

**ASUHAN KEPERAWATAN NEUROLOGI PADA PASIEN
DENGAN DIAGNOSIS EPILEPSI DI OKINAWA RED CROSS
HOSPITAL**



Karya Ilmiah Akhir

Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan

Dalam Menyelesaikan Program Sarjana Keperawatan

DISUSUN OLEH :

MUTHIA HANIFA

NIM. SK122041

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KENDAL**

TAHUN 2025

**ASUHAN KEPERAWATAN NEUROLOGI PADA PASIEN
DENGAN DIAGNOSIS EPILEPSI DI OKINAWA RED CROSS
HOSPITAL**



Karya Ilmiah Akhir
Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan
Dalam Menyelesaikan Program Sarjana Keperawatan

DISUSUN OLEH :
MUTHIA HANIFA
NIM. SK122041

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KENDAL

TAHUN 2025

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN KTI

saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Muthia Hanifa

NIM : SK122041

Program Studi : Keperawatan

Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Neurologi Pada Pasien
Dengan Diagnosis Epilepsi Di Okinawa Red Cross
Hospital

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai dengan ketentuan akademik yang berlaku.

Kendal, 30 Oktober 2025

Yang membuat pernyataan,

Muthia Hanifa

NIM.SK122041

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN NEUROLOGI PADA PASIEN DENGAN
DIAGNOSIS EPILEPSI DI OKINAWA RED CROSS HOSPITAL

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar
S.Kep

Disusun Oleh :

MUTHIA HANIFA

NIM.SK122041

Kendal, 30 Oktober 2025

Menyetujui,

Pembimbing

Ns. Dona Yanuar Agus Santoso, S.Kep., MNS

NIPS. 120 209 023

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Ini diajukan oleh :

Nama : Muthia Hanifa

NIM : SK122041

Program studi : Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Neurologi Pada Pasien

Dengan Diagnosis Epilepsi Di Okinawa Red Cross Hospital

Telah diajukan sebagai syarat tugas akhir Progam Studi Sarjana Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal

Mengetahui,

Ketua Progam Studi Sarjana Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal

Ns. Qurrotul Aeni, S.Kep., M.Kep

NIPS. 120 206 018

Mengetahui,

Pembantu ketua I Bidang Akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal

Ns. Dona Yanuar Agus Santoso, S.Kep., MNS

NIPS. 120 209 023

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kita panjatkan atas kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Neurologi Pada Pasien Dengan Diagnosis Epilepsi Di Okinawa Red Cross Hospital”. Karya ini disusun sebagai salah satu syarat dalam penyelesaian studi sarjana keperawatan di STIKES Kendal, dan diharapkan dapat memberikan kontribusi serta wawasan baru dalam bidang keperawatan.

Penulis berharap, hasil temuan dan pemaparan yang disajikan dalam karya ini dapat memberikan sudut pandang baru dan pemahaman yang lebih mendalam bagi pembaca, serta mendorong pembaca untuk melakukan penelitian lebih lanjut di bidang ini. Dalam penyusunan karya tulis ini, penulis menyadari bahwa tidak sedikit bantuan dan dukungan yang telah diberikan oleh berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini izinkan penulis untuk mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ns. Yulia Susanti, S.Kep.,M.Kep.Sp. KepKom, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal yang telah memberikan kesempatan untuk dapat menimba ilmu di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal.
2. Ns. Qurrotul Aeni., S.Kep., M.Kep, selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan yang telah memberikan kesempatan untuk dapat menimba ilmu di Sekolah Tinggi ilmu Kesehatan Kendal.
3. Ns. Dona Yanuar Agus Santoso, S.Kep., MNS selaku dosen pembimbing sekaligus sebagai penguji yang telah membimbing dengan cermat, memberikan masukan-masukan, inspirasi, perasaan nyaman dalam bimbingan serta memfasilitasi demi sempurnanya studi kasus ini.
4. Semua dosen Program Studi Sarjana Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal yang telah memberikan bimbingan dengan sabar dan wawasannya serta ilmu yang bermanfaat.
5. Kedua orang tua penulis yaitu Bapak Surani dan Ibu Jumiatus. Penulis ingin menyampaikan rasa terimakasih yang sedalam – dalamnya kepada kedua orang tua tercinta yang selalu memberikan doa, dukungan, kasih sayang, dan

semangat yang tiada henti. Segala pengorbanan, kerja keras, dan ketulusan mereka menjadi sumber kekuatan dan motivasi terbesar bagi penulis dalam menyelesaikan setiap tahap pendidikan hingga tersusunnya karya tulis ilmiah ini.

6. Kepada adik penulis yaitu Azalia Indriani, yang selalu hadir memberi warna dalam kehidupan penulis. Doa dan dorongan kecil yang ia berikan menjadi penyemangat tersendiri di tengah perjalanan panjang penyusunan karya tulis ini.
7. Kepada kekasih penulis tercinta yaitu Agung Setia Aji, karna telah hadir dan menjadi bagian penting di hidup penulis. Terimakasih atas dukungan dan motivasi yang diberikan agar penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Terimakasih juga karna sudah menjadi tempat cerita dan berbagi keluh kesah penulis selama ini.
8. Sumber-sumber literatur dan referensi, yang telah menjadi acuan dan rujukan dalam penelitian ini. Tanpa informasi yang memadai dari berbagai literatur, penyusunan karya tulis ini tidak akan mungkin terlaksanakan.
9. Teman-teman Program Studi Sarjana Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal yang selalu memberikan dukungan.
10. Dan berbagai pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu, yang telah memberikan dukungan moril dan spiritual

Kendal, 30 Oktober 2025

Penulis,

Muthia Hanifa

NIM.SK122041

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN KTI.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
ABSTRAK.....	xiii
<i>ABSTRACT</i>	xiv
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Gambaran Umum.....	1
1.2 Tujuan penelitian.....	2
BAB II.....	4
TINJAUAN PUSTAKA.....	4
2.1 Tinjauan Teori.....	4
2.1.1 Konsep epilepsi.....	4
2.1.2 Asuhan keperawatan epilepsi.....	11
2.2 Kerangka teori.....	18
BAB III.....	19
METODOLOGI STUDI KASUS.....	19
3.1 Subjek studi kasus.....	19
3.2 Tempat dan waktu studi kasus.....	19
3.3 Intervensi yang dilakukan.....	19
3.4 Evaluasi kasus.....	21
3.5 Etika studi kasus.....	22
BAB IV.....	24
HASIL STUDI KASUS.....	24
4.1 Pengkajian.....	24

4.2	Diagnosa keperawatan.....	26
4.3	Intervensi keperawatan.....	29
4.4	Implementasi keperawatan.....	31
4.5	Evaluasi.....	35
BAB V.....		36
PEMBAHASAN.....		36
5.1	Pengkajian.....	36
5.2	Diagnosa keperawatan.....	38
5.3	Intervensi keperawatan.....	39
5.4	Implementasi keperawatan.....	41
5.5	Evaluasi keperawatan.....	43
BAB VI.....		45
KESIMPULAN DAN SARAN.....		45
6.1	KESIMPULAN.....	45
6.2	SARAN.....	47
DAFTAR PUSTAKA.....		49
LAMPIRAN.....		51

DAFTAR TABEL

Table 1. intervensi yang dilakukan	19
Table 2. Diagnosa Keperawatan	26
Table 3. Intervensi Keperawatan	29
Table 4. Implementasi Keperawatan	31
Table 5. Evaluasi	35

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka teori	17
--------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Lembar Konsultasi	51
-------------------------------	----

Program Studi Sarjana Keperawatan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal

2025

**ASUHAN KEPERAWATAN NEUROLOGI PADA PASIEN DENGAN
DIAGNOSIS EPILEPSI DI OKINAWA RED CROSS HOSPITAL**

MUTHIA HANIFA

ABSTRAK

Epilepsi merupakan gangguan saraf kronis yang menyebabkan kejang berulang karena gangguan aktivitas listrik di otak. Selain memengaruhi kondisi fisik, epilepsi juga berdampak secara psikologis, salah satunya menimbulkan kecemasan, terutama pada remaja. Penulisan ini bertujuan untuk menyajikan gambaran asuhan keperawatan pada pasien dengan epilepsi melalui tahapan proses keperawatan, yaitu pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Metode yang digunakan adalah studi kasus deskriptif dengan subjek remaja laki-laki usia 18 tahun yang dirawat di ruang neurologi Okinawa Red Cross Hospital karena kejang berulang. Pengkajian dilakukan menggunakan pendekatan SDKI, SLKI, dan SIKI. Ditemukan tiga masalah utama: risiko cedera, ansietas, dan kurangnya pemahaman pasien terhadap epilepsi. Intervensi diberikan dalam bentuk edukasi, pendampingan emosional, dan tindakan pencegahan cedera. Setelah menjalani intervensi, pasien mulai lebih memahami kondisi kesehatannya dan terlihat lebih tenang. Hasil evaluasi menunjukkan adanya perkembangan positif, meski tetap disarankan untuk dilakukan pemantauan lebih lanjut.

Kata kunci : epilepsi, kejang, keperawatan neurologi, remaja

Program Studi Sarjana Keperawatan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal

2025

***NEUROLOGICAL NURSING CARE FOR A PATIENT DIAGNOSED WITH
EPILEPSY AT OKINAWA RED CROSS HOSPITAL***

MUTHIA HANIFA

ABSTRACT

Epilepsy is a chronic neurological disorder that causes recurrent seizures due to abnormal electrical activity in the brain. In addition to affecting physical health, epilepsy also has psychological impacts, one of which is anxiety, especially among adolescents. This paper aims to present an overview of nursing care for patients with epilepsy through the stages of the nursing process: assessment, diagnosis, intervention, implementation, and evaluation. The method used is a descriptive case study involving an 18-year-old male adolescent who was admitted to the neurology ward of Okinawa Red Cross Hospital due to recurrent seizures. The assessment was carried out using the SDKI, SLKI, and SIKI frameworks. Three main nursing problems were identified: risk of injury, anxiety, and lack of patient understanding about epilepsy. Interventions were provided in the form of education, emotional support, and injury prevention measures. After undergoing the interventions, the patient began to better understand his health condition and appeared calmer. The evaluation showed positive progress, although continued monitoring is still recommended.

