

Penatalaksanaan Holistik Penyakit Epilepsi pada Pasien Remaja dengan Tingkat Pengetahuan yang Minimal melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

Riska Priyani¹, Cindy Gustavia Dwirusman², Diana Mayasari³

¹Mahasiswa, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

² Mahasiswa, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

³Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Di negara berkembang, insidens epilepsi sebesar 61-124/100.000 anak per tahun. Prevalensi kasus epilepsi di Indonesia sebanyak 8,2 per 1.000 penduduk dengan angka insiden mencapai 50 per 100.000 penduduk. Pada penatalaksanaan pasien epilepsi sangat membutuhkan kerjasama dari berbagai pihak, salah satunya peran dari dokter keluarga. Mengidentifikasi faktor risiko internal, eksternal dan masalah klinis yang terdapat pada pasien, menerapkan pendekatan dokter keluarga secara holistik dan komprehensif sesuai masalah yang ditemukan pada pasien, serta melakukan penatalaksanaan berbasis *Evident Based Medicine* yang bersifat *family-approach*, *patient-centered* dan *community oriented*. Studi yang dilakukan adalah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan ke rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik awal, proses, dan akhir kunjungan secara kualitatif dan kuantitatif dengan menggunakan *food recall* dan *pretest*. Pasien laki-laki, 17 tahun, datang untuk mengambil surat rujukan kontrol epilepsi ke rumah sakit. Pasien telah terdiagnosis epilepsi sejak 7 tahun lalu. Pasien rutin mengambil obat ke rumah sakit setiap bulannya. Saat ini pasien mengatakan keluhan kejang mulai berkurang setelah mengonsumsi obat setiap hari. Penegakan diagnosis dan penatalaksanaan pada pasien ini telah dilakukan secara holistik, patient centered, family approach dan community oriented berdasarkan beberapa teori dan penelitian terkini. Pada proses perubahan perilaku, pasien sudah mencapai tahap trial.

Kata Kunci: Diagnostik holistik, epilepsy, pelayanan kedokteran keluarga

Holistic Management of Epileptic in Teenager with Minimum Knowledge through Family Medicine Approach

Abstract

In developing countries, the incidence of epilepsy is 61-124/100,000 children per year. The prevalence of epilepsy cases in Indonesia is 8.2 per 1,000 population with an incidence rate of 50 per 100,000 population. In the management of epilepsy patients, cooperation from various parties is needed, one of which is the role of family doctors. Identify internal, external risk factors and clinical problems found in patients, apply a holistic and comprehensive family doctor approach according to the problems found in patients, and carry out evidence-based medicine management that is family-approach, patient-centered and community oriented. The study is a case report. Primary data were obtained through history taking, physical examination and home visits. Secondary data were obtained from the patient's medical record. Assessment was qualitatively and quantitatively carried out based on the initial holistic diagnosis, process, and end of the visit using food recall. A male patient, 17 years old, came to take an epilepsy control referral letter to the hospital. The patient has been diagnosed with epilepsy since 7 years ago. Patients routinely take medication to the hospital every month. At this time the patient said that the seizures began to decrease after taking the drug every day. Enforcement of diagnosis and management of these patients has been done holistically, patient centered, family approach and community oriented based on several theories and the latest research. In the process of behavior change, the patient has reached the trial stage.

Keywords: Epilepsy, family medicine, holistic diagnostic

Korespondensi : Riska Priyani, alamat Jl. Dr. Sutomo No.35 Penengahan, Kec. Tanjung Karang Pusat, Bandar Lampung, Nomor HP 085609045410, e-mail priyaniriska9@gmail.com

Latar Belakang

Menurut *International League Against Epilepsy* (ILAE) tahun 2014, Epilepsi adalah penyakit otak yang ditandai oleh (1) paling tidak dua bangkitan kejang spontan dengan jarak lebih dari 24 jam, (2) satu bangkitan kejang spontan (FUS) disertai kemungkinan berulangnya kejang paling sedikit 60% dalam 10 tahun berikutnya, dan (3) bila bangkitan kejang tersebut merupakan sindrom epilepsi.¹ Secara konseptual, epilepsi didefinisikan sebagai kelainan otak yang ditandai oleh adanya kecenderungan untuk menimbulkan bangkitan epilepsi secara terus menerus dengan konsekuensi neurobiologis, kognitif, psikologis, dan sosial. Definisi epilepsi membutuhkan setidaknya satu kali kejadian kejang epileptik.²

Menurut data *World Health Organization* (WHO), sekitar 50 juta orang di dunia yang menderita epilepsi, menjadikannya salah satu penyakit neurologi yang paling umum secara global. Hampir 80% orang yang menderita epilepsi tinggal di negara berpendapatan rendah dan menengah. Diperkirakan 4 hingga 10 orang di antara 1000 orang memiliki epilepsi aktif, yang menunjukkan bahwa prevalensi epilepsi sekitar 30 juta hingga 75 juta, berdasarkan angka populasi dunia saat ini.³

Di negara berkembang, insidens epilepsi sebesar 61-124/100.000 anak per tahun. Prevalensi kasus epilepsi di Indonesia sebanyak 8,2 per 1.000 penduduk dengan angka insiden mencapai 50 per 100.000 penduduk. Diperkirakan ada 1,8 juta pasien epilepsi yang butuh pengobatan.⁴

