

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pendidikan Kesehatan

2.1.1 Pengertian

Pendidikan kesehatan dalam arti pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok, atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan atau promosi kesehatan. Dan batasan ini tersirat unsur-unsur input (sasaran dan pendidik dari pendidikan), proses (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain) dan output (melakukan apa yang diharapkan). Hasil yang diharapkan dari suatu promosi atau pendidikan kesehatan adalah perilaku kesehatan, atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif oleh sasaran dari promosi kesehatan. (Notoadmojo, 2012)

2.1.2 *Teori Precede-Proceed digunakan dalam promosi kesehatan*

Dikutip dari Fertman pada tahun 2010 bahwa pendekatan terkenal untuk perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dalam program pendidikan kesehatan adalah model Precede-Proceed yang dikemukakan oleh Green & Kreuter pada tahun 2005. Bagian Precede pada model (fase 1-4) berfokus pada perencanaan program dan bagian proceed (fase 5-8) berfokus pada pelaksanaan dan evaluasi. Delapan fase dari model pedoman perencanaan dalam membuat program promosi kesehatan, dimulai dengan keluaran yang lebih umum dan berubah menjadi keluaran yang lebih spesifik. Pada akhirnya, proses memimpin untuk membuat program, menghantarkan program dan mengevaluasi program. (Gambar 1. Menampilkan model Precede-Proceed untuk

perencanaan program kesehatan dan evaluasi; tanda panah menunjukkan jalur utama kegiatan menuju masukan program dan determinan kesehatan untuk hasil.)

2.1.3 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Promosi kesehatan mempengaruhi 3 faktor penyebab terbentuknya perilaku tersebut Green dalam (Notoadmojo, 2012) yaitu :

1. Promosi kesehatan dalam faktor-faktor predisposisi

Promosi kesehatan bertujuan untuk mengunggah kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan dan penigkatan kesehatan bagi dirinya sendiri, keluarganya maupun masyarakatnya. Disamping itu, dalam konteks promosi kesehatan juga memberikan pengertian tentang tradisi, kepercayaan masyarakat dan sebagainya, baik yang merugikan maupun yang menguntungkan kesehatan. Bentuk promosi ini dilakukan dengan penyuluhan kesehatan, pameran kesehatan, iklan-iklan layanan kesehatan, billboard, dan sebagainya.

2. Promosi kesehatan dalam faktor-faktor enabling (penguat)

Bentuk promosi kesehatan ini dilakukan agar masyarakat dapat memberdayakan masyarakat agar mampu mengadakan sarana dan prasarana kesehatan dengan cara memberikan kemampuan dengan cara bantuan teknik, memberikan arahan, dan cara-cara mencari dana untuk pengadaan sarana dan prasarana.

3. Promosi kesehatan dalam faktor reinforcing (pemungkin)

Promosi kesehatan pada faktor ini bermaksud untuk mengadakan pelatihan bagi tokoh agama, tokoh masyarakat, dan petugas kesehatan sendiri dengan tujuan

agar sikap dan perilaku petugas dapat menjadi teladan, contoh atau acuan bagi masyarakat tentang hidup sehat.

2.1.4 Faktor – faktor yang mempengaruhi pendidikan kesehatan

Beberapa faktor yang perlu diperhatikan agar pendidikan kesehatan dapat mencapai sasaran (Saragih, 2010) yaitu :

1. Tingkat Pendidikan

Pendidikan dapat mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi baru yang diterimanya. Maka dapat dikatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikannya, semakin mudah seseorang menerima informasi yang didapatnya

2. Tingkat sosial Ekonomi

Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi seseorang, semakin mudah pula dalam menerima informasi baru.

3. Adat Istiadat

Masyarakat kita masih sangat menghargai dan menganggap adat istiadat sebagai sesuatu yang tidak boleh diabaikan.

4. Kepercayaan Masyarakat

Masyarakat lebih memperhatikan informasi yang disampaikan oleh orang-orang yang sudah mereka kenal, karena sudah ada kepercayaan masyarakat dengan penyampai informasi.

5. Ketersediaan waktu di masyarakat

Waktu penyampaian informasi harus memperhatikan tingkat aktifitas masyarakat untuk menjamin tingkat kehadiran masyarakat dalam penyuluhan.

2.1.5 Metode Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoadmojo (2012), berdasarkan pendekatan sasaran yang ingin dicapai, penggolongan metode pendidikan ada 3 (tiga) yaitu:

1. Metode berdasarkan pendekatan perorangan

Metode ini bersifat individual dan biasanya digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seorang yang mulai tertarik pada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakannya pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut.

Ada 2 bentuk pendekatannya yaitu :

- 1) Bimbingan dan penyuluhan (Guidance and Counseling)
- 2) Wawancara

2. Metode berdasarkan pendekatan kelompok

Penyuluh berhubungan dengan sasaran secara kelompok. Dalam penyampaian promosi kesehatan dengan metode ini kita perlumempertimbangkan besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran. Ada 2 jenis tergantung besarnya kelompok, yaitu :

- 1) Kelompok besar
- 2) Kelompok kecil

3. Metode berdasarkan pendekatan massa

Metode pendekatan massa ini cocok untuk mengkomunikasikan pesan pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Sehingga sasaran dari metode ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin,

pekerjaan, status social ekonomi, tingkat pendidikan, dan sebagainya, sehingga pesan-pesan kesehatan yang ingin disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa.

2.1.6 Media Pendidikan

Media sebagai alat bantu menyampaikan pesan-pesan kesehatan. Alat-alat bantu tersebut mempunyai fungsi sebagai berikut (Notoadmojo, 2012) :

- 1) Menimbulkan minat sasaran pendidikan
- 2) Mencapai sasaran yang lebih banyak
- 3) Membantu dalam mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman
- 4) Menstimulasi sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan –pesan yang diterima oran lain
- 5) Mempermudah penyampaian bahan atau informasi kesehatan
- 6) Mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran/ masyarakat
- 7) Mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami, dan akhirnya mendapatkan pengertian yang lebih baik
- 8) Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh

Dengan kata lain media ini memiliki beberapa tujuan yaitu :

1. Tujuan yang akan dicapai
 - 1) Menanamkan pengetahuan/pengertian, pendapat dan konsep- konsep
 - 2) Mengubah sikap dan persepsi
 - 3) Menanamkan perilaku/kebiasaan yang baru
2. Tujuan penggunaan alat bantu
 - 1) Sebagai alat bantu dalam latihan/penataran/pendidikan

- 2) Untuk menimbulkan perhatian terhadap suatu masalah
- 3) Untuk mengingatkan suatu pesan/informasi
- 4) Untuk menjelaskan fakta-fakta, prosedur, tindakan

Ada beberapa bentuk media penyuluhan antara lain (Notoadmojo, 2012) :

1. Berdasarkan stimulasi indra

- 1) Alat bantu lihat (visual aid) yang berguna dalam membantu menstimulasi indra penglihatan
- 2) Alat bantu dengar (audio aids) yaitu alat yang dapat membantu untuk menstimulasi indra pendengar pada waktu penyampaian bahan pendidikan/pengajaran
- 3) Alat bantu lihat-dengar (audio visual aids)

2. Berdasarkan pembuatannya dan penggunaannya

- 1) Alat peraga atau media yang rumit, seperti film, film strip, slide, dan sebagainya yang memerlukan listrik dan proyektor
- 2) Alat peraga sederhana, yang mudah dibuat sendiri dengan bahan –bahan setempat

3. Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur media kesehatan

1) Media Cetak

a. Leaflet

Merupakan bentuk penyampaian informasi kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Keuntungan menggunakan media ini antara lain : sasaran dapat menyesuaikan dan belajar mandiri serta praktis karena mengurangi kebutuhan mencatat, sasaran dapat melihat isinya disaat santai

dan sangat ekonomis, berbagai informasi dapat diberikan atau dibaca oleh anggota kelompok sasaran, sehingga bisa didiskusikan, dapat memberikan informasi yang detail yang mana tidak diberikan secara lisan, mudah dibuat, diperbanyak dan diperbaiki serta mudah disesuaikan dengan kelompok sasaran. Sementara itu ada beberapa kelemahan dari leaflet yaitu : tidak cocok untuk sasaran individu per individu, tidak tahan lama dan mudah hilang, leaflet akan menjadi percuma jika sasaran tidak diikuti secara aktif, serta perlu proses penggandaan yang baik. (Lucie, 2005)

b. Booklet

Booklet adalah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk tulisan dan gambar. Booklet sebagai saluran, alat bantu, sarana dan sumber daya pendukungnya untuk menyampaikan pesan harus menyesuaikan dengan isi materi yang akan disampaikan.

Menurut Kemm dan Close dalam Aini (2010) booklet memiliki beberapa kelebihan yaitu:

- a) Dapat dipelajari setiap saat, karena disain berbentuk buku.
- b) Memuat informasi relatif lebih banyak dibandingkan dengan poster.

Menurut Ewles dalam Aini (2010), media booklet memiliki keunggulan sebagai berikut :

- a) Klien dapat menyesuaikan dari belajar mandiri.
- b) Pengguna dapat melihat isinya pada saat santai.
- c) Informasi dapat dibagi dengan keluarga dan teman.

- d) Mudah dibuat, diperbanyak dan diperbaiki serta mudah disesuaikan.
- e) Mengurangi kebutuhan mencatat.
- f) Dapat dibuat secara sederhana dengan biaya relatif murah.
- g) Awet
- h) Daya tampung lebih luas
- i) Dapat diarahkan pada segmen tertentu.

Manfaat booklet sebagai media komunikasi pendidikan kesehatan adalah:

- a) Menimbulkan minat sasaran pendidikan.
 - b) Membantu di dalam mengatasi banyak hambatan.
 - c) Membantu sasaran pendidikan untuk belajar lebih banyak dan cepat.
 - d) Merangsang sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain.
 - e) Mempermudah penyampaian bahasa pendidikan.
 - f) Mempermudah penemuan informasi oleh sasaran pendidikan.
 - g) Mendorong keinginan orang untuk mengetahui lalu mendalami dan akhirnya mendapatkan pengertian yang lebih baik.
 - h) Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh.
- c. Flyer (selebaran)
 - d. Flip chart (lembar balik)

Media penyampaian pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk buku di mana tiap lembar berisi gambar peragaan dan lembaran baliknya berisi kalimat sebagai pesan kesehatan yang berkaitan dengan gambar. Keunggulan menggunakan media ini antara lain : mudah dibawa, dapat

dilipat maupun digulung, murah dan efisien, dan tidak perlu peralatan yang rumit. Sedangkan kelemahannya yaitu terlalu kecil untuk sasaran yang berjumlah relatif besar, mudah robek dan tercabik. (Lucie, 2005)

e. Rubrik (tulisan – tulisan surat kabar), poster, dan foto

2) Media Elektronik

a. Video dan film strip

Keunggulan penyuluhan dengan media ini adalah dapat memberikan realita yang mungkin sulit direkam kembali oleh mata dan pikiran sasaran, dapat memicu diskusi mengenai sikap dan perilaku, efektif untuk sasaran yang jumlahnya relative penting dapat diulang kembali, mudah digunakan dan tidak memerlukan ruangan yang gelap. Sementara kelemahan media ini yaitu memerlukan sambungan listrik, peralatannya beresiko untuk rusak, perlu adanya kesesuaian antara kaset dengan alat pemutar, membutuhkan ahli profesional agar gambar mempunyai makna dalam sisi artistik maupun materi, serta membutuhkan banyak biaya. (Lucie, 2005)

b. Slide

Keunggulan media ini yaitu dapat memberikan berbagai realita walaupun terbatas, cocok untuk sasaran yang jumlahnya relative besar, dan pembuatannya relatif murah, serta peralatannya cukup ringkas dan mudah digunakan. Sedangkan kelemahannya memerlukan sambungan listrik, peralatannya beresiko mudah rusak dan memerlukan ruangan sedikit lebih gelap. (Lucie,2005)

3) Media Papan

2.2 Pengetahuan

2.2.1 Pengertian

Notoatmodjo (2014) menjelaskan bahwa, pengetahuan adalah hal yang diketahui oleh orang atau responden terkait dengan sehat dan sakit atau kesehatan, misal: tentang penyakit (penyebab, cara penularan, cara pencegahan), gizi, sanitasi, pelayanan kesehatan, kesehatan lingkungan, keluarga berencana, dan sebagainya.

Menurut Benyamin Bloom (1980) dalam Fitriani (2011), pengetahuan merupakan modifikasi dari pengukuran hasil pendidikan kesehatan. Pengetahuan (knowledge) merupakan hasil dari tahu seseorang setelah melakukan penginderaan terhadap suatu objek. Penginderaan yang terjadi pada manusia melalui panca indera yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan perabaan. Sebagian besar pengetahuan yang didapat oleh manusia adalah melalui indera penglihatan (mata) dan pendengaran (telinga).

2.2.2 Proses Adopsi Perilaku

Perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih bertahan daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan, hal ini terbukti dari pengalaman dan penelitian. Penelitian Rogers (1974) dalam Fitriani (2011) mengungkapkan bahwa 8 sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru) di dalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan, yaitu:

1. *Awerness* (kesadaran), yaitu orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
2. *Interest*, yaitu orang mulai tertarik kepada stimulus.

3. *Evaluation* (menimbang – nimbang baik atau tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
4. *Trial*, orang telah mencoba berperilaku baru.
5. *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

2.2.3 Tingkatan Pengetahuan

Menurut Fitriani (2011) menyatakan bahwa, terdapat 6 tingkatan dalam domain kognitif pengetahuan:

1. Tahu (*know*), yang diartikan sebagai mengingat suatu materi yang diberikan/dipelajari sebelumnya, tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.
2. Memahami (*comprehension*), dapat diartikan mampu menjelaskan dan menginterpretasikan materi secara benar objek yang diketahui. Seseorang yang paham pada materi harus mampu menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, dan sebagainya terhadap sesuatu yang telah dipelajari.
3. Aplikasi (*aplication*), diartikan sebagai kemampuan penggunaan materi yang sudah diperoleh dan dipelajari pada kondisi yang sebenarnya.
4. Analisis (*analysis*), merupakan kemampuan menjabarkan suatu materi ke dalam komponen – komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi dan berkaitan satu sama lainnya.
5. Sintesis (*synthesis*), kemampuan meletakkan atau menghubungkan bagian – bagian ke dalam suatu bentuk keseluruhan.