Keywords : epilepsy, seizures, neurological nursing care, adolescent

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Gambaran Umum

Epilepsi merupakan penyakit kronis, atau yang dikenal juga sebagai penyakit ayan. Kondisi ini ditandai dengan kejang berulang akibat aktivitas listrik abnormal di otak. (WHO, 2023). Menurut World Health Organization (WHO), sekitar 50jt orang didunia hidup dengan epilepsi, menjadikan penyakit ini salah satu gangguan saraf paling umum secara global. Di Jepang, jumlah penderita epilepsi diperkirakan mencapai 600.000 hingga 1 juta jiwa, atau sekitar 0,6% hingga 0,8% dari populasi (Japan Epilepsy Society, 2023). Di Okinawa sendiri, kasus epilepsi juga menjadi perhatian medis. Okinawa Red Cross Hospital, sebagai rumah sakit rujukan di prefektur ini, menangani pasien dengan keluhan kejang, baik dalam diagnosis awal maupun rujukan.

Salah satu pasien yang menjalani perawatan diruang neurologi rumah sakit tersebut adalah Tn.Y. Pasien dengan inisial Tn.Y adalah seorang remaja laki-laki berusia 18 tahun yang dirawat diruang neurologi lantai 4 barat Okinawa Red Cross Hospital karena mengalami kejang. Pasien mengalami kejang pertama saat berada dirumah. Menurut keterangan keluarga, pasien tiba-tiba jatuh, tubuhnya kaku dan mengalami kejang selama satu menit. Setelah sadar, pasien tampak kebingungan dan cemas. Sepanjang perjalanan hingga tiba dirumah sakit, ekspresi wajahnya menunjukkan kekhawatiran dan kegelisahan, sampai ia tidak dapat menjelaskan apa yang dialaminya.

Sebelum menjalani pemeriksaan EEG (Elektroensefalogram), pasien terlebih dahulu dilakukan pemeriksaan fisik dan neurologis untuk menilai tingkat kesadaran, refleks, dan tanda- tanda sistem saraf lainnya. Pasien juga menjalani CT Scan kepala untuk mendeteksi adanya pendarahan, trauma, atau tumor sebagai pemicu kejang. Setelah hasil CT

Scan keluar pasien dijadwalkan menjalani pemeriksaan EEG selama kurang lebih tiga hari.

Selama masa observasi, pasien kembali mengalami kejang dan terjatuh dari tempat tidur hingga mengenai lantai. Meskipun tidak ditemukan cedera serius, kejadian ini membuat pasien tampak lebih takut dan cemas. Pemeriksaan tanda- tanda vital menunjukkan hasil dalam batas normal: tekanan darah 118/76mmHg, nadi 92x/menit, suhu 36,5°C, dan pernapasan 20x/menit. Kesadaran baik, namun pasien tampak lebih waspada.

Pengkajian keperawatan dilakukan berdasarkan pendekatan SDKI, SLKI, dan SIKI. Hasil pengkajian menunjukkan pasien merasa takut kejang akan kambuh, belum memahami kondisi epilepsi yang dialaminya dan kurang mampu melakukan kontak mata saat wawancara. Pasien tampak cemas, dan diam. Berdasarkan data tersebut, ditemukan tiga diagnosa keperawatan yaitu: resiko cedera berhubungan dengan kejang yang belum terkontrol, ansietas berhubungan dengan ketakutan kejang berulang, serta defisit pengetahuan mengenai epilepsi dan penanganannya.

1.2 Tujuan penelitian

a. Tujuan umum:

Melaksanakan asuhan keperawatan neurologi dengan diagnosis epilepsi di lantai 4 Barat Okinawa Red Cross Hospital

b. Tujuan khusus :

- 1) Menggambarkan hasil pengkajian keperawatan pada pasien dengan epilepsy, baik subjektif maupun objektif
- 2) Merumuskan diagnose keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien berdasarkan SDKI
- 3) Menyusun rencana intervensi keperawatan sesuai SIKI untuk mengatasi masalah utama pasien

- 4) Melaksanakan implementasi keperawatan berdasarkan intervensi yang telah direncanakan

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori

2.1.1 Konsep epilepsi

a. Definisi

Epilepsi merupakan gangguan neurologis kronis yang membuat otak mengalami kejang berulang akibat aktivitas Listrik yang abnormal. Menurut International League Against Epilepsy (ILAE, 2022) epilepsi adalah penyakit otak jangka Panjang yang ditandai dengan kejang, dan dapat mempengaruhi fungsi neurobiologis, kognitif, psikologis, hingga sosial seseorang. Seseorang dapat di diagnosis epilepsi jika mengalami dua atau lebih kejang tanpa pemicu dengan jarak lebih dari 24 jam, satu kejang berisiko mengalami kekambuhan $\geq 60\%$ dalam 10 tahun, atau telah terdiagnosis sindrom epilepsi tertentu.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2023) menyatakan bahwa epilepsi merupakan penyakit otak kronis yang tidak menular dan mempengaruhi 50 juta orang di seluruh dunia. Epilepsi ditandai dengan kejang berulang, yaitu episode singkat Gerakan tubuh yang tidak terkendali, baik Sebagian maupun seluruh tubuh, yang kadang disertai kehilangan kesadaran atau kendali terhadap tubuh

Sementara itu, (Mayo Clinic, 2024). menjelaskan bahwa epilepsi adalah gangguan pada sistem saraf pusat yang membuat aktivitas otak menjadi abnormal, sehingga menyebabkan gejala seperti kejang, perubahan perilaku, gangguan sensasi, atau bahkan hilangnya kesadaran. Jenis dan

gejala kejang antar individu dapat bervariasi, tergantung pada bagian otak yang terlibat dan tingkat keparahannya.

b. Etiologi

Epilepsi memiliki beragam penyebab yang bisa berbeda-beda pada setiap orang. Mayo Clinic (2024) menjelaskan bahwa kondisi ini dapat muncul karena sejumlah faktor, mulai dari cedera kepala, stroke, infeksi pada sistem saraf pusat, kelainan perkembangan otak, tumor, hingga faktor genetik. Namun, pada sebagian kasus, penyebab epilepsi tetap tidak bisa dipastikan meskipun pemeriksaan medis telah dilakukan secara menyeluruh.

Secara umum, para ahli membagi penyebab epilepsi ke dalam enam kelompok utama (Cascino et al., 2021; PERDOSSI, 2019), yaitu:

1) Struktural

Gangguan atau kerusakan pada struktur otak, misalnya akibat stroke, cedera kepala, infeksi, atau gangguan perkembangan otak sejak lahir.

2) Genetik

Mutasi atau perubahan gen tertentu yang berperan dalam memicu kejang, seperti pada kasus Childhood Absence Epilepsy atau Juvenile Myoclonic Epilepsy.

3) Infeksi

Infeksi yang menyerang otak, seperti ensefalitis, meningitis, HIV, atau neurocysticercosis, dapat menyebabkan gangguan listrik otak yang memicu kejang.

4) Metabolik

Gangguan metabolisme, seperti kelainan enzim bawaan, bisa memengaruhi fungsi otak dan menjadi pemicu timbulnya kejang.

5) Immunologis

Kondisi di mana sistem kekebalan tubuh menyerang jaringan saraf sendiri (autoimun), contohnya pada epilepsi yang berkaitan dengan multiple sclerosis.

6) Tidak diketahui

Pada sebagian kasus, meskipun telah dilakukan berbagai pemeriksaan neurologis dan pencitraan otak, penyebab epilepsi tetap tidak dapat ditemukan secara pasti.

Memahami penyebab epilepsi menjadi langkah awal yang penting dalam menentukan rencana perawatan yang tepat. Sebab, pendekatan terapi dan penanganan medis bisa sangat berbeda tergantung dari faktor penyebab yang mendasarinya.

c. Patofisiologi

Lesi yang menjadi pemicu rangsangan di area tertentu korteks serebral dan menyebabkan serangan epilepsi dapat berupa jaringan parut akibat trauma saat lahir, cedera kepala, infeksi pada selaput atau jaringan otak, maupun tumor otak. Tingkat keparahan kejang sangat bergantung pada lokasi dan jenis kelainan yang terjadi. Area yang pertama kali menghasilkan muatan listrik tidak normal dan memicu kejang fokal disebut sebagai fokus epileptogenik. Sebaliknya, jika kerusakan terjadi di otak kecil atau batang otak, maka serangan epilepsi cenderung terjadi secara lebih luas dan kompleks.

Pada tingkat membran sel, sel saraf (neuron) yang terlibat dalam epilepsi menunjukkan perubahan biokimia tertentu. Beberapa di antaranya adalah:

- 1) Membran sel saraf menjadi lebih tidak stabil, sehingga sel menjadi lebih mudah terangsang.
- 2) Ambang rangsang neuron menurun, membuatnya lebih mudah diaktifkan oleh rangsangan yang seharusnya tidak cukup kuat.
- 3) Terjadi gangguan polarisasi membran sel saraf yang menyebabkan aktivitas listrik tidak normal.
- 4) Ketidakseimbangan ion-ion dalam dan luar sel mengganggu lingkungan kimia neuron. Selama kejang, terjadi perubahan elektrolit yang menyebabkan depolarisasi (aktivasi) sel saraf secara berlebihan.

Setelah kejang, otak mengalami peningkatan kebutuhan energi karena aktivitas saraf yang sangat tinggi. Dalam kondisi ini, aliran darah otak meningkat, begitu pula dengan proses respirasi dan glikolisis jaringan. Aktivitas listrik neuron motorik bahkan bisa meningkat hingga 100 kali lebih cepat dari biasanya. Setelah kejang berakhir, cairan serebrospinal bisa mengandung asetilkolin, sedangkan kadar glutamat dapat menurun.

Pelepasan muatan listrik di satu area otak bisa menyebar dan memengaruhi area sekitarnya, bahkan sampai menjalar ke seluruh bagian korteks otak di kedua belahan. Ini bisa menyebabkan kejang menyeluruh.

Gejala yang muncul bisa bervariasi, misalnya kejang hanya pada otot lengan kiri tanpa disertai hilangnya kesadaran. Namun jika aktivitas listrik menyebar dari fokus epilepsi ke

seluruh korteks, maka bisa terjadi kejang umum yang melibatkan seluruh tubuh.

