

## **BAB V PENUTUP**

### **A. Simpulan**

#### **1. Pengkajian Keperawatan**

Berdasarkan data fisik menunjukkan bahwa Tn.J berusia 48 Tahun, Kepala Keluarga dari satu orang isteri dan dua orang anak, Tn.J tidak bekerja, kondisi kesehatan Tn.J didapati sedang sakit. Keluarga mengatakan Tn.J kejang berulang 1x dalam sehari. Hasil pemeriksaan TTV didapati TD:150/60mmHg, RR:20×/menit, N:80×/menit. TnJ tampak lemas dan tampak gelisah.

#### **2. Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan pengkajian penulis merumuskan 3 masalah yang didapatkan pada subjek asuhan yaitu diagnosa utama yang dapat ditegakkan yaitu gangguan kebutuhan rasa aman berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga mengenali masalah. Kedua yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga mengenal masalah dan Menjemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidak amampuan merawat anggota keluarga

#### **3. Renvana Keperawatan**

Rencana keperawatan yang penulis susun pada Tn.J yaitu dengan memberikan perawatan kenyamanan yaitu dengan identifikasi tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi atau gejala lain yang mengganggu kognitif. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman jika memungkinkan. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia. Anjurkan mengambil posisi yang nyaman.

#### **4. Implementasi**

Implementasi yang diterapkan sesuai dengan rencana atau intervensi yang disusun dan diberikan sama kepada subyek asuhan selama tiga hari berturut-turut. Penulis melakukan tindakan yang telah di rencanakan kepada subyek asuhan yaitu memonitor TTV, Mengidentifikasi kejang berulang. Mengidentifikasi obat yang di

konsumsi. Menganjurkan pada keluarga untuk menyalakan lampu saat tidur pasien agar keluarga mengetahui bila pasien kejang berulang. Mengidentifikasi keamanan dan kenyamanan pasien..

## **5. Evaluasi**

Evaluasi terhadap Tn.J dengan kasus gangguan kebutuhan rasa aman nyaman (kejang berulang) setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari berturut-turut, didapatkan hasil gangguan rasa aman berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenali masalah, dengan hasil evaluasi teratasi.

Diagnosa asuhan keperawatan utama yang ditegakkan yaitu gangguan rasa aman dengan kriteria hasil ditentukan berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia.

## **B. Saran**

### **3. Puskesmas Natar Lampung Selatan**

Diharapkan di Desa Merak Batin Natar Lampung Selatan dapat memperhatikan warga desanya terkait kesehatan yang dimiliki oleh warga desa dengan melakukan kerjasama dengan semua tenaga kesehatan dalam hal edukasi untuk pasien serta keluarga mengenai gangguan rasa aman pasien epilepsi.

### **4. Program Studi DIII Keperawatan Poltekkes Tanjungkarang**

Diharapkan institusi dapat menyediakan informasi dan referensi yang lengkap dan terbaru di perpustakaan dalam pengembangan ilmu keperawatan medikal bedah khususnya penyakit epilepsi dengan gangguan rasa aman nyaman (kejang berulang) yang lebih lengkap dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

### **5. Bagi Penulis Selanjutnya**

Bagi penulis selanjutnya hasil pengumpulan data ini dapat dipergunakan untuk mendalami lagi tentang asuhan keperawatan mengenai kasus epilepsi dan selanjutnya disarankan untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan yang berhubungan dengan otak (hipertensi, demensia, stroke dan lain-lain).