6. Evaluasi (*evaluation*), kemampuan melakukan penilaian suatu materi atau objek yang didasarkan pada kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang sudah ada.

2.2.3 Pengukuran Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2014) menyatakan bahwa, pengetahuan tentang kesehatan dapat diukur berdasarkan jenis penelitiannya, diantaranya yaitu :

1. Penelitian Kuantitatif

Pada umumnya mencari jawaban atas kejadian/ fenomena yang menyangkut berapa banyak, berapa sering, berapa lama, dan sebagainya, maka biasanya menggunakan metode wawancara dan angket.

- a. Wawancara tertutup dan wawancara terbuka, dengan menggunakan instrumen (alat pengukur/ pengumpul data) kuesioner. Wawancara tertutup adalah wawancara dengan jawaban responden atas pertanyaan yang diajukan telah tersedia dalam opsi jawaban, responden tinggal memilih jawaban yang dianggap mereka paling benar atau paling tepat. Sedangkan wawancara terbuka, yaitu pertanyaan – pertanyaan yang diajukan bersifat terbuka, dan responden boleh menjawab sesuai dengan pendapat atau pengetahuan responden sendiri.
- b. Angket tertutup atau terbuka. Seperti halnya wawancara, angket juga dalam bentuk tertutup dan terbuka. Instrumen atau alat ukurnya seperti wawancara, hanya jawaban responden disampaikan lewat tulisan. Metode pengukuran melalui angket ini sering disebut “*self administered*” atau metode mengisi sendiri.

2. Penelitian Kualitatif

Penelitian kualitatif bertujuan untuk menjawab suatu fenomena itu dapat terjadi. Metode pengukuran pengetahuan dalam penelitian kualitatif antara lain:

1) Wawancara mendalam

Mengukur variabel pengetahuan dengan metode wawancara mendalam, adalah peneliti mengajukan suatu pertanyaan sebagai pembuka, yang akan membuat responden menjawab sebanyak – banyaknya dari pertanyaan tersebut. Jawaban responden akan diikuti pertanyaan selanjutnya dan terus menerus sehingga diperoleh informasi dari responden dengan sejelas – jelasnya.

2) Diskusi Kelompok Terfokus (DKT):

Diskusi kelompok terfokus atau “*Focus group discussion*” dalam menggali informasi dari beberapa orang responden sekaligus dalam kelompok. Peneliti mengajukan pertanyaan yang akan memperoleh jawaban yang berbeda dari semua responden dalam kelompok tersebut. Jumlah kelompok dalam diskusi kelompok terfokus sebenarnya tidak terlalu banyak tetapi juga tidak terlalu sedikit antar 6 – 10 orang. (Notoatmodjo, 2014)

2.2.4 Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Mubarak, dkk (2007) menyatakan bahwa, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu:

1. Pendidikan

Pendidikan berupa bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal agar seseorang tersebut dapat memahami. Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah mereka akan menerima informasi yang telah diberikan dan pada akhirnya semakin banyak pengetahuan yang dimilikinya, sedangkan jika seseorang memiliki tingkat pendidikan rendah, akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan, informasi dan nilai – nilai yang baru diperkenalkan.

2. Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang berpengalaman dan berpengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung.

3. Umur

Bertambahnya usia seseorang dapat mengakibatkan terjadinya perubahan pada aspek fisik dan psikologis (mental). Pertumbuhan fisik secara garis besar ada empat kategori perubahan. Pertama perubahan ukuran, kedua perubahan proporsi, ketiga hilangnya ciri – ciri lama, keempat timbulnya ciri – ciri baru. Perubahan tersebut terjadi akibat pematangan fungsi organ. Pada aspek psikologis taraf berpikir seseorang semakin matang dan dewasa.

4. Minat

Minat merupakan suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat dapat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal yang pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang mendalam.

5. Pengalaman

pengalaman adalah kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Pengalaman yang kurang baik pada seseorang membuat seseorang tersebut berusaha untuk melupakannya. Namun, jika pengalaman terhadap objek tersebut menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang mendalam dan akhirnya dapat membentuk sikap positif dalam kehidupannya.

6. Kebudayaan

Kebudayaan lingkungan sekitar kita mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita. Jika suatu wilayah mempunyai budaya menjaga kebersihan lingkungan, memungkinkan masyarakat yang disekitarnya mempunyai sikap untuk menjaga kebersihan lingkungan, karena lingkungan sangat berpengaruh dalam pembentukan sikap pribadi maupun sikap seseorang (Saifuddin A, 2002 dalam Mubarak, dkk. 2007).

7. Informasi

Kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan baru (Mubarak, dkk. 2007).

2.3 Sikap

2.3.1 Pengertian

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap merupakan sesuatu yang tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap

stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari – hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial.

Menurut Newcomb dalam Notoadmojo (2012), sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka.

2.3.2 Komponen sikap

Menurut Allport (1954) dalam Notoadmojo (2012) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok yaitu:

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (trend to behave)

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (total attitude). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan yang penting.

2.3.3 Tingkatan sikap

Ada beberapa tingkatan dari sikap yaitu :

1. Menerima (receiving)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek) .

2. Merespons (responding)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Sebab dengan seseorang mengerjakan suatu pekerjaan terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

3. Menghargai (valuing)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4. Bertanggung jawab (responsible)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan merupakan sikap yang paling tinggi.

2.3.4 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Sikap

Menurut Anwar (2005) ada beberapa faktor yang mempengaruhi sikap terhadap obyek sikap antara lain :

1. Pengalaman pribadi, untuk dapat menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat. Karena itu, sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional.
2. Pengaruh orang lain yang dianggap penting, pada umumnya individu cenderung untuk memiliki sikap yang searah dengan sikap orang yang dianggap penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk menghindari konflik dengan orang penting tersebut.

3. Pengaruh kebudayaan, tanpa disadari kebudayaan telah menanamkan garis yang mengarahkan sikap kita terhadap berbagai masalah. Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karena kebudayaanlah yang memberi corak pengalaman individu-individu masyarakat asuhannya.
4. Media massa, dalam pemberitaan surat kabar meupun radio atau media komunikasi lainnya, berita yang seharusnya faktual disampaikan secara obyektif cenderung dipengaruhi oleh sikap penulisnya, akibatnya berpengaruh terhadap sikap konsumennya.
5. Lembaga Pendidikan dan Lembaga Agama, konsep moral dan ajaran dari lembaga pendidikan dan lembaga agama sangat menentukan system kepercayaan, tidak mengherankan jika pada gilirannya konsep tersebut mempengaruhi sikap.
6. Faktor Emosional, kadang kala suatu bentuk merupakan pernyataan yang disadari emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego

2.4 Merawat anak dengan epilepsy

2.4.1 Pengertian *Epilepsi*

Epilepsi adalah penyakit serebral kronik dengan karekteristik kejang berulang akibat lepasnya muatan listrik otak yang berlebihan dan bersifat reversibel (Tarwoto, 2007).

Epilepsi adalah gangguan kronik otak dengan ciri timbulnya gejala-gejala yang datang dalam serangan-serangan, berulang-ulang yang disebabkan lepas muatan listrik abnormal sel-sel saraf otak, yang bersifat reversibel dengan berbagai etiologi (Arif, 2000).