Dari sisi genetik, ada kemungkinan epilepsi berkaitan dengan penyakit sistemik idiopatik. Hal ini bisa terjadi jika seseorang memiliki gen yang memengaruhi produksi atau metabolisme glutamat, yaitu senyawa yang menghasilkan asam gamma-aminobutirat (GABA). GABA merupakan zat penghambat alami aktivitas saraf. Orang yang secara genetik tidak mampu menghasilkan GABA dalam jumlah cukup cenderung lebih mudah mengalami epilepsi, baik yang bersifat fokal maupun umum.

d. Manifestasi klinis

Beberapa pasien dengan epilepsi dapat mengalami tanda-tanda awal yang tidak spesifik beberapa jam sebelum kejang terjadi, seperti sakit kepala, perubahan suasana hati, rasa lelah yang tidak biasa, atau gerakan otot tiba-tiba seperti sentakan mioklonik. Gejala ini disebut sebagai gejala prodromal, dan berbeda dari aura. Aura merupakan bagian awal dari kejang yang berlangsung beberapa detik hingga menit sebelum kejang utama, dan biasanya menandakan bahwa kejang dimulai dari area tertentu di otak (onset fokal).

Namun, pada sebagian besar kasus, kejang muncul secara tiba-tiba tanpa adanya peringatan, dan bisa terjadi kapan saja, tanpa dipengaruhi oleh posisi tubuh atau aktivitas yang sedang dilakukan. Meski demikian, pada beberapa orang, kejang cenderung muncul di waktu-waktu tertentu, misalnya saat tidur, atau sebagai respons terhadap faktor pencetus seperti kurang tidur, melewatkan waktu makan, stres emosional, menstruasi, konsumsi alkohol, atau penggunaan zat psikoaktif. Demam yang muncul akibat infeksi ringan juga dapat memicu kejang

pada sebagian pasien epilepsi. Di sisi lain, ada juga pasien yang memiliki kejang karena rangsangan tertentu yang sangat spesifik, misalnya paparan cahaya berkedip seperti dari televisi atau lampu disko (epilepsi fotosensitif), suara musik tertentu, atau bahkan saat Pemeriksaan penunjang

e. Pemeriksaan penunjang

Tujuan utama dari pemeriksaan pada pasien dengan dugaan epilepsi adalah untuk mendeteksi adanya kelainan otak yang dapat diobati dan mengidentifikasi faktor-faktor yang mungkin memicu kejang. Proses ini dimulai dengan pengumpulan riwayat medis secara menyeluruh (anamnesis) dan pemeriksaan fisik lengkap guna menyingkirkan kemungkinan penyebab lain dari hilangnya kesadaran, seperti gangguan jantung atau metabolik. Pemeriksaan darah juga perlu dilakukan untuk mencari tanda-tanda penyebab kejang lainnya, seperti hipoglikemia (kadar gula darah rendah), hipokalsemia (kadar kalsium rendah), atau indikasi kecanduan alkohol, yang bisa diketahui dari kadar alkohol dalam darah, nilai volume sel darah merah rata-rata (MCV), atau kadar enzim γ -glutamyl transferase (GGT).

Setiap pasien juga sebaiknya menjalani foto rontgen dada untuk mendeteksi kemungkinan gangguan sistemik yang mungkin berhubungan dengan kondisi neurologis. Pemeriksaan EEG (elektroensefalogram) berguna untuk membantu menentukan jenis epilepsi dan mengetahui lokasi fokus epileptik. Misalnya, aktivitas gelombang lambat pada EEG bisa menjadi petunjuk adanya tumor otak. Namun perlu diingat, diagnosis epilepsi tidak bisa hanya bergantung pada hasil EEG karena epilepsi adalah diagnosis klinis—berdasarkan gejala pasien, bukan semata hasil listrik otak. Bahkan sekitar 10–15%

orang sehat dapat memiliki hasil EEG yang abnormal. Jika dicurigai adanya gangguan irama jantung (aritmia) sebagai penyebab kejang, maka pemantauan EKG selama 24 jam secara terus-menerus sangat dianjurkan. Selain itu, CT scan kepala juga direkomendasikan untuk menyingkirkan kemungkinan adanya kelainan otak fokal. Pemeriksaan ini sangat berguna terutama pada epilepsi dengan onset lambat, kejang parsial, atau ketika hasil EEG menunjukkan kelainan fokal, khususnya bila disertai dengan gelombang lambat

f. Penatalaksanaan epilepsi

Penanganan epilepsi bersifat jangka panjang dan disesuaikan dengan kebutuhan tiap pasien. Tujuan utamanya adalah menghentikan kejang secepat mungkin, memastikan suplai oksigen ke otak tercukupi, dan mencegah kejang berulang.

Langkah awal saat kejang:

1. Pastikan jalan napas terbuka dan pasang infus.
2. Berikan diazepam IV perlahan untuk mengatasi kejang.
3. Lanjutkan dengan antikonvulsan lain (fenitoin/fenobarbital).
4. Pantau tanda vital, status neurologis, dan EEG secara berkala.
5. Gunakan anestesi umum bila kejang tidak berhenti.
6. Cek kadar obat dalam darah dan waspadai pembengkakan otak.
7. Pantau risiko henti napas atau jantung.

Terapi obat jangka panjang:

1. Umumnya dengan satu jenis obat (monoterapi).
2. Obat yang umum: karbamazepin, valproat, fenitoin, dll.

3. Pemeriksaan rutin dibutuhkan untuk mengontrol efek samping.
4. Jaga kebersihan gigi, terutama bila menggunakan fenitoin.

Terapi bedah:

1. Dilakukan jika penyebab kejang adalah kelainan otak seperti tumor atau kista.
2. Fokus epilepsi dapat diangkat bila letaknya jelas dan aman dieksisi.

2.1.2 Asuhan keperawatan epilepsi

a. Pengkajian

1. Identitas klien

Mengumpulkan data yang meliputi nama, usia, jenis kelamin, alamat, agama, pekerjaan, kebangsaan, suku, pendidikan terakhir, nomor register, serta diagnosa medis yang sedang dialami pasien

2. Keluhan utama

Pasien atau keluarga datang ke pelayanan kesehatan karena adanya penurunan kesadaran secara tiba-tiba. Selain itu, keluarga sering melaporkan pasien mengalami kejang, cedera ringan akibat jatuh, atau kelelahan berat setelah serangan kejang

3. Riwayat penyakit sekarang

Pasien dengan epilepsi dapat menunjukkan tanda-tanda seperti kejang, sakit kepala, leher kaku, demam, mual-muntah, sulit berkonsentrasi, sensitif terhadap cahaya, serta penurunan nafsu makan. Beberapa pasien juga mengalami cedera setelah serangan.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Perawat menanyakan riwayat penyakit sebelumnya, apakah pasien pernah mengalami keluhan serupa, pernah menjalani operasi, atau memiliki riwayat alergi terhadap obat maupun makanan. Riwayat penggunaan obat antikejang dan waktu terakhir serangan juga penting digali.

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ditanyakan apakah ada anggota keluarga dengan riwayat epilepsi atau penyakit lain yang diturunkan secara genetik, untuk membantu menentukan faktor risiko pasien.

6. Pemeriksaan Fisik

- B1 (Breath): frekuensi napas meningkat, kadang disertai henti napas singkat atau risiko aspirasi.
- B2 (Blood): nadi cepat, dapat muncul cianosis.
- B3 (Brain): kesadaran menurun setelah serangan.
- B4 (Bladder): dapat terjadi oliguria atau inkontinensia urine.
- B5 (Bowel): nafsu makan menurun, berat badan berkurang, kadang disertai inkontinensia alvi.
- B6 (Bone): pasien tampak lemas, tremor pada anggota gerak, serta mengeluh meriang.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada pasien epilepsi antara lain :

1. Risiko cedera berhubungan dengan aktivitas kejang (D.0136)
2. Ansietas berhubungan dengan serangan kejang yang berulang (D.0080)

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit dan obat (D.0111)

c. Rencana Keperawatan

1. Diagnosa Keperawatan

Ansietas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang kondisi dan penyakit yang diderita.

Tujuan

Pasien dan keluarga memahami kondisi epilepsi sehingga kecemasan dapat berkurang.

Kriteria Hasil :

- Pasien mampu mengungkapkan kebingungan dengan lebih jelas.
- Pasien tampak lebih tenang, dengan penurunan ekspresi khawatir.
- Perilaku gelisah menurun.

Intervensi dan Rasionalisasi

- a) Memantau terjadinya kejang berulang
Rasional: Mengetahui apakah terdapat serangan kejang yang muncul kembali.
- b) Mengobservasi karakteristik kejang (jenis, frekuensi, lama, dan gejala penyerta)
Rasional: Mendapatkan data akurat untuk evaluasi perkembangan penyakit.
- c) Membaringkan pasien di posisi aman saat kejang
Rasional: Mencegah pasien terjatuh atau mengalami cedera.
- d) Memberikan alas empuk di bawah kepala pasien

Rasional: Melindungi kepala dari benturan selama kejang.

- e) Mempertahankan jalan napas tetap terbuka

Rasional: Mencegah obstruksi jalan napas dan memastikan oksigenasi adekuat.

- f) Mendampingi pasien selama periode kejang

Rasional: Memberikan rasa aman dan memastikan keselamatan pasien.

- g) Mendokumentasikan serta memantau perkembangan kejang

Rasional: Memudahkan tenaga kesehatan mengevaluasi efektivitas terapi.

- h) Menjauhkan benda berbahaya, terutama benda tajam, dari sekitar pasien

Rasional: Mengurangi risiko cedera saat pasien mengalami kejang.

- i) Mencatat durasi kejang

Rasional: Mengetahui lama kejang untuk pertimbangan terapi medis lebih lanjut.

- j) Melakukan reorientasi pada pasien setelah kejang

Rasional: Menilai fungsi memori dan status kesadaran pasca kejang.

2. Risiko cedera berhubungan dengan kondisi kejang.

Tujuan

Mengurangi risiko cedera melalui pemantauan tingkat keparahan kejang dan kemungkinan cedera yang dialami atau dilaporkan.

Kriteria Hasil

- Frekuensi terjadinya cedera berkurang.
- Luka atau lecet yang muncul semakin menurun.

Intervensi dan Rasionalisasi

- a) Mengidentifikasi area lingkungan yang berpotensi membahayakan pasien

Rasional: Membantu perawat dan keluarga mengetahui area yang bisa menyebabkan cedera saat kejang.

