monitor terjadinya kejang berulang H/ Tampak adanya kejang berulang selama sebanyak 1x dengan durasi 2 menit, GCS 5
	I	11.46	Memasang akses IV H/ Tampak terpasang Infus dengan cairan RL 20 tpm
	I	11.48	Kolaborasi dalam pemberian obat antikonvulsan H/ Pemberian Phenytoin 100mg dan Stesolid 10mg melalui IV Tampak pasien sudah tidak mengalami kejang setelah dilakukan pemberian obat
	I	11.50	Menjauhkan benda benda berbahaya terutama benda tajam H/ Tampak tidak ada benda benda berbahaya di sekitar pasien

	I	12.00	Memonitor tanda tanda vital tingkat kesadaran H/ TD. 115/90 mmHg P. 24x / menit N. 104x / menit S. 36, 8 °C SpO ² . 99% Tampak jalan napas paten Tingkat kesadaran GCS 5 (sopor)
	I	12.05	Memonitor suara napas tambahan H/ Tidak terdengar adanya suara napas tambahan
	I	12.10	Monitor terjadinya kejang berulang H/ Tampak tidak adanya kejang berulang
	I	12.15	Menganjurkan keluarga menghindari memasukkan apapun ke dalam mulut pasien saat periode kejang H/ Keluarga memahami penjelasan perawat untuk tidak memasukkan apapun ke dalam mulut pasien saat periode kejang

D. EVALUASI KEPERAWATAN

TANGGAL	No. DP	EVALUASI (SOAP)	NAMA PERAWAT
04 Mei 2023	I	Resiko Aspirasi dengan faktor resiko Penurunan Tingkat Kesadaran S. O. Frekuensi pernapasan 24x/ menit Frekuensi nadi 104x/ menit Tingkat kesadaran GCS 5 (sopor) Tampak pasien masih mengalami kejang 1 kali pada pukul 11.44 selama 2 menit A. Masalah belum teratasi P. Lanjutkan intervensi di ruang ICU	

Pasien di Transfer ke : Ke ruang perawatan ICU

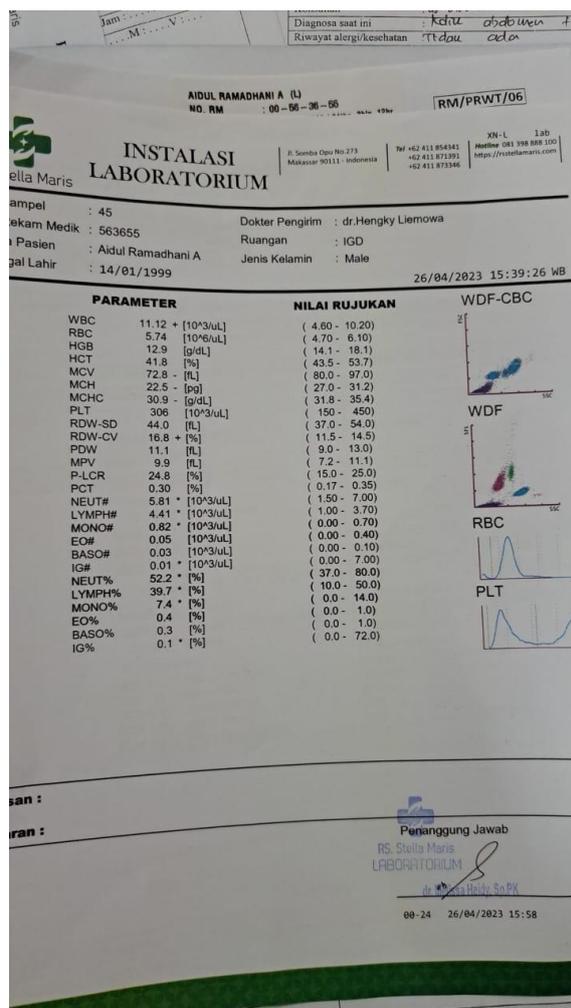
E. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan EKG