Epilepsi adalah sindroma otak kronis dengan berbagai macam etiologi dengan ciri-ciri timbulnya serangan paroksismal dan berkala akibat lepas muatan listrik neuron-neuron otak secara berlebihan dengan berbagai manifestasi klinik dan laboratorik.

Epilepsi adalah suatu gejala atau manifestasi lepasnya muatan listrik yang berlebihan di sel neuron saraf pusat yang dapat menimbulkan hilangnya kesadaran, gerakan involunter, fenomena sensorik abnormal, kenaikan aktivitas otonom dan berbagai gangguan fisik.

Bangkitan epilepsi adalah manifestasi gangguan otak dengan berbagai gejala klinis, disebabkan oleh lepasnya muatan listrik dari neuron-neuron otak secara berlebihan dan berkala tetapi reversibel dengan berbagai etiologi.

2.4.2 Etiologi Epilepsi

1. *Idiopatik.*
2. *Acquerit* : kerusakan otak, keracunan obat, metabolik, bakteri.
 - 1) Trauma lahir
 - 2) Trauma kepala
 - 3) Tumor otak
 - 4) Stroke
 - 5) Cerebral edema
 - 6) Hypoxia
 - 7) Keracunan
 - 8) Gangguan metabolik
 - 9) Infeksi.

2.4.3 Patofisiologi

Menurut para penyelidik bahwa sebagian besar bangkitan epilepsi berasal dari sekumpulan sel neuron yang abnormal di otak, yang melepas muatan secara berlebihan dan hypersinkron. Kelompok sel neuron yang abnormal ini, yang disebut juga sebagai fokus epileptik mendasari semua jenis epilepsi, baik yang umum maupun yang fokal (parsial). Lepas muatan listrik ini kemudian dapat menyebar melalui jalur-jalur fisiologis-anatomis dan melibatkan daerah disekitarnya atau daerah yang lebih jauh letaknya di otak.

Tidak semua sel neuron di susunan saraf pusat dapat mencetuskan bangkitan epilepsi klinik, walaupun ia melepas muatan listrik berlebihan. Sel neuron diserebellum di bagian bawah batang otak dan di medulla spinalis, walaupun mereka dapat melepaskan muatan listrik berlebihan, namun posisi mereka menyebabkan tidak mampu mencetuskan bangkitan epilepsi. Sampai saat ini belum terungkap dengan pasti mekanisme apa yang mencetuskan sel-sel neuron untuk melepas muatan secara sinkron dan berlebihan (mekanisme terjadinya epilepsi).

Otak merupakan pusat penerima pesan (impuls sensorik) dan sekaligus merupakan pusat pengirim pesan (impuls motorik). Otak ialah rangkaian berjuta-juta neuron. Pada hakekatnya tugas neuron ialah menyalurkan dan mengolah aktivitas listrik saraf yang berhubungan satu dengan yang lain melalui sinaps. Dalam sinaps terdapat zat yang dinamakan neurotransmitter. Asetilkolin dan norepinephrine ialah neurotransmitter eksitatif, sedangkan zat lain yakni GABA (gama-amino-butiric-acid) bersifat inhibitif terhadap penyaluran aktivitas listrik sarafi dalam sinaps. Bangkitan epilepsi dicetuskan oleh suatu sumber gaya listrik 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 ke bagian tubuh/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.

2.4.4 Klasifikasi Dan Gambaran Klinis

1. Epilepsi Umum.

- 1) Grand mal.
- 2) Petit mal.
- 3) Infantile spasm.

2. Epilepsi Jenis Focal / Parsial.

- 1) Focal motor.
- 2) Focal sensorik.
- 3) Psikomotor.

Gejala :

Bangkitan umum :

- 1) Tonik : 20 – 60 detik.
- 2) kontraksi otot, tungkai dan siku fleksi, leher dan punggung melengkung, jeritan epilepsi (aura).

- 3) Klonik : spasmus 40 detik. □ flexi berseling relaksasi, hipertensi, midriasis, takikardi, hyperhidrosis, hypersalivasi.
- 4) Pasca Serangan : aktivitas otot terhenti klien sadar kembali lesu, nyeri otot dan sakit kepala klien tertidur 1-2 jam

Jenis parsial :

- 1) Sederhana : tidak terdapat gangguan kesadaran.
- 2) Kompleks : gangguan kesadaran.

Ad :

- 1) Grand mal (Tonik Klonik) :

Ditandai dengan aura : sensasi pendengaran atau penglihatan.

- a. Hilang kesadaran.
- b. Tonus otot meningkat sikap fleksi / ekstensi.
- c. Sentakan, kejang klonik.
- d. Lidah dapat tergigit, hipertensi, tachicardi, berkeringat, dilatasi pupil dan hypersalivasi.
- e. Setelah serangan pasien tertidur 1-2 jam.
- f. Pasien lupa, mengantuk dan bingung.

- 2) Petit mal :

- a. Hilang kesadaran sebentar.
- b. Klien tampak melongo.
- c. Apa yang dikerjakannya terhenti.
- d. Klien terhuyung tapi tidak sampai jatuh.

3) Infantile Spasm :

- a. Terjadi usia 3 bulan – 2 tahun.
- b. Kejang fleksor pada ekstremitas dan kepala.
- c. Kejang hanya beberapa detik berulang.
- d. Sebagian besar klien mengalami retardasi mental.

4) Focal motor :

Lesi pada lobus frontal.

5) Focal Sensorik :

Lesi pada lobus parietal.

6) Focal Psikomotor :

Disfungsi lobus temporal.

Berdasarkan letak focus epilepsi atau tipe bangkitan

3. Epilepsi partial (lokal, fokal):

- 1) Epilepsi parsial sederhana, yaitu epilepsi parsial dengan kesadaran tetap normal.

Dengan gejala motorik:

- a. Fokal motorik tidak menjalar: epilepsi terbatas pada satu bagian tubuh saja
- b. Fokal motorik menjalar : epilepsi dimulai dari satu bagian tubuh dan menjalar meluas ke daerah lain. Disebut juga epilepsi Jackson
- c. Versif : epilepsi disertai gerakan memutar kepala, mata, tubuh.
- d. Postural : epilepsi disertai dengan lengan atau tungkai kaku dalam sikap tertentu.

- e. Disertai gangguan fonasi : epilepsi disertai arus bicara yang terhenti atau pasien mengeluarkan bunyi-bunyi tertentu
- f. Somatosensoris: timbul rasa kesemuatan atau seperti ditusuk-tusuk jarum.
- g. Visual : terlihat cahaya
- h. Auditoris : terdengar sesuatu
- i. Olfaktorik : terhidu sesuatu
- j. Gustatorik : terkecap sesuatu
- k. Disertai vertigo

2) Epilepsi parsial kompleks, yaitu kejang disertai gangguan kesadaran.

Serangan parsial sederhana diikuti gangguan kesadaran : kesadaran mula-mula baik kemudian baru menurun.

- a. Dengan gejala parsial sederhana A1-A4. Gejala-gejala seperti pada golongan A1-A4 diikuti dengan menurunnya kesadaran.
- b. Dengan automatisme. Yaitu gerakan-gerakan, perilaku yang timbul dengan sendirinya, misalnya gerakan mengunyah, menelan, raut muka berubah seringkali seperti ketakutan, menata sesuatu, memegang kancing baju, berjalan, mengembara tak menentu, dll.

3) Epilepsi Parsial yang berkembang menjadi bangkitan umum (tonik-klonik, tonik, klonik).