- b) Menggunakan pengaman pada tempat tidur pasien

Rasional: Mencegah pasien terjatuh dari tempat tidur ketika kejang terjadi.

- c) Melibatkan keluarga untuk mendampingi pasien

Rasional: Memberikan edukasi langsung kepada keluarga mengenai cara penanganan pasien ketika kejang, sehingga pendampingan lebih aman dan efektif.

- d) Menjelaskan langkah-langkah pencegahan cedera kepada pasien dan keluarga

Rasional: Mengurangi risiko miskomunikasi serta mencegah kesalahan penanganan yang dapat memperparah kondisi pasien.

- 3. Kurang pengetahuan tentang kondisi penyakit berhubungan dengan kesalahan interpretasi.

Tujuan & Kriteria Hasil

Pasien dan keluarga diharapkan mampu:

- a) Menunjukkan pemahaman tentang epilepsi serta faktor pemicu kejang.
- b) Memulai perubahan perilaku/gaya hidup yang sesuai untuk mengurangi risiko kejang.
- c) Mematuhi aturan penggunaan obat sesuai resep.

Intervensi Keperawatan dan Rasionalisasi

- a) Memberikan penjelasan ulang mengenai penyakit, patofisiologi, prognosis, serta perlunya pengobatan jangka panjang.
Membantu pasien dan keluarga mengklarifikasi kesalahpahaman, sekaligus memahami bahwa epilepsi dapat dikelola dengan baik.
- b) Meninjau kembali obat yang digunakan serta menekankan pentingnya kepatuhan minum obat.
Kepatuhan obat mencegah kekambuhan dan kejang berulang.
- c) Menganjurkan minum obat bersamaan dengan makan bila memungkinkan.
Mengurangi risiko iritasi lambung, mual, atau muntah.
- d) Mengedukasi tentang efek samping obat (misalnya mengantuk, gangguan tidur, perubahan gusi, gangguan penglihatan, ruam kulit, sinkop).
Membantu pasien mengenali tanda awal komplikasi dan ikut serta dalam pengambilan keputusan terkait terapi.
- e) Memberikan informasi mengenai interaksi obat serta pentingnya melapor jika mendapat obat lain.
Mengurangi risiko interaksi yang dapat memicu kejang atau menurunkan efektivitas obat.
- f) Menganjurkan penggunaan gelang identitas penderita epilepsi.
Memudahkan penanganan cepat saat keadaan darurat.

g) Menekankan pentingnya evaluasi medis dan pemeriksaan laboratorium secara rutin.

Untuk memantau efektivitas terapi dan mendeteksi dini efek samping obat yang serius.

h) Membicarakan pengaruh perubahan hormonal (menstruasi/kehamilan) terhadap risiko kejang.

Membantu pasien mengantisipasi peningkatan risiko pada kondisi tertentu.

i) Menganjurkan pola hidup sehat: diet seimbang, istirahat cukup, olahraga teratur, serta menghindari alkohol, kafein, dan obat pemicu kejang.

Membantu menjaga kondisi tubuh optimal, menurunkan faktor risiko, dan meningkatkan coping.

j) Menekankan pentingnya menjaga kebersihan mulut dan melakukan kontrol gigi secara rutin.

Mengurangi risiko infeksi mulut dan hiperplasia gusi akibat obat antikonvulsan.

k) Mendiskusikan keterbatasan aktivitas serta langkah keamanan (misalnya saat mengemudi, berenang, atau menggunakan alat berat).

Mengurangi risiko cedera jika kejang terjadi mendadak.

l) Mengedukasi mengenai hukum atau regulasi terkait epilepsi.

Membantu pasien memahami hak serta batasan yang berlaku, misalnya terkait izin mengemudi atau pekerjaan tertentu.

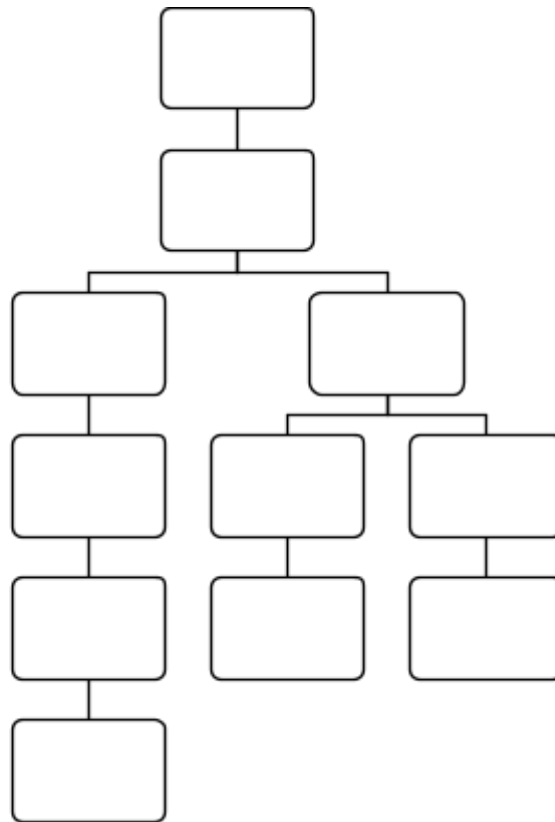
d. Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini, perawat mulai memberikan asuhan keperawatan yang dilaksanakan berdasarkan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Implementasi merupakan tindakan mewujudkan rencana keperawatan yang telah disusun kepada pasien. Dalam pelaksanaannya perawat tidak bekerja sendiri, tetapi berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya. (Doenges, 2012 dalam Rani dan Iga, 2018)

g. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan. Proses ini dilakukan dengan meninjau respon pasien agar diketahui apa saja tujuan keperawatan yang sudah dicapai, serta bagaimana respon pasien terhadap intervensi yang sudah diberikan jika hasil yang diharapkan belum tercapai, maka rencana keperawatan perlu ditinjau lagi. Dengan ini, evaluasi bertujuan untuk menilai keberhasilan proses keperawatan dan menjadi dasar perbaikan rencana bila diperlukan.

2.2 Kerangka teori



Gambar 1. Kerangka teori

BAB III

METODOLOGI STUDI KASUS

3.1 Subjek studi kasus

Subjek dalam studi kasus ini adalah Tn.Y, seorang pasien laki-laki berusia 18 tahun dengan diagnosis epilepsi

3.2 Tempat dan waktu studi kasus

Studi kasus ini dilakukan selama pasien dilakukan perawatan di lantai 4 barat Okinawa Red Cross Hospital, Okinawa, Jepang. Waktu pelaksanaan studi kasus dimulai pada tanggal 16 hingga 18 Oktober 2024.

3.3 Intervensi yang dilakukan

Intervensi keperawatan yang dilakukan disusun berdasarkan hasil pengkajian keperawatan menggunakan pendekatan SDKI, SLKI, dan SIKI. Berikut adalah intervensi keperawatan yang diberikan :

Table 1. intervensi yang dilakukan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	LUARAN KEPERAWATAN	INTERVENSI KEPERAWATAN
1.	(D.0110) resiko cedera b.d kejang	(L.14136) tingkat cedera setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan kejadian cedera menurun, dan luka/ lecet menurun	(I.14537) Pencegahan cedera ☐ Observasi • Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera ☐ Terapeutik • Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat • Pastikan bel panggilan atau

			telepon mudah dijangkau ● Pertimbangkan penggunaan alarm elektronik pribadi atau alarm sensor pada tempat tidur atau kursi ☐ Edukasi Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga
2.	(D.0080) Ansietas b.d Ds : merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi Do : sulit tidur	(L.09093) tingkat ansietas setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, dan pola tidur membaik	(I.09314) Reduksi Ansietas ☐ Observasi Monitor tanda-tanda ansietas ☐ Terapeutik ● Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan ● Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan ☐ Edukasi ● Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis ● Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan

			☐ Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat antiansietas jika perlu
3.	(D.0111) defisit pengetahuan b.d ketidaktahuan menemukan sumber informasi	(L.12111) tingkat pengetahuan diharapkan setelah dilakukan asuhan keperawatan perilaku sesuai anjuran meningkat, dan perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat	(I.12383) Edukasi kesehatan ☐ Observasi Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi ☐ Terapeutik Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan ☐ Edukasi Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan

3.4 Evaluasi kasus

Evaluasi kasus dilakukan untuk mengetahui apakah tindakan keperawatan yang diberikan sudah membantu pasien mencapai kondisi yang lebih baik. Penilaian ini dilakukan secara berkala selama tiga hari, dengan memperhatikan hasil yang diharapkan berdasarkan standar luaran keperawatan. Fokus evaluasi adalah pada perubahan yang dialami pasien, misalnya apakah kejang masih terjadi, sudah berkurang, atau bahkan berhenti. Selain itu, perawat juga mengamati tingkat kesadaran pasien setelah kejang, apakah pasien bisa kembali berkomunikasi dengan baik, atau masih terlihat bingung dan cemas. Respons emosional pasien, seperti kecemasan atau ketakutan setelah kejang, juga diperhatikan sebagai bagian penting dari proses pemulihan. Selama evaluasi, perawat juga mencatat apakah pasien mau mengikuti pengobatan dan menerima edukasi yang diberikan dengan baik. Semua data penting seperti tanda-tanda vital dan

hasil pemeriksaan penunjang digunakan untuk memastikan kondisi pasien stabil. Hasil evaluasi ini kemudian menjadi dasar untuk menilai apakah rencana asuhan keperawatan sudah tepat, perlu dilanjutkan, atau mungkin perlu disesuaikan agar lebih efektif

(Ulfah, 2015) menjelaskan bahwa evaluasi keperawatan gerontik adalah penilaian keberhasilan rencana keperawatan dan pelaksanaan keperawatan gerontic untuk memenuhi kebutuhan lansia dengan SOAP, yaitu:

- a. S (Subjective) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari lansia setelah tindakan diberikan.
- b. O (Objective) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
- c. A (Assesment) adalah membandingkan antar informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.
- d. P (Planning) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisis.

3.5 Etika studi kasus

Etika penelitian berfungsi sebagai panduan moral agar peneliti bertindak profesional dan menghormati partisipan selama studi berlangsung (Saidin & Jailani, 2023). Prinsip etika utama meliputi:

1. Informed Consent

Sebelum berpartisipasi, individu diberi informasi yang jelas dan lengkap tentang tujuan, prosedur, manfaat, serta risiko penelitian. Jika setuju, mereka menandatangani formulir persetujuan. Namun, hak untuk menolak tetap harus dihormati.