Komplikasi yang dapat terjadi pada pasien epilepsi antara lain depresi, psikosis, ansietas, dan gangguan kognitif. Problem psikososial pada penderita epilepsi ditemukan lebih tinggi dibandingkan dengan masyarakat pada umumnya. Problem tersering yang ditemukan ialah adanya isolasi sosial, kurang percaya diri, adanya kecemasan, dan depresi. Problem sosial ini berdampak sangat penting bagi penderita karena hal ini yang akan berdampak berkurangnya kualitas hidup pada penderita terutama pada penderita yang mengalami kelainan neurologik.⁵

Penatalaksanaan pasien epilepsi sangat membutuhkan kerjasama dari

berbagai pihak, salah satunya peran dari dokter keluarga. Hal tersebut karena dokter keluarga menganut pendekatan holistik terhadap suatu masalah penyakit pasien yang tidak hanya memandang penyebab penyakit dari dimensi fisik tetapi juga dari segi psikologi dan sosial (biopsiko-sosial) dari pasien, keluarga dan komunitasnya. Dokter keluarga tidak hanya mengobati penyakit dari pasien saja, tetapi juga memperhatikan aspek keluarga dan lingkungan pasien yang dapat mempengaruhi proses kesembuhan pasien serta dapat mencegah kekambuhan penyakit.

Kasus

Pasien An. A, usia 17 tahun datang ke Puskesmas Natar bersama ibunya pada tanggal 23 Maret 2022 untuk melakukan pengambilan surat rujukan kontrol epilepsi ke rumah sakit, yang biasanya diambil setiap 3 bulan sekali. Berdasarkan hasil anamnesis dengan ibunya, awalnya pada Juni 2015, pasien mengalami kejang. Kejang berlangsung selama sekitar lima menit. Selama kejang, pasien tidak sadar dengan kepala menghadap ke atas, kedua mata mendelik ke atas, dan seluruh tubuh muncul kekakuan diikuti dengan kelonjotan. Tidak ada riwayat demam sebelumnya. Saat itu pasien tidak dibawa ke puskesmas karena tidak ada gejala setelahnya. Kemudian pada Oktober 2015, pasien kembali kejang dengan tubuh kaku lalu disertai dengan kelonjotan, sama seperti sebelumnya. Kejang berlangsung selama kurang dari lima menit. Pasien akhirnya dibawa berobat ke Puskesmas, kemudian dirujuk ke rumah sakit. Pasien dilakukan pemeriksaan EEG dan setelah hasil EEG keluar, pasien didiagnosis epilepsi tonik-klonik, kemudian diberikan surat kontrol untuk pengambilan obat epilepsi setiap bulan.

Hingga saat ini pasien rutin meminum obat epilepsi setiap hari. Setelah beberapa bulan rutin mengonsumsi obat epilepsi, intensitas pasien mengalami kejang berkurang. Hingga saat ini epilepsi pasien masih belum terkontrol. Pasien mengalami kejang paling sering satu kali dalam sebulan, dimana sebelumnya pasien mengalami kejang dua kali dalam sebulan. Pasien telah menjalani pengobatan selama 7 tahun, dimana pasien selalu rutin meminum

obatnya setiap hari sesuai arahan dokter. Ibu pasien mempersepsikan epilepsi sebagai suatu penyakit kejang yang menyebabkan kerusakan pada otak. Ibu pasien khawatir penyakit yang dialami pasien tidak dapat sembuh dan mengganggu aktivitas anaknya.

Saat ini pasien terakhir mengalami kejang pada 19 Januari 2022. Kejang berlangsung kurang dari tiga menit. Pasien tidak sadar selama kejang, kepala menghadap ke atas, dan kedua mata mendelik ke atas, seluruh tubuh kaku dan diikuti kelonjotan. Kejang tidak didahului demam. Pasien mengaku saat ini kejang timbul saat pasien kurang tidur atau saat pasien kelelahan. Saat ini pasien dapat merasakan apabila akan kejang, pasien mengaku akan merasa pusing dan tidak enak badan apabila akan kejang. Kemudian pasien akan beristirahat dan berusaha tidur di kamarnya. Apabila pasien mengalami kejang, ibu pasien kemudian melonggarkan pakaian pasien dan mencatat berapa lama durasi kejang. Ibu pasien mencoba untuk tidak panik. Setelah kejang berhenti, ibu pasien selalu menyuruh pasien untuk beristirahat.

Sejak kecil, pasien sering sakit batuk dan pilek, tetapi hanya berlangsung kurang dari seminggu lalu sembuh. Pasien memiliki riwayat trauma kepala pada saat usia 2,5 tahun yang kemudian dilakukan operasi kepala pada tahun 2007. Saat bayi, tumbuh kembang pasien sesuai dengan anak seusianya, tidak terdapat kelainan tumbuh kembang. Pasien tidak memiliki riwayat kejang demam. Kakak kedua pasien memiliki riwayat kejang hingga usia tiga tahun. Nenek pasien memiliki riwayat stroke dan telah meninggal dunia. Tidak ada anggota keluarga lain dengan riwayat kejang.

Pasien makan 2-3 kali sehari, sering mengonsumsi tempe dan ayam. Pasien kurang menyukai sayuran dan hanya menyukai buah seperti pepaya. Pasien sering mengonsumsi mie *instant*. Riwayat imunisasi dasar pasien lengkap. Riwayat tumbuh kembang sesuai dengan umurnya.

Aktivitas sehari-hari pasien membantu ibunya melakukan pekerjaan rumah. Pasien sering begadang untuk bermain game online. Pasien jarang berolahraga. Pasien pernah mengalami kejang saat disekolah di tahun 2015. Setelah

itu pasien diejek oleh teman sekolahnya yang membuat pasien tidak mau bersekolah. Kemudian pasien mengambil sekolah paket untuk menyelesaikan pendidikan SMP nya. Saat ini pasien menjalani sekolah paket SMA dimana pasien masuk sekolah hanya pada hari minggu. Ibu pasien mengaku, kini pasien mengalami penurunan minat belajar. Sebelum kejang pasien selalu mendapat nilai yang bagus dan rangking disekolah, namun kini pasien mengalami penurunan nilai di sekolah.