- a. Epilepsi parsial sederhana yang berkembang menjadi bangkitan umum.
- b. Epilepsi parsial kompleks yang berkembang menjadi bangkitan umum.

- c. Epilepsi parsial sederhana yang menjadi bangkitan parsial kompleks lalu berkembang menjadi bangkitan umum.

2.4.5 Manifestasi Klinik dan Perilaku

- a) Manifestasi klinik dapat berupa kejang-kejang, gangguan kesadaran atau gangguan penginderaan
- b) Kelainan gambaran EEG
- c) Bagian tubuh yang kejang tergantung lokasi dan sifat fokus epileptoge
- d) Dapat mengalami *aura* yaitu suatu sensasi tanda sebelum kejang epileptik (aura dapat berupa perasaan tidak enak, melihat sesuatu, mencium bau-bauan tidak enak, mendengar suara gemuruh, mengecap sesuatu, sakit kepala dan sebagainya)
- e) Napas terlihat sesak dan jantung berdebar
- f) Raut muka pucat dan badannya berlumuran keringat.
- g) Satu jari atau tangan yang bergetar, mulut tersentak dengan gejala sensorik khusus atau somatosensorik seperti: mengalami sinar, bunyi, bau atau rasa yang tidak normal seperti pada keadaan normal
- h) Individu terdiam tidak bergerak atau bergerak secara otomatis, dan terkadang individu tidak ingat kejadian tersebut setelah episode epileptikus tersebut lewat
- i) Di saat serangan, penyandang epilepsi terkadang juga tidak dapat berbicara secara tiba-tiba
- j) Kedua lengan dan tangannya kejang, serta dapat pula tungkainya menendang-menendang

- k) Gigi geliginya terkancing
- l) Hitam bola matanya berputar-putar
- m) Terkadang keluar busa dari liang mulut dan diikuti dengan buang air kecil

2.4.6 Pemeriksaan Diagnostik

1. CT Scan dan Magnetik resonance imaging (MRI) untuk mendeteksi lesi pada otak, fokal abnormal, serebrovaskuler abnormal, gangguan degeneratif serebral. Epilepsi simtomatik yang didasari oleh kerusakan jaringan otak yang tampak jelas pada CT scan atau magnetic resonance imaging (MRI) maupun kerusakan otak yang tak jelas tetapi dilatarbelakangi oleh masalah antenatal atau perinatal dengan defisit neurologik yang jelas
2. Elektroensefalogram (EEG) untuk mengklasifikasi tipe kejang, waktu serangan
3. Kimia darah: hipoglikemia, meningkatnya BUN, kadar alkohol darah.
4. mengukur kadar gula, kalsium dan natrium dalam darah
 - 1) menilai fungsi hati dan ginjal
 - 2) menghitung jumlah sel darah putih (jumlah yang meningkat menunjukkan adanya infeksi).
 - 3) *Pungsi lumbal* untuk mengetahui apakah telah terjadi infeksi otak

2.4.7 Penatalaksanaan

Manajemen Epilepsi :

- 1) Pastikan diagnosa epilepsi dan mengadakan explorasi etiologi dari epilepsi
- 2) Melakukan terapi simtomatik

- 3) Dalam memberikan terapi anti epilepsi yang perlu diingat sasaran pengobatan yang dicapai, yakni:
- 4) Pengobatan harus di berikan sampai penderita bebas serangan.
- 5) Pengobatan hendaknya tidak mengganggu fungsi susunan syaraf pusat yang normal.
- 6) Penderita dapat memiliki kualitas hidup yang optimal.

Penatalaksanaan medis ditujukan terhadap penyebab serangan. Jika penyebabnya adalah akibat gangguan metabolisme (hipoglikemia, hipokalsemia), perbaikan gangguan metabolisme ini biasanya akan ikut menghilangkan serangan itu.

Pengendalian epilepsi dengan obat dilakukan dengan tujuan mencegah serangan. Ada empat obat yang ternyata bermanfaat untuk ini: fenitoin (difenilhidantoin), karbamazepin, fenobarbital, dan asam valproik. Kebanyakan pasien dapat dikontrol dengan salah satu dari obat tersebut di atas.

Cara menanggulangi kejang epilepsi :

1. Selama Kejang

- 1) Berikan privasi dan perlindungan pada pasien dari penonton yang ingin tahu
- 2) Mengamankan pasien di lantai jika memungkinkan
- 3) Hindarkan benturan kepala atau bagian tubuh lainnya dari benda keras, tajam atau panas. Jauhkan ia dari tempat / benda berbahaya.
- 4) Longgarkan bajunya. Bila mungkin, miringkan kepalanya kesamping untuk mencegah lidahnya menutupi jalan pernapasan.

2. Setelah Kejang

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

2.4.8 Pencegahan

Upaya sosial luas yang menggabungkan tindakan luas harus ditingkatkan untuk pencegahan epilepsi. Resiko epilepsi muncul pada bayi dari ibu yang menggunakan obat antikonvulsi (konvulsi: spasma atau kekejangan kontraksi otot yang keras dan terlalu banyak, disebabkan oleh proses pada system saraf pusat, yang menimbulkan pula kekejangan pada bagian tubuh) yang digunakan sepanjang kehamilan. Cedera kepala merupakan salah satu penyebab utama yang dapat dicegah. Melalui program yang memberi keamanan yang tinggi dan tindakan pencegahan yang aman, yaitu tidak hanya dapat hidup aman, tetapi juga mengembangkan pencegahan

epilepsi akibat cedera kepala. Ibu-ibu yang mempunyai resiko tinggi (tenaga kerja, wanita dengan latar belakang sukar melahirkan, pengguna obat-obatan, diabetes, atau hipertensi) harus diidentifikasi dan dipantau ketat selama hamil karena lesi pada otak atau cedera akhirnya menyebabkan kejang yang sering terjadi pada janin selama kehamilan dan persalinan.

Program skrining untuk mengidentifikasi anak gangguan kejang pada usia dini, dan program pencegahan kejang dilakukan dengan penggunaan obat-obat anti konvulsan secara bijaksana dan memodifikasi gaya hidup merupakan bagian dari rencana pencegahan ini.

2.4.9 Pengobatan

Pengobatan epilepsi adalah pengobatan jangka panjang. Penderita akan diberikan obat antikonvulsan untuk mengatasi kejang sesuai dengan jenis serangan. Penggunaan obat dalam waktu yang lama biasanya akan menyebabkan masalah dalam kepatuhan minum obat (compliance) serta beberapa efek samping yang mungkin timbul seperti pertumbuhan gusi, mengantuk, hiperaktif, sakit kepala, dll.

Penyembuhan akan terjadi pada 30-40% anak dengan epilepsi. Lama pengobatan tergantung jenis epilepsi dan etiologinya. Pada serangan ringan selama 2-3th sudah cukup, sedang yang berat pengobatan bisa lebih dari 5th. Penghentian pengobatan selalu harus dilakukan secara bertahap. Tindakan pembedahan sering dipertimbangkan bila pengobatan tidak memberikan efek sama sekali.

Penanganan terhadap anak kejang akan berpengaruh terhadap kecerdasannya. Jika terlambat mengatasi kejang pada anak, ada kemungkinan penyakit epilepsi, atau

bahkan keterbelakangan mental. Keterbelakangan mental di kemudian hari. Kondisi yang menyedihkan ini bisa berlangsung seumur hidupnya.