2. Anonymity

Identitas partisipan dijaga kerahasiaannya dengan tidak mencantumkan nama asli dalam alat maupun laporan pengumpulan

data. Sebagai gantinya, digunakan kode atau simbol untuk melindungi privasi mereka.

3. *Confidentiality*

Semua data yang dikumpulkan dijaga keamanannya dan hanya dilaporkan secara kelompok. Tidak ada informasi individu yang diungkapkan demi menjaga privasi partisipan.

4. *Beneficence*

Penelitian harus memberikan manfaat positif, baik secara langsung kepada partisipan maupun masyarakat luas. Peneliti harus menghindari segala bentuk bahaya atau eksploitasi selama proses penelitian.

5. *Non-Maleficence*

Peneliti diharapkan meminimalkan segala risiko dan memastikan tidak ada bahaya, baik fisik maupun emosional, yang menimpa partisipan. Semua potensi bahaya harus diantisipasi terlebih dahulu demi menjaga keselamatan selama penelitian.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS

4.1 Pengkajian

1. Identitas

Nama : Tn. Y
Usia : 18 tahun
Jenis kelamin : Laki - laki
Diagnosa medis : Epilepsi

2. Keluhan utama

Kejang disertai hilangnya kesadaran selama kurang lebih satu menit. Diikuti kebingungan dan menunjukkan tanda-tanda kecemasan.

3. Riwayat penyakit sekarang

Kejadian pertama dirumah pasien tiba-tiba jatuh, mengalami kejang kurang lebih 1 menit, setelah sadar tampak bingung, cemas, dan suit menceritakan kejadian. Saat perawatan, monitoring EEG selama kurang lebih 3 hari, terjadi satu episode kejang di bangsal, pasien sempat jatuh dari tempat tidur dan mengenal lantai, tidak ada cedera serius.

4. Riwayat penyakit dahulu

Tidak ada informasi spesifik tentang trauma kepala berat, infeksi SSP, atau operasi

5. Riwayat keluarga

Tidak ada anggota keluarga dengan epilepsi yang diketahui

6. Tanda- tanda vital

- a. Tekanan Darah : 118/76 mmHg
- b. Nadi : 92 x/menit
- c. Pernapasan : 20 x/menit
- d. Suhu : 36,5°C

- e. Ekspresi : Tampak cemas, tegang

7. Pemeriksaan fisik

- a. B1 (Breath) : pola napas teratur, dan tidak ada suara tambahan seperti grok-grok atau mengi
- b. B2 (Blood) : aliran darah ke tubuh baik, dan tidak ada tanda kebiruan pada kulit atau bibir.
- c. B3 (Brain/ neurologi) : kesadaran compos (GCS 15), orientasi baik, cemas. Tidak ada tanda kelumpuhan atau gangguan saraf khusus, ukuran pupil sama besar dan bereaksi normal terhadap cahaya, kekuatan otot seimbang kanan dan kiri, refleks normal, dan tidak ada tanda-tanda radang selaput otak.
- d. B4 (Bladder) : BAK mandiri, tidak ada keluhan, dan belum pernah dilaporkan ngompol saat kejang
- e. B5 (Bowel) : nafsu makan sedikit menurun, tetapi buang air besar tetap teratur, pasien tidak mengeluh mual
- f. B6 (Bone) : tidak ada nyeri tekan pada tulang atau otot, tidak ditemukan luka atau memar serius setelah jatuh, kulit dalam kondisi baik.
- g. Keamanan lingkungan : tempat tidur pasien dipasang pagar pengaman, dan area sekitar tempat tidur sudah dibersihkan dari benda tajam atau keras untuk mencegah cedera saat kejang.

8. Pemeriksaan penunjang

- a. CT Scan Kepala : Tidak ditemukan tanda-tanda trauma atau tumor.
- b. EEG (Elektroensefalogram) : Pemeriksaan dilakukan selama 3 hari. Hasil menunjukkan pola aktivitas listrik abnormal di area tertentu otak.

9. Pengkajian spiritual

- a. Pasien meyakini bahwa sakit yang dialaminya adalah ujian dari tuhan
- b. Setelah kejang pasien merasa cemas, pasien berdoa untuk menenangkan diri
- c. Dukungan keluarga membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan spiritual

10. Koping dan stres

- a. Pasien merasa khawatir dan cemas akan kejang berulang
- b. Pasien mengalami stres karena kejang muncul tiba-tiba tanpa peringatan
- c. Pasien bingung terkait pencetus kejang dan penggunaan obat
- d. Cenderung diam dan menghindari kontak mata saat berkomunikasi (koping kurang adaptif)
- e. Dukungan keluarga cukup baik, selalu mendampingi pasien selama dirawat
- f. Adanya dukungan keluarga membantu pasien lebih tenang dan menerima kondisinya

4.2 Diagnosa keperawatan

Table 2. Diagnosa Keperawatan

NO	DATA FOKUS	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
1.	DS : Pasien mengatakan merasa takut dan khawatir kejang kambuh DO :	• Ansietas (D.0080)	Berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit, pengalaman serta serangan kejang berulang, dan

	• Pasien tampak gelisah • Wajah tegang • Sering bertanya tentang penyakitnya • Tampak sulit tidur		ketidakpastian terhadap kondisi kesehatan
2.	DS : Pasien mengatakan khawatir jika kejang terjadi mendadak DO : • Riwayat kejang berulang • Kesadaran menurun pasca kejang • resiko jatuh dari tempat tidur saat kejang • tidak ada tanda-tanda trauma saat ini	Risiko cedera (D.0136)	Berhubungan dengan aktivitas listrik yang berlebih pada otak yang memicu kejang dan hilangnya kontrol motorik saat serangan
3.	DS : Pasien mengatakan belum mengetahui cara mencegah kejang dan cara perawatan diri DO : • Pasien dan keluarga sering bertanya tentang epilepsi	Defisit ilmu pengetahuan (D.0111)	Berhubungan dengan kurangnya informasi yang adekuat mengenai penyakit epilepsi, pengobatan, dan perawatan diri

	• Terlihat bingung mengenai penyebab kejang		
--	---	--	--

4.3 Intervensi keperawatan

Table 3. Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	LUARAN KEPERAWATAN	INTERVENSI KEPERAWATAN
1.	(D.0110) resiko cedera b.d kejang	(L.14136) tingkat cedera setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x24 jam diharapkan : Toleransi aktivitas meningkat Kejadian cedera luka/lecet menurun Pola istirahat/ tidur membaik	(I.14537) Pencegahan cedera ☐ Observasi ● Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera ☐ Terapeutik ● Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat ● Pastikan bel panggilan atau telepon mudah dijangkau ● Pertimbangkan penggunaan alarm elektronik pribadi atau alarm sensor pada tempat tidur atau kursi ☐ Edukasi Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga

2.	(D.0080) Ansietas b.d Ds : merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi Do : sulit tidur	(L.09093) tingkat ansietas setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun Perilaku gelisah menurun Pucat menurun Pola tidur membaik	(I.09314) Reduksi Ansietas ☐ Observasi Monitor tanda-tanda ansietas ☐ Terapeutik • Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan • Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan ☐ Edukasi • Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis • Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan ☐ Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat antiansietas jika perlu
3.	(D.0111) defisit pengetahuan b.d ketidaktahuan menemukan sumber informasi	(L.12111) tingkat pengetahuan diharapkan setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan : Perilaku sesuai anjuran meningkat Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun Perilaku membaik	(I.12383) Edukasi kesehatan ☐ Observasi Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi ☐ Terapeutik Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan ☐ Edukasi

			Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
--	--	--	--

4.4 Implementasi keperawatan

Table 4. Implementasi Keperawatan

HARI/ TANGGAL/ WAKTU	Diagnosa Keperawatan	IMPLEMENTASI	RESPON	TTD
Rabu, 16 Oktober 2024 Pukul 08.00- 09.30	(D.0080) Ansietas	Mengajarkan Teknik relaksasi napas dalam untuk menurunkan ansietas	Pasien mencoba mengikuti Latihan, meskipun masih tampak sedikit tegang	Muthia Hanifa
		Memberikan dukungan emosional dengan mendengarkan keluhan pasien	Pasien merasa lebih diperhatikan, kecemasan sedikit berkurang	Muthia Hanifa
Pukul 11.00 – 13.00	(D.0110) resiko cedera	Memasang pagar tempat tidur, menyingkirkan benda berbahaya, menyiapkan alas empuk di kepala	Tanda vital dalam batas normal, tidak ada kejang malam hari	Muthia Hanifa

		Observasi tanda vital dan memantau tanda-tanda kejang	Pasien mulai memahami penyakitnya, tampak lebih tenang saat berdiskusi	Muthia Hanifa
Pukul 15.00 – 17.00	(D.0111) defisit pengetahuan	Edukasi keluarga mengenai pencegahan cedera kejang	Keluarga mampu mengulang Kembali informasi dasar yang diberikan	Muthia Hanifa
		Memberikan edukasi kepada Tn.Y mengenai penyakit epilepsy, faktor pencetus, dan kepatuhan minum obat	Lingkungan pasien lebih aman, resiko cedera dapat diminimalisasi	Muthia Hanifa
Kamis. 17 Oktober 2024 Pukul 08.00 – 10.00	(D.0080) Ansietas	Memantau respon pasien setelah Latihan relaksasi	Pasien melaporkan merasa sedikit lebih rileks dan cemas berkurang	Muthia Hanifa
		Mengevaluasi kondisi pasien, mencatat ada/tidaknya kejang, serta menilai ansietas	Tidak ada kejang, pasien tampak lebih tenang sebelum tidur	Muthia Hanifa
Pukul 12.00 – 14.00	(D.0110) resiko cedera	Mengobservasi ulang lingkungan pasien agar tetap aman	Lingkungan tetap aman, pagar tempat tidur terpasang	

				Muthia Hanifa
		Mendampingi pasien saat makan, memberikan motivasi menjaga asupan nutrisi	Pasien makan setengah porsi, nafsu makan sedikit meningkat	Muthia Hanifa
Pukul 15.00 – 16.30	(D.0111) defisit pengetahuan	Melatih keluarga melakukan praktik pertolongan saat pasien kejang	Keluarga dapat memperagakan cara memposisikan pasien dengan benar	Muthia Hanifa
		Edukasi ulang kepada keluarga mengenai penggunaan obat antiepilepsi dan efek sampingnya	Keluarga mulai memahami pentingnya kepatuhan minum obat	Muthia Hanifa
Jumat, 18 Oktober 2024 Pukul 08.00 – 10.00	(D.0080) Ansietas	Mengevaluasi Kembali Tingkat kecemasan pasien dengan komunikasi terapeutik	Pasien mengungkapkan kecemasan sudah berkurang, lebih jarang mengeluh takut kejang	Muthia Hanifa
		Evaluasi keseluruhan kondisi pasien dan keluarga	Pasien mampu menjawab pertanyaan sederhana, tampak lebih percaya diri	Muthia Hanifa

Pukul 12.00 – 14.00	(D.0110) resiko cedera	Memastikan pasien tetap dalam posisi aman saat istirahat siang	Pasien beristirahat dengan tenang, tidak ada tanda kejang	Muthia Hanifa
		Memberikan edukasi lanjutan mengenai pencetus kejang dan cara pencegahannya di rumah	Pasien dan keluarga dapat menyebutkan beberapa pencetus kejang dengan benar	Muthia Hanifa
Pukul 15.00 – 16.00	(D.0111) defisit pengetahuan	Memberikan penguatan kepada keluarga atas keterlibatan mereka dalam perawatan	Keluarga tampak lebih percaya diri dan siap mendampingi pasien	Muthia Hanifa
		Evaluasi keseluruhan kondisi pasien dan keluarga	Pasien mampu menjawab pertanyaan sederhana, tampak lebih percaya diri	Muthia Hanifa

4.5 Evaluasi

Table 5. Evaluasi

HARI/ TANGGAL	EVALUASI	TTD perawat
Rabu, 16 Oktober 2024	a. S : Pasien mengungkapkan rasa takut akan kejang berulang dan tampak cemas. Keluarga bingung tentang pencetus kejang dan penggunaan obat. b. O : Pasien tampak gelisah, lingkungan sudah diamankan, tidak ada kejadian kejang. c. A : Toleransi aktivitas meningkat, persepsi yang keliru terhadap masalah menurun, pucat menurun d. P : Lanjutkan intervensi dengan dukasi dasar epilepsi dan obat, latihan relaksasi napas, dukungan emosional, dan edukasi keluarga tentang pertolongan pertama.	Muthia Hanifa
Kamis, 17 Oktober 2024	a. S : Pasien mengalami kejang berulang singkat, setelah sadar merasa lelah dan takut. Keluarga sempat panik namun berhasil melakukan pertolongan pertama. b. O : Kejang berlangsung ± 2 menit, pasien bingung pasca-kejang, tidak ada cedera baru. c. A: kejadian cedera luka/ lecet menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku sesuai anjuran meningkat d. P : Observasi ketat pasca-kejang, dokumentasi kejang, konsultasi ke dokter, dukungan emosional, dan penguatan edukasi keluarga.	Muthia Hanifa
Jumat, 18 Oktober 2024	a. S : Pasien merasa lebih tenang dan lebih percaya diri karena keluarga sudah memahami cara menolong. Keluarga menyatakan siap mendampingi pasien di rumah. b. O : Tidak ada kejang, pasien kooperatif dan dapat menjelaskan kembali informasi yang diberikan. c. A : pola istirahat/ tidur membaik, pola tidur membaik, perilaku membaik	

	d. P : Lanjutkan edukasi, anjurkan kepatuhan obat, serta rencanakan tindak lanjut dan kontrol rutin.	Muthia Hanifa
--	--	------------------

BAB V

PEMBAHASAN

Asuhan keperawatan ini dilakukan untuk memberikan pelayanan keperawatan komprehensif pada pasien dengan diagnosa medis epilepsi, yang meliputi proses keperawatan mulai dari pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, hingga evaluasi. Tujuan asuhan ini adalah untuk mengidentifikasi masalah keperawatan yang muncul, memberikan intervensi yang sesuai, serta mengevaluasi perkembangan kondisi pasien dan keluarga dalam upaya meningkatkan kualitas hidup pasien dengan epilepsi.

5.1 Pengkajian

Selama proses pengumpulan data, peneliti memperoleh akses yang memadai terhadap informasi yang diperlukan berkat komunikasi awal yang efektif dengan pihak rumah sakit. Penjelasan mengenai tujuan pelaksanaan asuhan keperawatan telah disampaikan secara sistematis, sehingga memfasilitasi penerimaan dan kerja sama dari lingkungan praktik, asuhan keperawatan yang dimaksud mencakup empat tahapan utama, yaitu pengkajaaian kondisi pasien, perumusan rencana intervensi, pelaksanaan tindakan keperawatan, serta evaluasi terhadap hasil intervensi yang dilakukan.

Pengkajian dilakukan pada tanggal 16 Oktober 2024 pukul 07.00, didapatkan hasil pengkajian menunjukkan bahwa pasien mengalami kejang berulang yang disertai hilang kesadaran singkat sekitar satu menit. Kejang berulang pada pasien epilepsi merupakan suatu manifestasi gangguan fungsi otak yang diakibatkan oleh lepasnya muatan listrik pada neuron otak secara berlebihan dan paroksismal (Fisher et al, 2014 dalam Rahmat, 2021)Setelah kejang, pasien tampak bingung, gelisah, dan

menunjukkan tanda kecemasan. Setelah dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, didapatkan hasil dalam batas normal (TD 118/76 mmHg, nadi 92x/menit, RR 20x/menit, suhu normal). Kesadaran pasien compos mentis, pupil isokor dan reaktif, kekuatan otot seimbang kanan–kiri, serta tidak ditemukan adanya gangguan neurologis fokal. Pasien mengeluhkan nafsu makan yang sedikit menurun, namun pola eliminasi masih dalam kondisi baik. Dari sisi psikologis, pasien terlihat cemas, mudah khawatir, dan sering mengungkapkan rasa takut bila kejang terjadi lagi. Sementara itu, keluarga pasien tampak bingung mengenai apa yang menjadi pencetus kejang dan bagaimana penggunaan obat antiepilepsi, yang mengindikasikan adanya kurangnya pemahaman atau defisit pengetahuan.

Temuan ini sesuai dengan teori Smeltzer & Bare (2016) yang menjelaskan bahwa pasien dengan epilepsi biasanya datang dengan keluhan utama berupa kejang, kehilangan kesadaran, serta gejala pasca-kejang seperti kebingungan, kelelahan, dan kecemasan. Pasien epilepsi sering mengalami masalah psikologis, misalnya rasa takut, cemas, dan ketidakpastian akan serangan berikutnya, yang pada akhirnya dapat memengaruhi kualitas hidup mereka. Rai et al. (2020) menyatakan bahwa semakin sering pasien mengalami kejang, maka tingkat kecemasannya juga cenderung meningkat. Selain itu, kebingungan keluarga mengenai pencetus kejang dan penggunaan obat sejalan dengan hasil penelitian Asadi-Pooya & Sperling (2016), yang menekankan pentingnya edukasi bagi pasien maupun keluarga. Kekurangan pengetahuan dapat berdampak pada kurang optimalnya kontrol kejang dan meningkatkan risiko terjadinya cedera.

Dengan demikian, hasil pengkajian pada pasien ini selaras dengan teori dan penelitian sebelumnya. Permasalahan utama yang muncul adalah ansietas, risiko cedera, serta defisit pengetahuan. Ketiga masalah ini saling berkaitan dan dapat memperburuk kondisi pasien jika tidak segera ditangani dengan intervensi keperawatan yang tepat dan menyeluruh.

5.2 Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn. Y dengan diagnosis medis epilepsi, ditemukan beberapa masalah utama, yaitu ansietas, risiko cedera, dan defisit pengetahuan pada keluarga. Ketiga diagnosa tersebut saling berkaitan, dimana ansietas yang dialami pasien dapat memperburuk kontrol kejang dan meningkatkan risiko cedera, sedangkan defisit pengetahuan memperkuat kecemasan karena kurangnya pemahaman terhadap penyakit. Ansietas ditandai dengan Tn. Y tampak cemas, sering menyampaikan rasa khawatir, serta menunjukkan kebingungan setelah mengalami kejang. Kondisi ini sesuai dengan pendapat Smeltzer & Bare (2013) yang menyatakan bahwa pasien epilepsi umumnya mengalami ansietas akibat ketidakpastian waktu terjadinya serangan. Hal serupa juga dijelaskan oleh Potter & Perry (2017), bahwa rasa takut dan kecemasan merupakan respons psikologis yang wajar, namun dapat berdampak pada penurunan kualitas hidup. Hasil pengkajian pada Tn. Y juga sejalan dengan penelitian Zhang et al. (2018) yang melaporkan bahwa sekitar 30% pasien epilepsi mengalami ansietas dengan tingkat yang bervariasi.

Selain itu, Tn. Y juga berisiko mengalami cedera akibat riwayat kejang berulang yang disertai hilangnya kesadaran singkat. Kondisi ini meningkatkan kemungkinan pasien jatuh atau terbentur, terutama bila tidak ada pendamping. Hal ini sesuai dengan pernyataan Doenges, Moorhouse, & Murr (2014) yang menyebutkan bahwa pasien epilepsi sangat rentan mengalami cedera fisik akibat kejang yang datang secara tiba-tiba. Penelitian Rai et al. (2020) juga memperkuat temuan ini dengan menunjukkan bahwa semakin sering kejang terjadi, semakin besar pula risiko cedera pada pasien. Masalah lain yang ditemukan adalah adanya defisit pengetahuan pada keluarga Tn. Y terkait pencetus kejang dan penggunaan obat antiepilepsi. Keluarga tampak kebingungan dalam memahami penyebab kejang maupun tata cara penggunaan obat yang tepat. Kondisi ini sesuai dengan temuan Asadi-Pooya & Sperling (2016) yang menekankan bahwa keterbatasan pengetahuan keluarga tentang

epilepsi dapat berdampak negatif, seperti kurang optimalnya kontrol kejang, rendahnya kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat, serta meningkatnya risiko cedera. Oleh karena itu, edukasi kepada keluarga Tn. Y sangat penting dilakukan agar mereka dapat berperan aktif dalam mendukung perawatan pasien di rumah.