Interpretasi : *Sinus Rhytm Takikardi*



2. Pemeriksaan Laboratorium



F. Terapi Pengobatan

1. Farmakologis

a. Phenytoin

- 1) Nama obat : Phenytoin
- 2) Klasifikasi/golongan obat : Antikonvulsan
- 3) Dosis umum : 100mg/ 8 jam
- 4) Dosis yang diberikan : 100mg
- 5) Cara pemberian obat : IV
- 6) Mekanisme fungsi dan kerja obat :
Obat ini bekerja dengan cara mengurangi aktivitas listrik berlebihan di otak sehingga kejang bisa mereda.
- 7) Alasan pemberian : Adanya kejang
- 8) Kontraindikasi : Hipersensifitas dengan kandungan dari obat ini
- 9) Efek samping : Nyeri kepala, vertigo, mual/muntah, sulit tidur

b. Stesolid

- 1) Nama obat : Stesolid
- 2) Klasifikasi/golongan obat : Psikotropika
- 3) Dosis umum : 5 – 10mg /4jam
- 4) Dosis yang diberikan : 10mg
- 5) Cara pemberian obat : IV
- 6) Mekanisme fungsi dan kerja obat :
Obat ini dapat memengaruhi sistem saraf otak dan memberikan efek penenang, serta dapat menekan reaksi kejang
- 7) Alasan pemberian : Adanya kejang
- 8) Kontraindikasi : Hipersensifitas terhadap kandungan diazepam
- 9) Efek samping : Kelemahan otot, mengantuk, mual, bingung dan halusinasi

2. Non farmakologis

a. Terapi Cairan (RL 500 cc)

Ringer Laktat adalah cairan yang isotonis dengan darah dan dimaksudkan untuk cairan pengganti. Ringer laktat merupakan cairan kristaloid digunakan antara lain luka bakar, syok, dan cairan preload pada operasi. *Ringer laktat* merupakan cairan yang memiliki komposisi elektrolit mirip dengan plasma. Satu liter cairan ringer laktat memiliki kandungan 130 mEq ion natrium setara dengan 130 mmol/L, 109 mEq ion klorida setara dengan 109 mmol/L, 28 mEq laktat setara dengan 28 mmol/L, 4 mEq ion kalium setara dengan 4 mmol/L, 3 mEq ion kalsium setara dengan 1,5 mmol/L. Anion laktat yang terdapat dalam ringer laktat akan dimetabolisme di hati dan diubah menjadi bikarbonat untuk mengoreksi keadaan asidosis, sehingga ringer laktat baik untuk mengoreksi asidosis. Laktat dalam ringer laktat sebagian besar dimetabolisme melalui proses glukoneogenesis. Setiap satu mol laktat akan menghasilkan satu *mol bikarbonat*.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Askep

Pada bab ini penulis membahas kesenjangan antara konsep teori dengan praktik asuhan keperawatan pada pasien Tn. A umur 24 tahun dengan gangguan sistem neurovaskuler *Epilepsy* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Stella Maris Makassar selama 1 x 8 jam pada tanggal 04 Mei 2023. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini menggunakan proses keperawatan dengan lima tahap yakni pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dan berbagai sumber yaitu pasien, keluarga, pemeriksaan penunjang dan hasil pengamatan langsung ke pasien. Berdasarkan pengkajian, didapatkan data Tn. A usia 24 tahun masuk di Instalasi Gawat Darurat dengan diagnosa medik *Epilepsy*. Pasien masuk setelah mengalami kejang di tempat kerjanya. Pasien mengalami sesak, adanya suara napas tambahan gurgling serta penurunan kesadaran. Dari hasil pengkajian didapatkan, GCS pasien M3V1E1, kesadaran sopor, pasien tampak penurunan kesadaran dan terdengar suara gurgling dari jalan napas. Pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah : 115/75 mmHg, nadi : 104 x/menit, suhu : 36,7C, pernapasan : 34x/ menit, SpO₂ : 89%.

Saat masuk rumah sakit, pasien diberikan O₂ dengan NRM 10 L/menit, serta dilakukan pengisapan cairan dengan *suction*. Pada pukul 11.44 pasien mengalami kejang. Kemudian pasien diberikan posisi semi fowler, dilanjutkan pemasangan infus dengan ukuran

abocath 20, cairan yang terpasang RL 500 cc, pemberian 20 tpm, terapi yang diberikan phenytoin 100 mg dan stesolid 10 mg secara iv. Dari hasil analisis data diperoleh diagnosis keperawatan yakni resiko aspirasi dengan faktor resiko penurunan tingkat kesadaran dengan luaran tingkat aspirasi menurun dan status neurologis serta pemberian intervensi mengenai manajemen jalan napas dan manajemen kejang Hasil pemeriksaan yang lain didapatkan GDS pasien 133 mg/dL, pemeriksaan EKG menunjukkan *sinus rhythm takikardi*, pemeriksaan darah didapatkan WBC $11,12 \cdot 10^6/uL$, RBC $5,74 \cdot 10^6/uL$, HGB 12,9 g/dL, HCT 41,8%, dan MCH 22,5 pg.