Ibu pasien berharap pasien dapat menyelesaikan pengobatan dan dapat sembuh sehingga pasien dapat bersekolah seperti biasa kembali. Pasien mengatakan tidak mengonsumsi alkohol ataupun merokok. Tidak ada orang yang merokok di dalam rumah pasien. Jika hendak bepergian pasien selalu diantar oleh ibu, ayah atau kakaknya. Pasien tidak diperbolehkan untuk mengendarai kendaraan sendiri oleh orang tuanya maupun bepergian sendiri tanpa didampingi anggota keluarganya.

Pasien merupakan anak ketiga dari tiga bersaudara. Pasien saat ini tinggal bersama ayah (Tn. S, 49 tahun), ibunya (Ny. N, 49 tahun) dan kakak kedua (Tn. Al, 20 tahun). Sedangkan, kakak pertama pasien (Ny. E, 29 tahun) telah berkeluarga dan tinggal di luar kota. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti.

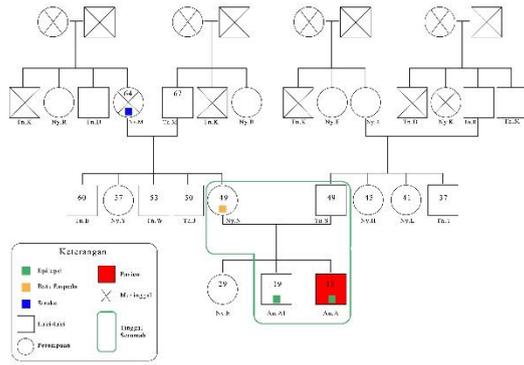
Pendapatan keluarga pasien berasal dari ayah pasien. Ayah pasien merupakan seorang sopir angkutan umum. Pendapatan pasien sekitar ±100.000 perhari. Kebutuhan primer dan sekunder keluarga cukup terpenuhi dari penghasilan tersebut. Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan keluarganya yang sakit ke layanan kesehatan. Keluarga pasien berobat ke Puskesmas Natar yang berjarak kurang lebih tiga kilometer dari rumah pasien. Seluruh anggota keluarga memiliki asuransi kesehatan BPJS. Pasien jika sakit diantar oleh ibunya ke puskesmas.

Genogram

Judul: Genogram An. A

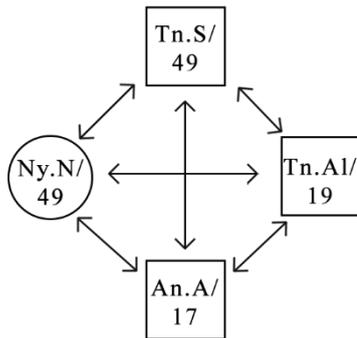
Oleh: Riska Priyani

Tanggal Pembuatan: 1 April 2022



Gambar 1. Genogram keluarga An. N APGAR Score

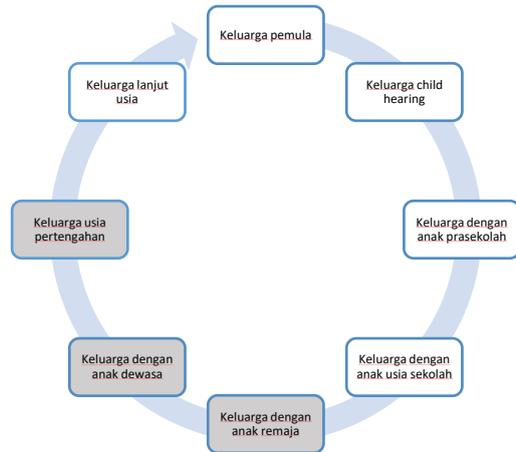
1. *Adaptation* : 2
 2. *Partnership* : 1
 3. *Growth* : 1
 4. *Affection* : 1
 5. *Resolve* : 2
- Total family APGAR score: 7 (Fungsi keluarga baik)



Keterangan:

- Kurang erat
- Erat
- Sangat Erat

Gambar 2. Family map An. A



Gambar 3. Family life cycle An. A Family SCREEM

Siklus keluarga An. A dalam tahap V, yaitu tahap keluarga dengan anak remaja, keluarga dengan anak dewasa, dan keluarga usia pertengahan.

- Sosial : 3
- Kultural : 4
- Agama : 5
- Ekonomi : 4
- Edukasi : 2
- Medis : 4

Total Family SCREEM score 22 (nilai 18-36, fungsi keluarga adekuat).

Self Reporting Questioner (SRQ)

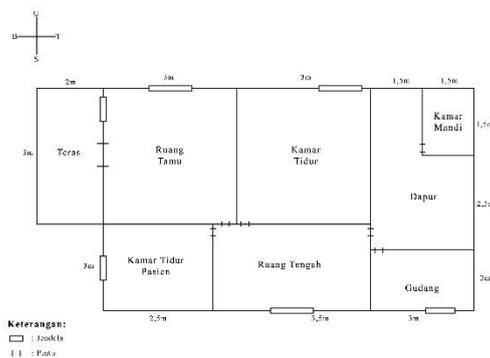
Pada SRQ yang telah dikerjakan oleh pasien, terdapat jawaban “ya” <6 pada nomor 1-20 yang berarti tidak ditemukan masalah psikologis. Tidak terdapat jawaban “ya” pada nomor 21 yang menandakan tidak terdapat penyalahgunaan zat psikoaktif. Tidak terdapat jawaban “ya” pada nomor 22-29 yang menandakan tidak ada gejala psikotik atau gangguan PTSD.