Pada epilepsi umum sekunder, obat-obat yang menjadi lini pertama pengobatan adalah karbamazepin dan fenitoin. Gabapentin, lamotrigine, fenobarbital, primidone, tiagabine, topiramate, dan asam valproat digunakan sebagai pengobatan lini kedua. Terapi dimulai

dengan obat anti epilepsi garis pertama. Bila plasma konsentrasi obat di ambang atas tingkat terapeutik namun penderita masih kejang dan AED tak ada efek samping, maka dosis harus ditingkatkan. Bila perlu diberikan gabungan dari 2 atau lebih AED, bila tak mempan diberikan AED tingkat kedua.

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan

Merupakan metode yang digunakan untuk memecahkan masalah dalam upaya memperbaiki atau memelihara klien sampai ketahap optimal melalui suatu pendekatan yang sistematis untuk mengenal klien agar memenuhi kebutuhannya.

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian adalah merupakan tahap awal dari proses perawatan yaitu suatu pendekatan yang sistematis dimana sumber data, diperoleh dari klien, keluarga klien.

1. Anamnesia/Identitas

Meliputi : nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, agama, bangsa/suku, pendidikan, bahasa yang digunakan dan alamat rumah.

2. Keluhan Utama

Perasaan lemah, nafsu makan turun, demam, perasaan tidak enak badan, nyeri pada ekstremitas

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Merupakan riwayat klien saat ini meliputi keluhan, sifat dan hebatnya keluhan, mulai timbul. Biasanya ditandai dengan anak mulai rewel, kelihatan pucat, demam, anemia, terjadi pendarahan (ptekia, ekimosis, pitaksis, pendarah gusi dan memar tanpa sebab), kelemahan terdapat pembesaran hati, limpa, dan kelenjar limfe, kelemahan. nyeri tulang atau sendi dengan atau tanpa pembengkakan.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat penyakit sebelumnya yang berhubungan dengan keadaan penyakit sekarang perlu ditanyakan.

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Merupakan gambaran kesehatan keluarga, apakah ada kaitannya dengan penyakit yang dideritanya. Pada keadaan ini status kesehatan keluarga perlu diketahui, apakah ada yang menderita gangguan hematologi, adanya faktor hereditas misalnya kembar monozigot.

6. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Aktivitas yang menyebabkan ketegangan dan stress tinggi serta perubahan visual sensitif terhadap cahaya/suara yang keras.

7. Riwayat Psikososial

Riwayat psikososial sangat berpengaruh dalam psikologi klien dengan timbulnya gejala-gejala yang dialami dalam proses penerimaan terhadap rangsang nyeri.

Pola fungsi kesehatan

1) Pola Persepsi dan Tatalaksana Hidup Sehat

Perubahan penatalaksanaan yang dapat menimbulkan masalah dalam kesehatan.

2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Biasanya pada klien dengan kejang akan mengalami mual – muntah, dan penurunan nafsu makan sehingga mempengaruhi status nutrisi

3) Pola Eliminasi

Kebiasaan dalam BAB didapatkan, sedangkan kebiasaan BAK akan terjadi retensi, konsumsi cairan tidak sesuai dengan kebutuhan.

4) Pola aktivitas dan latihan

Klien dengan epilepsi tidak bisa melakukan aktivitas, badan terasa lemas dan tidak bertenaga, penglihatan menjadi terganggu, ketegangan mata, dan kesulitan untuk membaca, kaki sulit berjalan, muntah

5) Pola tidur dan istirahat

Kebiasaan klien sebelum tidur, lama tidur siang dan malam terganggu karena nyeri kepala yang berputar-putar, bahkan juga bisa terjadi insomnia

6) Pola persepsi dan konsep diri

Didalam perubahan konsep diri itu bisa berubah bila kecemasan dan kelemahan tidak mampu dalam mengambil sikap.

7) Pola sensori dan kognitif

Perubahan kondisi kesehatan dan gaya hidup akan mempengaruhi pengetahuan dan kemampuan dalam respon nyeri dan merawat diri.

8) Pola reproduksi seksual

Reproduksi dan seksual pada klien yang telah/sudah menikah akan terjadi perubahan

9) Pola hubungan dan peran

Adanya kondisi kesehatan mempengaruhi terhadap hubungan peran dan peran serta mengalami tambahan dalam menjalankan perannya selama sakit.

10) Pola penanggulangan stress

Stress timbul apabila seorang klien tidak efektif dalam mengatasi masalah penyakitnya.

11) Pola tata dan kepercayaan

Timbulnya distress dalam spiritual pada klien, maka klien akan menjadi cemas dan kebiasaan ibadahnya akan terganggu.

Pemeriksaan Fisik**1) Keadaan umum**

Biasanya klien akan mengalami badan lemah, letih nyeri kepala dengan sensasi berputar, keterbatasan gerak, pucat, klien menahan nyeri, terjadi mual dan muntah.

2) Kepala dan leher

Keadaan rambut, kepala simetris atau tidak, ada tidaknya benjolan kepala, luka trauma, muka simetris atau tidak, gerakan mata yang abnormal (nistagmus), pupil reflek terhadap cahaya, hidung simetris atau ada tidaknya polip, warna sclera, bentuk leher simetris atau tidak, serta ada / tidaknya pembesaran kelenjar tiroid

3) Thorax dan abdomen

Biasanya klien epilepsy tidak terdapat kelainan thorax, dan bentuk dada simetris.

4) Sistem respirasi

Gejala : nafas pendek dengan kerja atau gerak minimal.

Tanda : dispnea, takipnea, batuk.

5) Sistem kardio vaskuler

Gejala : palpitasi.

Tanda : Takikardi, membrane mukosa pucat.

6) Sistem integumen

Pada umumnya klien epilepsi tidak terjadi gangguan pada sistem integument, bisa terjadi turgor kulit menurun karena adanya out put yang berlebihan atau tidak sebanding dengan intake, kulit bersih, wajah pucat, berkeringat banyak, badan dingin karena menahan nyeri.

7) Sistem eliminasi

Gejala : diare, nyeri, feses hitam, darah pada urin, penurunan haluaran urine.

8) Sistem muskuloskeletal

Gejala : kelelahan, malaise, kelemahan.

Tanda : kelemahan otot, somnolen.

9) Sistem endokrin

Pada penderita epilepsi tidak selalu ditemukan pembesaran kelenjar tiroid dan tonsil.

10) Sistem persyarafan

Gejala : penurunan koordinasi, kacau, disorientasi, kurang konsentrasi, pusing, kesemutan.

Tanda : aktivitas kejang, otot mudah terangsang.

Obsevasi dan pengkajian selama dan setelah kejang akan membantu dalam mengidentifikasi tipe kejang dan penatalaksanaannya.

a. Selama serangan :

- a) Apakah ada kehilangan kesadaran atau pingsan.
- b) Apakah ada kehilangan kesadaran sesaat atau lena.
- c) Apakah pasien menangis, hilang kesadaran, jatuh ke lantai.
- d) Apakah disertai komponen motorik seperti kejang tonik, kejang klonik, kejang tonik-klonik, kejang mioklonik, kejang atonik.
- e) Apakah pasien menggigit lidah.
- f) Apakah mulut berbuih.
- g) Apakah ada inkontinen urin.
- h) Apakah bibir atau muka berubah warna.
- i) Apakah mata atau kepala menyimpang pada satu posisi.
- j) Berapa lama gerakan tersebut, apakah lokasi atau sifatnya berubah pada satu sisi atau keduanya.

b. Sesudah serangan

- a) Apakah pasien : letargi , bingung, sakit kepala, otot-otot sakit, gangguan bicara
- b) Apakah ada perubahan dalam gerakan.