Pada kasus Tn. A didapatkan adanya sumbatan jalan napas yang ditandai dengan suara napas tambahan berupa *gurgling*. Hal ini selaras dengan pendapat Kristanto, (2017) pada kasus *epilepsy*, biasanya ditemukan klien mengatupkan giginya sehingga menghalangi jalan napas, klien menggigit lidah, mulut berbusa dan adanya penumpukan air liur pada jalan napas ditandai dengan adanya *gurgling* serta adanya peningkatan frekuensi pernapasan. Sedangkan pada kasus Tn. A diperoleh data frekuensi pernapasan 34x/ menit.

Menurut Kristanto, (2017), pada pengkajian *circulation* dan *disability* akan terjadi peningkatan frekuensi nadi, dan klien biasanya dalam keadaan tidak sadar. Sedangkan berdasarkan kasus pada Tn. A ditemukan data TD : 115/75 mmHg, frekuensi nadi 104x/menit, dan mengalami penurunan kesadaran. Tidak terdapat adanya kesenjangan antara teori dan kasus, karena ada beberapa gejala yang muncul pada teori sesuai dengan yang ditemukan pada kasus Tn. A, dimana adanya peningkatan frekuensi nadi dan penurunan kesadaran.

Pada pengkajian *exposure*, didapatkan data bahwa Tn. A mengalami kejang secara tiba-tiba saat bekerja. Sehingga berisiko untuk terjadinya *injury*. Hal ini selaras dengan teori yang

mengemukakan bahwa pada kasus *epilepsy* memungkinkan terjadinya injury akibat bangkitnya muatan listrik yang menyebabkan kejang secara mendadak. (Suwarba, 2018).

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan manifestasi klinis yang didapatkan penulis dari hasil pengkajian, maka penulis mengangkat diagnosis keperawatan yaitu:

- a. Diagnosis pertama, risiko aspirasi dengan faktor risiko penurunan kesadaran. Alasan penulis mengangkat diagnosis ini karena didapatkan tanda dan gejala yang diperoleh seperti adanya kejang, penurunan kesadaran, sesak napas, suara napas tambahan gurgling, serta peningkatan frekuensi nadi.

Adapun diagnosis keperawatan yang tidak diangkat dari kasus ini yakni:

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan jalan napas. Alasan penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena penulis beranggapan bahwa tujuan dan intervensi dari diagnosis ini telah tertuang dalam diagnosis risiko aspirasi yaitu risiko aspirasi menurun dengan intervensi manajemen jalan napas.
- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. Alasan penulis tidak memasukan diagnosis ini karena tidak adanya data lanjutan mengenai hasil pemeriksaan analisa gas darah (AGD)
- c. Risiko cedera dengan faktor risiko kegagalan mekanisme pertahanan tubuh. Alasan penulis tidak memasukan diagnosis ini karena penulis beranggapan bahwa tujuan dan intervensi dari ini telah ada di dalam diagnosis risiko cedera dengan intervensi manajemen kejang.

3. Perencanaan Keperawatan

Intervensi yang disusun oleh penulis disesuaikan dengan diagnosis dan kebutuhan pasien yang meliputi hal yang diharapkan, intervensi dan rasional tindakan. Intervensi keperawatan yang penulis angkat pada kasus nyata, hal ini disesuaikan dengan kebutuhan pasien yaitu dengan memfokuskan pada tindakan mandiri, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Terdapat 2 perencanaan keperawatan dari diagnosis risiko aspirasi yakni:

a. Manajemen jalan napas

Adapun intervensinya yakni

Observasi

Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

R/ Untuk melihat pola napas teratur atau adanya masalah pada pola napas (mis. dispnea, ekspirasi yang lama, periode apnea).

Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)

R/ Mengungkapkan adanya kongesti paru atau kumpulan sekret, cairan atau darah pada jalan napas untuk menentukan perlunya intervensi lebih lanjut.

Terapeutik

Pertahankan kepatenan jalan napas

R/ Untuk mempertahankan jalan napas tetap paten

Posisikan semi-fowler atau fowler

R/ Mengurangi konsumsi oksigen dan memaksimalkan ekspansi paru.