Rumah berukuran 10 x 6 m², satu lantai, memiliki 2 kamar tidur, 1 kamar tidur ibu dan ayah, dan 1 kamar tidur pasien dan kakak. 1 ruang tamu, 1 ruang keluarga, 1 dapur, 1 kamar mandi, dan 1 gudang. Pasien tidur sekamar dengan kakaknya. Lantai rumah berupa keramik, tetapi lantai dapur dan gudang berupa semen. Dinding terbuat dari tembok yang sudah di cat, atap rumah belum menggunakan plafon. Penerangan baik dengan jendela yang besar, tetapi jarang dibuka. Rumah sudah menggunakan

listrik. Rumah pasien berada di pinggir sawah, terdapat beberapa pepohonan di sekitar rumah.

Sumber air berasal dari air sumur yang digunakan untuk mandi dan mencuci pakaian. Pasien menggunakan air galon untuk minum dan memasak. Tempat sampah dikumpulkan di bak sampah di halaman rumah kemudian akan diambil oleh petugas pengangkut sampah 3 hari sekali. Jamban terletak di kamar mandi, dekat dengan dapur dengan bentuk jamban jongkok. Terdapat banyak barang-barang di rumah pasien yang tidak tersusun rapih dan berbagai furnitur dengan sudut tajam. Terdapat halaman depan dan belakang. Jalan menuju rumah cukup lebar dan bisa dilalui mobil. Pola pengobatan keluarga pasien yaitu pola kuratif, jika ada yang memiliki keluhan akan berobat ke puskesmas atau klinik terdekat. Rumah pasien berjarak sekitar 3 kilometer dari Puskesmas Natar dan dapat diakses dengan sepeda motor.

Denah Rumah



DIAGNOSIS HOLISTIK AWAL

1. Aspek personal

- Alasan kedatangan: ibu pasien mengambil surat rujukan kontrol epilepsi;
- Kekhawatiran: ibu pasien khawatir penyakit yang dialami pasien tidak dapat sembuh dan menghambat kegiatan sehari-hari pasien;
- Persepsi ibu: penyakit epilepsi merupakan penyakit kejang yang menyebabkan kerusakan pada otak;

- Harapan ibu: pasien dapat menyelesaikan pengobatan sampai tuntas dan dapat sembuh sehingga pasien dapat bersekolah seperti biasa kembali.

2. Aspek diagnosis klinis awal

- Epilepsi terdiagnosis secara klinis (G40.9)

3. Aspek risiko internal

- Kurangnya pemahaman pasien mengenai faktor pencetus kejang;
- Pola makan pasien tidak menerapkan menu gizi seimbang;
- Pengetahuan yang kurang tentang penyakit yang diderita;
- Kurangnya upaya pasien dalam mencegah terjadinya kekambuhan kejang.

4. Aspek risiko eksternal

- Sosial: Pengetahuan keluarga kurang mengenai penyakit epilepsi meliputi definisi, faktor risiko, pengobatan, komplikasi; dan menu gizi seimbang serta jumlah kebutuhan gizi yang diperlukan;
- Lingkungan tempat tinggal: Banyaknya barang di rumah tidak tersusun rapih dan berbagai furnitur dengan sudut tajam yang berbahaya apabila terjadi serangan kejang;
- Pola pengobatan kuratif.

5. Derajat fungsional

- Derajat fungsional dua yaitu mampu melakukan perawatan diri dan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam maupun di luar rumah, namun mulai mengurangi aktivitas jika dibandingkan saat sebelum sakit.

INTERVENSI

Intervensi yang akan diberikan pada pasien ini adalah intervensi terhadap faktor risiko internal dan faktor risiko eksternal. Intervensi dilakukan dengan memberikan edukasi dan konseling mengenai penyakit epilepsi. Intervensi akan dilakukan melalui kunjungan ke rumah pasien sebanyak tiga kali. Kunjungan pertama untuk melengkapi data pasien dan monitoring. Kunjungan

kedua untuk melakukan intervensi dan kunjungan ketiga untuk mengevaluasi intervensi yang telah dilakukan.

Media yang digunakan dalam menyampaikan edukasi adalah poster dan *slide power point*. Intervensi yang diberikan tidak hanya bersifat *patient-centered* tetapi juga memperhatikan aspek *family focused* serta *community oriented*.

Tabel 1. Target terapi berdasarkan diagnosis holistik awal

Diagnosis	Target terapi
Epilepsi	Rutin konsumsi obat hingga dua tahun bebas kejang
Kurangnya pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit yang dialaminya	Pasien dan keluarga dapat memahami dan lebih peduli terhadap penyakit yang diderita serta disiplin dalam pola hidupnya.
Persepsi pasien dan keluarga mengutamakan pengobatan kuratif dibanding preventif	Pasien lebih memilih melakukan pencegahan terhadap kekambuhan penyakit yang diderita
Pola makan pasien tidak sesuai	Pasien dapat memahami mengenai angka kecukupan gizi serta cara mengatur pola makan yang baik dan benar

Dari segi *patient centered*, medikamentosa diberikan asam valproate tab 2x250 mg, phenytoin sodium tab 3x85 mg, asam folat cap 1x5 mg. Non medikamentosa diberikan konseling kepada pasien tentang penyakit epilepsi meliputi: definisi, faktor risiko, pengobatan, dan komplikasi penyakit; konseling dan peningkatan motivasi untuk rutin konsumsi obat dan kontrol epilepsi di rumah sakit; konseling mengenai menu gizi seimbang dan jumlah kebutuhan gizi yang diperlukan; konseling mengenai upaya mengatasi kejang supaya aman serta

mencegah faktor pencetus kejang; edukasi mengenai komplikasi obat anti epilepsi yang dikonsumsi jangka panjang serta pemeriksaan yang dapat dilakukan.