- c) Sesudah serangan apakah pasien masih ingat apa yang terjadi sebelum, selama dan sesudah serangan.
 - d) Apakah terjadi perubahan tingkat kesadaran, pernapasan atau frekuensi denyut jantung.
 - e) Evaluasi kemungkinan terjadi cedera selama kejang.
- c. Riwayat sebelum serangan
- a) Apakah ada gangguan tingkah laku, emosi.
 - b) Apakah disertai aktivitas otonomik yaitu berkeringat, jantung berdebar.
 - c) Apakah ada aura yang mendahului serangan, baik sensorik, auditorik, olfaktorik maupun visual.
- d. Riwayat Penyakit
- a) Sejak kapan serangan terjadi.
 - b) Pada usia berapa serangan pertama.
 - c) Frekuensi serangan.
 - d) Apakah ada keadaan yang mempresipitasi serangan, seperti demam, kurang tidur, keadaan emosional.
 - e) Apakah penderita pernah menderita sakit berat, khususnya yang disertai dengan gangguan kesadaran, kejang-kejang.
 - f) Apakah pernah menderita cedera otak, operasi otak
 - g) Apakah makan obat-obat tertentu
 - h) Apakah ada riwayat penyakit yang sama dalam keluarga

2.5.2 Analisa Data

1. Data subyektif

Klien mengungkapkan secara verbal atau mengungkapkan dengan isyarat mengalami gangguan rasa nyaman (pusing).