5.3 Intervensi keperawatan

Pada kasus Tn. Y dengan diagnosis medis epilepsi, intervensi keperawatan difokuskan pada tiga masalah utama, intervensi yang diberikan mengacu pada SIKI (2018) tentang reduksi ansietas (I.09314) yang menekankan penggunaan komunikasi terapeutik dan latihan relaksasi untuk menurunkan kecemasan pasien epilepsi. yaitu ansietas, intervensi ini yang diberikan mengacu Berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit Pengalaman serta serangan kejang berulang, dan ketidakpastian terhadap kondisi kesehatan, risiko cedera, dan defisit pengetahuan keluarga. Pada masalah ansietas, intervensi dilakukan dengan memberikan edukasi mengenai penyakit epilepsi, faktor pencetus kejang, serta pentingnya kepatuhan dalam mengonsumsi obat. Selain itu, perawat juga memberikan dukungan emosional serta melatih pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam. Proses fisiologis terapi nafas dalam akan meningkatkan aktivitas baroreseptor dan dapat mengurangi aktivitas keluarnya saraf simpatis dan terjadinya penurunan kontraktilitas, kekuatan pada setiap denyutan berkurang, sehingga volume sekuncup berkurang, terjadi penurunan curah jantung dan hasil akhirnya yaitu menurunkan tekanan darah sehingga mengurangi kecemasan (Khayati et al, 2016). Setelah intervensi diberikan selama 3 x 24 jam, perilaku gelisah menurun, pucat menurun, pola tidur membaik, kontak mata membaik. yang ditandai dengan berkurangnya keluhan rasa takut terhadap kejang berulang dan tampak lebih tenang ketika diajak berdiskusi. Hasil ini sejalan dengan teori Smeltzer & Bare (2016) serta Potter & Perry (2017) yang menjelaskan bahwa ansietas pada pasien epilepsi umumnya timbul akibat

ketidakpastian waktu terjadinya serangan, sehingga edukasi dan dukungan psikososial merupakan langkah yang efektif. Penelitian Zhang et al. (2018) serta Rai et al. (2020) juga mendukung temuan ini, di mana intervensi edukasi dan relaksasi terbukti mampu menurunkan tingkat ansietas pada pasien epilepsi.

Pada masalah risiko cedera, penderita epilepsi cenderung lebih beresiko mengalami cedera karena terjadinya kejang berulang. Maka intervensi yang dapat dilakukan meliputi pengamanan lingkungan sekitar pasien, pemasangan pagar pada tempat tidur, menjauhkan benda-benda berbahaya, memberikan alas empuk pada kepala saat kejang, serta memposisikan pasien miring untuk menjaga jalan napas tetap terbuka. Selain itu, perawat mendampingi pasien selama periode kejang berlangsung dan mencatat durasi setiap kejadian. Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x 24 jam toleransi aktivitas meningkat, kejadian cedera luka atau lecet menurun, gangguan mobilitas menurun, pola istirahat atau tidur membaik. Hasil juga menunjukkan bahwa selama perawatan tidak ditemukan cedera baru pada pasien, dan keluarga mulai mampu menerapkan langkah-langkah pencegahan yang telah diajarkan. Hal ini sesuai dengan teori Doenges, Moorhouse, & Murr (2014) yang menekankan pentingnya pengamanan lingkungan dalam mencegah trauma, serta penelitian Rai et al. (2020) yang menunjukkan bahwa edukasi keluarga dapat menurunkan risiko cedera pada pasien epilepsi.

Pada masalah defisit pengetahuan keluarga, perawat memberikan edukasi mengenai faktor pencetus kejang, penggunaan obat antiepilepsi, efek samping obat, serta langkah pencegahan kejang di rumah. Edukasi diberikan secara berulang dengan menggunakan bahasa yang sederhana agar mudah dipahami. Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam perilaku sesuai anjuran meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, persepsi yang keliru terhadap masalah menurun, perilaku membaik. Hasil menunjukkan keluarga pasien dan keluarga sudah memahami mengenai penyakitnya dan kmulai mampu menjelaskan

kembali faktor pencetus kejang, memahami pentingnya kepatuhan minum obat, serta lebih siap dalam mendampingi pasien ketika terjadi kejang. Temuan ini sejalan dengan teori Potter & Perry (2017) yang menekankan pentingnya keterlibatan keluarga dalam perawatan penyakit kronis. Penelitian Asadi-Pooya & Sperling (2016) serta Shore et al. (2019) juga memperkuat bahwa edukasi keluarga berperan penting dalam meningkatkan kepatuhan terapi serta pencegahan cedera pada pasien epilepsi.

5.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan pada Tn. Y dengan diagnosis medis epilepsi difokuskan pada tiga masalah utama, yaitu ansietas, risiko cedera, dan defisit pengetahuan keluarga. Hasil implementasi menunjukkan adanya perubahan positif yang konsisten dengan teori maupun penelitian terdahulu. Pada masalah ansietas, sejak awal perawatan Tn. Y tampak cemas, sering menyampaikan rasa takut akan terjadinya kejang berulang, serta terlihat bingung setelah mengalami serangan. Untuk mengatasi kondisi tersebut, perawat memberikan edukasi mengenai penyakit epilepsi, faktor pencetus kejang, serta pentingnya kepatuhan dalam mengonsumsi obat. Selain itu, dukungan emosional dan latihan relaksasi napas dalam juga diberikan secara berulang. Penelitian yang dilakukan oleh Mulki Ta'di dan Sunarjo (2020) menunjukkan bahwa pemberian terapi relaksasi nafas dalam selama 15 menit dengan istirahat setiap 5 menit dapat menurunkan kecemasan. Setelah dilakukan implementasi menunjukkan bahwa kecemasan pasien berangsur menurun, ditandai dengan berkurangnya keluhan rasa takut, pasien tampak lebih tenang, serta lebih mampu berdiskusi dengan perawat. Temuan ini sesuai dengan teori Smeltzer & Bare (2013) dan Potter & Perry (2017), yang menjelaskan bahwa kecemasan pada pasien epilepsi dapat berkurang melalui edukasi dan dukungan psikososial. Penelitian Zhang et al. (2018) serta Rai et al. (2020) juga mendukung temuan ini dengan menunjukkan bahwa edukasi

dan teknik relaksasi terbukti efektif dalam menurunkan tingkat ansietas pasien epilepsi.

Terkait masalah risiko cedera, menurut Epilepsy Foundation (2018) penderita epilepsi beresiko lebih tinggi mengalami cedera yang diakibatkan oleh kejang itu sendiri. Untuk mencegah terjadinya cedera pada pasien, perawat melakukan pengamanan dengan cara mengamankan lingkungan, memasang pagar tempat tidur, menjauhkan benda-benda berbahaya, memberikan alas empuk pada kepala saat kejang, serta memposisikan pasien miring untuk menjaga jalan napas. Perawat juga selalu mendampingi pasien ketika kejang dan mencatat durasi serangan. Selama perawatan berlangsung, tidak ditemukan adanya cedera baru pada pasien, bahkan keluarga mulai mampu menerapkan langkah-langkah pencegahan yang telah diajarkan. Hasil ini sejalan dengan Doenges, Moorhouse, & Murr (2014) yang menekankan pentingnya pengamanan lingkungan untuk mencegah trauma, serta penelitian Rai et al. (2020) yang membuktikan bahwa edukasi keluarga dapat menurunkan risiko cedera pada pasien epilepsi.

Sementara itu, pada masalah defisit pengetahuan keluarga, ditemukan bahwa pasien dan keluarga pada awalnya belum memahami faktor pencetus kejang, penggunaan obat antiepilepsi, maupun langkah pencegahan saat pasien mengalami serangan. Untuk mengatasi hal tersebut, dilakukan pemberian pendidikan kesehatan selama 20 menit kepada pasien dan keluarga. Setelah dilakukan edukasi hasilnya pasien dan keluarga mulai mampu mengetahui dan dapat menjelaskan kembali faktor pencetus kejang, memahami pentingnya kepatuhan minum obat, serta menunjukkan kesiapan dalam mendampingi pasien ketika kejang terjadi. Kondisi ini sesuai dengan teori Potter & Perry (2017) yang menekankan pentingnya peran keluarga dalam manajemen penyakit kronis. Penelitian Asadi-Pooya & Sperling (2016) serta Shore et al. (2019) juga memperkuat hasil tersebut dengan menyatakan bahwa peningkatan

pengetahuan keluarga berperan besar dalam meningkatkan kepatuhan terapi dan pencegahan cedera pada pasien epilepsi.

Secara keseluruhan, hasil intervensi pada Tn. Y sesuai dengan teori Potter & Perry (2017) bahwa pendekatan edukatif dan psikologis mampu meningkatkan kontrol diri pasien epilepsi. Hal ini juga didukung oleh hasil penelitian Zhang et al. (2018) yang menunjukkan penurunan signifikan tingkat kecemasan pasien epilepsi setelah diberikan terapi edukasi dan dukungan keluarga.

5.5 Evaluasi keperawatan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam pada tanggal 16 oktober 2024 sampai 18 oktober 2024, terdapat beberapa perubahan positif pada kondisi Tn. Y. Pada masalah ansietas, pasien menunjukkan penurunan tanda kecemasan. Tn. Y tampak lebih tenang, tidak lagi sering mengungkapkan rasa takut terhadap kemungkinan kejang berulang, serta lebih kooperatif saat diberikan edukasi. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi berupa pemberian informasi, dukungan emosional, serta latihan relaksasi yang dilakukan mampu membantu menurunkan tingkat ansietas pasien.

Pada masalah risiko cedera, selama masa perawatan tidak ditemukan adanya cedera baru. Hal ini menunjukkan bahwa tindakan pencegahan seperti pemasangan pagar tempat tidur, penyingkiran benda berbahaya, pemberian alas empuk pada kepala saat kejang, serta pendampingan pasien pada periode kejang telah berhasil menjaga keamanan pasien. Selain itu, keluarga juga mulai mampu menerapkan langkah-langkah pencegahan cedera dengan baik, sesuai edukasi yang telah diberikan.

Pada masalah defisit pengetahuan keluarga, hasil evaluasi menunjukkan adanya peningkatan pemahaman. Keluarga Tn. Y sudah dapat menjelaskan kembali faktor pencetus kejang, memahami pentingnya kepatuhan dalam penggunaan obat antiepilepsi, serta lebih siap

memberikan pendampingan ketika terjadi kejang. Hal ini menandakan bahwa edukasi yang diberikan secara berulang dan dengan bahasa sederhana telah efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien.

Secara keseluruhan, hasil evaluasi menunjukkan adanya perbaikan pada kondisi psikologis pasien, peningkatan keamanan selama perawatan, serta peningkatan pengetahuan keluarga mengenai penyakit epilepsi. Temuan ini memperlihatkan bahwa intervensi keperawatan yang dilakukan pada Tn. Y sesuai dengan teori dan penelitian terdahulu, serta mampu memberikan hasil yang signifikan terhadap peningkatan kualitas perawatan pasien epilepsi.

Dari hasil respon klien, penulis dapat menyimpulkan bahwa penerapan asuhan keperawatan yang meliputi edukasi, dukungan emosional, dan pengamanan lingkungan terbukti efektif dalam menurunkan ansietas, mencegah cedera, serta meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga. Dengan demikian, intervensi yang dilakukan telah sesuai dengan teori keperawatan dan memberikan dampak positif terhadap peningkatan kualitas hidup pasien epilepsi.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 KESIMPULAN

1. Pengkajian

Hasil pengkajian Tn. Y dengan diagnosa medis epilepsi, didapatkan adanya gangguan fungsi neurologis ditandai dengan riwayat kejang berulang, ansietas terhadap kekambuhan, serta kurangnya pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit dan penatalaksanaannya. Pasien dalam keadaan compos mentis, kooperatif, dan mendapat dukungan keluarga yang cukup baik, namun masih memerlukan peningkatan pemahaman tentang pencegahan serta penanganan saat terjadi kejang. Masalah keperawatan utama yang ditemukan meliputi ansietas, risiko cedera, dan defisit pengetahuan keluarga. Tanda-tanda vital dalam batas normal, pola tidur terganggu akibat kekhawatiran akan kekambuhan kejang, serta ditemukan ketegangan otot saat pasien merasa cemas.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan dari hasil pengkajian yang dilakukan pada Tn.Y dengan menggunakan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), tujuan utama dari penetapan masalah keperawatan yang muncul akibat kondisi epilepsi dan menjadi dasar dalam penyusunan intervensi yang tepat guna meningkatkan keamanan, kenyamanan, dan pengetahuan pasien serta keluarga, ditegakkan diagnosa keperawatan sebagai berikut:

- a. Risiko cedera berhubungan dengan aktivitas kejang (D.0136)
- b. Ansietas berhubungan dengan serangan kejang yang berulang (D.0080)

- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit dan obat (D.0111)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi pada penelitian ini disusun berdasarkan SDKI, SLKI dan SIKI. Intervensi keperawatan yang direncanakan sesuai dengan masalah keperawatan yang ditemukan. Intervensi keperawatan yang diberikan pada Tn. Y dengan diagnosis medis epilepsi meliputi pemberian edukasi, dukungan emosional, pengamanan lingkungan, serta pelibatan keluarga dalam perawatan. Selama tiga hari pelaksanaan, intervensi yang dilakukan terbukti efektif dalam menurunkan tingkat ansietas pasien, mencegah terjadinya cedera selama kejang, serta meningkatkan pengetahuan keluarga mengenai tata laksana epilepsi dan langkah pencegahannya. Hasil ini menunjukkan bahwa penerapan pendekatan edukatif, psikologis, dan preventif secara berkelanjutan mampu memberikan pengaruh positif terhadap peningkatan kesejahteraan fisik dan psikologis pasien dengan epilepsi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Tn. Y dengan diagnosis medis epilepsi meliputi pemberian edukasi mengenai penyakit epilepsi; edukasi diberikan dua kali sehari selama tiga hari pelaksanaan dengan durasi 30 menit setiap sesi, sedangkan latihan relaksasi dilakukan setiap pagi dan sore bersama perawat pendamping, faktor pencetus kejang, serta pentingnya kepatuhan minum obat; pelatihan teknik relaksasi napas dalam untuk menurunkan ansietas; pengamanan lingkungan dengan memasang pagar tempat tidur, menjauhkan benda berbahaya di sekitar pasien, memberikan alas empuk di bawah kepala saat kejang, dan memposisikan pasien miring untuk menjaga jalan napas; serta pelibatan keluarga dalam perawatan dan pemantauan kondisi pasien. Setelah tiga hari pelaksanaan, pasien

menunjukkan penurunan tingkat ansietas, tidak mengalami cedera selama kejang, dan keluarga mampu memahami serta menerapkan langkah-langkah pencegahan dengan baik. Hasil ini menunjukkan bahwa implementasi keperawatan yang terencana dan berkesinambungan mampu memberikan dampak positif terhadap kondisi fisik dan psikologis pasien, sekaligus meningkatkan kesiapan keluarga dalam mendukung keberhasilan perawatan pasien epilepsi.

5. Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan hasil evaluasi selama tiga hari pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. Y, diperoleh bahwa masalah keperawatan yang meliputi ansietas, risiko cedera, dan defisit pengetahuan keluarga menunjukkan perkembangan yang positif. Pasien tampak lebih tenang dan mampu mengontrol kecemasannya setelah diberikan edukasi serta latihan relaksasi napas dalam. Selama masa perawatan, tidak ditemukan adanya cedera baru meskipun pasien sempat mengalami kejang, karena tindakan pengamanan lingkungan telah dilakukan dengan baik. Selain itu, keluarga menunjukkan peningkatan pemahaman mengenai penyakit epilepsi, penggunaan obat, serta cara penanganan saat terjadi kejang. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa sebagian besar tujuan keperawatan telah tercapai, dan kondisi pasien maupun keluarganya menunjukkan perbaikan yang signifikan. Berdasarkan hasil pengukuran dengan skala SLKI, tingkat ansietas pasien menurun dari skor 3 (sedang) menjadi 1 (ringan), sedangkan tingkat pengetahuan keluarga meningkat dari skor 2 (kurang) menjadi 4 (baik).

6.2 SARAN

1. Bagi pasien dan keluarga

Diharapkan dapat terus mempertahankan kepatuhan dalam pengobatan, memahami faktor pencetus kejang, serta menerapkan langkah-langkah pencegahan cedera di rumah. Keluarga juga

diharapkan memberikan dukungan emosional yang konsisten agar pasien merasa lebih aman dan tenang.

2. Bagi tenaga kesehatan

Perawat dan tim kesehatan diharapkan dapat terus memberikan edukasi yang berkesinambungan kepada pasien dan keluarga, serta melakukan evaluasi rutin terkait kondisi fisik maupun psikologis pasien. Kolaborasi antarprofesi juga diperlukan untuk meningkatkan kualitas perawatan.

3. Bagi institusi pelayanan kesehatan

Diharapkan dapat menyediakan fasilitas edukasi yang lebih terstruktur bagi pasien epilepsi dan keluarganya, misalnya melalui program penyuluhan, booklet, atau media edukatif lainnya, sehingga pengetahuan pasien dan keluarga semakin meningkat.

DAFTAR PUSTAKA

- Dewanto, George, dkk. 2009. PANDUAN PRAKTIK DIAGNOSIS & TATA LAKSANA PENYAKIT SYARAF. Jakarta: Penerbit buku kedokteran EGC.
- Septiani, Dia, dkk. 2022. PATOLOGI GERAK DAN SENDI. Aceh: Yayasan Penerit Muhammad Zaini Anggota IKAPI.
- Lastri, D.N. & Octaviana, F., 2018. Crash Course Neurologi. Edisi Indonesia ke-1. Singapore: Elsevier (Singapore) Pte Ltd.
- Ixora,dkk. 2024. KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH. Malang: Media Nusa Creative Anggota IKAPI. Autisme. Suatu gangguan jiwa pada anak-anak. Faisal Yatim DTM&H, MPH. Cet. 1; Jakarta, Pustaka Populer Obor, 2007
- Ariani, Ni Ketut Putri, dkk, 2021. BUKU AJAR PSIKIATRI. NTB: Pusat Pengembangan dan Penelitian Indonesia.
- Batticaca, Fransisca B. 2008. Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan. Jakarta: Salemba Medika
- Muttaqin, Arif. 2008. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan. Jakarta: Salemba Medika.
- Harsono. 2023. EPILEPSI. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press Anggota IKAPI dan APPTI.
- Lestari, Virny Dwiya, dkk. 2025. BUKU AJAR FISIOTERAPI NEUROLOGI SISTEM SARAF PUSAT. Makassar: PT. Nas MediaIndonesia Anggota IKAPI.
- Marlina, dkk. (2025). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Neurologi. Aceh. USK PRESS

- Ruspanah, I. (2018). Karakteristik ansietas pada pasien epilepsi di Ambon. *Molucca Medica*, 11(1), 41–49. <http://ojs3.unpatti.ac.id/index.php/moluccamed>
- Mintzer, S., Wechsler, R. T., Rogin, J. B., Gidal, B. E., Schwab, M., Ben-Menachem, E., Carreño, M., da Silva, P. S., Moreira, J., Li, Y., Blum, D., & Grinnell, T. (2018). Effects of adjunctive eslicarbazepine acetate on serum lipids in patients with partial-onset seizures: Impact of concomitant statins and enzyme-inducing antiepileptic drugs. *Epilepsy Research*, 141, 83–89. <https://doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2018.02.001>
- Dian, S. W., Ayubbana, S., & Inayati, A. (2022). Penerapan Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Kecemasan Pasien Praoperasi Perung di Ruang Rawat Inap RSUD Jenderal Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2022. *Jurnal Cendikia Muda*, 2(4), 529-534.

Lampiran 1: Lembar Konsultasi

LAMPIRAN

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

**PROGAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU
KESEHATAN KENDAL**

Nama : Muthia Hanifa

NIM : SK122041

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Neurologi Pada Pasien Dengan Diagnosis
Epilepsi Di Okinawa Red Cross Hospital

No	Hari/Tanggal	Materi	Saran Pembimbing	Nama & TTD Pembimbing
1.				
2.				
3.				
4.				

5.				
6.				

Kendal 30 Oktober 2025

Pembimbing

Ns. Dona Yanuar Agus Santoso, S.Kep., MNS

NIPS. 120 209 023