Lakukan penghisapan kurang dari 15 detik

R/ Mengurangi sesak napas oleh sumbatan pada jalan napas

Berikan oksigen, jika perlu

R/ Meningkatkan oksigen yang tersedia untuk memenuhi kebutuhan oksigen agar adekuat

b. Manajemen Kejang (I.06193)

Observasi

Monitor terjadinya kejang berulang

R/ Melihat adanya kejadian kejang yang berulang

Monitor TTV

R/ Pemantauan tanda vital yang teratur dapat menentukan perkembangan keperawatan selanjutnya

Terapeutik

Baringkan pasien agar tidak terjatuh

R/ Memberikan posisi untuk menegah pasien jatuh

Pertahankan kepatenan jalan napas

R/ Untuk mempertahankan jalan napas tetap paten

Longgarkan pakaian, terutama bagian leher

R/ Untuk mencegah adanya cedera

Jauhkan benda benda berbahaya terutama benda tajam

R/ Benda tajam dapat menyebabkan pasien cedera saat terjadi kejang

Dampingi selama periode kejang

R/ Memantau keadaan pasien saat terjadi kejang

Pasangkan akses IV, jika perlu

R/ Pemasangan akses IV sebagai jalur pemberian cairan elektrolit serta obat

Edukasi

Anjurkan keluarga menghindari memasukkan apapun ke dalam mulut pasien saat periode kejang

R/ Adanya benda asing di dalam mulut dapat menyebabkan cedera pada pasien saat

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang dibuat untuk mencapai tujuan yang diharapkan.

Pelaksanaan ini dilakukan selama 1 x 4 jam dengan kerja sama dari perawat IGD dan sesama mahasiswa. Diagnosis keperawatan risiko aspirasi dengan faktor risiko penurunan kesadaran, dengan salah satu tindakan melakukan pengisapan lendir atau *suction* untuk mempertahankan kepatenan jalan napas sehingga dapat meningkatkan saturasi oksigen. Penulis telah semua tindakan keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya berdasarkan diagnosis yang diangkat.

5. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang mencakup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan bisa dicapai. Dari hasil evaluasi yang dilakukan penulis selama melaksanakan proses keperawatan pada pasien selama 1 x 4 jam (04 Mei 2023) adalah sebagai berikut:

- a. Diagnosis keperawatan, risiko aspirasi dengan faktor risiko penurunan kesadaran. Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan penulis sebelum pasien dipindahkan ke ruang perawatan ICCU, penulis menyimpulkan bahwa masalah risiko aspirasi teratasi sebagian yang dibuktikan dengan sesak berkurang, frekuensi napas 24x/ menit pasien belum sadar (penurunan kesadaran GCS 5 (*sopor*), frekuensi kejang masih terjadi kejang saat di IGD dengan durasi 2 menit.

B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing*

1. Judul EBN :

Pengaruh *Suction* dan Posisi *Semi Fowler* terhadap Perubahan Saturasi Oksigen pada Pasien yang terpasang *Endotracheal Tube*

a. Diagnosis Keperawatan

- 1) Resiko Aspirasi dengan faktor resiko penurunan tingkat kesadaran

b. Luaran yang diharapkan

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Pola napas membaik
- 3) Frekuensi napas membaik
- 4) Frekuensi kejang menurun

c. Intervensi Prioritas Mengacu pada EBN

Terapeutik:

- 1) Posisikan semi-fowler
- 2) Lakukan pengisapan kurang dari 15 detik
- 3) Pertahankan kepatenan jalan napas

d. Pembahasan Tindakan Keperawatan Sesuai EBN

1) Pengertian Tindakan

Suction merupakan suatu cara untuk mengeluarkan sekret dari saluran nafas dengan menggunakan kateter yang dimasukkan melalui hidung atau rongga mulut kedalam pharynx atau trachea. Salah satu alat ukur yang dapat digunakan untuk menilai keberhasilan terapi oksigen dapat dinilai dari *respiratori rate* (RR), *Heart Rate* (HT) dan Saturasi Oksigen dengan menggunakan oksimetri²).

Posisi semi fowler dapat meningkatkan kestabilan frekuensi pernafasan pada pasien. Kondisi ini dapat meningkatkan saturasi oksigen pada pasien Brunner & Suddart (2016)

2) Tujuan/Rasional EBN dan pada Kasus Askep

Untuk membersihkan jalan napas akibat adanya penumpukan cairan serta meningkatkan saturasi oksigen tindakan *suction* sangat efektif untuk membersihkan jalan nafas dengan tujuan meningkatkan saturasi oksigen pasien. Pemberian posisi semifowler dengan maksud untuk mengurangi tekanan intra abdomen dan otot abdomen dan meningkatkan ekspansi dada dan ventilasi paru.

3) PICOT EBN

a) Population

Jumlah sampel sebanyak 32 orang.

b) Intervention

Pada penelitian ini dilakukan tindakan *suction* pada pasien yang terpasang *endotracheal tube*, setelah dilakukan *suction* peneliti memberikan posisi semi fowler pada pasien. Dengan harapan pernafasan pasien membaik, sehingga dapat meningkatkan saturasi pasien.

c) Comparison

Peneliti tidak menggunakan tindakan pembandingan karena peneliti hanya melakukan pre dan post test.

d) Outcome

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan rata-rata peningkatan saturasi oksigen dari 92,72% menjadi 98,44%. Menurut peneliti, hasil tersebut memberikan bukti bahwa tindakan *suction* dan posisi semi fowler dapat meningkatkan saturasi oksigen pada responden. Berdasarkan penurunan

nilai standar deviasi pada keseluruhan responden juga memberikan gambaran bahwa sebaran responden menunjukkan perubahan saturasi oksigen yang cukup signifikan.

e) Time

Intervensi tindakan suction sebanyak 1x dengan durasi <15 detik serta pemberian posisi *semi fowler* selama 15 menit yang dilakukan pada 01 Desember 2019 s.d. 30 Januari 2020

2. Judul EBN :

Pengaruh Tindakan *Suction* terhadap Perubahan Saturasi Oksigen pada Pasien Penurunan Kesadaran di RSD dr. H. Soemarno Sostroatmodjo.

a. Diagnosis Keperawatan

- 1) Resiko Aspirasi dengan faktor resiko penurunan tingkat kesadaran

b. Luaran yang diharapkan

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Pola napas membaik
- 3) Frekuensi napas membaik
- 4) Frekuensi kejang menurun

c. Intervensi Prioritas Mengacu pada EBN

Terapeutik:

- 1) Posisikan semi-fowler
- 2) Lakukan pengisapan kurang dari 15 detik
- 3) Pertahankan kepatenan jalan napas

d. Pembahasan Tindakan Keperawatan Sesuai EBN

1) Pengertian Tindakan

Suction merupakan suatu cara untuk mengeluarkan sekret dari saluran nafas dengan menggunakan kateter yang dimasukkan melalui hidung atau rongga mulut kedalam pharyng atau trachea. Salah satu alat ukur yang dapat digunakan untuk menilai keberhasilan terapi oksigen dapat dinilai dari *respiratori rate* (RR), *Heart Rate* (HT) dan Saturasi Oksigen dengan menggunakan oksimetri, Brunner & Suddart (2016)

2) Tujuan/Rasional EBN dan pada Kasus Askep

Tujuan dilakukan tindakan *suction* agar saturasi oksigen pasien akan meningkat yang disebabkan terbebasnya jalan napas terhadap akumulasi sekret ataupun benda asing menjadikan perpindahan oksigen dari atmosfer ke dalam paru menjadi efektif.

3) PICOT EBN

a) Population

Jumlah sampel sebanyak 15 orang.

b) Intervention

Pada penelitian ini dilakukan tindakan *suction* pada pasien dengan penurunan kesadaran. Dengan tujuan membebaskan jalan napas sehingga dapat meningkatkan suplai oksigen kedalam paru.

c) Comparison

Peneliti tidak menggunakan tindakan pembanding karena peneliti hanya melakukan pre dan post test.

d) Outcome

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan adanya perubahan saturasi oksigen pada 15 responden, dimana nilai saturasi sebelum tindakan 91,53 % - 96% dan setelah tindakan 96,4% - 99%, sehingga dapat disimpulkan bahwa tindakan *suction* dapat meningkatkan saturasi oksigen pada pasien dengan penurunan kesadaran.

e) Time

Intervensi tindakan suction dengan durasi <15 detik kemudian dilakukan observasi saturasi oksigen pada 5 menit setelahnya. Penelitian ini dilakukan di RSD dr. H. Soemamo Sostroatmodjo pada tahun 2022.

3. Judul EBN :

- a. *Effect Of Semi-Fowler Position During Suctioning On Oxygenation Among Patients With Brain Trauma* (Pengaruh Posisi Semi-Fowler Selama *Suction* Pada Oksigenasi Pada Pasien Dengan Trauma Otak)
- b. Diagnosis Keperawatan
 - 1) Resiko Aspirasi dengan faktor resiko penurunan tingkat kesadaran
- c. Luaran yang diharapkan
 - 1) Tingkat kesadaran meningkat
 - 2) Pola napas membaik
 - 3) Frekuensi napas membaik
 - 4) Frekuensi kejang menurun

d. Intervensi Prioritas Mengacu pada EBN

Terapeutik:

- 1) Posisikan semi-fowler
- 2) Lakukan pengisapan kurang dari 15 detik

e. Pembahasan Tindakan Keperawatan Sesuai EBN

1) Pengertian Tindakan

Suction (pengisapan lendir) merupakan tindakan pengisapan yang bertujuan untuk mempertahankan jalan napas, sehingga memungkinkan terjadinya proses pertukaran gas yang adekuat dengan cara mengeluarkan sekret, cairan dari jalan napas, pada klien yang tidak mampu mengeluarkannya sendiri.

Posisi *semi-fowler* yaitu posisi berbaring klien dengan posisi setengah duduk 30-45 derajat.

2) Tujuan/Rasional EBN dan pada Kasus Askep

Setelah dilakukan tindakan *suction* maka saturasi oksigen pasien akan meningkat yang disebabkan terbebasnya jalan napas terhadap akumulasi sekret ataupun benda asing menjadikan perpindahan oksigen dari *admosfir* ke dalam paru menjadi efektif, pada pemberian posisi *semifowler* gravitasi menarik diafragma ke bawah sehingga memungkinkan ekspansi dada dan ventilasi paru yang lebih besar. Sehingga dari tindakan pemberian posisi *semifowler* dan *suction* dapat meningkatkan saturasi oksigen.

3) PICOT EBN

a) Population

Jumlah sampel sebanyak 100 orang.

b) Intervention

Pada penelitian ini dilakukan tindakan pemberian posisi *semifowler* pada kelompok studi selama 15 menit kemudian melakukan *suction*. Sedangkan pada kelompok kontrol hanya dilakukan *suction*.

c) Comparison

Peneliti membuat 2 kelompok, yakni kelompok kontrol dengan perlakuan tindakan *suction* sedangkan kelompok studi dilakukan pemberian posisi *semifowler* selama 15 menit kemudian dilakukan *suction*

d) Outcome

Dari hasil penelitian didapatkan hasil pada kelompok kontrol dengan perlakuan tindakan *suction* didapatkan peningkatan rata-rata saturasi oksigen 6,3%, sedangkan pada kelompok studi dengan pemberian posisi *semi fowler* dan *suction* didapatkan peningkatan rata-rata saturasi oksigen 8,49%.

e) Time

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Universitas Suez-Canal, Kota Ismailia, Mesir sejak November 2020 hingga Mei 2021.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Setelah melakukan pembahasan kasus yang dibandingkan dengan teori dengan membedakan perawatan langsung pada pasien di lahan praktik melalui asuhan keperawatan yang diterapkan pada Tn. A dengan *Epilepsy* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis dapat mengambil simpulan serta memberikan saran-saran sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pada tanggal 04 Mei 2023, seorang laki-laki Tn. A diantar ke ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan diagnosis *Epilepsy*. Pasien masuk setelah mengalami kejang di tempat kerjanya. Pasien mengalami sesak, adanya suara napas tambahan *gurgling* serta penurunan kesadaran.

Dari hasil pengkajian didapatkan, GCS pasien M3V1E1, kesadaran sopor, pasien tampak penurunan kesadaran dan terdengar suara *gurgling* dari jalan napas. Pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah : 115/75 mmHg, nadi : 104 x/menit, suhu : 36,7C, pernapasan : 34x/ menit, SpO2 : 89%. Hasil pemeriksaan yang lain didapatkan GDS pasien 133 mg/dL, pemeriksaan EKG menunjukkan *sinus rhythm takikardi*, pemeriksaan darah didapatkan WBC 11,12. 10⁶/uL, RBC 5,74.10⁶/uL, HGB 12,9 g/dL, HCT 41,8%, dan MCH 22,5 pg.

Saat masuk rumah sakit, pasien diberikan O² dengan NRM 10 L/menit, serta dilakukan pengisapan cairan dengan *suction*. Pada pukul 11.44 pasien mengalami kejang. Kemudian pasien diberikan posisi *semi fowler*, dilanjutkan pemasangan infus dengan ukuran abocath 20, cairan yang terpasang RL 500 cc, pemberian 20 tpm, terapi yang diberikan *phenytoin* 100 mg dan *stesolid* 10 mg secara intra vena. Dari hasil analisis data diperoleh diagnosis keperawatan

yakni resiko aspirasi dengan faktor risiko penurunan tingkat kesadaran

2. Diagnosis Keperawatan

Setelah melakukan pengkajian penulis menganalisis data sehingga menemukan masalah keperawatan dan mengangkat diagnosis keperawatan mengenai:

- a. Risiko aspirasi dengan faktor risiko penurunan tingkat kesadaran

3. Perencanaan keperawatan

Pada perencanaan keperawatan penulis mengangkat 2 hal yakni:

- a. Manajemen jalan napas (I.01011)
- b. Manajemen kejang (I.06193)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan seluruhnya dilaksanakan dengan melibatkan atau bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien, sesama perawat dan tim kesehatan lainnya.

5. Evaluasi keperawatan

Dari hasil tindakan keperawatan yang diberikan pada Tn. A dapat diperoleh evaluasi keperawatan yakni: pasien masih mengalami sesak, tingkat kesadaran 5 (spoor), frekuensi pernapasan 24x/ menit, serta frekuensi nadi 96x/ menit. Dari hasil tersebut penulis menyimpulkan bahwa masalah resiko aspirasi belum teratasi.

B. Saran

1. Bagi Instansi Rumah sakit

Meningkatkan mutu pelayanan seperti tenaga kesehatan yang profesional dan pengalaman serta fasilitas yang memadai

khususnya untuk menangani pasien *Epilepsy* di instalasi gawat darurat agar pasien mendapatkan penanganan dengan cepat dan tepat sehingga tidak terjadi komplikasi pada pasien, serta pasien dan keluarga merasa puas dengan pelayanan yang ada di rumah sakit.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Mengaplikasikan ilmu dan pengetahuan mengenai tindakan keperawatan gawat darurat bagi pasien *epilepsy* dengan cepat dan tanggap sesuai dengan *evidence based nursing* agar tidak terjadi komplikasi.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi meningkatkan mutu pendidikan dalam bentuk memperbanyak penyediaan buku serta sumber tentang sistem neurovaskuler terutama dalam penanganan gawat darurat bagi pasien *epilepsy*, baik dalam teori maupun dalam praktik langsung di lapangan guna menghasilkan lulusan yang professional.

DAFTAR PUSTAKA

- Arif, A. E. (2019). *Analisis pengobatan pasien epilepsi di poli syaraf rsud 45' kuningan*. 1(1), 7–10.
- Evelyn C. Pearce. (2016). *Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis*. Jakarta: Gramedia Pustaka Ut.
- Kemendes Indonesia. (2018). Hasil Utama Riskesdas 2018. Retrieved from www.depkes.go.id
- Kristanto, A. (2017). Epilepsi Bangkitan Umum Tonik-Klonik di UGD RSUP Sanglah Denpasar-Bali. *Intisari Sains Medis*, 8(1), 69–73.
- Kusuma H dan Nurarif H. (2016). *Asuha Keperawatan Praktis. Nanda Nic Noc*.
- Lukas, A., Harsono, H., & Astuti, A. (2016). Gangguan Kognitif Pada Epilepsi. *Berkala Ilmiah Kedokteran Duta Wacana*, 1(2), 144.
- Nasution, G. T. D., Sobana, S. A., & Lubis, L. (2020). Karakteristik anak epilepsy di Sekolah Luar Biasa Negeri (SLBN) Cileunyi Bandung tahun 2018. *Bali Anatomy Journal*, 3(1), 1–10.
- Pinzon, R. 2017. *Dampak epilepsi pada aspek kehidupan penyandanganya*. SMF Saraf RSUD Dr. M. Haulussy, Ambon, Indonesia.
- Rani Murtiani, I. D. P. (2017). Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Epilepsi. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 31–48.
- Renstra. (2021). Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2022. In Farmalkes.
- Suhaimi, M. L., Syarif, I., Chundrayetti, E., & Lestari, R. (2020). Faktor Risiko Terjadinya Epilepsi pada Anak Palsi Serebral. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 9(2), 225.
- Sunaryo, U., Neurologi, B., & Uwk, F. K. (2017). Diagnosis Epilepsi. *Jurnal Ilmiah Kedokteran*, 1(1), 1–12.
- Suwarba, I. G. N. M. (2018). Insidens dan Karakteristik Klinis Epilepsi pada Anak. *Sari Pediatri*, 13(2), 123.

World Health Organization (WHO)., 2015. Epilepsy: The Disorder. Atlas
Epilepsy Care in The World. Geneva: WHO Library. Pp: 15-21

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING 1

Nama Mahasiswa :

1. Gregorius Rikky B. (NS2214901063)
2. Christin Chaterine S. (NS2214901025)

Nama Pembimbing :

Mery Solon, Ns., M.Kes.

Judul "Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien dengan *Epilepsy* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar"

Hari/Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
		Pembimbing	Penulis	
			I	II
Jumat 05 Mei 2023	Lapor kasus			
Kamis 11 Mei 2023	Konsultasi hasil pengkajian <ol style="list-style-type: none">1. Melengkapi data pengkajian2. Memperhatikan diagnosis keperawatan yang dapat diangkat.			
Selasa 16 Mei 2023	Konsultasi revisi pengkajian <ol style="list-style-type: none">1. Memperhatikan diagnosis keperawatan yang			

	sesuai dengan hasil analisa data			
Rabu 24 Mei 2023	Konsultasi revisi pengangkatan diagnosis Konsultasi pemilihan SLKI dan SIKI Konsultasi pemilihan EBN			
Senin 29 Mei 2023	Konsultasi revisi EBN Konsultasi penambahan EBN			
Jumat 02 Juni 2023	Konsultasi revisi Bab III ACC			

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING 2

Nama Mahasiswa :

1. Gregorius Rikky B. (NS2214901063)
2. Christin Chaterine S. (NS2214901025)

Nama Pembimbing :

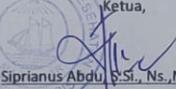
Serlina Sandi, Ns., M.Kep.

Judul "Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien dengan *Epilepsy* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar"

Hari/Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
		Pembimbing	Penulis	
			I	II
Rabu 24 Mei 2023	Konsultasi BAB I 1. Memperhatikan panduan penulisan KIA 2. Memperhatikan tingkat kegawatdaruratan pada pasien <i>epilepsy</i> 3. Memperhatikan manfaat penulisan 4. Memperhatikan penulisan kata,			

	penempatan tanda baca			
Kamis 31 Mei 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsultasi revisi BAB I 2. Memperhatikan sumber teori harus maksimal 10 tahun terakhir 3. Memperhatikan penulisan kata, dan penggunaan tanda baca 			
Senin 05 Juni 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsultasi revisi BAB II 2. Memperhatikan pengkajian, dan pengangkatan diagnosis sesuai dengan teori penyakit 3. Memperhatikan pembuatan patoflowdiagram 			
Kamis 08 Juni 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsultasi revisi pembuatan patflowdiagram 2. ACC 			

Lampiran Surat Pengambilan Data

	SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS TERAKREDITASI "B" BAN-PT dan LAM-PTKes PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN PROFESI NERS	
Jl. Maipa No. 19 Makassar Telp. (0411)-8005319, Website : www.stikstellamarismks.ac.id Email: stiksm_mks@yahoo.co.id		
Nomor : 403 / STIK-SM / S-1.178 / V / 2023		
Perihal : Permohonan Izin		
Kepada, Yth. Direktur Rumah Sakit Stella Maris Di Makassar		
Dengan hormat, Dalam rangka penyusunan Karya Ilmiah Akhir (KIA) Mahasiswa(i) Program Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar, Tahun Akademik 2022/2023, melalui surat ini kami sampaikan permohonan kepada Bapak/Ibu, untuk kiranya dapat menerima Mahasiswa(i) berikut ini untuk melaksanakan Pengambilan Data pendukung untuk penyusunan KIA.		
No	NIM-Nama Mahasiswa	Judul ASKEP
1	NS2214901063-Gregorius Rikki Basir	Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada Pasien Tn. A dengan Epilepsy pada Ruang IGD RS Stella Maris Makassar
2	NS2214901025-Christin Chatherine S.	
Demikian permohonan ini kami berikan, atas perhatian dan kerja sama Bapak/Ibu kami sampaikan terima kasih.		
Makassar, 23 Mei 2023		
Ketua,  Siprianus Abdu, S.St., Ns., M.Kes. NIDN. 0928027101		

Riwayat Hidup



1. Identitas Diri

Nama : Gregorius Rikky B.
Tempat/ Tanggal Lahir : Polewali/ 19 September 1995
Jenis Kelamni : Laki laki
Alamat : Jl. Hertasning 03

2. Identitas Oratng Tua

Ayah/Ibu : Drs. Martinus Musu/ Rufina, S.Pd.
Agama : Katolik
Pekerjaan : Guru/ Guru
Alamat : Polewali Mandar, Sulawesi Barat

3. Pendidikan yang telah ditempuh

SDN 006 Polewali
SDN 004 Messawa
SMP Katolik Messawa
SMA Katolik Makale
STIK Stella Maris Makassar



1. Identitas Diri

Nama : Christin Chaterine S.
Tempat/ Tanggal Lahir : Pangkep/ 21 Desember 1983
Jenis Kelamni : Perempuan
Alamat : Pesona Barombong Indah

2. Identitas Oratng Tua

Ayah/Ibu : Frederik Aike Sendinganeng/ Sonya
Jacoba Jonas
Pekerjaan : Pensiunan/ IRT
Alamat : Pesona Barombong Indah

3. Pendidikan yang telah ditempuh

TK Swasta Tonasa II Pangkep
SDN 35 Tonasa II Pangkep
SMP Swasta Tonasa II Pangkep
SMA Swasta Angkasa Mandai
STIK Stella Maris Makassar