Dalam segi *family focused* diberikan konseling keluarga mengenai epilepsi meliputi: definisi, faktor risiko, pengobatan, dan komplikasi penyakit; konseling keluarga mengenai penanganan bahaya yang mengancam selama kejang; konseling keluarga bagaimana mengidentifikasi serangan kejang yang butuh pertolongan tenaga medis dengan segera; konseling keluarga untuk berperan aktif sebagai PMO (pengawas minum obat); menjelaskan dan memotivasi mengenai perlunya perhatian dan dukungan dari semua anggota keluarga; konseling kepada keluarga untuk secara teratur serta rutin mendampingi ke fasilitas layanan primer atau dokter untuk kontrol kondisi medisnya, sehingga keluarga juga mengerti keluhan dari pasien dan bagai mana pengobatannya. Dalam segi *community oriented*, diberikan konseling mengenai penyesuaian lingkungan tempat tinggal agar tidak berbahaya saat serangan kejang; edukasi mengenai penyakit epilepsi di masyarakat meliputi definisi, faktor resiko, faktor pencetus, upaya mengatasi pasien kejang dengan aman, dan sikap empati terhadap pasien epilepsi.

DIAGNOSTIK HOLISTIK AKHIR

1. Aspek personal

- Kekhawatiran: Kekhawatiran ibu pasien berkurang mengenai penyakit yang diderita pasien tidak dapat sembuh dan menghambat kegiatan sehari-hari dengan meningkatnya pengetahuan ibu pasien dan pasien tentang penyakit yang diderita;
- Persepsi: ibu pasien dan pasien telah mengetahui tentang penyakit pasien, yaitu epilepsi. Pasien mengetahui penyembuhan penyakit ini dengan pengobatan teratur hingga tiga tahun bebas kejang. Perlu keteraturan untuk selalu kontrol;
- Harapan ibu: pasien dapat menyelesaikan pengobatan sampai tuntas dan dapat sembuh sehingga pasien dapat bersekolah seperti biasa kembali.

2. Aspek diagnosis klinis akhir

- Epilepsi terdiagnosis secara klinis (G40.9).

3. Aspek risiko internal

- Peningkatan pengetahuan pasien mengenai faktor pencetus kejang;
- Pasien juga sudah mengikuti pola makan yang sesuai dengan menu gizi seimbang;
- Peningkatan pengetahuan pasien terhadap penyakit yang diderita;
- Pasien sudah mengurangi perilaku dan kegiatan yang menyebabkan kambuhnya kejang.

4. Aspek risiko eksternal

- Sosial: Pengetahuan keluarga meningkat mengenai penyakit epilepsi meliputi definisi, faktor risiko, pengobatan, komplikasi; dan menu gizi seimbang serta jumlah kebutuhan gizi yang diperlukan;
- Ekonomi: Biaya hidup pasien ditanggung oleh ayah dan ibu pasien tidak cukup;
- Lingkungan tempat tinggal: Barang di rumah tersusun rapi dan furnitur dengan sudut tajam diberi pelindung;
- Perilaku pengobatan keluarga yang bersifat kuratif berkurang, mulai mengarah ke preventif.

5. Derajat fungsional

- Dua yaitu mampu melakukan perawatan diri dan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam maupun di luar rumah, namun mulai mengurangi aktivitas jika dibandingkan saat sebelum sakit.

Pembahasan

Studi kasus dilakukan pada An. A berusia 17 tahun dengan epilepsi yang dikaji dengan memandang pasien secara menyeluruh mencakup biologis, psikologis dan sosial. Penyakit yang diderita pasien merupakan penyakit yang bergantung pada gaya hidup, oleh karena itu, perlu dilakukan pembinaan terhadap keluarga agar anggota keluarga dapat ikut serta dalam pengelolaan penyakit pasien. Sehingga

penyakit dapat dikontrol dan meminimalisir komplikasi yang dapat terjadi. Masalah kesehatan yang dibahas pada kasus ini adalah seorang remaja berusia 17 tahun yang mengeluhkan kejang pada seluruh tubuh selama kurang dari tiga menit, pasien tidak sadar saat kejang, dengan riwayat epilepsi sejak 7 tahun yang lalu.

Pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan melakukan kunjungan ke rumah pasien beserta keluarga sebanyak tiga kali, dimana dilakukan kunjungan pertama pada hari Jumat, 25 Maret 2022. Pada kunjungan pertama dilakukan pendekatan dan perkenalan terhadap pasien serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan, diikuti dengan anamnesis tentang keluarga dan perihai penyakit yang telah diderita. Dari hasil kunjungan tersebut, sesuai konsep Mandala of Health, dari segi perilaku kesehatan pasien masih mengutamakan kuratif daripada preventif dan memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakit-penyakit yang diderita. selanjutnya kunjungan kedua pada hari Sabtu, 9 April 2022. Pada kunjungan kedua dilakukan intervensi secara tatap muka. Kemudian diakhiri dengan kunjungan ketiga pada tanggal 15 April 2022 untuk melakukan evaluasi.

Pasien An. A didiagnosis dengan epilepsi tonik-klonik berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang berupa EEG. Saat anamnesis, keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mengalami kejang yang berlangsung selama 3-5 menit dengan periode antar kejang lebih dari 24 jam. Selama kejang, pasien tidak sadar dengan kepala menghadap ke atas, kedua mata mendelik ke atas, dan seluruh tubuh muncul kekakuan diikuti dengan kelonjotan. Tidak ada riwayat demam sebelumnya. Dari hasil pemeriksaan fisik, diketahui tekanan darah 100/70 mmHg; frekuensi nadi: 81x/menit; frekuensi napas: 19x/menit; suhu: 36,6°C; berat badan: 45 kg; tinggi badan: 155 cm, IMT: 18,7. Hasil EEG pada pasien menyokong gambaran epilepsi tonik klonik.

Epilepsi adalah kondisi penyakit otak yang diakibatkan oleh aktivitas elektrik dari sel neuron yang meningkat sehingga menyebabkan kejadian kejang epileptik. Kejang terjadi ketika satu atau lebih bagian dari otak yang memiliki lecutan sinyal

elektrikal abnormal yang menghalangi jalannya sinyal normal pada otak tersebut. Menurut ILAE 2014, epilepsi dapat ditegakkan pada salah satu kondisi berikut ini:¹

1. Terdapat minimal dua episode kejang tanpa diprovokasi dengan jarak episode kejang lebih dari 24 jam
2. Terdapat satu episode kejang tanpa diprovokasi, tetapi memiliki risiko rekurensi dalam waktu 10 tahun sama dengan rekurensi yang terjadi setelah dua episode kejang tanpa provokasi
3. Sindrom epilepsi berdasarkan pemeriksaan EEG

Berdasarkan ILAE 2017, klasifikasi epilepsi dibagi menjadi onset fokal, generalisata, dan tidak diketahui. Epilepsi generalisata adalah kejang yang melibatkan dua hemisfer dan menyebabkan hilangnya kesadaran. Epilepsi fokal adalah kejang yang melibatkan satu sisi hemisfer dan disertai atau tidak penurunan kesadaran.⁵

Setelah diagnosis epilepsi tonik-klonik berhasil ditegakkan, dimulai pengobatan antiepilepsi, berupa asam valproat. Sesuai dengan panduan pengobatan NICE, obat antiepilepsi yang diberikan pada anak-anak sebaiknya merupakan monoterapi. Asam valproat merupakan terapi pilihan pertama untuk epilepsi generalisata tonik klonik.⁶

Kunjungan pertama dilakukan pada 25 Maret 2022. Pada kunjungan pertama terlebih dahulu dilakukan pendekatan dan perkenalan terhadap keluarga pasien serta menjelaskan tujuan kedatangan, serta dilanjutkan dengan pertanyaan untuk menganalisis aspek personal, aspek klinis, risiko internal dan eksternal serta derajat fungsional.

Dari hasil kunjungan tersebut, didapatkan pasien memiliki riwayat keluarga menderita kejang yaitu kakak kandung kedua pasien. Faktor genetik merupakan salah satu etiologi munculnya kejang pada seseorang. Pasien memiliki faktor perilaku/ kebiasaan yang menjadi faktor pencetus kejang seperti sering begadang. Pengetahuan yang kurang tentang penyakit yang diderita dimana pasien dan ibu pasien belum mengetahui perihal epilepsi yang dialami pasien meliputi definisi, faktor risiko, faktor pencetus, pencegahan, pengobatan kejang, efek

samping pengobatan, penanganan kejang dan komplikasi kejang.

Pola pengobatan pasien dan keluarga mengutamakan pengobatan kuratif dibanding preventif yaitu pasien masih belum melakukan pencegahan terhadap kekambuhan penyakit yang diderita dimana pasien sudah meminum obat rutin tetapi masih melakukan hal yang menjadi pencetus kejangnya. Pasien memiliki pola makan dengan gizi yang tidak seimbang yaitu pasien setiap hari makan makanan tinggi lemak, tinggi karbohidrat serta makanan *instant* tanpa diimbangi dengan konsumsi buah dan sayur.

Tatalaksana epilepsi dapat berupa terapi farmakologi dan nonfarmakologi. Tujuan utama terapi epilepsi adalah mengupayakan pasien dapat hidup normal dan tercapainya kualitas hidup optimal sesuai dengan perjalanan penyakit dan disabilitas fisik maupun mental yang dimiliki. Pada terapi farmakologi dapat diberikan obat antiepilepsi (OAE) apabila diagnosis epilepsi sudah dipastikan, terdapat minimum dua bangkitan dalam setahun, dan keluarga telah menerima penjelasan tentang tujuan serta efek samping pengobatan. Terapi dimulai dengan monoterapi menggunakan OAE sesuai dengan jenis bangkitan. Apabila kejang masih belum terkontrol maka diganti dengan OAE kedua dengan menurunkan dosis OAE pertama. Apabila saat diturunkan terjadi kejang maka kedua OAE tetap diberikan (PERDOSSI, 2014). Pada pasien ini diberikan asam valproat sebagai OAT pertama dan Phenytoin sebagai OAT kedua serta diberikan asam folat sebagai vitamin.

Setelah didapatkan permasalahan dan faktor yang memengaruhi masalah pada pasien, kegiatan selanjutnya dilakukan kunjungan kedua ke rumah pasien pada tanggal 9 April 2022 untuk memberikan intervensi. Intervensi diberikan dalam 2 bentuk, yaitu secara farmakologis dan secara non-farmakologis. Sebelum dilakukan intervensi, pasien diminta untuk mengerjakan soal *pretest* sebanyak 10 soal yang berhubungan dengan epilepsi. Pada saat dilakukan penilaian pasien mendapatkan skor 20 dimana hal ini menunjukkan pengetahuan pasien terkait epilepsi secara umum masih kurang.

Intervensi non-farmakologis dilakukan dengan memberikan informasi terkait epilepsi dan menu gizi seimbang. Konseling yang dilakukan terkait penjelasan mengenai definisi dari penyakit epilepsi, penyebab terjadinya penyakit tersebut, faktor resiko, faktor pencetus, penanganan kejang, pengobatan, efek samping, aktivitas fisik, hingga komplikasinya. Konseling mengenai pengobatan epilepsi dijelaskan mengenai durasi pengobatan, dan pentingnya kepatuhan dalam mengonsumsi antiepilepsi. Konseling juga diberikan kepada keluarga mengenai pentingnya pengawas minum obat (PMO) yang dilakukan untuk mencegah kejadian putus obat akibat sehingga tidak terjadi serangan kejang ulang. Pengetahuan pasien dan keluarga tentang epilepsi merupakan sarana yang dapat membantu pasien menjalankan penanganan penyakit. Semakin banyak dan semakin baik pasien dan keluarga mengerti mengenai penyakit tersebut, maka pasien akan semakin mengerti seberapa pentingnya perubahan perilaku tersebut diperlukan.

Selain itu juga dilakukan perhitungan kebutuhan angka kecukupan gizi pasien. Kemudian, dilakukan food recall pada pasien. Metode *food recall* dilakukan untuk menilai asupan gizi pasien dalam 1x24 jam. Setelah dilakukan penjelasan kepada pasien, intervensi non-farmakologis dilanjutkan dengan konseling yang lebih menekankan pada permasalahan pasien yaitu pencegahan kekambuhan kejang. Intervensi non-farmakologis ditutup dengan memberikan motivasi kepada pasien dan melibatkan ibu pasien untuk ikut menjaga pola aktivitas fisik, pola makan, dan membantu mendukung dan memotivasi pasien untuk meminum obat secara rutin dan mencegah pencetus kekambuhan kejang.

Intervensi berdasarkan *patient centered* dan *family focused*. Intervensi diberikan juga kepada keluarga pasien sehingga terjadi peningkatan pengetahuan yang akan menjadikan keluarga turut berperan dalam perkembangan penyakit pasien yang berujung pada kesembuhan dan kesehatan pasien. Intervensi yang diberikan kepada pasien dan keluarga yaitu *family conference*, Media yang digunakan dalam memudahkan penyampaian

informasi adalah *slide power point* dan poster.

Ada beberapa langkah sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru. Pertama adalah kesadaran (*awareness*) yaitu menyadari stimulus tersebut dan mulai tertarik (*interest*). Selanjutnya, orang tersebut akan menimbang-nimbang baik atau tidaknya stimulus tersebut (*evaluation*) dan mencoba melakukan apa yang dikehendaki oleh stimulus (*trial*). Pada tahap akhir adalah *adoption*, yaitu berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya.⁹ Intervensi farmakologis tetap mengikuti pengobatan yang didapatkan oleh pasien. Terapi medikamentosa epilepsi yang didapatkan pasien yaitu asam valproat 2x250 mg, phenytoin sodium 3x85 mg, dan asam folat 1x5 mg.

Berdasarkan uraian diatas, pada An. A usia 17 tahun dengan riwayat epilepsi sejak 7 tahun yang lalu. Dalam hal ini, pasien telah meminum OAT yang telah diberikan oleh dokter setiap hari selama 7 tahun. OAE memiliki efek samping apabila diminum dalam jangka panjang. Asam valproat memiliki efek samping minor berupa mual muntah, rambut menipis, tremor, amenore, peningkatan berat badan, konstipasi hirsutisme serta efek samping yang mengancam jiwa berupa hepatotoksisitas, hiperamonemia, leukopeni, trombositopeni, dan pankreatitis. Sedangkan phenytoin memiliki efek samping minor berupa hipertrofi gusi, hirsutisme, ataksia, nistagmus, diplopia, ruam, anoreksia, mual, macrocytosis, neuropati perifer, agranulositosis, trombositopenia, disfungsi serebellar, penurunan absorpsi kalsium pada usus serta efek samping yang mengancam jiwa berupa anemia aplastik, gangguan fungsi hati, sindrom Steven-Johnson, *lupuslike syndrome*, *pseudolymphoma*. Pemberian asam folat pada pasien diharapkan dapat mencegah efek defisiensi asam folat akibat konsumsi jangka panjang phenytoin.

Untuk mengevaluasi pengobatan dan pemantauan efek samping OAE maka dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan penunjang laboratorium. Pemeriksaan tersebut dapat berupa pemeriksaan hematologis dan pemeriksaan kadar OAE. Pemeriksaan hematologis mencakup

hemoglobin, leukosit, hitung jenis, hematokrit, trombosit, apusan darah tepi, elektrolit, kadar gula darah sewaktu, fungsi hati (SGOT/SGPT), ureum, kreatinin, dan albumin. Pemeriksaan ini dilakukan pada awal pengobatan sebagai salah satu acuan pemilihan OAE, dua bulan setelah pemberian OAE untuk mendeteksi efek samping OAE, dan rutin diulang 1 tahun sekali untuk memonitor efek samping OAE atau bila timbul gejala klinis akibat efek samping OAE. Pemeriksaan kadar OAE idealnya dilakukan untuk melihat kadar AOE dalam plasma saat bangkitan belum terkontrol, meskipun sudah mencapai dosis terapi maksimal atau untuk memonitor kepatuhan pasien.

Kunjungan rumah ketiga yaitu evaluasi hasil intervensi pada tanggal 15 April 2022. Dari hasil anamnesis didapatkan pasien sudah menghindari faktor pencetus kejang dengan tidur cukup dan mengurangi bermain game online, serta pola makan pasien sudah menerapkan gizi seimbang. Evaluasi dilanjutkan dengan mengevaluasi pengetahuan pasien terkait epilepsi dengan cara mengerjakan soal *post-test* yang sama dengan soal *pretest* dan didapatkan skor pasien adalah 80 dapat disimpulkan terjadi peningkatan pengetahuan pada pasien.

Evaluasi selanjutnya adalah persepsi pasien dan keluarga yang salah tentang penyakit dan pola pengobatan dengan cara tanya jawab, saat ini pasien sudah mengetahui bahwa epilepsi dapat dikontrol dengan cara mengonsumsi obat rutin sesuai anjuran dokter serta menghindari pencetus kekambuhan kejang. Pasien dan keluarga juga telah mengetahui bagaimana penanganan saat terjadi kejang, efek samping dari pengobatan serta pencegahan yang harus dilakukan. Pada tahap adopsi perilaku, pasien sudah masuk dalam tahap *trial*, yaitu mencoba melakukan apa yang telah dianjurkan.

Penyakit yang diderita pasien ini merupakan suatu penyakit kronis. Penyakit kronis memiliki perjalanan penyakit yang cukup lama dan umumnya penyembuhannya membutuhkan pengontrolan yang baik. Penyakit tersebut dapat dikontrol untuk menjaga agar tidak terjadi komplikasi. Untuk itu pasien diharuskan rutin mengunjungi fasilitas

pelayanan kesehatan untuk mengontrol penyakitnya.

Tabel 2. Perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi.

Topik	Pretest	Posttest	Δ Skor
Pengetahuan Epilepsi	20	100	80
Perilaku makan sesuai anjuran	Tidak sesuai	Sudah sesuai	

Simpulan

Pasien laki-laki An. A usia 17 tahun, memiliki pengetahuan yang kurang tentang epilepsi dan pencetus yang memperberat keluhan. Faktor risiko internal pada pasien adalah kurangnya pemahaman pasien mengenai faktor pencetus kejang; pola makan pasien tidak menerapkan menu gizi seimbang; pengetahuan yang kurang tentang penyakit yang diderita; kurangnya upaya pasien dalam mencegah terjadinya kekambuhan kejang. Faktor risiko eksternal pada pasien adalah pengetahuan keluarga kurang mengenai penyakit epilepsi meliputi definisi, faktor risiko, pengobatan, komplikasi; dan menu gizi seimbang serta jumlah kebutuhan gizi yang diperlukan; banyaknya barang di rumah tidak tersusun rapih dan berbagai furnitur dengan sudut tajam yang berbahaya apabila terjadi serangan kejang; pola pengobatan kuratif.

Telah dilakukan intervensi berupa edukasi tentang penyakit epilepsi meliputi definisi, faktor risiko, faktor pencetus, penyebab, penanganan kejang, pengobatan, efek samping obat, komplikasi; dan menu gizi seimbang serta jumlah kebutuhan gizi yang diperlukan. Setelah dilakukan pendekatan kedokteran keluarga secara komprehensif, intervensi mampu meningkatkan pengetahuan keluarga mengenai keadaan pasien yang ditunjukkan dengan peningkatan hasil *posttest* sebesar 80, dan perubahan pola makan pasien sesuai dengan gizi seimbang.

Pasien perlu membatasi faktor pencetus yang dapat menyebabkan kekambuhan penyakit, perlu meningkatkan pengetahuan dan wawasan mengenai epilepsi serta komplikasinya sehingga dapat

melakukan pengelolaan dengan baik, dan menjaga pola makan gizi seimbang serta melakukan aktivitas fisik yang sesuai.

Bagi keluarga pasien, melakukan pendampingan pada pasien baik secara fisik maupun psikologis untuk pertumbuhan dan perkembangan pasien serta menjadi PMO untuk pasien hingga pasien dinyatakan sembuh, menerapkan prinsip menu gizi seimbang untuk pasien, memeriksakan pasien rutin dan berkala di fasilitas kesehatan terdekat, dan membawa pasien untuk mendapatkan pemeriksaan penunjang efek samping. Bagi pelaksana pelayanan kesehatan perlu adanya sistem pemantauan dan pembahasan di fasilitas kesehatan secara periodik mengenai kasus yang dibina, bagi kesinambungan pelayanan dan pemantauan dan kegiatan promosi kesehatan kepada masyarakat mengenai epilepsi sebaiknya dilakukan secara kontinyu.

Daftar Pustaka

1. ILAE. A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*; 2014; 55:475-82
2. Global Burden of Disease Collaborative Network (GBD). Global Burden of Disease Study 2019 Results. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). 2019.
3. Riskesdas. Riset Kesehatan Dasar 2018. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI. 2018.
4. Gomes TKC, Oliveira SL, Castro RM. Malnutrition and experimental epilepsy. *J. epilepsy clin. neurophysiol.* 2011;17(1): 24-9
5. ILAE. Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. *Epilepsia.* 2017;58(4): 531-42.
6. NICE. Epilepsies: diagnosis and management. London: National Institute for Health and Care Excellence. 2012.
7. IDAI. Diagnosis dan tata laksana alergi susu sapi. Jakarta: Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia. 2014.
8. CDC. BMI for age growth charts for girls and boys. Georgia: CDC. 2010.
9. Kemenkes. Buku Saku Pemantauan Gizi Tahun 2017. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2017.