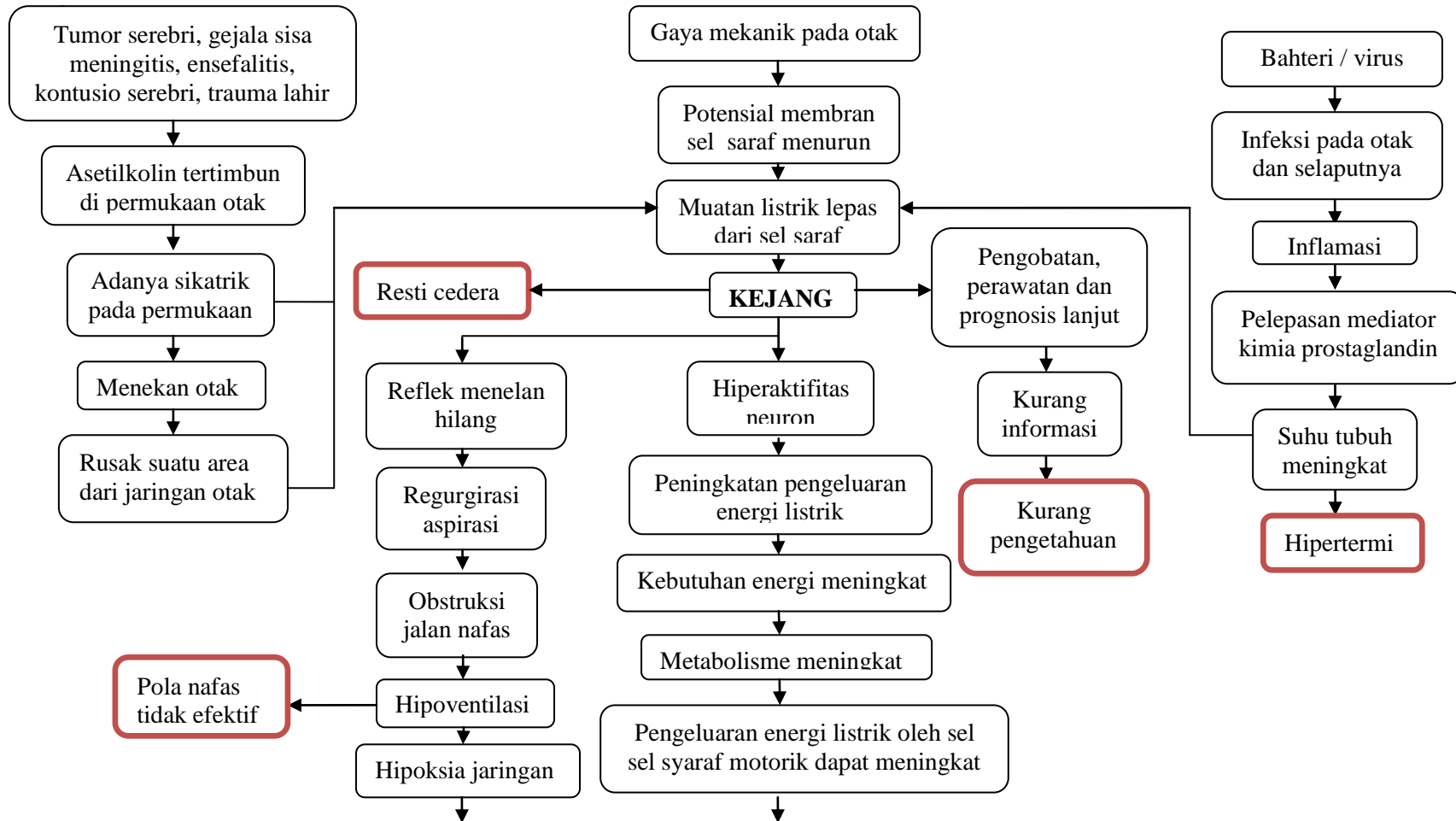
2. Data obyektif

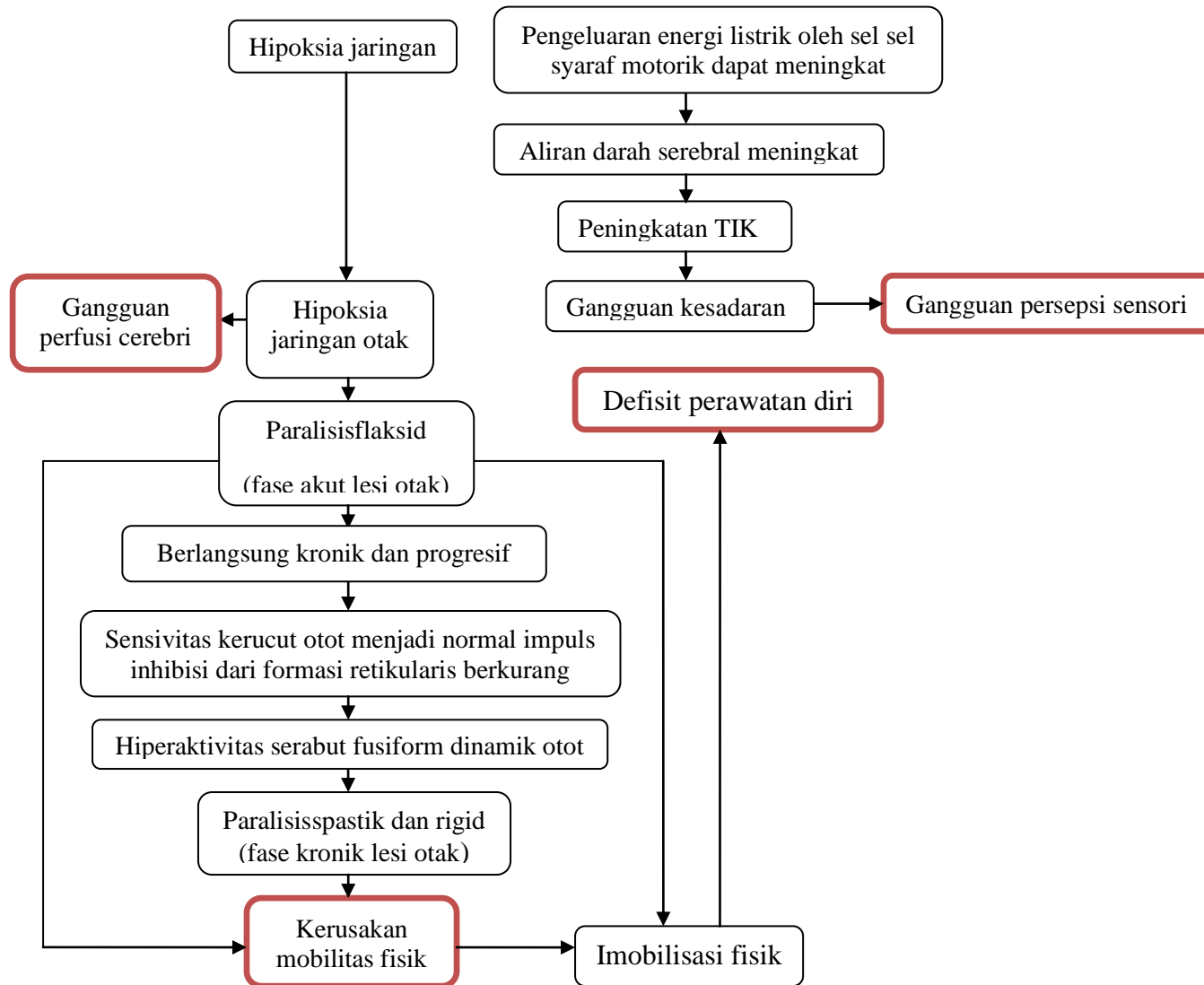
- 1) keadaan umum lemah
- 2) klien gelisah dan cemas
- 3) wajah menyeringai menahan sakit
- 4) gerakan mata yang abnormal
- 5) pucat dan terjadi perubahan tekanan darah pernafasan nadi
- 6) perubahan nafsu makan

2.5.3 Diagnosa Keperawatan

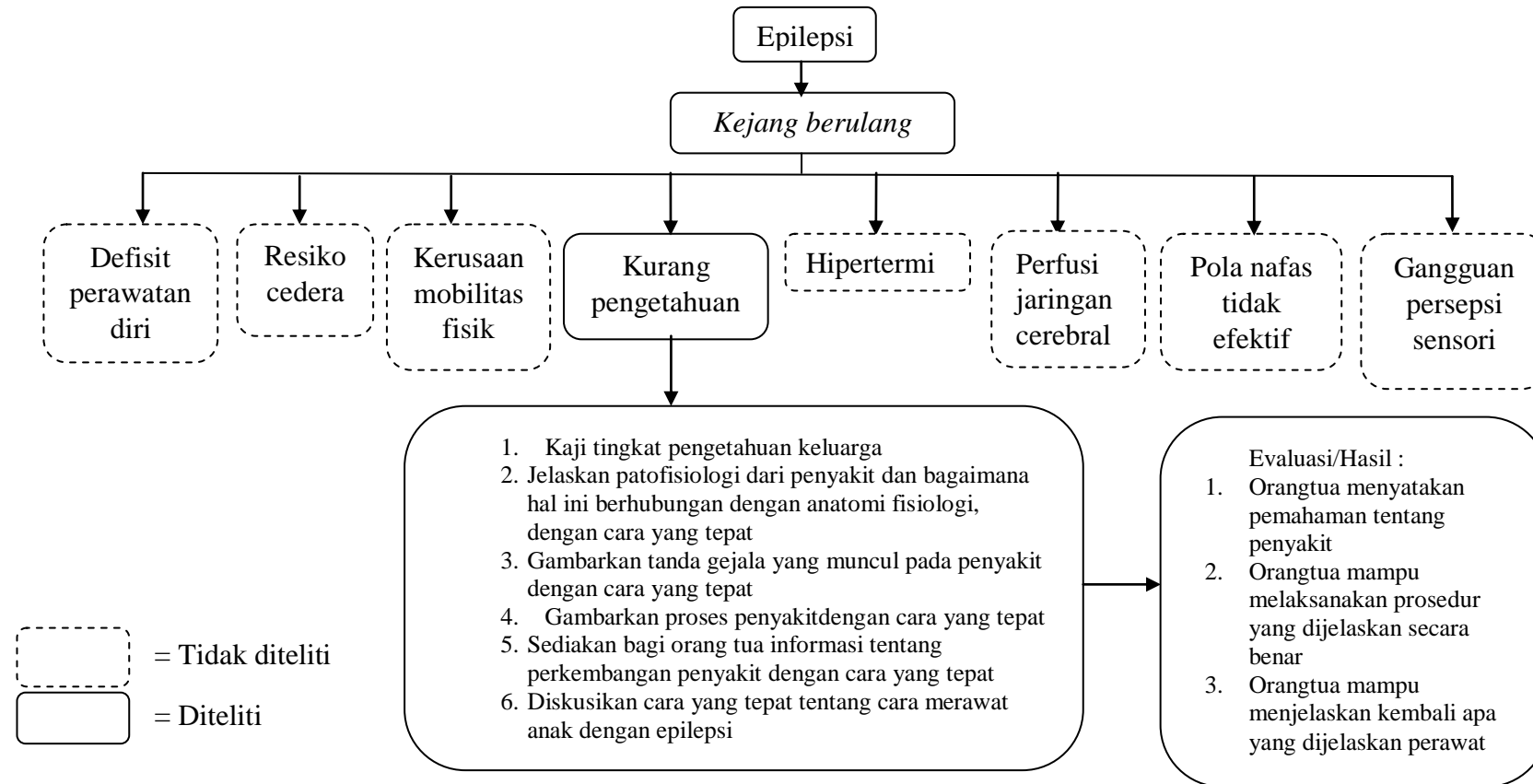
- 1) Pola napas tidak efektif
- 2) Perfusi jaringan serebral tidak efektif
- 3) Resiko terhadap cedera yang berhubungan dengan perubahan kesadaran, kerusakan kognitif selama kejang, atau kerusakan mekanisme perlindungan diri.
- 4) Kurang pengetahuan mengenai kondisi dan aturan pengobatan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kurang pemajanan, atau kesalahan interpretasi informasi.
- 5) Hipertermi
- 6) Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas
- 7) Defisit perawatan diri
- 8) Gangguan persepsi sensori auditori

2.5.4 WOC Epilepsi





2.6 Kerangka Pikir



Gambar 2.1 Kerangka Pikir Studi Kasus Pelaksanaan pendidikan kesehatan pada orang tua dalam merawat anak dengan epilepsi Di Poli Tumbuh Kembang Anak Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya