KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. M DENGAN HIDROSEFALUS POST PASANG SHUNTING DI RUANG RAWAT INAP ANAK RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2018

OLEH :

TRILESTARI

1514401023

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2018

ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. M DENGAN HIDROSEFALUS POST PASANG SHUNTING DI RUANG RAWAT INAP ANAK RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2018

LAPORAN STUDI KASUS

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan Program Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang

OLEH :

TRILESTARI

1514401023

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG TAHUN 2018

LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : TRILESTARI

NIM : 1514401023

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada An. M Dengan Hidrosefalus Post Pasang Shunting Di Ruang Rawat Inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan dihadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukitnggi, Juli 2018

Pembimbing,

Ns. Endra Amalia, M.Kep
NIK 1420123106993012

Mengetahui,
Ka Prodi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang

Ns. Endra Amalia M.Kep
NIK 1420123106993012

LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa	: TRILESTARI
NIM	: 1514401023
Judul KTI	: Asuhan Keperawatan Pada An. M Dengan Hidrosefalus Post Pasang Shunting Di Ruang Rawat Inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Dan di terima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 16 Juli 2018

Dewan penguji

Penguji I,

Yendrizal Jafri, S. Kp, M. Biomed
NIK. 1420106116893011

Penguji II,

Ns. Endra Amalia M.Kep
NIK 1420123106993012

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang
Program Studi DIII Keperawatan
Karya Tulis Ilmiah, Laporan Studi Kasus juli 2018

TRILESTARI
NIM : 1514401023

ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.M DENGAN HIDROSEFALUS POST PASANG SHUNTING DI RUANG RAWAT INAP ANAK RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2018.

V BAB + 113 halaman + 10 tabel + 2 gambar + 2 lampiran

ABSTRAK

Hidrosefalus merupakan penumpukan CSS yang secara aktif dan berlebihan pada satu atau lebih ventrikel otak atau ruang subrachnoid yang dapat menyebakan dilatasi sistem ventrikel otak dimana keadaan patologis otak yang mengakibatkan bertambahnya cairan serebrospinal, disebabkan baik oleh produksi yang berlebihan maupun gangguan absorpsi, dengan atau pernah disertai tekanan intracranial yang meninggi sehingga terjadi pelebaran di ruangan – ruangan tempat aliran cairan serebrospinal. Tujuan penulisan laporan ini adalah mampu melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Hidrosefalus post pasang shunting* diruang rawat inap Anak RSAM Bukitinggi Tahun 2018. Hasil laporan kasus ditemukan data pada An.M yaitu Klien mengatakan susah tidur ketika malam hari klien selalu merasa mual hingga muntah apabila mencoba makan atau minum secara langsung,Ibu klien mengatakan klien sering mengeluh kepalanya terasa sakit,rasa nyeri terasa di semua bagian kepala terutama bagian luka Post operasi,Ibu klien mengatakan klien sering lambat dalam merespon setiap berkomunikasi, Ibu klien mengatakan selama klien di rawat klien tidak pernah mandi,Klien mengatakan klin tidak pernah BAb selama di rawat, klien mengatakan selalu merasakan tengorokanya kering meskipun klien tidak haus.Dari beberapa data yang di atas maka di dapat beberapa masalah keperawatan di antaranya Perubahan perfusi jaringan serebral,Kekurangan volume cairan,Nyeri akut,Ganguan nutrisi,Defisit perawatan Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka disusunlah rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan serta evaluasi yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil, Dari masalah keperawatan di atas hasil ahir dari proses keperawatan adalah seluruh masalah keperawatan teratasi dank lien di perbolehkan pulang.Untuk mencegah meningkatnya angka kejadian *Hidrosefalus* kita sebagai tenaga kesehatan dapat melakukan beberap upaca pencegahan dengan beberapa cara diantaranya yaitu memberikan promkes tentang apa saja yang bisa menyebabkan terjafinya *hidrosefalus* dan apa saja upaya yang bisa di lakukan jika seseorang sudah terkena *hisrosefalus*.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Hidrosefalus,post pasang shunting,Perfusi Jaringan, Nutrisi.

Daftar Pustaka : 15 (2008-2015)

Insitute Of Health Science Perintis Padang
DIII Study Program of Nursing
Script Writing, July 2018

TRILESTARI
NIM : 1514401023

NURSING INSTITUTION IN An.M WITH HIDROSEFALUS POST SHUNTING PAIR IN ROOM INSPRIDTED CHILDREN RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI IN 2018
V Chapter + 113 pages + 10 tables + 2 images + 2 attachments

ABSTRACT

Hydrocephalus is an active and excessive buildup of CSS in one or more ventricles of the brain or subrachnoid space that can cause dilatation of the brain ventricle system in which the pathological state of the brain results in increased cerebrospinal fluid, caused by both excessive production and absorption with or ever accompanied by increased intracranial pressure resulting in widening in the chambers in which the cerebrospinal fluid flows. The purpose of this report is able to perform Nursing Care in patients with Hidrosefalus post pairs shunting room inpatient RSAM Bukitinggi Children 2018. The results of the case report found data on An.M which the client said was difficult to sleep at night clients always felt nauseous to vomiting when trying to eat or drink directly The client's mother says the client often complains that the head hurts, the pain is felt in all parts of the head, especially the Postoperative wound, the client says clients are often slow in responding to each communication The client's mother said that as long as the client in the client's treatment never showered, the client said the clinic never defecated during treatment, the client said that he always felt his throat dry even though the client was not thirsty. From some of the data above then some nursing problems can be found including cerebral tissue perfusion, volume deficiency, acute pain, nutritional disturbances, deficits treatment Based on the above nursing problems then prepared a plan and implement the actions of nursing and evaluation that refers to the objectives and criteria of the results, From nursing problems above the outcome of the nursing process is the whole problem of nursing is resolved and lien in allow home To prevent the increasing incidence of hydrocephalus, we as health workers can take some precautionary measures in several ways including giving promos about anything that can cause hydrocephalus to rupture and what efforts can be done if a person has hydrocephalus.

Keywords : Nursing Care, Hydrocephalus, post pairs of shunting, tissue perfusion, Nutrition.
References : 15 (2008-2015)

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan Segala puji bagi Allah SWT sang Maha Cahaya penguat hidayah, dan semua jiwa di genggamannya, kasih sayang Mu yang mulia, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **" Asuhan Keperawatan pada klien An.M dengan Hidrosefalus Diruangan Rawat Inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018"**

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis mendapatkan banyak bantuan dan masukan dari berbagai pihak, dan kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp M.Biomed selaku Ketua Yayasan STIKes Perintis Padang, Serta selaku penguji 1 yang telah memberikan saya kesempatan untuk mempertahankan hasil Karya Tulis Ilmiah yang telah saya buat.
2. Ibu Ns. Endra Amalia M.Kep selaku Pembimbing yang telah banyak memberikan bimbingan arahan dan petunjuk sehingga penulis dapat menyelsaikan Karya Tulis Ilmiah ini serta selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

3. Bapak Ns. Susi dewi yenti S.Kep selaku pembimbing Klinik yang telah banyak memberikan bimbingan arahan dan petunjuk sehingga penulis dapat menyelsaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Direktur RSUD Dr. Achmad Moctar Bukittinggi beserta staf yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan ujian akhir program studi D III Keperwatan.
5. Seluruh Staf Dosen DIII Keperawatan yang telah membantu dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah
6. Ayah,Ibu, dan Adik tercinta atas dorongan moril dan materil serta doa yang tulus sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Rekan-rekan mahasiswa/i Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang yang telah memberikan sumbangan pikiran dan dorongan moril untuk terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini, serta semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kata sempurna, oleh sebab itu penulis mengharapakan saran dan masukannya untuk perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhirnya kepadaNya jualah kita berserah diri. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua khususnya profesi keperawatan.

Bukittinggi, 17 Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL

LEMBARAN PERSETUJUAN

LEMBARAN PENGESAHAN

ABSTRAK

KATA PENGANTAR ..... **i**

DAFTAR ISI ..... **iii**

DAFTAR GAMBAR ..... **vi**

DAFTAR TABEL ..... **vii**

DAFTAR LAMPIRAN ..... **viii**

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum 3

1.2.2 Tujuan Khusus 3

1.3 Manfaat 4

BAB II TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Konsep Tumbuh Kembang 7

2.1.2 Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang 7

2.1.3 Ciri Proses Tumbuh Kembang 10

2.1.4 Tahap-Tahap Tumbuh Kembang 12

2.1.5 Perkembangan Biologis 15

2.1.6 Perkembangan Moral 16

2.1.7 Perkembangan Spiritual 21

2.2 Konsep Hydrosefalus

2.2.1 Pengertian 25

2.2.2 Anatomi dan Fisiologi 27

2.2.3 Etiologi 30
2.2.4 Manifestasi Klinis 34
2.2.5 Patofisiologi 36
2.2.6 Pemeriksaan Penunjang 40
2.2.7 Penatalaksanaan
a. Non Farmakologi 42
b. Farmakologi 43
2.2.8 Komplikasi 46
2.3 Asuhan Keperawatan Teoritis
2.3.1 Pengkajian 48
2.3.2 Diagnosa Keperawatan 53
2.3.3 Intervensi 54
2.3.4 Implementasi 58
2.3.5 Evaluasi 59
BAB III TINJAUAN KASUS
3.1 Pengkajian 60
3.2 Diagnosa Keperawatan 83
3.3 Intervensi 84
3.4 Implementasi 89
3.5 Evaluasi 89
BAB IV PEMBAHASAN
4.1 Pengkajian 112
4.2 Diagnosa Keperawatan 114
4.3 Intervensi 117
4.4 Implementasi 119
4.5 Evaluasi 123
BAB V PENUTUP
5.1 Kesimpulan 125
5.2 Saran 126
DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 2.1.2 : Gambar Anatomi Kepala 27

Gambar 2.1.2 : Gambar Penumpukan CS 28

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 2.3 Rencana Asuhan Keperawatan..... 54

Tabel 3.1 Data Lingkar kepala 64

Tabel 3.1 Data Pengkajian nervus 68

Tabel 3.1 Data Biologis..... 70

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboraturium 72

Tabel 3.1 Data pengobtan..... 74

Tabel 3.1 Analisa Data 79

Tabel 3.4 Intervensi 84

Tabel 3.4 Implementasi 89

Tabel 3.4 Evaluasi 89

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Daftar Riwayat Hidup

Lampiran II Lembaran Kosultasi Bimbingan

Lampiran III Lembaran Absensi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hydrocephalus telah dikenal sajak zaman Hipocrates, saat itu hydrocephalus dikenal sebagai penyebab penyakit ayan. Di saat ini dengan teknologi yang semakin berkembang maka mengakibatkan polusi didunia semakin meningkat pula yang pada akhirnya menjadi factor penyebab suatu penyakit, yang mana kehamilan merupakan keadaan yang sangat rentan terhadap penyakit yang dapat mempengaruhi janinnya, salah satunya adalah Hydrocephalus. Saat ini secara umum insidennya dapat dilaporkan sebesar tiga kasus per seribu kehamilan hidup menderita hydrocephalus. Dan hydrocephalus merupakan penyakit yang sangat memerlukan pelayanan keperawatan yang khusus. Hydrocephalus itu sendiri adalah akumulasi cairan serebro spinal dalam ventrikel serebral, ruang subaracnoid, ruang subdural (Suriadi dan Yuliani, 2010).

Hydrocephalus dapat terjadi pada semua umur tetapi paling banyak pada bayi yang ditandai dengan membesarnya kepala melebihi ukuran normal. Meskipun banyak ditemukan pada bayi dan anak, sebenarnya hydrosephalus juga biasa terjadi pada oaran dewasa, hanya saja pada bayi gejala klinisnya tampak lebih jelas sehingga lebih mudah dideteksi dan diagnosis. Hal ini dikarenakan pada bayi ubun-ubunnya masih terbuka, sehingga adanya penumpukan cairan otak dapat dikompensasi dengan

melebarnya tulang-tulang tengkorak. Sedang pada orang dewasa tulang tengkorak tidak mampu lagi melebar.

Hidrosefalus adalah suatu penyakit dengan ciri-ciri pembesaran pada sefal atau kepala yang mengakibatkan bertambahnya cairan serebrospinal (CSS) dengan atau karena tekanan intrakranial yang meningkat sehingga terjadi pelebaran ruang tempat mengalirnya cairan serebrospinal (CSS) (Ngastiah). Bila masalah ini tidak segera ditanggulangi dapat mengakibatkan kematian dan dapat menurunkan angka kelahiran di suatu wilayah atau negara tertentu sehingga pertumbuhan populasi di suatu daerah menjadi kecil. Menurut penelitian WHO untuk wilayah ASEAN jumlah penderita Hidrosefalus di beberapa negara adalah sebagai berikut, di Singapura pada anak 0-9 th : 0,5%, Malaysia: anak 5-12 th 15%, India: anak 2-4 th 4%, di Indonesia berdasarkan penelitian dari Fakultas Ilmu Kedokteran Universitas Indonesia terdapat 3%. Berdasarkan pencatatan dan pelaporan yang diperoleh dari catatan register dari ruangan perawatan IKA 1 RSPAD Gatot Soebroto dari bulan oktober-desember tahun 2015 jumlah anak yang menderita dengan gangguan serebral berjumlah 159 anak dan yang mengalami Hidrosefalus berjumlah 69 anak dengan persentase 43,39%.

Dari data yang didapat di ruang rawat inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Dari awal bulan Januari sampai dengan bulan Juni Tahun 2018. angka kejadian kasus Hidrosefalus sebanyak 7 orang anak

terdiagnosa hidrosefalus angka tertimggi terletak pada bulan maret sebanyak 2 anak.

Berdasarkan latar belakang itulah penulis tertarik untuk membuat Laporan Studi Kasus dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Klien An.M Dengan Hidrosefalus post pasang shunt Di Ruang Rawat Inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018".

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Penulis dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan Hidrosefalus post pasang shunt RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.2.2 Tujuan khusus

a. Penulis dapat melaksanakan pengkajian pada klien An.M dengan hidrosefalus post pasang shunting di ruang rawat anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
b. Penulis dapat merumuskan diagnosa keperawatan pada klien An.M dengan hidrosefalus post pasang shunting RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
c. Penulis dapat merencanakan tindakan asuhan keperawatan pada klien An.M dengan hidrosefalus post pasang shunting RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

d. Penulis dapat melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada klien An.M dengan hidrosefalus post pasang shunting RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

e. Penulis dapat mengevaluasi asuhan keperawatan pada klien An.M dengan hidrosefalus post pasang shunting RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

f. Penulis dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien An.M dengan hidrosefalus post pasang shunting RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.3 Manfaat

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, diharapkan dapat bermanfaat bagi semua pihak yaitu:

1.3.1 Bagi Penulis

Menambah wawasan dan pengetahuan dalam menerapkan proses keperawatan dan memafaatkan ilmu pengetahuan yang diperoleh selama menempuh pendidikan di STIKes Perintis Perintis Padang terutama dalam menerapkan asuhan keperawatan dengan Hidrosefalus di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai tambahan referensi dan acuan dalam memberikan asuhan keperawatan dengan Hidrosefalus khususnya bagi pembaca di perpustakaan STIKes Perintis Padang.

1.3.3 Bagi Rumah Sakit

Mebagai masukan bagi petugas kesehatan khususnya perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Hidrosefalus dan sebagai peningkatan mutu kesehatan di rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep dasar

2.1.1 Konsep Tumbuh Kembang

Pertumbuhan (growth) adalah merupakan peningkatan jumlah dan besar sel di seluruh bagian tubuh selama sel-sel tersebut membelah diri dan mensintesis protein-protein baru, menghasilkan penambahan jumlah dan berat secara keseluruhan atau sebagian. Dalam pertumbuhan manusia juga terjadi perubahan ukuran, berat badan, tinggi badan, ukuran tulang dan gigi, serta perubahan secara kuantitatif dan perubahan fisik pada diri manusia itu. Dalam pertumbuhan manusia terdapat peristiwa percepatan dan perlambatan. Peristiwa ini merupakan kejadian yang ada dalam setiap organ tubuh.

Pertumbuhan adalah suatu proses alamiah yang terjadi pada individu,yaitu secara bertahap,berat dan tinggi anak semakin bertambah dan secara simultan mengalami peningkatan untuk berfungsi baik secara kognitif, psikososial maupun spiritual (Supartini, 2012).

Perkembangan (development) adalah perubahan secara berangsur-angsur dan bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh, meningkatkan dan meluasnya kapasitas seseorang melalui pertumbuhan, kematangan atau kedewasaan (maturation), dan pembelajaran (learning). Perkembangan manusia berjalan secara

progresif, sistematis dan berkesinambungan dengan perkembangan di waktu yang lalu. Perkembangan terjadi perubahan dalam bentuk dan fungsi kematangan organ mulai dari aspek fisik, intelektual, dan emosional. Perkembangan secara fisik yang terjadi adalah dengan bertambahnya sempurna fungsi organ. Perkembangan intelektual ditunjukan dengan kemampuan secara simbol maupun abstrak seperti berbicara, bermain, berhitung. Perkembangan emosional dapat dilihat dari perilaku sosial lingkungan anak.

2.1.2 Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang

Setiap manusia mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang berbeda-beda antara satu dengan manusia lainnya, bisa dengan cepat bahkan lambat, tergantung pada individu dan lingkungannya. Proses tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor-faktor di antaranya :

a. Faktor heriditer/ genetik

   Faktor heriditer Pertumbuhan adalah suatu proses alamiah yang terjadi pada individu, yaitu secara bertahap, berat dan tinggi anak semakin bertambah dan secara simultan mengalami peningkatan untuk berfungsi baik secara kognitif, psikososial maupun spiritual (Supartini, 2010).

   Merupakan faktor keturunan secara genetik dari orang tua kepada anaknya. Faktor ini tidak dapat berubah sepanjang hidup manusia, dapat menentukan beberapa karkteristik seperti

jenis kelamin, ras, rambut, warna mata, pertumbuhan fisik, dan beberapa keunikan sifat dan sikap tubuh seperti temperamen.

Faktor ini dapat ditentukan dengan adanya intensitas dan kecepatan dalam pembelahan sel telur, tingkat sensitifitas jaringan terhadap rangsangan, umur pubertas, dan berhentinya pertumbuhan tulang. Potensi genetik yang berkualitas hendaknya dapat berinteraksi dengan lingkungan yang positif agar memperoleh hasil yang optimal.

b. Faktor Lingkungan/ eksternal

Lingkungan merupakan faktor yang mempengaruhi individu setiap hari mulai lahir sampai akhir hayatnya, dan sangat mempengaruhi tercapinya atau tidak potensi yang sudah ada dalam diri manusia tersebut sesuai dengan genetiknya. Faktor lingkungan ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu :

a) Lingkungan pranatal (faktor lingkungan ketika masihdalam kandungan)

   Faktor prenatal yang berpengaruh antara lain gizi ibu pada waktu hamil, faktor mekanis, toksin atau zat kimia, endokrin, radiasi, infeksi, stress, imunitas, dan anoksia embrio.

b) Lingkungan postnatal (lingkungan setelah kelahiran)

   Lingkungan postnatal dapat di golongkan menjadi :

- Lingkungan biologis, meliputi ras, jenis kelamin, gizi, perawatan kesehatan, penyakit kronis, dan fungsi metabolisme.
- Lingkungan fisik, meliputi sanitasi, cuaca, keadaan rumah, dan radiasi.
- Lingkungan psikososial, meliputi stimulasi, motivasi belajar, teman sebaya, stress, sekolah, cinta kasih, interaksi anak dengan orang tua.
- Lingkungan keluarga dan adat istiadat, meliputi pekerjaan atau pendapatan keluarga, pendidikan orang tua, stabilitas rumah tangga, kepribadian orang tua.

c. Faktor Status Sosial ekonomi

Status sosial ekonomi dapat berpengaruh pada tumbuh kembang anak. Anak yang lahir dan dibesarkan dalam lingkungan status sosial yang tinggi cenderung lebih dapat tercukupi kebutuhan gizinya dibandingkan dengan anak yang lahir dan dibesarkan dalam status ekonomi yang rendah.

d. Faktor nutrisi

Nutrisi adalah salah satu komponen penting dalam menunjang kelangsungan proses tumbuh kembang. Selama masa tumbuh kembang, anak sangat membutuhkan zat gizi seperti protein, karbohidrat, lemak, mineral, vitamin, dan

air. Apabila kebutuhan tersebut tidak di penuhi maka proses tumbuh kembang selanjutnya dapat terhambat.

g. Faktor kesehatan

Status kesehatan dapat berpengaruh pada pencapaian tumbuh kembang. Pada anak dengan kondisi tubuh yang sehat, percepatan untuk tumbuh kembang sangat mudah. Namun sebaliknya, apabila kondisi status kesehatan kurang baik, akan terjadi perlambatan.

2.1.3 Ciri Proses Tumbuh Kembang

Menurut *Soetjiningsih,* tumbuh kembang anak dimulai dari masa konsepsi sampai dewasa memiliki ciri-ciri tersendiri yaitu :

a. Tumbuh kembang adalah proses yang kontinyu sejak konsepsi sampai maturitas (dewasa) yang dipengaruhi oleh faktor bawaan daan lingkungan.
b. Dalam periode tertentu terdapat percepatan dan perlambatan dalam proses tumbuh kembang pada setiap organ tubuh berbeda.
c. Pola perkembangan anak adalah sama, tetapi kecepatannya berbeda antara anak satu dengan lainnya.
d. Aktivitas seluruh tubuh diganti dengan respon tubuh yang khas oleh setiap organ.

Secara garis besar *menurut Markum (1994)* tumbuh kembang dibagi menjadi 3 yaitu:

a) Tumbuh kembang fisis

Tumbuh kembang fisis meliputi perubahan dalam ukuran besar dan fungsi organisme atau individu. Perubahan ini bervariasi dari fungsi tingkat molekuler yang sederhana seperti aktifasi enzim terhadap diferensi sel, sampai kepada proses metabolisme yang kompleks dan perubahan bentuk fisik di masa pubertas.

b) Tumbuh kembang intelektual

Tumbuh kembang intelektual berkaitan dengan kepandaian berkomunikasi dan kemampuan menangani materi yang bersifat abstrak dan simbolik, seperti bermain, berbicara, berhitung, atau membaca.

c) Tumbuh kembang emosional

Proses tumbuh kembang emosional bergantung pada kemampuan bayi umtuk membentuk ikatan batin, kemampuan untuk bercinta kasih.

Prinsip tumbuh kembang menurut *Potter & Perry (2015)* yaitu: Perkembangan merupakan hal yang teratur dan mengikuti arah rangkaian tertentu. Perkembangan adalah suatu yang terarah dan berlangsung terus menerus, dalam pola sebagai berikut Cephalocaudal yaitu pertumbuhan berlangsung terus dari kepala ke arah bawah bagian tubuh, Proximodistal yaitu perkembangan berlangsung terus dari daerah pusat (proksimal) tubuh kearah luar tubuh (distal),

Differentiation yaitu perkembangan berlangsung terus dari yang mudah kearah yang lebih kompleks. Perkembangan merupakan hal yang kompleks, dapat diprediksi, terjadi dengan pola yang konsisiten dan kronologis.

2.1.4 Tahap-Tahap Tumbuh Kembang

Tahap-tahap tumbuh kembang pada manusia adalah sebagai berikut:

a. Neonatus (bayi lahir sampai usia 28 hari)

   Dalam tahap neonatus ini bayi memiliki kemungkinan yang sangat besar tumbuh dan kembang sesuai dengan tindakan yang dilakukan oleh orang tuanya. Sedangkan perawat membantu orang tua dalam memenuhi kebutuhan tumbuh kembang bayi yang masih belum diketahui oleh orang tuanya.

b. Bayi (1 bulan sampai 1 tahun)

   Dalam tahap ini bayi memiliki kemajuan tumbuh kembang yang sangat pesat. Bayi pada usia 1-3 bulan mulai bisa mengangkat kepala,mengikuti objek pada mata, melihat dengan tersenyum dll. Bayi pada usia 3-6 bulan mulai bisa mengangkat kepala 90°, mulai bisa mencari benda-benda yang ada di depan mata dll. Bayi usia 6-9 bulan mulai bisa duduk tanpa di topang, bisa tengkurap dan berbalik sendiri bahkan bisa berpartisipasi dalam bertepuk tangan dll. Bayi usia 9-12 bulan mulai

bisa berdiri sendiri tanpa dibantu, berjalan dengan dtuntun, menirukan suara dll. Perawat disini membantu orang tua dalam memberikan pengetahuan dalam mengontrol perkembangan lingkungan sekitar bayi agar pertumbuhan psikologis dan sosialnya bisa berkembang dengan baik.

c. Todler (usia 1-3 tahun)

Anak usia toddler (1 – 3 th) mempunyai sistem kontrol tubuh yang mulai membaik, hampir setiap organ mengalami maturitas maksimal. Pengalaman dan perilaku mereka mulai dipengaruhi oleh lingkungan diluar keluarga terdekat, mereka mulai berinteraksi dengan teman, mengembangkan perilaku/moral secara simbolis, kemampuan berbahasa yang minimal. Sebagai sumber pelayanan kesehatan, perawat berkepentingan untuk mengetahui konsep tumbuh kembang anak usia toddler guna memberikan asuhan keperawatan anak dengan optimal.

d. Pra Sekolah (3-6 tahun)

Anak usia pra sekolah adalah anak yang berusia antara 3-6 tahun (Wong, 2000), anak usia prasekolah memiliki karakteristik tersendiri dalam segi pertumbuhan dan perkembangannya. Dalam hal pertumbuhan, secara fisik anak pada tahun ketiga terjadi penambahan BB 1,8 s/d 2,7

kg dan rata-rata BB 14,6 kg.penambahan TB berkisar antara 7,5 cm dan TB rata-rata 95 cm. Kecepatan pertumbuhan pada tahun keempat hampir sama dengan tahun sebelumnya.BB mencapai 16,7 kg dan TB 103 cm sehingga TB sudah mencapai dua kali lipat dari TB saat lahir. Frekuensi nadi dan pernafasan turun sedikit demi sedikit. Pertumbuhan pada tahun kelima sampai akhir masa pra sekolah BB rata-rata mencapai 18,7 kg dan TB 110 cm, yang mulai ada perubahan adalah pada gigi yaitu kemungkinan munculnya gigi permanent ssudah dapat terjadi.

e. Usia sekolah (6-12 tahun)

Kelompok usia sekolah sangat dipengaruhi oleh teman sebayanya. Perkembangan fisik, psikososial, mental anak meningkat. Perawat disini membantu memberikan waktu dan energi agar anak dapat mengejar hoby yang sesuai dengan bakat yang ada dalam diri anak tersebut.

f. Remaja (12-18/20 tahun)

Perawat membantu para remaja untuk pengendalian emosi dan pengendalian koping pada jiwa mereka saat ini dalam menghadapi konflik.

g. Dewasa muda (20-40 tahun)

Perawat disini membantu remaja dalam menerima gaya hidup yang mereka pilih, membantu dalam penyesuaian

diri, menerima komitmen dan kompetensi mereka, dukung perubahan yang penting untuk kesehatan.

h. Dewasa menengah (40-65 tahun)

Perawat membantu individu membuat perencanaan sebagai antisipasi terhadap perubahan hidup, untuk menerima faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan kesehatan dan fokuskan perhatian individu pada kekuatan, bukan pada kelemahan.

i. Dewasa tua

Perawat membantu individu untuk menghadapi kehilangan (pendengaran, penglihatan, kematian orang tercinta).

2.1.5 Perkembangan Psikoseksual

Dalam perkembangan psikoseksual dalam tumbuh kembang dapat dijelaskan beberapa tahap sebagai berikut :

a) Tahap oral-sensori (lahir sampai usia 12 bulan)

Dalam tahap ini biasanya anak memiliki karakter diantaranya aktivitasnya mulai melibatkan mulut untuk sumber utama dalam kenyamanan anak, perasaannya mulai bergantung pada orang lain (dependen), prosedur dalam pemberian makan sebaiknya memberkan kenyamanan dan keamanan bagi anak.

b) Tahap anal-muskular (usia 1-3 tahun / toddler)

Dalam tahap ini anak biasanya menggunakan rektum dan anus sebagai sumber kenyamanan, apabila terjadi gangguan pada

tahap ini dapat menimbulkan kepribadian obsesif-kompulsif seperti keras kepala, kikir, kejam dan temperamen.

c) Tahap falik (3-6 tahun / pra sekolah)

Tahap ini anak lebih merasa nyaman pada organ genitalnya, selain itu masturbasi dimulai dan keinggintahuan tentang seksual. Hambatan yang terjadi pada masa ini menyebabkan kesulitan dalam identitas seksual dan bermasalah dengan otoritas, ekspresi malu, dan takut.

d) Tahap latensi (6-12 tahun / masa sekolah)

Tahap ini anak mulai menggunakan energinya untuk mulai aktivitas intelektual dan fisik, dalam periode ini kegiatan seksual tidak muncul, penggunaan koping dan mekanisme pertahanan diri muncul pada waktu ini.

e) Genital (13 tahun keatas / pubertas atau remaja sampai dewasa

Tahap ini genital menjadi pusat kesenangan seksual dan tekanan, produksi horman seksual menstimulasi perkembangan heteroseksual, energi ditunjukan untuk mencapai hubungan seksual yang teratur, pada awal fase ini sering muncuul emosi yang belum matang, kemudian berkembang kemampuan untuk menerima dan memberi cinta.

2.1.6 Perkembangan Biologis

Teori biologisme, biasa disebut teori nativisme menekankan pentingnya peranan bakat. Pendirian biologisme ini dimulai lebniz (1646-1716) yang mengemukakan teori kontunuitas yang

dilanjutkan dengan evoluisionisme. Selanjutnya Haeckel (1834-1919) seorang ahli biologi Jerman mengemukakan teori biogenese, yang menyatakan bahwa perkembangan ontogenese (individu) merupakan rekapitulasi dari filogesenasi.

Para penganut bilogisme menekankan pada faktor biologis, menekankan fase-fase perkembangan yang harus dilalui. Sedangkan penganut sosiologisme atau empirisme menekankan peranan lingkungan pada perkembangan pribadi.

Wolf menentang teori biogenese dan mengemukakan teori epigenese, yang menyatakan bahwa perkembangan organisme itu tidak ditentukan oleh performansinya, melainkan ada sesuatu yang baru. William Stern mengemukakan teori konvergensi yang berusaha mensitesakan kedua teori tersebut.

Sebagai makhluk kodrati yang kompleks, manusia memiliki inteligensi dan kehendak bebas. Dalam hal perkembangan, pada awalnya manusia berkembang alami sesuai dengan hukum alam. Kemudian perkembangan alami manusia ini menjadi jauh melampui perkembangan makhluk lain melalui intervensi inteligensi dan kebebasannya.

2.1.7 Perkembangan Psikososial

Erik H Erickson mengungkapkan pendapatnya tentang teori tentang

perkembangan psikososial diantaranya :

1) Trust vs mistrust -- bayi (lahir – 12 bulan)

Anak memiliki indikator positif yaitu belajar percaya pada orang lain, tetapi selain itu ada segi negatifnya yaitu tidak percaya, menarik diri dari lingkungan masyarakat,dan bahkan pengasingan. Pemenuhan kepuasan untuk makan dan menghisap, rasa hangat dan nyaman, cinta dan rasa aman itu bisa menghasilkan kepercayaan. Pada saat kebutuhan dasar tidak terpenuhi bayi akan menjadi curiga, penuh rasa takut, dan tidak percaya. Hal ini ditandai dengan perilaku makan, tidur dan eliminasi yang buruk.

2) Otonomi vs ragu-ragu dan malu (autonomy vs shame & doubt) – todler (1-3 tahun)

Gejala positif dari tahap ini adalah kontrol diri tanpa kehilangan harga diri, dan negatifnya anak terpaksa membatasi diri atau terpaksa mengalah. Anak mulai mengembangkan kemandirian dan mulai terbentk kontrol diri. Hal ini harus didukung oleh orang tua, mungkin apabila dukungan tidak dimiliki maka anak tersebut memiliki kepribadian yang ragu-ragu.

3) Inisiatif vs merasa bersalah (initiative vs guilt) -- pra sekolah (3-6 tahun)

Anak mulai mempelajari tingkat ketegasan dan tujuan mempengaruhi lingkungan dan mulai mengevaluasi kebiasaan diri sendiri. Disamping itu anak kurang percaya diri, pesimis,

pembatasan dan kontrol yang berlebihan terhadap aktivitas pribadinya. Rasa bersalah mungkin muncul pada saat melakukan aktivitas yang berlawanan dengan orang tua dan anak harus diajari memulai aktivitas tanpa mengganggu hak-hak orang lain..

4) Industri vs inferior (industry vs inferiority) -- usia sekolah (6-12 tahun)

   Anak mendapatkan pengenalan melalui demonstrasi ketrampilan dan produksi benda-benda serta mengembangkan harga diri melalui pencapaian, anak biasanya terpengaruhi oleh guru dan sekolah. Anak juga sering hilang harapan, merasa cukup, menarik diri dari sekolah dan teman sebaya.

5) Identitas vs bingung peran (identity vs role confusion) - remaja (12 - 18 tahun)

   Teman sebaya memiliki pengaruh yang sangat besar yang kuat terhadap perilaku anak, anak mengembangkan penyatuan rasa diri sendiri, kegagalan untuk mengembangkan rasa identitas dengan kebingungan peran,sering muncul dari perasaan tidak adekuat, isolasi dan keragu-raguan.

6) Intimasi vs isolasi (intimacy vs isolation) – dewasa muda (18-25sampai 45tahun)

   Individu mengembangkan kedekatan dan berbagi hubungan dengan orang lain, yang mungkin termasuk pasangan seksualnya, ketidakpastian individu mengenai akan mempunyai kesulitan

mengembangkan keintiman, individu tidak bersedia atau tidak mampu berbagi mengenai diri sendiri hal ini akan menjadikan individu meraa sendiri.

7) Generativitas vs stagnasi atau absorpsi diri – dewasa tengah (45 – 65 tahun)

Absorpsi diri orang dewasa akan direnungi selanjutnya, mengekspresikan kepedulian pada dunia di masa yang akan datang, perenungan diri sendiri mengarah pada stagnasi kehidupan. Orang dewasa membimbing generasi selanjutnya, mengekspresikan kepada dunia dimasa yang akan datang.

8) Integritas ego vs putus asa -- dewasa akhir (65 tahun keatas)

Masa lansia dapat melihat kebelakang dengan rasa puas dan penerimaan hidup dan kematian, pencaian yang tidak berhasil dalam krisis ini bisa menghasilkan perasaan putus asa karena individu melihat kehidupan sebagai bagian dari ketidakberuntungan. Selain teori tersebut menurut, diketahui bahwa gejolak emosi remaja dan masalah remaja lain pada umumnya disebabkan antara lain oleh adanya konflik peran sosial. Di satu pihak ia sudah ingin mandiri sebagai orang dewasa, di pihak lain ia masih harus terus mengikuti kemauan orang tua. Rasa ketergantungan pada orang tua di kalangan anak anak Indonesia lebih besar lagi, karena memang dikehandaki demikian oleh orang tua.Konflik peran yang yang dapat menimbulkan gejolak emosi dan kesulitan kesulitan lain pada amasa remaja

dapat dikurangi dengan memberi latihan latihan agar anak dapat mandiri sedini mungkin. Dengan kemandiriannya anak dapat memilih jalannya sendiri dan ia akan berkembang lebih mantap. Oleh karena ia tahu dengan tepat saat saat yang berbahaya di mana ia harus kembali berkonsultasi dengan orang tuanya atau dengan orang dewasa lain yang lebih tahu dari dirinya sendiri.

2.1.8 Perkembangan Moral

Moral merupakan bagian yang cukup penting dalam jiwa remaja. Sebagian orang berpendapat bahwa moral bisa mengendalikan tingkah laku anak yang beranjak dewasa ini sehingga ia tidak melakukan hal hal yang merugikan atau bertentangan dengan kehendak atau pandangan masyarakat.Di sisi lain tiadanya moral seringkali dituding sebagai faktor penyebab meningkatnya kenakalan remaja.

Para sosiolog beranggapan bahwa masyarakat sendiri punya peran penting dalam pembentukan moral. W.G. Summer (2012), salah seorang sosiolog, berpendapat bahwa tingkah laku manusia yang terkendali disebabkan oleh adanya kontrol dari masyarakat itu sendiri yang mempunyai sanksi sanksi tersendiri buat pelanggar pelanggarnya.Bayi berada dalam tahap perkembangan moral yang oleh Piaget (Hurlock, 2012) disebut moralitas dengan paksaan (preconventional level) yang merupakan tahap pertama dari tiga tahapan perkembangan moral.

Menurut teori Kohlberg (2010) menyatakan bahwa perkembangan moral meliputi beberapa tahap meliputi :

a) Tingkat premoral (prekonvensional) : lahir sampai 9 tahun

   Anak menyesuaikan minat diri sendiri dengan aturan, berasumsi bahwa penghargaan atau bantuan akan diterimanya, kewaspadaan terhadap moral yang bisa diterima secara sosial, kontrol emosi didapatkan dari luar.

b) Tingkat moralitas konvensional : 9-13 tahun

   Usaha yang dilakukan untuk memyensngkan orang lain, kontrol emosi didapat dari dalam, anak menyesuaikan diri untuk menghindari penolakan dan menghindari kritikan dari yang berwenang

c) Tingkat moralitas pasca konvensional : 13 tahun sampai meninggal

   Individu memperoleh nilai moral yang benar, pencapaian nilai moral yang benar terjadi setelah dicapai formal operasional dan tidak semua orang mencapai tingkatan ini.

   Konsep kunci untuk memahami perkembangan moral, khususnya teori Kohlberg, ialah internalisasi (*internalization*), yakni perubahan perkembangan dari perilaku yang dikendalikan secara eksternal menjadi perilaku yang dikendalikan secara internal.

2.1.9 Perkembangan Spiritual

Sejalan dengan perkembangan social, perkembangan keagamaan mulai disadari bahwa terdapat aturan-aturan perilaku yang boleh, harus atau terlarang untuk melakukannya.Perkembangan spiritual anak sangat bepengaruh sekali dalam tumbuh kembang anak. Agama sebagai pedoman hidup anak untuk masa yang akan datang. Selain itu, moral seorang anak juga dapat dibentuk melalui perkembangan spiritual. Anak diberi pengetahuan adanya kepercayaan terhadap Tuhan yme sesuai dengan kepercayaan yang dianut orang tua. Karena agama seorang anak itu diturunkan/diwariskan oleh orang tuanya.

Para ahli berpendapat bahwa perkembangan spiritual dibagi menjadi 3 tahapan yaitu :

a) Masa kanak-kanak (sampai tujuh tahun)

   Tanda-tandanya antara lain : sikap keagamaan resepsif meskipun banyak bertanya, pandangan ke- Tuhanan masih dipersonifikasikan, penghayatan secara rohaniah masih belum mendalam meskipun mereka telah melakukan kegiatan ritual.

b) Masa anak sekolah

   Tanda-tandanya antara lain : sikap keagamaan resepsif tetapi disertai pengertian, pandangan dan faham ke-Tuhanan diterangkan secara rasional berdasarkan kaidah-

kaidah logika yang bersumber pada indikator alam semesta sebagai manifestasi dari eksistensi dan keagungan-Nya, pengahayatan secara rohaniah makin mendalam dalam melaksanakan ritual.

c) Masa remaja (12-18 tahun)

Tanda-tanda masa remaja awal : sikap negatif disebabkan alam pikirannya yang kritis melihat kenyataan orang-orang beragama secara hypocrit yang pengakuan dan ucapannya tidak selalu sama dengan perbuatannya, pandangan dalam hal ke-Tuhanan menjadi kacau karena ia bingung terhadap berbagai konsep tentang aliran dan paham yang saling bertentangan.

Tanda-tanda masa remaja akhir : sikap kembali kearah positif dengan tercapainya kedewasaan intelektual, pandangan dalam hal ke-Tuhanan dipahamkan dalam konteks agama yang dianut dan dipilih, penghayatan rohaninya kembali tenang setelah melalui proses identifikasi dan membedakan agama sebagai doktrin bagi para penganutnya.

Perawat bisa membantu dengan melakukan tindakan memberikan pengetahuan kepada anak tentang apa yang terbaik bagi kesehatan anak dan keadaan dimana anak memerlukan dorongan secara spiritual demi kesembuhan penyakitnya. Allah selamanya mendengar bisikan dan

pembicaraan, melihat setiap gerak-geriknya dan mengetahui apa yang dirahasiakan , memperhatikan khusu', taqwa dan ibadah.

2.2 Konsep hidrosefalus

2.2.1 Pengertian Hidrosefalus

Menurut Suriadi,(2016) Hidrocepalus adalah akumulasi cairan serebrospinal dalam ventrikel cerebral, ruang subarachnoid, atau ruang subdural, Sedangkan menurut.

Darto Suharso,(2009) Hidrosepalus adalah kelainan patologis otak yang mengakibatkan bertambahnya cairan serebrospinal dengan atau pernah dengan tekanan intrakranial yang meninggi, sehingga terdapat pelebaran ventrikel.

Menurut Dwita(2017) Hidrosefalus berasal dari kata *hidro* yang berarti air dan *chepalon* yang berarti kepala. Hidrosefalus merupakan penumpukan CSS yang secara aktif dan berlebihan pada satu atau lebih ventrikel otak atau ruang subarachnoid yang dapat menyebabkan dilatasi sistem ventrikel otak. Sedangkan menurut.

Suriadi, (2010) Hidrosefalus adalah suatu keadaan patologis otak yang mengakibatkan bertambahnya cairan serebrospinalis, disebabkan baik oleh produksi yang berlebihan maupun gangguan absorpsi, dengan atau pernah disertai tekanan intrakanial yang

meninggi sehingga terjadi pelebaran ruangan-ruangan tempat aliran cairan serebrospinalis.

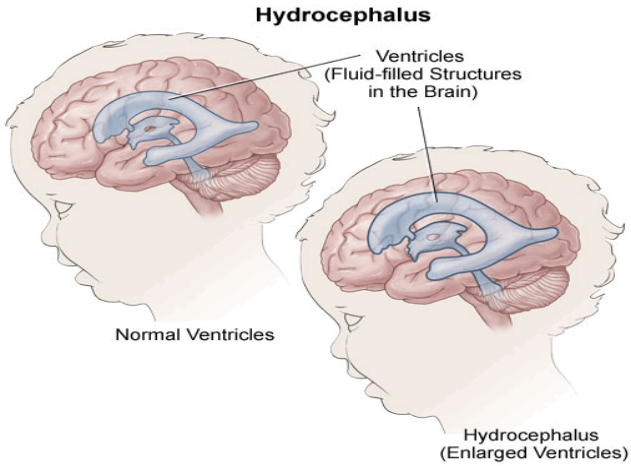
Menurut pendapat lain Suharso D,(2009) Hidrosefalus adalah kelainan patologis otak yang mengakibatkan bertambahnya cairan serebrospinal dengan atau pernah dengan tekanan intrakranial yang meninggi, sehingga terdapat pelebaran ventrikel.Menurut pendapat.

Nining,(2008) Hidrocephalus adalah sebuah kondisi yang disebabkan oleh produksi yang tidak seimbang dan penyerapan dari cairan cerebrospinal (CSS) di dalam sistem Ventricular. Ketika produksi CSS lebih besar dari penyerapan, cairan cerebrospinal mengakumulasi di dalam sistem Ventricular.

Dari beberapa pendapat di atas, Jadi dapat disimpulkan Hidrosefalus merupakan penumpukan CSS yang secara aktif dan berlebihan pada satu atau lebih ventrikel otak atau ruang subrachnoid yang dapat menyebakan dilatasi sistem ventrikel otak dimana keadaan patologis otak yang mengakibatkan bertambahnya cairan serebrospinal, disebabkan baik oleh produksi yang berlebihan maupun gangguan absorpsi, dengan atau pernah disertai tekanan intracranial yang meninggi sehingga terjadi pelebaran di ruangan – ruangan tempat aliran cairan serebrospinal.

2.2.2 Anatomi dan Fisiologi

a. Anatomi



Darsono, (2005) Mengatakan bahwa cairan serebrospinal (CSS) dibentuk di dalam sistem ventrikel serebrum, terutama oleh pleksus koroideus. Masing-masing dari keempat ventrikel mempunyai jaringan pleksus koroideus yang terdiri atas lipatan vilosa dilapisi oleh epitel dan bagian tengahnya yang mengandung jaringan ikat dengan banyak pembuluh darah. Cairan dibentuk melalui sekresi dan difusi aktif. Terdapat sumber CSS nonkonroid, tetapi aspek pembentukan cairan ini masih belum diketahui sebelumnya.

Sistem ventrikel terdiri atas sepasang ventrikel lateral, masing-masing dihubungkan oleh akuaduktus Sylvii ke ventrikel keempat tunggal yang terletak di garis tengah dan

memiliki tiga lubang keluar, sepasang foramen Luschka di sebelah lateral dan sebuah foramen magendie di tengah. Lubang-lubang ini berjalan menuju ke sebuah sistem yang saling berhubungan dan ruang subaraknoid yang mengalami pembesaran fokal dan disebut sisterna.

Sisterna pada fosa posterior berhubungan dengan ruang subaraknoid diatas konveksitas serebrum melalui jalur yang melintasi tentorium. Ruang subaraknoid spinalis berhubungan dengan ruang subaraknoid intrakranium melalui sisterna basalis.

Sementara itu, aliran CSS netto adalah dari ventrikel lateral menuju ventrikel ketiga kemudian ke ventrikel keempat lalu ke sisterna basalis, tentorium, dan ruang subaraknoid di atas konveksitas serebrum ke daerah sinus sagitalis, tempat terjadinya penyerapan ke dalam sirkulasi sistemik.

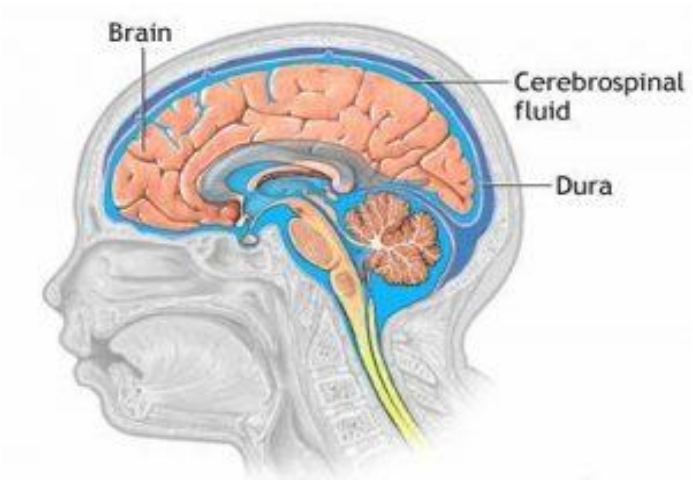


Photo Credit: Adam 2015

Sebagian besar penyerapan CSS terjadi melalui vilus araknoidalis dan masuk kedalam saluran vena sinus sagitalis, tetapi cairan juga diserap melintasi lapisan ependim system ventrikel dan di ruang subaraknoid spinalis.

Prasetio(2004) mengatakan bahwa pada orang dewasa normal, volume total CSS adalah sekitar 150 mL, yang 25% nya terdapat di dalam sistem ventrikel. CSS terbentuk dengan kecepatan sekitar 20 mL/jam, yang mengisyaratkan bahwa perputaran CSS terjadi tiga sampai empat kali sehari.

b. Fisiologi

Pembentukan CSF

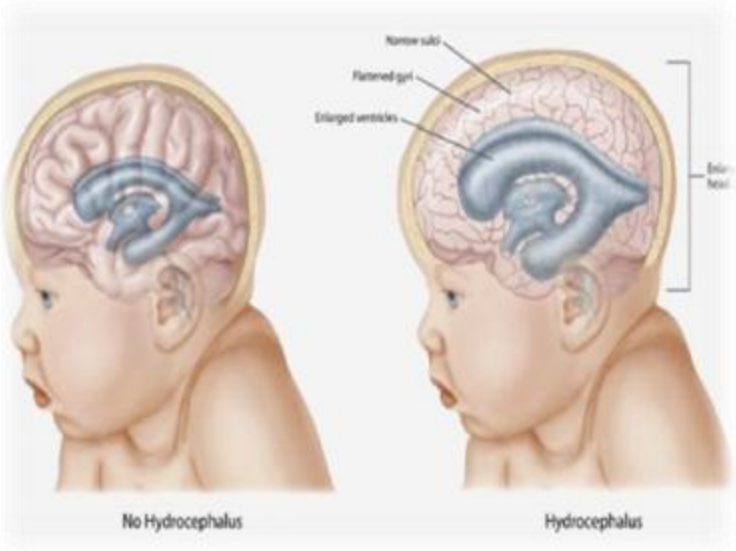
Normal CSF diproduksi + 0,35 ml / menit atau 500 ml / hari dengan demikian CSF di perbaharui setiap 8 jam. Pada anak dengan hidrosefalus, produksi CSF ternyata berkurang + 0, 30 / menit. CSF di bentuk oleh PPA:

1. Plexus choroideus (yang merupakan bagian terbesar.
2. Parenchym otak.
3. Arachnoid

Sirkulasi CSF

Melalui pemeriksaan radio isotop, ternyata CSF mengalir dari tempat pembentuknya ke tempat ke tempat absorpsinya. CSF mengalir dari II ventrikel lateralis melalui

sepasang foramen Monro ke dalam ventrikel III, dari sini melalui aquaductus Sylvius menuju ventrikel IV. Melalui satu pasang foramen Lusckha CSF mengalir cerebello pontine dan cisterna prepontis. Cairan yang keluar dari foramen Magindie menuju cisterna magna. Dari sini mengalir kesuperior dalam rongga subarachnoid spinalis dan ke cranial menuju cisterna infra tentorial.Melalui cisterna di supratentorial dan kedua hemisfere cortex cerebri. Sirkulasi berakhir di sinus Doramatis di mana terjadi absorbsi melalui villi arachnoid.



Allan H. Ropper, (2011)

2.2.3 Etiologi

Menurut Darsono,(2012) Cairan Serebrospinal merupakan cairan jernih yang diproduksi dalam ventrikulus otak oleh pleksus koroideus, Cairan ini mengalir dalam ruang subaraknoid yang membungkus otak dan medula spinalis untuk memberikan

perlindungan serta nutrisi(Cristine Brooker:The Nurse's Pocket Dictionary). CSS yang dibentuk dalam sistem ventrikel oleh pleksus khoroidalis kembali ke dalam peredaran darah melalui kapiler dalam piamater dan arakhnoid yang meliputi seluruh susunan saraf pusat (SSP). Cairan likuor serebrospinalis terdapat dalam suatu sistem, yakni sistem internal dan sistem eksternal. Pada orang dewasa normal jumlah CSS 90-150 ml, anak umur 8-10 tahun 100-140 ml, bayi 40-60 ml, neonatus 20-30 ml dan prematur kecil 10-20 ml. Cairan yang tertimbun dalam ventrikel 500-1500 ml.

DeVito EE et al, (2007:32) Aliran CSS normal ialah dari ventrikel lateralis melalui foramen monroe ke ventrikel III, dari tempat ini melalui saluran yang sempit akuaduktus Sylvii ke ventrikel IV dan melalui foramen Luschka dan Magendie ke dalam ruang subarakhnoid melalui sisterna magna. Penutupan sisterna basalis menyebabkan gangguan kecepatan resorbsi CSS oleh sistem kapiler.

Allan H. Ropper, (2011) Hidrosefalus terjadi bila terdapat penyumbatan aliran cairan serebrospinal (CSS) pada salah satu tempat antara tempat pembentukan CSS dalam sistem ventrikel dan tempat absorbsi dalam ruang subaraknoid. Akibat penyumbatan, terjadi dilatasi ruangan CSS diatasnya).

Allan H. Ropper, (2011) Teoritis pembentukan CSS yang terlalu banyak dengan kecepatan absorbsi yang abnormal akan

menyebabkan terjadinya hidrosefalus, namun dalam klinik sangat jarang terjadi. Penyebab penyumbatan aliran CSS yang sering terdapat pada bayi dan anak ialah :

1. Kelainan Bawaan (Kongenital)
   a. Stenosis akuaduktus Sylvii

      Merupakan penyebab terbanyak pada hidrosefalus bayi dan anak (60-90%). Aqueduktus dapat merupakan saluran yang buntu sama sekali atau abnormal, yaitu lebih sempit dari biasa. Umumnya gejala hidrosefalus terlihat sejak lahit atau progresif dengan cepat pada bulan-bulan pertama setelah kelahiran.

   b. Spina bifida dan kranium bifida

      Hidrosefalus pada kelainan ini biasanya yang berhubungan dengan sindrom Arnould-Jhiari akibat tertariknya medulla spinalis dengan medulla oblongata dan cerebellum letaknya lebih rendah dan menutupi foramen magnum sehingga terjadi penyumbatan sebagian atau total.

   c. Sindrom Dandy-Walker

      Merupakan atresia congenital Luscha dan Magendie yang menyebabkan hidrosefalus obtruktif dengan pelebaran system ventrikel terutama ventrikel IV, yang dapat sedemikian besarnya sehingga merupakan suatu kista yang besar di daerah fosa pascaerior.

d. Kista araknoid dan anomali pembuluh darah

Dapat terjadi congenital tapi dapat juga timbul akibat trauma sekunder suatu hematoma.

2. Infeksi

Akibat infeksi dapat timbul perlekatan meningen sehingga dapat terjadi obliterasi ruangan subarahnoid. Pelebaran ventrikel pada fase akut meningitis purulenta terjadi bila aliran CSS terganggu oleh obstruksi mekanik eksudat pirulen di aqueduktus sylviin atau system basalis. Hidrosefalus banyak terjadi pada klien pasca meningitis. Pembesaran kepala dapat terjadi beberapa minggu sampai beberapa bulan sesudah sembuh dari meningitis. Secara patologis terlihat pelebaran jaringan piamater dan arahnoid sekitar system basalis dan daerah lain. Pada meningitis serosa tuberkulosa, perlekatan meningen terutama terdapat di daerah basal sekitar sistem kiasmatika dan interpendunkularis, sedangkan pada meningitis purunlenta lokasisasinya lebih tersebar.

3. Neoplasma

Hidrosefalus oleh obstruksi mekanik yang dapat terjadi di setiap tempat aliran CSS. Pengobatannya dalam hal ini di tujukan kepada penyebabnya dan apabila tumor tidak di angkat, maka dapat di lakukan tindakan paliatif dengan mengalihkan CSS melalui saluran buatan atau pirau. Pada

anak, penyumbatan ventrikel IV atau akuaduktus Sylvii biasanya suatu glioma yang berasal dari serebelum, penyumbatan bagian depan ventrikel III disebabkan kraniofaringioma.

4. Perdarahan

   Menurut Allan H. Ropper, 2011:360 Perdarahan sebelum dan sesudah lahir dalam otak, dapat menyebabkan fibrosis leptomeningen terutama pada daerah basal otak, selain penyumbatan yang terjadi akibat organisasi dari darah itu sendiri.

2.2.4 Manifestasi Klinis

Darsono, (2005) mengatakan bahawa Tanda awal dan gejala hidrosefalus tergantung pada derajat ketidakseimbangan kapasitas produksi dan resorbsi CSS Gejala-gejala yang menonjol merupakan refleksi adanya hipertensi intrakranial. Manifestasi klinis dari hidrosefalus pada anak dikelompokkan menjadi dua golongan, yaitu :

1. Hidrosefalus terjadi pada masa neonates

   Meliputi pembesaran kepala abnormal, gambaran tetap hidrosefalus kongenital dan pada masa bayi. Lingkaran kepala neonatus biasanya adalah 35-40 cm, dan pertumbuhan ukuran lingkar kepala terbesar adalah selama tahun pertama kehidupan. Kranium terdistensi dalam semua arah, tetapi terutama pada daerah frontal. Tampak dorsum

nasi lebih besar dari biasa. Fontanella terbuka dan tegang, sutura masih terbuka bebas. Tulang-tulang kepala menjadi sangat tipis. Vena-vena di sisi samping kepala tampak melebar dan berkelok.

2. Hidrosefalus terjadi pada akhir masa kanak- kanak

   Pembesaran kepala tidak bermakna, tetapi nyeri kepala sebagai manifestasi hipertensi intrakranial. Lokasi nyeri kepala tidak khas. Dapat disertai keluhan penglihatan ganda (diplopia) dan jarang diikuti penurunan visus. Secara umum gejala yang paling umum terjadi pada pasien-pasien hidrosefalus di bawah usia dua tahun adalah pembesaran abnormal yang progresif dari ukuran kepala. Makrokrania mengesankan sebagai salah satu tanda bila ukuran lingkar kepala lebih besar dari dua deviasi standar di atas ukuran normal. Makrokrania biasanya disertai empat gejala hipertensi intrakranial lainnya yaitu: Fontanel anterior yang sangat tegang, Sutura kranium tampak atau teraba melebar, Kulit kepala licin mengkilap dan tampak vena-vena superfisial menonjol, Fenomena ‘matahari tenggelam’ (sunset phenomenon).

2.2.5 Patofisiologi

Menurut pendapat Harsono (2015). Pembentukan cairan serebrospinal terutama dibentuk di dalam sistem ventrikel. Kebanyakan cairan tersebut dibentuk oleh pleksus koroidalis di ventrikel lateral, yaitu kurang lebih sebanyak 80% dari total cairan serebrospinalis. Kecepatan pembentukan cairan serebrospinalis lebih kurang 0,35- 0,40 ml/menit atau 500 ml/hari, kecepatan pembentukan cairan tersebut sama pada orang dewasa maupun anak-anak. Dengan jalur aliran yang dimulai dari ventrikel lateral menuju ke foramen monro kemudian ke ventrikel 3, selanjutnya mengalir ke akuaduktus sylvii, lalu ke ventrikel 4 dan menuju ke foramen luska dan magendi, hingga akhirnya ke ruang subarakhnoid dan kanalis spinalis. Secara teoritis, terdapat tiga penyebab terjadinya hidrosefalus, yaitu:

1. Produksi likuor yang berlebihan. Kondisi ini merupakan penyebab paling jarang dari kasus hidrosefalus, hampir semua keadaan ini disebabkan oleh adanya tumor pleksus koroid (papiloma atau karsinoma), namun ada pula yang terjadi akibat dari hipervitaminosis vitamin A.

2. Gangguan aliran likuor yang merupakan awal kebanyakan kasus hidrosefalus. Kondisi ini merupakan akibat dari obstruksi atau tersumbatnya sirkulasi cairan serebrospinalis

yang dapat terjadi di ventrikel maupun vili arakhnoid. Secara umum terdapat tiga penyebab terjadinya keadaan patologis ini, yaitu:

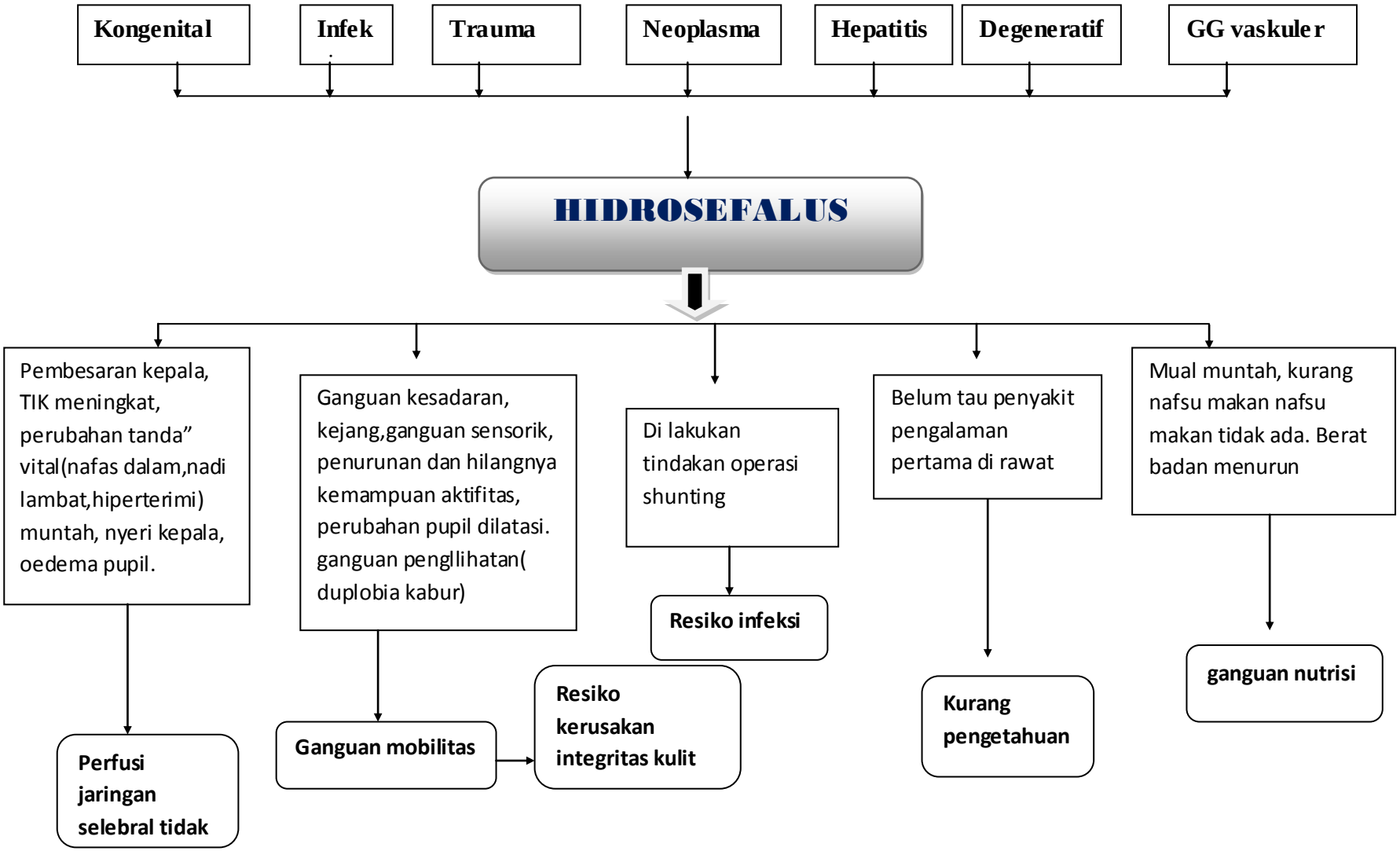
a. Malformasi yang menyebabkan penyempitan saluran likuor, misalnya stenosis akuaduktus sylvii dan malformasi Arnold Chiari.
b. Lesi massa yang menyebabkan kompresi intrnsik maupun ekstrinsik saluran likuor, misalnya tumor intraventrikel, tumor para ventrikel, kista arakhnoid, dan hematom.
c. Proses inflamasi dan gangguan lainnya seperti mukopolisakaridosis, termasuk reaksi ependimal, fibrosis leptomeningeal, dan obliterasi vili arakhnoid.

3. Gangguan penyerapan cairan serebrospinal. Suatu kondisi seperti sindrom vena cava dan trombosis sinus dapat mempengaruhi penyerapan cairan serebrospinal. Kondisi jenis ini termasuk hidrosefalus tekanan normal atau pseudotumor serebri.

Dari penjelasan di atas maka hidrosefalus dapat diklasifikasikan dalam beberapa sebutan diagnosis. Hidrosefalus interna menunjukkan adanya dilatasi ventrikel, sedangkan hidrosefalus eksterna menunjukkan adanya pelebaran rongga subarakhnoid di atas permukaan korteks. Hidrosefalus komunikans adalah keadaan di mana ada

hubungan antara sistem ventrikel dengan rongga subarakhnoid otak dan spinal, sedangkan hidrosefalus non-komunikans yaitu suatu keadaan dimana terdapat blok dalam sistem ventrikel atau salurannya ke rongga subarakhnoid. Hidrosefalus obstruktif adalah jenis yang paling banyak ditemui dimana aliran likuor mengalami obstruksi. Terdapat pula beberapa klasifikasi lain yang dilihat berdasarkan waktu onsetnya, yaitu akut (beberapa hari), subakut (meninggi), dan kronis (berbulan-bulan). Terdapat dua pembagian hidrosefalus berdasarkan gejalanya yaitu hidrosefalus simtomatik dan hidrosefalus asimtomatik.

WOC Hidrosefalus (Harsono 2015)



2.2.6 Pemeriksaan Penunjang

a. Rontgen foto kepala, dengan prosedur ini dapat diketahui :

   1. Hidrosefalus tipe kongenital/infantile, yaitu: ukuran kepala, adanya pelebaran sutura, tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial kronik berupa imopressio digitate dan erosi prosessus klionidalis posterior.
   2. Hidrosefalus tipe juvenile/adult oleh karena sutura telah menutup maka dari foto rontgen kepala diharapkan adanya gambaran kenaikan tekanan intrakranial.

b. Transimulasi

   Syarat untuk transimulasi adalah fontanela masih terbuka, pemeriksaan ini dilakukan dalam ruangan yang gelap setelah pemeriksa beradaptasi selama 3 menit. Alat yang dipakai lampu senter yang dilengkapi dengan rubber adaptor. Pada hidrosefalus, lebar halo dari tepi sinar akan terlihat lebih lebar 1-2 cm.

c. Lingkaran kepala

   Diagnosis hidrosefalus pada bayi dapat dicurigai, jika penambahan lingkar kepala melampaui satu atau lebih garis-garis kisi pada chart (jarak antara dua garis kisi 1 cm) dalam kurun waktu 2-4 minggu. Pada anak yang besar lingkaran kepala dapat normal hal ini disebabkan oleh karena hidrosefalus terjadi setelah penutupan suturan secara

fungsional. Tetapi jika hidrosefalus telah ada sebelum penutupan suturan kranialis maka penutupan sutura tidak akan terjadi secara menyeluruh.

d. Ventrikulografi

Yaitu dengan memasukkan kontras berupa O2 murni atau kontras lainnya dengan alat tertentu menembus melalui fontanela anterior langsung masuk ke dalam ventrikel. Setelah kontras masuk langsung difoto, maka akan terlihat kontras mengisi ruang ventrikel yang melebar. Pada anak yang besar karena fontanela telah menutup untuk memasukkan kontras dibuatkan lubang dengan bor pada kranium bagian frontal atau oksipitalis. Ventrikulografi ini sangat sulit, dan mempunyai risiko yang tinggi. Di rumah sakit yang telah memiliki fasilitas CT Scan, prosedur ini telah ditinggalkan.

e. Ultrasonografi

Dilakukan melalui fontanela anterior yang masih terbuka. Dengan USG diharapkan dapat menunjukkan system ventrikel yang melebar. Pendapat lain mengatakan pemeriksaan USG pada penderita hidrosefalus ternyata tidak mempunyai nilai di dalam menentukan keadaan sistem ventrikel hal ini disebabkan oleh karena USG tidak dapat menggambarkan anatomi sistem ventrikel secara jelas, seperti halnya pada pemeriksaan CT Scan.

f. CT Scan kepala

Pada hidrosefalus obstruktif CT Scan sering menunjukkan adanya pelebaran dari ventrikel lateralis dan ventrikel III. Dapat terjadi di atas ventrikel lebih besar dari occipital horns pada anak yang besar. Ventrikel IV sering ukurannya normal dan adanya penurunan densitas oleh karena terjadi reabsorpsi transependimal dari CSS. Pada hidrosefalus komunikans gambaran CT Scan menunjukkan dilatasi ringan dari semua sistem ventrikel termasuk ruang subarakhnoid di proksimal dari daerah sumbatan.

g. MRI (Magnetic Resonance Imaging)

Untuk mengetahui kondisi patologis otak dan medula spinalis dengan menggunakan teknik scaning dengan kekuatan magnet untuk membuat bayangan struktur tubuh.

2.2.7 Penatalaksanaan

a. Keperawatan

Penanganan hidrocefalus masuk pada katagori ”live saving and live sustaining” yang berarti penyakit ini memerlukan diagnosis dini yang dilanjutkan dengan tindakan bedah secepatnya. Keterlambatan akan menyebabkan kecacatan dan kematian sehingga prinsip pengobatan hidrocefalus harus dipenuhi yakni :

1. Mengurangi produksi cairan serebrospinal dengan merusak pleksus koroidalis dengan tindakan reseksi atau

pembedahan, atau dengan obat azetasolamid (diamox) yang menghambat pembentukan cairan serebrospinal.

2. Memperbaiki hubungan antara tempat produksi caira serebrospinal dengan tempat absorbsi, yaitu menghubungkan ventrikel dengan subarachnoid.
3. Pengeluaran cairan serebrospinal ke dalam organ ekstrakranial, yakni:
   a) Drainase ventrikule-peritoneal.
   b) Drainase Lombo-Peritoneal.
   c) Drainase ventrikulo-Pleural.
   d) Drainase ventrikule-Uretrostomi.
   e) Drainase ke dalam anterium mastoid.

b. Mengalirkan cairan serebrospinal ke dalam vena jugularis dan jantung melalui kateter yang berventil (Holter Valve/katup Holter) yang memungkinkan pengaliran cairan serebrospinal ke satu arah. Cara ini merupakan cara yang dianggap terbaik namun, kateter harus diganti sesuai dengan pertumbuhan anak dan harus diwaspadai terjadinya infeksi sekunder dan sepsis.
c. Tindakan bedah pemasangan selang pintasan atau drainase dilakukan setelah diagnosis lengkap dan pasien telah di bius total. Dibuat sayatan kecil di daerah kepala dan dilakukan pembukaan tulang tengkorak dan selaput otak, lalu selang

pintasan dipasang. Disusul kemudian dibuat sayatan kecil di daerah perut, dibuka rongga perut lalu ditanam selang pintasan, antara ujung selang di kepala dan perut dihubiungakan dengan selang yang ditanam di bawah kulit hingga tidak terlihat dari luar.

d. Pengobatan modern atau canggih dilakukan dengan bahan shunt atau pintasan jenis silicon yang awet, lentur, tidak mudah putus. Ada 2 macam terapi pintas / " shunting ":

1. Eksternal

   CSS dialirkan dari ventrikel ke dunia luar, dan bersifat hanya sementara. Misalnya: pungsi lumbal yang berulang-ulang untuk terapi hidrosefalus tekanan normal.

2. Internal

   a) CSS dialirkan dari ventrikel ke dalam anggota tubuh lain Ventrikulo-Sisternal, CSS dialirkan ke sisterna magna(Thor-Kjeldsen).

   b) Ventrikulo-Atrial, CSS dialirkan ke sinus sagitalis superior.

   c) Ventrikulo-Bronkhial, CSS dialirkan ke Bronhus.

   d) Ventrikulo-Mediastinal,CSS dialirkan ke mediastinum.

   e) Ventrikulo-Peritoneal, CSS dialirkan ke rongga peritoneum.

3. “Lumbo Peritoneal Shunt”

CSS dialirkan dari Resessus Spinalis Lumbalis ke rongga peritoneum dengan operasi terbuka atau dengan jarum Touhy secara perkutan.

Teknik Shunting:

a) Sebuah kateter ventrikular dimasukkan melalui kornu oksipitalis atau kornu frontalis, ujungnya ditempatkan setinggi foramen Monroe.
b) Suatu reservoir yang memungkinkan aspirasi dari CSS untuk dilakukan analisis.
c) Sebuah katup yang terdapat dalam sistem Shunting ini, baik yang terletak proksimal dengan tipe bola atau diafragma (Hakim, Pudenz, Pitz, Holter) maupun yang terletak di distal dengan katup berbentuk celah (Pudenz). Katup akan membuka pada tekanan yang berkisar antara 5-150 mm, H2O.
d) Ventriculo-Atrial Shunt. Ujung distal kateter dimasukkan ke dalam atrium kanan jantung melalui v. jugularis interna (dengan thorax x-ray ujung distal setinggi 6/7).
e) Ventriculo-Peritneal Shunt .
f) Slang silastik ditanam dalam lapisan subkutan**.**
g) Ujung distal kateter ditempatkan dalam ruang peritoneum. Pada anak-anak dengan kumparan silang

yang banyak, memungkinkan tidak diperlukan adanya revisi walaupun badan anak tumbuh memanjang.

2.2.8 Komplikasi

a. Infeksi

Infeksi dapat menyebabkan meningitis (peradangan pada selaput otak), peritonitis (peradangan pada selaput rongga perut), dan peradangan sepanjang selang Penggunaan antibiotik dapat meminimalkan risiko terjadinya infeksi dan terkadang diperlukan tindakan pencabutan selang *shunt*.

b. Perdarahan *subdural*

(lokasi yang berada di bawah lapisan pelindung otak duramater) Perdarahan subdural terjadi karena robekan pada pembuluh darah balik (vena). Risiko komplikasi ini dapat diturunkan dengan penggunaan *shunt* yang baik.

c. Obstruksi atau penyumbatan selang *shunt*

Yang terjadi pada selang *shunt* mengakibatkan gejala yang terus menerus ada atau timbulnya kembali gejala yang sudah mereda. Sekitar sepertiga kasus hidrosefalus dengan pemasangan *shunt* memerlukan penggantian dalam waktu 1 tahun. Sebagian besar kasus (80%) memerlukan revisi dalam 10 tahun.

d. Keadaan tekanan rendah

(*low pressure*) Bila cairan yang dialirkan terlalu berlebihan, maka dapat menjadi keadaan dengan tekanan rendah. Gejaala yang timbul berupa sakit kepala dan muntah saat duduk atau berdiri. Gejala ini dapat membaik dengan asupan cairan yang tinggi dan perubahan posisi tubuh secara perlahan**.**

Komplikasi sering terjadi karena pemasangan VP shunt adalah infeksi dan malfungsi. Malfungsi disebakan oleh obstruksi mekanik atau perpindahan didalam ventrikel dari bahan–bahan khusus (jaringan /eksudat) atau ujung distal dari thrombosis sebagai akibat dari pertumbuhan. Obstruksi VP shunt sering menunjukan kegawatan dengan manifestasi klinis peningkatan TIK yang lebih sering diikuti dengan status neurologis buruk. Komplikasi yang sering terjadi adalah infeksi VP shunt. Infeksi umumnya akibat dari infeksi pada saat pemasangan VP shunt. Infeksi itu meliputi septik, Endokarditis bacterial, infeksi luka, Nefritis shunt, meningitis, dan ventrikulitis. Komplikasi VP shunt yang serius lainnya adalah subdural hematoma yang di sebabkan oleh reduksi yang cepat pada tekanan intrakranial dan ukurannya. Komplikasi yang dapat terjadi adalah peritonitis abses abdominal, perforasi organ-organ abdomen oleh kateter atau trokar (pada saat pemasangan), fistula hernia, dan ilius.

2.3 Asuhan Keperawatan Teoritis

2.3.1 Pengkajian

1) Identitas Pasien

   Meliputi : nama, tempat/tanggal lahir, umur,jenis kelamin,anak-ke, BB/TB, alamat.

2) Keluhan Utama

   Hal yang sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan bergantung seberapa jauh dampak dari hidrosefalus pada peningkatan tekanan intracranial, meliputi muntah, gelisah nyeri kepala, letargi, lelah apatis, penglihatan ganda, perubahan pupil, dan kontriksi penglihatan perifer.

3) Riwayat kesehatan masalalu

   a. Riwayat Kesehatan Sekarang

   Adanya riwayat infeksi (biasanya riwayat infeksi pada selaput otak dan meningens) sebelumnya. Pengkajian yang didapat meliputi seorang anak mengalami pembesaran kepala.

   Tingkat kesadaran menurun (GCS <15), kejang, muntah, sakit kepala, wajahnya tanpak kecil cecara disproposional, anak menjadi lemah, kelemahan fisik umum, akumulasi secret pada saluran nafas, dan adanya liquor dari hidung. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran akibat adanya perubahan di dalam

intracranial. Keluhan perubahan prilaku juga umum terjadi.

b. Riwayat Penyakit Dahulu

Pengkajian yang perlu ditanyakan meliputi adanya riwayat hidrosefalus sebelumnya, riwayat adanyanya neoplasma otak, kelaian bawaan pada otak dan riwayat infeksi.

4) Pengkajian psikososiospritual

Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien dan keluarga (orang tua) untuk menilai respon terhadap penyakit yang diderita dan perubahan peran dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengruhnya dalam kehidupan sehari-hari. Baik dalam keluarga maupun masyarakata. Apakah ada dampak yang timbul pada klien dan orang tua, yaitu timbul seperti ketakutan akan kecatatan, rasa cemas, rasa ketidak mampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal. Perawat juga memasukkan pengkajian terhadap fungsi neurologis dengan dampak gangguan neurologis yang akan terjadi pada gaya hidup individu.

Perspektif perawatan dalam mengkaji terdiri atas dua masalah: keterbatasan yang diakibatkan oleh deficit neurologis dalam hubungan dengan peran sosial klien dan rencana pelayanan yang akan mendukung adaptasi pada gangguan neurologis didalam system dukungan individu.

5) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik mengunakan pemeriksaan fisik secara head to-toe.

6) Pengkajian tingkat kesadaran

Gejala khas pada hidrosefalus tahap lanjut adalah adanya dimensia. Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien hidrosefalus biasanya berkisar pada tingkat latergi, stupor, semikomatosa sampai koma.

7) Pengkajian fungsi serebral, meliputi:

a. Status mental

Obresvasi penampilan, tingkah laku, nilai gaya bicara, ekspresi wajah dan aktivitas motorik klien. Pada klien hidrosefalus tahap lanjut biasanya status mental klien mengalami perubahan. Pada bayi dan anak-anak pemeriksaan statuss mental tidak dilakukan. Fungsi intelektual. Pada beberapa kedaan klien hidrosefalus didapatkan. Penurunan dalam ingatan dan memori, baik jangka pendek maupun jangka panjang.

b. Pengkajin saraf cranial, meliputi

1. Saraf I (Olfaktori)

   Pada beberapa keaaan hidrosefalus menekan anatomi dan fissiologis ssaraf ini klien akan mengalami kelainan pada fungsi penciuman/ anosmia lateral atau bilateral.

2. Saraf II (Optikus)

   Pada anak yang agak besar mungkin terdapat edema pupil saraf otak II pada pemeriksaan funduskopi.

3. Saraf III, IV dan VI (Okulomotoris, Troklearis, Abducens)

   Tanda dini herniasi tertonium adalah midriasis yang tidak bereaksi pada penyinaran . paralisis otot-otot ocular akan menyusul pada tahap berikutnya. Konvergensi sedangkan alis mata atau bulu mata keatas, tidak bisa melihat keatas,. Strabismus, nistagmus, atrofi optic sering di dapatkan pada anak dengan hidrosefalus.

4. Saraf V (Trigeminius)

   Karena terjadinya paralisis saraf trigeminus, didapatkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah atau menetek.

5. Saraf VII(facialis)

   Persepsi pengecapan mengalami perubahan.

6. Saraf VIII (Akustikus)

   Biasanya tidak didapatkan gangguan fungsi pendengaran.

7. Saraf IX dan X(Glosofaringeus dan Vagus).
8. Saraf XI (Aksesorius)
9. Saraf XII (Hipoglosus)

   Indra pengecapan mengalami perubahan.

8) Mobilitas

   Kurang baik karena besarnya kepala menghambat mobilitas leher klien.

9) Pengkajian system motorik.

   Pada infeksi umum, didapatkan kelemahan umum karena kerusakan pusat pengatur motorik.

   a. Tonus otot

      Didapatkan menurun sampai hilang

   b. Kekuatan otot

      Pada penilaian dengan menggunakan tingkat kekuatan otot didapatkan penurunan kekuatan otot-otot ekstermitas.

   c. Keseimbangan dan koordinasi

      Didapatkan mengalami gangguan karena kelemahan fisik umum dan kesulitan dalam berjalan.

10) Pengkajian Refleks.

   Pemeriksaan reflex profunda, pengetukan pada tendon, ligamentum atau periosteum derajat reflex pada rrespon

normal. Pada tahap lanjut, hidrosefalus yang mengganggu pusat refleks, maka akan didapatkan perubahan dari derajat refleks. Pemeriksaan refleks patologis, pada fase akut refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks

11) Pengkajian system sensorik.

Kehilangan sensori karena hidrosefalus dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat, dengan kehilangan propriosepsi (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil, dan auditorius.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

1. ketidakefektifan perfusi jaringan serbral b.d peningkatan TIK.
2. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d perubahan kemampuan mencerna makanan, peningkatan kebutuhan metabolism.
3. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular.
4. Ansietas keluarga b.d keadaan yang kritis pada keluarga.
5. Resiko kerusakan integritas kulit b.d imobilisas, tidak adekuatnya.
6. Resiko infeksi b.d penumpukan cairan di otak (serebral).

2.3.3Intervensi

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
1	ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral) b.d Gangguan aliran darah ke otak akibat peningkatan TIK	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan tidak terjadi peningkatan TIK dengan Kriteria hasil 1. Tidak ada tanda tanda peningkatan tekanan Intracranial. 2. Tida ada sakit kepala. 3. Tidak ada kelesuan. 4. Tidak ada muntah. 5. Tingkat kesadaran Membaik.	1. Monitor tanda - tada vital. 2. Monitor adanya kebingungan, perubahan pikiran pusing, pingsan. 3. Monitor status neurologis dengan ketat an bandingkan dengan nilai normal. 4. Monitor status pernapasan: frekuensi, irama, kedalaman pernapaan, PaO2, PCO2, pH. 5. Kurangi stimulus dalam lingkungan pasien. 6. Sering percakapan dalam pendengaran pasien. 7. Posisikan tinggi kepala tempat tidur 30 atau lebih. 8. Batasi cairan 9. Dorong keluarga untuk bicara pada pasien. 10. Lakukan latihan rom pasif. 11. Pertahankan suhu normal
2	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makan	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan Ketidak seimbangan nutrisidapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Adanya peningkatan berat badan.	1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborahi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kaloridan nutrisi yang dibutuhkan oleh pasien. 3. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 4. Yakinkan diet ang dimakan mengandung tinggi serat. 5. Anjurkan makan sedikit tapi sering. 6. Berat badan pasien dalam batas normal. 7. Monitor adanya penurunan berat badan. 8. Monitor kulit kering.

		2. Tidak ada tanda – tanda malnutrisi. 3. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dan menelan. 4. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti.	9. Monitor turgor kulit. 10. Monitor mual muntah. 11. Monitor Hb dan kadar Ht. 12. Monitor pucat, konjungtiva
3	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan ganguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil 1. Pasien meningkat dalam aktivitas fisik . 2. Bantu untuk mobilisai	1. Kaji adanya alergi makanan. 2. Kolaborahi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kaloridan nutrisi yang dibutuhkan oleh pasien. 3. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 4. Yakinkan diet ang dimakan mengandung tinggi sera . 5. Anjurkan makan sedikit tapi sering. 6. Berat badan pasien dalam batas normal. 7. Monitor adanya penurunan berat badan. 8. Monitor kulit kering. 9. Monitor turgor kulit. 10. Monitor mual muntah. 11. Monitor Hb dan kadar Ht. 12. Monitor pucat, konjungtiva.

4	Ansietas (cemas) b.d Perubahan besar/ perubahan status kesehatan anak (hidrosefalus)	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan ansietas dapat teratasi dengan kriteria hasil 1. Keluarga mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas. 2. Mengungkapkan dan menunjukkan teknik ntuk mengontrol cemas. 3. Ekspresi wajah Menunjukkan berkurangnya kecemasan	1. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan. 2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku pasien. 3. Dorong keluarga untuk menemani anak. 4. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur. 5. Dengarkan dengan penuh perhatian. 6. Bantu pasien untuk mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan. 7. Dorong keluarga untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi. 8. Instruksikan keluarga untuk menggunakan teknik Relaksasi.
5	Resiko kerusakan integritas kulit	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan masalah resiko kerusakan integritas kulit dengan Kriteria Hasil :	1. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar. 2. Hindari kerutan pada tempat tidur. 3. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. 4. Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam

		1. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi). 2. Tidak ada luka/lesi pada kulit. 3. Perfusi jaringan baik. 4. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah.	sekali. 5. Monitor kulit akan adanya kemerahan. 6. Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada derah yang tertekan. 7. Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien.
6	Resiko infeksi b.d penumpukan cairan di otak (serebral)	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan msalah resiko infeksi dapat teratasi dengan Criteria hasil 1. Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi. 2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi. Jumlah leukosit dalam batas normal	1. Batasi pengunjung. 2. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat kunjungan dan setelah kunjungan. 3. Gunakan sabun antimikroba untuk mencuci tangan. 4. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan. 5. Monitor hitungan WBC. 6. Anjurkan masukan nutrisi yang cukup. 7. Ajarkan pada keluarga tanda dan gejala infeksi. 8. Ajarkan cara menghindari infeksi. 9. Kolaborasi terapi

2.3.4 Implementasi

Setelah renacana keperawatan disusun, selanjutnya menerapkan rencana keperawatan dalam suatu tindakan keperawatan dalam bentuk nyata agar hasil yang diharapkan dapat tercapai, sehingga terjalin interaksi yang baik antara perawat, klien dan keluarga.

Implementasi mrupakan tahap keempatdari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan : melaksanakan intervensi/aktivitas yang telah ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan klien.

Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif terhadap biaya, pertama-tama harus mengidentifikasi prioritas perawatan klien, kemudian bila perawatan telah dilaksanakan, memantau dan mencatan respons pasien terhadap setiap inervensi dan mengkomunikasikan informasi ini kepada penyedia perawatan kesehatan lainnya. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan revisi rencana perawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya Nursalam, (2009).

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yaitu menilai efektifitas rencana yang telah dibuat, strategi dan pelaksanaan dalam asuhan keperawatan serta menentukan perkembangan dan kemampuan pasien mencapai sasaran yang telah diharapkan.

Tahapan evaluasi menentukan kemajuan pasien tehadap pencapaian hasil yang diinginkan dan respons pasien terhadap dan keefektifan intervensi keperawatan kemudian mengganti rencana perawatan jika diperlukan. Tahap akhir dari proses keperawatan perawat mengevaluasi kemampuan pasien ke arah pencapaian hasil. Nursalam, (2009).

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

1. Identitas Klien

No.MR	: 487104
Ruang Rawat	: Anak
Tanggal Masuk	: 02 Juni 2018
Tanggal pengkajian	: 06 Juni 2018
Nama	: An.M
Umur	: 10 tahun 8 bulan
Jenis kelamin	: Perempuan
Status	: Pelajar
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Alamat	: Panorama Baru, Bukittinggi
Diagnosa medis	: Hidrosefalus post pasang shunting

Penanggung Jawab

Nama : Tn. Roni

Umur : 43 Tahun

Hub. Keluarga : Ayah kandung

Pekerjaan : Supir

2. Alasan Masuk

Klien masuk melalui IGD dengan keluhan tiba-tiba tidak sadarkan diri di rumah, setelah beberapa hari sebelumnya di rawat di rumah sakit karena infeksi saluran kemih.

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu klien mengatakan klien selalu merasa mengantuk di waktu siang hari sehingga susah tidur ketika malam hari klien selalu merasa mual hingga muntah apabila mencoba makan atau minum secara langsung (tidak mengunakan NGT). Ibu klien mengatakan klien sering mengeluh kepalanya terasa sakit,rasa nyeri terasa di semua bagian kepala terutama bagian luka Post operasi.

Pengkajian PQRST :

P (Provoking Incident) :

Keluhan nyeri klien dicetuskan akibat peningkatan tekanan intra kranial, informasi yang di dapatkan dari ibu klien, klien

sering mengatakan nyeri yang di rasakan di bagian kepala datang secara tiba-tiba bahkan terkadang sedang tidak beraktifitas skala rentang nyeri 5-6.

Q (Quality of Pain) :

Klien mengatakan nyeri di kepala dan di bagian luka post operasi seperti berdenyut dan nyeri. Klien mengatakan nyeri terasa pada abdomen kuadran atas sinistra. Dangan skala rentang nyeri 5-6 intens.

T (Time) :

Ibu Klien mengatakan nyerinya terasa hilang timbul. Kadang nyeri terasa juga pada malam hari sehingga klien tidak bisa tidur. Ibu Klien mengatakan mual, lemas dan letih. Klien mengatakan nafsu makan berkurang. Klien tampak lemas dan letih, Klien tampak meringis menahan nyeri.. Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga sepenuhnya.

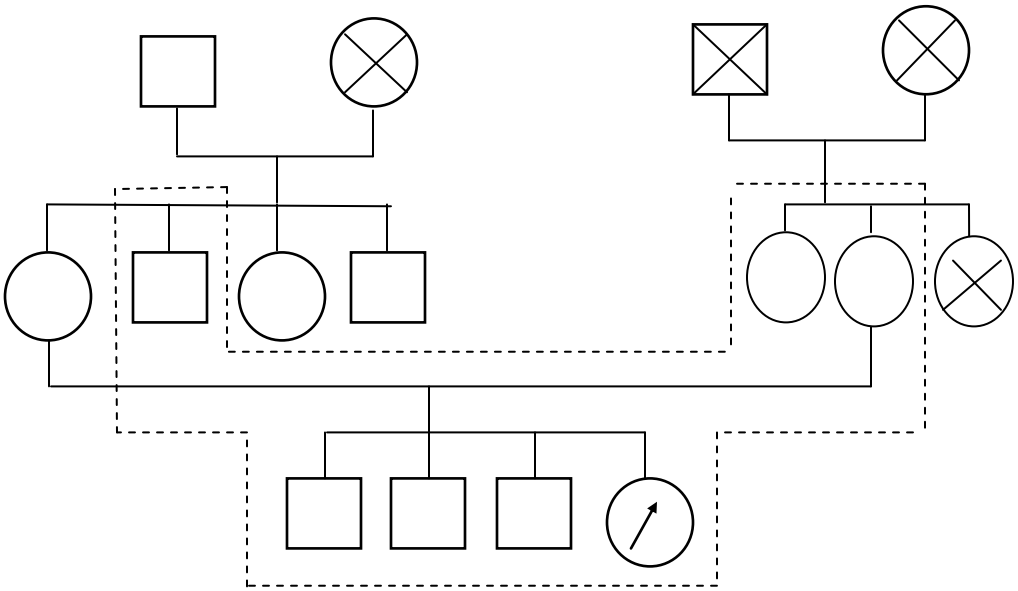
b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Ibu Klien mengatakan Klien pernah di rawat di rumah di bangsal anak pada bulan mei 2018 dengan diagnosa infeksi saluran kemih + tumor otak.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit Sol ataupun Hidrocepalus. Keluarga klien mengatakan dalam keluarga juga tida ada terdapat penyakit keturunan seperti Hipertensi dan diabetes militus.

Genogram



Keterangan :

= Perempuan

= Laki-laki

=Perempuan meninggal

= Laki-laki meninggal

= Klien perempuan

-------- = Serumah dengan klien

4. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran : Samnolen

Keadaan umum : kulit tampak kering, Kurang bagus

GCS : E3 V3 M5

BB/TB : 17 kg/122 cm

Tanda Vital

Suhu : 36,9˚C Pernapasan : 24 x/i

Nadi : 120 x/I Tekanan Darah :108/86 mmhg

1) Kepala

- Rambut

  Rambut pendek ± 1 cm, tidak ada ketombe, tidak berbau, tidak rontok.

  Lingkar kepala:

NO	Tanggal	Lingkar kepala
1	Rabu 6 Juni 2018	52 cm
2	Kamis 7 Juni 2018	52 cm
3	Jum'at 8 Juni2018	53 cm

- Mata

  Tampak simetris kiri-kanan, mata klien tampak cekung, sklera ikterik, konjungtiva tidak anemis, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, mata bersih, penglihatan klien tergangu mata kiri tidak bisa melihat

sama sekali sedangkan mata kanan dapat melihathanya dengan jarak dekat ±0,5-1 meter dan ukuran pupil 3mm/3mm.

- Telinga

  Tampak simetris kiri-kanan, bersih, tidak ada gangguan pendengaran.

- Hidung

  Tampak simetris, bersih, tidak ada secret, tidak ada polip, tidak ada perdarahan, tidak terpasang slang O2 dan terpasang NGT. Kondisi slang NGT bersih dan terpasang dengan baik

- Mulut dan gigi

  Tampak simetris, mukosa bibir tampak kering, tidak ada gangguan menelan, gigi masih lengkap tidak memakai gigi palsu.

2) Leher

   Tampak simetris, tidak tampak pembengkakan kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening, tidak ada perlukaan, vena jugularis tidak terlihat tapi teraba.

3) Thorak

- Paru-paru

  I : Simetris kiri-kanan, pengembangan/pergerakan dinding dada simetris, tidak tampak adanya pembengkakan, tidak

tampak adanya perlukaan.

P : Tidak teraba adanya pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, pergerakan dinding dada teraba.

P : Sonor di kedua lapang paru.

A : Suara nafas vesikuler dan ada suara nafas tambahan ngorok saat tidur terdengar seperti ada penumpukan secret di tengorokan.

- Jantung

I : Iktus kordis tidak terlihat

P : Iktus kordis tidak kuat angkat pada ICS IV linea Medio Clavicularis sinistra, tidak ada nyeri tekan

P : Batas jantung kanan atas : ICS II Linea Para Sternalis Dextra. Batas jantung kanan bawah : ICS IV Linea Para Sternalis Dextra. Batas jantung kiri atas : ICS II Linea Para Sternalis Sinistra. Batas jantung kiri bawah : ICS IV Linea Medio Clavicularis Sinistra.

A : Terdengar pada ICS IV linea Medio Clavicularis sinistra Bunyi jantung I : Lup, bunyi jantung II : Dup Tidak ada bunyi jantung tambahan.

4) Abdomen

I :Tampak simetris, tidak tampak pembesaran yang abnormal, tampak adan bekas luka post operasi sebelah kanan bagian bawah.

P : Tidak teraba adanya pembengkakan, .

A : Bising usus 10 x/menit.

5) Punggung

Tidak tampak adanya kelainan pada tulang punggung, tidak teraba adanya pembengkakan, dan tidak ada perlukaan.

6) Ekstremitas

Atas : tampak simetris, tangan kiri tampak terpasang infus dengan cairan RL 20 tetes/menit.

Bawah : kaki kiri kanan tampak normal, tidak ada keluhan.

7) Genetalia

Terpasang kateter

8) Integumen

Keadaan umum kulit tampak kering, turgor kulit kurang baik

9) Nervus :

No	Saraf Kranials	Jenis Fungsi	Fungsi	Saraf tergangu
I	Olfaktorius	Sensorik	Respons dan interpretasi bau	Tidak terganggu karena klien dapat mencium bau bauan
II	Optikus	Sensorik	Ketajaman visual dan lapang pandang	Tergaggu klien tidak dapat mengikuti pergerakan benda di depan nya, klien hanya dapat melihat yang ada dii depanya
III	Okulomotor	Motorik	Pergerakan mata ekstraokular, elevasi kelompak mata, konstriksi pupil, bentuk lensa	Pergerakan ola mata terganggu klien tidak bisa mengerakan bola mata
IV	Troklearis	Motorik	Pergerakan mata kebawah dan kedalam	TergangU
V	Trigeminalis	Sensorik	Sensasi pada wajah, kulit kepala, kornea, dan membrane mukosa oral serta nasal.	Tidak ada gangguan
		Motorik	Pergerakan untuk mengunyah	
VI	Abdusens	Motorik	Pergerakan mata kelateral	Terganggu
VI	Fasiali	Sensorik	Rasa pada 2/3 anterior lidah	tidak terganggu,

		Motorik	Pergerakan wajah, penutupan mata, pergerakan bibir saat bicara.	
VIII	Vestibulokoklear	Sensorik	Pendengaran dan keseimbangan	Pendengaran tidak terganggu, keseimbangan terganggu karena saat klien duduk klien selalu inggin jatuh jika tidak di bantu oleh keluarga
IX	Glosofaringeus	Sensorik	Rasa 1/3 posterior lidah, reflex tersedak faring, sensasi dari gendang telingan dan saluran telinga	Tidak terganggu
		Motorik	Menelan dan otot-otot fonasi pada faring	
X	Vagus	Sensorik Motorik	Sensasi dari faring, visera, badan karois dan sinus karotis	Terganggu klien lemah dengan tingkat kesadaran samnolen
XI	Asesorius Spinal	Sensorik	Pergerakan otot trapezius dan sternokleidomastoid eus	Tidak di periksa
XII	Hipoglosus	Motorik	Pergerakan lidah saat bicara, artikulasi suara dan menelan	Terganggu klien berbicara agak pelo dan pergerakan lidah lambat.

V. Data Biologis

No	Aktivitas	Sehat	Sakit
1.	Makanan dan minuman		
	Nutrisi makan		
	- Menu	Nasi, lauk, sayuran	Makanan cair
	- Porsi	1 porsi	Diit habis 100 cc/porsi
	- Makanan kesukaan	Tidak ada	Tidak ada
	- Pantangan	Tidak ada	Makanan pedas
	Minum		
	- Jumlah	5-6 gelas/hari	±600 cc/hari
	- Minuman kesukaaan	Susu	Tidak ada
	- Pantangan	Tidak ada	
	Eliminasi		
2.	BAB		selama di rawat
	- Frekuensi	1x sehari	Tidak ada
	- Warna	Kuning	
	- Bau	Khas	
	- Konsistensi	Lunak	
	- Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
	BAK		
	- Frekuensi	5x/hari	kateter
	- Warna	Kekuningan	bening

	- Bau	Pesing	Pesing
	- Konsistensi	Cair	Cair
	- Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
	Istirahat dan tidur		
3.	- Waktu tidur	Malam hari	Siang, malam hari
	- Lama tidur	7-8 jam/hari	6-8 jam
	- Hal yang mempermudah tidur	Tidak ada	Tidak ada
	- Kesulitan tidur	Tidak ada	Nyeri pada abdomen
	Personal hygiene		
4.	- Mandi	1-2x sehari	Selama dirawat hanya di lap setiap pagi.
	- Cuci rambut	2x seminggu	
	- Gosok gigi	1-2x sehari	
	- Potong kuku	1x seminggu	

VI. Riwayat Alergi

Ibu Klien mengatakan tidak ada riwayat alergi makanan maupun obat-obatan

VII. Data Psikologis

Klien tampak tenang, dan kooperatif selama tindakan asuhan keperawatan. Klien tampak tidak banyak bicara. Hubungan klien dengan keluarganya baik.Ibu Klien mengatakan ingin anaknya cepat sembuh,segera pulang kerumahnya dan segera berakifitas seperti biasa lagi tidak ada sakit lagi.

VIII. Data Sosial Ekonomi

Klien menggunakan BPJS sebagai alat pembayaran biaya rumah sakit.

IX. Data Spiritual

Klien beragama islam dan percaya dengan agamanya.

X. Data Penunjang

a. Pemeriksaan labor

1. Tanggal : 02 Juni 2018

No	Nma pemeriksaan	Jumlah	Satuan	Normal
1	HGB	11,8	[g/dl]	12.0-14,0
2	RBC	4,25	[10ˆ6/uL]	4,0-5,0
3	HCT	35,5	[%]	37,0-43,0
4	WBC	7,22	[10ˆ3/uL]	5,0-10,0
5	PLT	239	[10ˆ3uL]	150-400

2. Tanggal : 04 Juni 2018

No	Nama pemeriksaan	Jumlah	Satuan	Rujukan
1	HGB	12,6		
2	RBC	4,5		
3	HCT	40,1		
4	WBC	10,29		
5	PLT	186		
6	KALIUM	3,31	mEq/I	3,5-5,5
7	NATRIUM	162,5	mEq/I	135-147
8	KLORIDA	133,5	mEq/I	100-106

3. Tanggal : 04 Juni 2018

No	Nama pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
1	CaAS	9,4	Mg/Dl	8,6-10,3

4. Tanggal : 04 Juni 2018

No	Nama pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
1	Kalium	3,08	mEq/I	3,5-5,5
2	Natrium	165,1	mEq/I	135-147
3	Klorida	136,6	mEq/I	100-106

b. **Pemeriksaan CT – Scan**

Ventrikel lateral III dan IV melebar, sinus paranalis dan maksilaris bilateral dan sinus ethmoidalis.

Kesan : hidrosefalus komunikan dengan edema veriventrikel terutama kiri.

Gambaran sinusitis maksilari dan ehmoidalis bilateral.

XI. Data Pengobatan

No	Nama Obat	Pemberian	Funsi Obat
1.	D5 ¼ Ns	20 Tetes/ Menit	Untuk perawatan penyakit penyimpangan glikogen, intoleransi terhadap sukrosa, gagal ginjal, kadar natrium yang rendah.
2.	Nacl 0,9%	10 Tetes/ Menit	Kandungan kaliumnya bermanfaat untuk konduksi saraf dan otak, syok hipovolemik, mengganti cairan yang hilang ketika dehidrasi. Kandungan natriumnya menentukan tekanan osmotic pada pasien.
3.	Paracetamol	2 x 200 Mg Injeksi	Untuk mengobati rasa sakit ringan hingga sedang. Obat ini masuk ke dakam golongan analgesic dan anti piretik.
4.	Tramadol	Bila nyeri	
5.	Ketorolac 10 Mg	2x1 Amp	Untuk mengatasi nyeri.
6.	Ondansentron 5 Mg/	1x1 amp	Obat yang digunakan untuk

	Amp		mencegah mual dan muntah.
7.	RL	25 Tetes/ menit	Kandungan kaliumnya bermanfaat untuk konduksi saraf dan otak, syok hipovolemik, mengganti cairan yang hilang ketika dehidrasi. Kandungan natriumnya menentukan tekanan osmotic pada pasien.
8.	Ka En 1B	15 Tetes / Menit	Digunakan ketika dehidrasi karena asupan oral tidak memadai, demam.
9.	Cefotaxone	2 x 500 mg	Untuk mengatasi infeksi bakteri.
10.	Furosemid	1x 50 mg	Obat untuk mengurangi cairan berlebih di dalam tubuh.

Parenteral:

Diit:

- Makanan Cair(susu)
- Hari ke 3 diit diganti : makanan lunak (bubur)

XII. Data Fokus

a. Data Subjektif

- Ibu klien mengatakan klirn tampak lemah
- Ibu klien mengatakan anaknya tidak ceria seperti biiasanya
- Ibu Klien mengatakan klien mual dan muntah bila di beri makan secara langsung
- Ibu klien mengatakan klien belum pernah Bab sejak di rawat di rumah sakit
- Klien mengatakan muntah 1x kemaren sore dan 1x tadi siang setelah di coba memberikan minumlagi.
- Klien mengatakan perutnya terasa nyeri di bagian bekas luka post operasi
- Ibu Klien mengatakan klien tidak ada nafsu makan
- Keluarga klien mengatakan diit habis 100 cc/porsi melalui selang NGT.
- Ibu klien mengatakan klien selalu muntah saat ada sesuatu yang klien makan meskipun melalui selang Ngt
- Klien mengatakan lemas dan letih
- Ibu Klien mengatakan klien sulit tidur karena nyeri
- Ibu Klien mengatakan klien sering terbangun pada malam hari
- Klien mengatakan nyeri sering dating secara tiba-tiba di bagian kepala.
- Ibu Klien mengatakan klien sulit untuk melakukan aktivitas

- Ibu Klien mengatakan aktivitas klien di bantu sepenuhnya oleh ibu.
- klien mengatakan klien hanya dapat melihat dengan jarak tidak lebih dari 1 meter saja,dengan mata sebelah kanan,sedangkan mata kirinya tidak dapat melihat sama sekali.

b. Data Objektif

- Klien tampak terpasang slang NGT
- Klien tampak meringis menahan nyeri
- Skala nyeri 5-6
- Klien tampak lemas dan letih
- Klien tampak tidak nafsu makan
- Diit habis 100 cc/porsi
- Klien terpasang infus : Ds ¼ Ns, Nacl 0,9 %, Paaracetamol, Rl,Ka En 1B. Di gunakan secara bergantian.
- Klien tampak mual dan muntah setiap kali habis makan ataupun minum
- Mukosa bibir klien tampak kering.
- Klien tampak sering terbangun tiba-tiba karena nyeri : skala nyeri 5-6.
- Mata klien tampak cekung
- klien tampak lemah dengan kesadaran samnolen
- Klien tampak kesulitan melakukan aktivitasnya
- Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarganya

- Selama dirawat klien hanya di lap saja setiap pagi
- Selama dirawat klien belum pernah memcuci rambutnya
- Selama di rawat klien tidak pernah mandi.
- TTV

S :	36,9˚C	P :	24 x/i
N :	120 x/i	TD :	108/86 mmhg.

ANALISA DATA

No	Data fokus	Masalah	Etiologi
1	Data subjektif: - Ibu klien mengatakan anaknya tidak seceria dlu lagi - Ibu klien mengatakan kliien tampak sangat lemah - Ibu klien mengatakan klien sangat sulit untuk makanatau minum lewat mulut langsung - Ibu klien mengatakan klien sangat sulit untuk dapat menangkap pelajaran ketika sekolah Data Objektif : - Ganguan status mental - klien tampak hanya diam - kesulitan menelan - perubahan status motorik - kelemahan di semua ekstremitas	**Perubahan perfusi jaringan selebral**	Peningkatan Tekanan Intra cranial

2	Data subjektif - Ibu Klien mengatakan Klien mengeluh perutnya terasa nyeri - Klien mengatakan sulit tidur karena nyeri - Klien mengatakan mual ketika makan melalui mulut langsung - Klien mengatakan kepalanya terasa nyeri di semua kepala dan di bagian luka post operasi Data Objektif - Klien tampak meringis menahan nyeri - Klien tampak memegang kepalanya - Skala nyeri 5-6 - Klien tampak sering terbangun tiba-tiba karena nyeri	**Nyeri akut**	Proses penyakit
3	Data subjektif - Klien mengatakan mual - Klien mengatakan kurang nafsu makan - Ibu Klien mengatakan klien lemas dan letih - Ibu klien mengatakan klien selalu muntah bila di masukan makanan	**Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan**	Intek yang tidak adekuat di tandai dengan mual muntah

	melalui mulut langsung Data Objektif - Klien tampak lemas dan letih - Diit klien habis 100 cc/porsi - Klien tampak terpasang slang NGT - Klien tampak tidak nafsu makan - Turgor kulit klien kurang baik - Mukosa bibir klien tampak kering. - Klien terpasang infus		
4	Data Subjektif - Ibu klien mengatakan klien sering muntah - Ibu klien mengatakan klien tidak setiap klien minum klien pasti langsung muntah. - Ibu klien mengatakan pipis klien yang di tampung dengan selang pipis keluarnya banyak . - Ibu klien mengatakan selama klien di rawat klien belum pernah bab. Data objektif - klien tampak mual muntah dengan frekuensi 6-7 kali sehari.	**Kekurangan volume cairan**	Intake yang kurang dan kehilangan volume cairan aktif

	- Turgor kulit klien kurang bagus - Mukosa bibir klien tampak kering - klien tampak tidak pernah bab selama di rawat - Balance cairan 1.400 cc per 6 jam. - Klien terpasang infus Rl 25 tetes per menit, Ds ¼ Ns 20 tetes menit, Nacl 0,9% 10 tetes permenit,K En 1b :15 tetes per menit. - Input makanan cair 100 cc/4 jam		
5	Data subjektif - Ibu Klien mengatakan selama klien dirawat badannya hanya di lap setiap pagi. Data objektif - Klien tampak hanya di lap saja setiap pagi - Ibu Klien tampak belum mengelap bagian kepalan klien	**Defisit perawatan diri**	Intoleransi aktifitas

3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Perubahan perfusi jaringan serebral b.d Peningkatan tekanan intra kranial.
2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan Intake yang kurang dan kehilangan volume cairan aktif
3. Nyeri akut b.d proses penyakit.
4. Ganguan nutrisi b.d Intek yang tidak adekuat di tandai dengan mual muntah.
5. Defisit perawatan diri b.d intoleransi aktifitas.

3.3 Intervensi

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
1	**Perubahan perfusi jaringan serebral** b.d Peningkatan Tekanan Intrakranial	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan tidak terjadi peningkatan TIK dengan Kriteria Hasil : Kesadaran Komposmetis Tidak terjadi nyeri kepala Skala nyeri 0 Lingkar Kepala Normal (50 -53 cm) tampak rileks, tidak meringis kesakitan	1. Observasi ketat tanda-tanda peningkatan TIK (Nyeri kepala, muntah, lelah, apatis, perubahan personalitas, Perubahan pupil 2. Pantau terus tingkat kesadaran anak 3. Pantau terus adanya perubahan TTV 4. Kaji pengalaman nyeri pada anak, dengan skala nyeri 0-5 (0 = tidak nyeri, 5 = nyeri sekali). 5. Bantu anak mengatasi nyeri dengan memberikan pujian kepada.
2	**Kekurangan volume cairan** berhubungan dengan Intake yang kurang dan kehilangan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan,masalah keperawatan Kekurangan volume cairan berhubungan dengan Intake yang kurang	1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 2. Monitor status hidrasi (kelembaban membaran mukosa , nadi adekuat,

	volume cairan aktif	dan kehilangan volume cairan aktif twratasi dengan KH : – Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, pH, urine normal – TTV dalam batas normal – Tidak ada tanda – tanda dehidrasi, Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan – Elektrolit, Hb, Hmt dalam batas normal – Intake oral dan intravena adekeuat	tekanan darah ortostatik), jika diperlukan 3. Monitor vital sign setiap 15 menit – 1 jam. 4. Monitor intake dan output setiap hari 5. Berikan cairan oral 6. Kaloborasi pemberian cairan IV 7. Timbangan BB/ hari
3	**Nyeri akut** b.d proses penyakit.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam klien mengatakan bahwa nyeri dapat terkontrol/hilang dengan kriteria hasil : • Klien mengenali faktor penyebab nyeri	1. Kaji secara komperhensip tentang nyeri meliputi : lokasi karakteristik dan onset, durasi, frekwensi, kualitas, intensitas / beratnya nyeri dan faktor prespitasi

	• Klien mengenali gejala – gejala nyeri • Klien menggunakan metode pencegahan non analgetik untuk mengurangi nyeri. • Klien melaporkan nyeri yang sudah terkontrol • Tanda-tanda vital dalam batas normal	2. Gunakan komunikasi terapeutik agar klien dapat mengekpresikan nyeri 3. Kaji pengalaman individu terhadap nyeri, keluarga dengan nyeri kronis 4. Evaluasi tentang keefektifan dari tindakan mengontrol nyeri yang telah digunakan 5. Berikan informasi tentang nyeri, seperti penyebab berapa lama terjadi dan tindakan pencegahan 6. Ajarkan penggunaan tehnik non formakologi (ex : relaksasi, distraksi, aplikasi, panas dingin, massase, terapi bermain, terapi aktivitas, akupressure) 7. Berikan analgetik sesuai dengan anjuran 8. Tingkatkan tidur atau istirahat yang cukup

4	**Ganguan nutrisi** b.d Intek yang tidak adekuat di tandai dengan mual muntah	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan intake nutrisi sesuai dengan kebutuhan tubuh dengan kriteria hasil : • Intake nutrisi dan cairan adekuat • Tidak ada mual dan muntah • Nafsu makan meningkat • Daya tahan tubuh baik	1. Tanyakan apakah klien alergi makanan 2. Beri pilihan makanan pada klien 3. Tetapkan kolaborasi dengan ahli gizi tentang kalori dan tipe nutrisi 4. Anjurkan untuk meningkatkan makanan yang mengandung zat besi 5. Beri makanan lunak 6. Monitor makanan yang disukai 7. Monitor mual muntah 8. Beri kondisi lingkungan yang baik
5	**Defiait perawatan diri berhubungan** dengan intoleranis aktifitas	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam defisit perawatan diri klien dapat teratasi dengan kriteria hasil : • Klien terbebas dari bau badan • Menyatakan kenyamanan terhadap	1. Kaji kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri. 2. Pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari. 3. Sediakan bantuan sampai klien

	kemampuan untuk melakukan aktivitas • Dapat melakukan aktivitas dengan bantuan	mampu secara utuh untuk melakukan aktivitas secara mandiri. 4. Dukung keluarga berpartisipasi dalam membantu aktivitas klien 5. Monitor integritas kulit klien

3.4 Implementasi

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Rabu / 6 Juni 2018	**Perubahan perfusi jaringan serebral** b.d peningkatan tekanan intrakranial	09.00 10.00 12.00 12.00	1. Megobservasi tanda-tanda peningkatan TIK (Nyeri kepala, muntah, lelah, apatis,perubahanpersonalitas, Perubahan pupil 2. Memantau tingkat kesadaran anak(samnolen) 3. Memantau perubahan TTV perjam. 4. Mengkaji pengalaman nyeri pada anak, dengan skala nyeri 0-5 (0 = tidak nyeri, 5nyeri sedang). 5. Membantu anak mengatasi nyeri dengan memberikan	S: - Ibu klien mengatakan anaknya masih sering muntah sehari 5-6 kali seiap di berikan makanan bahkan minuman. - Ibu klien mengatakan klien sering tidak fokus. - ibu klien mengatakan klien sering mengeluh nyeri O: - klien tampak sering muntah dengan frekuensi 6-7 x	

		pujian kepadanya.	sehari - klien tampak lambat merespon - klien tampak meringis dengan skala nyeri 5-6 dengan tipe nyeri sedang A: - Masalah belum teratasi P: - Intervensi di lanjutkan.1 sampai dengan 5.

2	Rabu / 6 juni 2018	**Kekurangan volume cairan** berhubungan dengan Intake yang kurang dan kehilangan volume cairan aktif	09:00 – 13:15 09:00 – 13:00 Selama dibutuhkan tubuh 10:45 – 11:00 12:00	1. Mempertahankan intake dan output yang akurat yaitu hasil dari pemasnagan infus RL 10 tetes / menit selama 6 jam 2. Memonitor status hidrasi didapatkan : T: 36,9 °C, RR : 24 x menit, Nadi : 120 x menit , memperhatikan kelembapan mukosa bibir sudah tidak mengering lagi. 3. Monitor vital sign setiap 15 menit – 1 jam. 4. Memberikan cairan oral yaitu air minum sedikit – sedikit dengan sendok 5. Berkaloborasi pemberian cairan IV yaitu RL 25 tetes / menit 6. Menimbang BB/ hari di	Pukul : 13:00 S: – Orang tua klien mengatakan panas mulai berkurang. – Orang tua klien mengatakan klien hanya mual saja tidak mengalami muntah lagi. – Orang tua klien mengatakan frekuensi bab berkurang O : – Suhu tubuh klien 38 °C – Klien muntah tidak tertampung banyak muntah basah 2 waslap.

				dapatkan 17 kg 7. Injeksi Frosemid 20 mg yang berfungsi untuk pengeluaran urine	– Klien terpasang IVFD RL 25 tetes / menit A : Masalah sebagian belum tertasi P : Intervensi dilanjutkan no: 1 sampai dengan 7
3	Rabu / 6 juni 2018	**Nyeri akut** b.d proses penyakit	08.20 09.00 10.00 11.00	1. Mengkaji secara komperhensip tentang nyeri meliputi : lokasi karakteristik dan, durasi, frekwensi, kualitas, intensitas / beratnya nyeri 2. Mengunakan komunikasi Terapeutik agar klien dapat mengekpresikan nyeri 3. Mengkaji pengalaman individu terhadap nyeri, keluarga dengan nyeri kronis. 4. mengevaluasi tentang keefektifan dari tindakan mengontrol nyeri	S: - Ibu klien mengatakan klien sering mengeluh nyeri di bagian luka bekas operasinya. - Ibu klien mengatakan klien sudah mulai berani miring ke kanan dan ke kiri sendiri. O: - Klien tampak meringis - klien tampak mulai

			yang telah digunakan.	berani bergerak ke kiri dan ke kanan sendiri
		11.40	Seperti teknik relaksasi tarik nafas dalam.	- klien sudah bisa mengatasi rasa nyeri dengan teknik tarik nafas dalam.
			5. Memberikan informasi tentang nyeri, seperti penyebab berapa lama terjadi dan tindakan pencegahan	A: Masalah keperawatan belum teratasi P: Intervensi nyeri di lanjutkan.

4	Rabu / 6 Juni 2018	**Ganguan nutrisi** b.d ketidak mampuan untuk mmemasukan makanan dan mual muntah (intake yang tidak adekuat.	08.45 10.00 11.45	1. Memonitor adanya mual dan muntah pada saat klien makan 2. Menganjurkan klien makan sedikit tapi sering. 3. Memberikan posisi yang nyaman bagi klien, posisi semi fowler(setengah duduk) 4. Menganjurkan klien untuk istirahat	S : - Klien mengatakan diitnya habis 100 cc/porsi. - Klien mengatakan masih sedikit mual. O : - Klien tampak menghabiskan diitnya 100 cc/ porsi. - Klien tampak masih muntah, banyak muntah klien sebanyak 1 nerbeken penuh atau setara 50 cc. A : Masalah belum teratasi

				P : intervensi dilanjutkan 1 sampai dengan 4.
5	Rabu / 6 Juni 2018	Defisit perawatan diri b.d intoleransi aktifitas	1. Membantu membersihkan badan klien 2. Memandikan klien 3. Mengganti laken klien 4. Mendukung keluarga berpartisipasi dalam membantu aktivitas klien 5. Memonitor integritas kulit klien	S : - Ibu klien mengatakan klien tampak lebih segar setelah di mandikan - Klien mengatakan dirinye merasa lebih nyeman setelah di mandikan. - klien mengatakan badanya terasa segar kembali setelah mandi. O : - keluarga klien berperan aktif dalam membantu perawatan diri klien.

		- klien tampak lebih segar - Bau badan klien sudah wangi - klien tampak nyaman. - klien tampak rapi, pakaian klien tampak bersih. A : masalah teratasi sebagian P : intervensi di lanjutkan

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Kamis / 7 Juni 2018	Perubahan perfusi jaringan serebral b.d peningkatan tekanan intrakranial	09.00 10.00 12.00 12.00	1. Megobservasi tanda-tanda peningkatan TIK (Nyeri kepala, muntah, lelah, apatis,perubahanpersonalitas , Perubahan pupil 2. Memantau tingkat kesadaran anak(samnolen) 3. Memantau perubahan TTV 4. Mengkaji pengalaman nyeri pada anak, dengan skala nyeri 0-5 (0 = tidak nyeri, 5 = nyeri sekali). 5. Membantu anak mengatasi nyeri dengan memberikan pujian kepadanya.	S: - Ibu klien mengatakan anaknya masih sering muntah sehari 3-4 kali seiap di berikan makanan. - Ibu klien mengatakan klien sering tidak fokus. - ibu klien mengatakan klien sering merengek kerena nyeri. O: - klien tampak sering muntah dengan frekuensi 3-4 x sehari, banyaknya	

		muntah 1 kali muntah ± 50 cc - klien tampak lambat merespon - klien tampak meringis dengan skala nyeri 3-5 A: - Masalah perubahan perfusi jaringan serebral belum teratasi P: - Intervensi di lanjutkan.

2	Kamis / 7 Juni 2018	**Kekurangan volume cairan** berhubungan dengan Intake yang kurang dan kehilangan volume cairan aktif	08.20 09.00 10.00 11.00 11.40	1. Mempertahankan intake dan output yang akurat yaitu hasil dari pemasnagan infus RL 25 tetes / menit 2. Memonitor status hidrasi didapatkan : T: 37,5 °C, RR : 27 x menit, Nadi : 100 x menit , memperhatiakan kelembapan mukosa bibir. 3. Monitor vital sign setiap 15 menit – 1 jam. 4. Memberikan cairan oral yaitu air minum sedikit – sedikit dengan sendok 5. Berkaloborasi pemberian cairan IV yaitu RL 25 tetes / menit 6. Menimbang BB/ hari di	S: – Orang tua klien mengatakan klien masih muntah – Orang tua klien mengatakan klien belum bisa juga bab. O : – Suhu tubuh klien 37,5 °C. – Klien tampak muntah banyaknya muntah ± 50cc. – Klien terpasang IVFD RL 25 tetes / menit A : Masalah kekurangan volume cairan aktif sebagian belum

					dapatkan 17 kg	tertasi P : Intervensi dilanjutkan no: 1 sampai dengan 6
3	Kamis / 7 Juni 2018	**Nyeri akut** b.d proses penyakit	08.20 09.00 10.00	1. Mengkaji secara komperhensip tentang nyeri meliputi : lokasi karakteristik dan, durasi, frekwensi, kualitas, intensitas / beratnya nyeri 2. Mengunakan komunikasi Terapeutik agar klien dapat mengekpresikan nyeri 3. Mengkaji pengalaman individu terhadap nyeri, keluarga dengan nyeri kronis. 4. mengevaluasi tentang keefektifan dari tindakan mengontrol nyeri yang telah digunakan	S: - Ibu klien mengatakan klien sering mengeluh nyeri di bagian luka bekas operasinya. - Ibu klien mengatakan klien sudah berani miring ke kanan dan ke kiri sendiri. O: - Klien tampak meringis,dengan skala rentang nyeri 4-5.

		5. Memberikan informasi tentang nyeri, seperti penyebab berapa lama terjadi dan tindakan pencegahan	- klien tampak mulai berani bergerak ke kiri dan ke kanan sendiri - klien sudah bisa mengatasi rasa nyeri dengan teknik tarik nafas dalam dan mengslihksn ke kegiatan yang lain. A: Masalah keperawatan teratasi P: Intervensi di lanjutkan.

4	Kamis / 7 Juni 2018	**Ganguan nutrisi** b.d ketidak mampuan untuk mmemasukan makanan dan mual muntah (intake yang tidak adekuat.	08.45 10.00 11.45	5. Memonitor adanya mual dan muntah pada saat klien makan 6. Menganjurkan klien makan sedikit tapi sering. 7. Memberikan posisi yang nyaman bagi klien. 8. Menganjurkan klien untuk istirahat	S : - Klien mengatakan diitnya habis 100 cc/porsi. - Klien mengatakan masih sedikit mual. O : - Klien tampakmenghabiskan diitnya 100 cc/ porsi. - Klien tampak masih muntah A : masalah sudah teratasi sebagian klien tampak tidak ada muntah. P : intervensi dilanjutkan

5	Kamis / 7 Juni 2018	Defisit perawatan diri b.d intoleransi aktifitas	08.20 09.00 10.00 11.00 11.40	1. Membantu membersihkan badan klien,dengan cara memandikan klien. 2. menganti pakaian klien dan memberikan bedak di bagian pungung klien. 3. Mengganti laken klien 4. Mendukung keluarga berpartisipasi dalam membantu aktivitas klien 5. Memonitor integritas kulit klien	S : - Ibu klien mengatakan klien tampak lebih segar setelah di mandikan tadi pagi. - Ibu klien mengatakan bahwa besok ibu klien sudah berani memandikan sendiri. - klien mengatakan sangat nyaman setelah setiap pagi mandi dan mengati pakaian dengan yang bersih. O : Klien tampak sudah bersih dan beristirahat dengan nyaman setelah di mandikan tadi pagi.

	A : Masalah defisit perawatan diri teratasi P : Intervensi di hentikan.

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Jumat / 8 Juni 2018	Perubahan perfusi jaringan serebral b.d peningkatan tekanan intrakranial	09.00 10.00 12.00 12.00	1. Megobservasi tanda-tanda peningkatan TIK (Nyeri kepala, muntah, lelah, apatis,perubahanpersonalitas , Perubahan pupil 2. Memantau tingkat kesadaran anak(composmentis) 3. Memantau perubahan TTV 4. Mengkaji pengalaman nyeri pada anak, dengan skala nyeri 0-5 (0 = tidak nyeri, 5 = nyeri sekali). 5. Membantu anak mengatasi nyeri dengan memberikan pujian kepadanya.	S: - Ibu klien mengatakan anaknya tidak sering muntah sehari 1-2 kali. - Ibu klien mengatakan klien sering mulai fokus saat berkomunikasi. - Ibu klien mengatakan klien tidak mengeluh nyeri lagi. O: - klien tampak tidak sering muntah dengan frekuensi 1-2 kali sehari.	

		- klien mulai bisa diajak berkomunikasi dan merespon. - klien tidak tampak meringis dan tidak mengeluh nyeri lagi. A: - Masalah perfusi jaringan serebral Teratasi. P: - Intervensi di hentikan klien di perbolahkan pulang oleh Dokter spesialis anak.

2	Jumat / 8 Juni 2018	**Kekurangan volume cairan** berhubungan dengan Intake yang kurang dan kehilangan volume cairan aktif	08:30 – 09:00 10:00 – 13:00 08:30 – 11: 30 Ketika dibutuhkan 12.00	1. Mempertahankan intake dan output yang akurat yaitu hasil dari pemasnagan infus Ds ¼ Ns 20 tetes / menit selama 6 jam 2. Memonitor status hidrasi didapatkan : T: 37 °C, RR : 23 x menit, Nadi : 95 x menit , memperhatikan kelembapan mukosa bibir sudah tidak mkering lagi. 3. Monitor vital sign setiap 15 menit – 1 jam. 4. Memberikan cairan oral yaitu air minum sedikit – sedikit dengan sendok 5. Berkaloborasi pemberian	S : – Orang tua klien mengatakan klien sudah mau makan sedikit – sedikit dan sering – Orang tua klien mengatakan klien masih muntah tapi tidak sering lagi. O : – Porsi yang di habiskan ± ¼ dari porsi makan biasa. – Klien tampak muntah frekuensi 1-2 kali sehari, banyaknya muntah ± 30 cc.

				cairan IV yaitu RL 25 tetes / menit 6. Menimbang BB/ hari di dapatkan 17 kg	A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi di hentikan klien di perbolehkan pulang oleh dokter spesialis anak.
3	Jumat / 8 Juni 2018	**Nyeri akut** b.d proses penyakit	08.20 09.00 10.00	1. Mengkaji secara komperhensip tentang nyeri meliputi : lokasi karakteristik dan, durasi, frekwensi, kualitas, intensitas / beratnya nyeri 2. Mengunakan komunikasi Terapeutik agar klien dapat mengekpresikan nyeri 3. Mengkaji pengalaman individu terhadap nyeri, keluarga dengan	S: - Ibu klien mengatakan klien tidak sering mengeluh nyeri - klien mengatakan luka bekas operasinya tidak nyeri lagi. - Ibu klien mengatakan klien sudah berani miring ke kanan dan ke kiri sendiri.

	11.00 11.40 Ketika dibutuhkan 13.40	nyeri kronis. 4. mengevaluasi tentang keefektifan dari tindakan mengontrol nyeri yang telah digunakan 5. Memberikan informasi tentang nyeri, seperti penyebab berapa lama terjadi dan tindakan pencegahan	O: - Klien tampak sesekali meringis dengan skala rentang nyeri ringan 2-3. - klien tampak mulai berani bergerak ke kiri dan ke kanan sendiri - klien sudah bisa mengatasi rasa nyeri dengan teknik tarik nafas dalam. A: Masalah keperawatan teratasi

						P: Intervensi di hentikan klien di perbolehkan pulang
4	Jumat / 8 Juni 2018	**Ganguan nutrisi** b.d ketidak mampuan untuk mmemasukan makanan dan mual muntah (intake yang tidak adekuat.	08.45 10.00 11.45 Ketika dibutuhkan	1. Memonitor adanya mual dan muntah pada saat klien makan 2. Menganjurkan klien makan sedikit tapi sering. 3. Memberikan posisi yang nyaman bagi klien 4. Menganjurkan klien untuk istirahat	S : - Klien mengatakan diitnya habis 100 cc/porsi. - Klien mengatakan masih sedikit mual. O : - Klien tampak menghabiskan diitnya 100 cc/ porsi. - frekuensi muntah klien sudah berkurang dari pada hari pertama dan	

		kedua,dengan frekuensi muntah hanya 1-2 kali sehari banyaknya muntah hanya ± 20 cc saat di tamping mengunakan nerbeken. A : Masalah Ganguan nutrisi teratasi P : intervensi di hentikan klien di perbolehkan pulang oleh dokter spesialis anak.

BAB IV

PEMBAHASAN

Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada An. M dengan Hidrosefalus di Ruangan Anak RSUD. Dr Achmad Mochtar Bukittinggi pada tanggal 06 Juni 2018 sampai 08 Juni 2018 ada beberapa hal yang perlu dibahas dan diperhatikan. Dalam penerapan asuhan keperawatan tersebut penulis telah berusaha mencoba menerapkan asuhan keperawatan pada An. M dengan Hidrosefalus sesuai dengan teori – teori yang ada untuk melihat lebih jelas asuhan keperawatan yang diberikan dan sejauh mana keberhasilan yang dicapai akan diuraikan sesuai dengan tahap – tahap proses keperawatan di mulai dari pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Menurut Carpet & Moyet 2007 Pengkajian adalah merupakan tahap yang sistemattis dalam pengumpulan data tentang individu keluarga dan kelompok. Dalam melakukan pengkajian pada klien data didapatkan dari klien beserta keluarga, catatan medis serta tenaga kesehatan lainnya.

1. Riwayat kesehatan sekarang

   Adanya riwayat infeksi (biasanya riwayat infeksi pada selaput otak dan meningens) sebelumnya,Tetapi dalam kasus yang di temukan An.M sebelumnya tidak ada menderita penyakit tersebut Pengkajian yang didapat meliputi seorang anak mengalami pembesaran kepala.

   tingkat kesadaran menurun (GCS <15),Yang di temukan di kasus E: 3 V :3 M:5 sesuai dengan Teiritis yaitu GCS kurang dari 15 kejang,Di dalam kasus

tidak dii temukan kejang, muntah, di dalam kasus di temukan muntah An.M seing sekali muntah 6-7 kali sehari. sakit kepala,An.m sering mengeluhkan nyeri dengan skala nyeri 3-5, anak menjadi lemah, kelemahan fisik umum, akumulasi secret pada saluran nafas,dari pernyataan teoritis di temukan dalam kasus. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran akibat adanya perubahan di dalam intracranial. Keluhan perubahan prilaku juga umum terjadi.

Ada beberapa yang sama antara Teoritis dan kasus yang di temukan langsung dalam kasus dan ada beberapa perbedaan dan tidak di temukan dalam kasus Seperti kejang,Riwayat meningitis sebelumnya.

2. Riwayat kesehatan dahulu

Terdapat kesenjangan dalam tinjauan teoritis dan kasus, secara teoritis adanya riwayat hidrosefalus sebelumnya, adanya riwayat neoplasma otak, dan kelainan bawaan otak. Setelah dilakukan pengakajian anak tidak pernah menagalami hal yang demikian.

3. Riwayat kesehatan keluarga

Terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus dimana pasien tidak ada riwaayat keturunan penyakit hidrosefalus.

4. Pemeriksaan fisik

Dalam melakukan pemeriksaan fisik pada An. M penulis ada mendapatkan beberapa kendala karena tidak semua pemeriksaan fisik pada klien dapat dilakukan karena anak mengalami penurunan kesadaran namun dalam pemeriksaan fisik pada teoritis dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan

karena pemeriksaan sangat penting dilakukan untuk menggali sejauh mana perkembangan penyakit dan kondisi klien. Menurut teeoritis pemeriksaan fisik head to toe harus dilakukan pada setiap pasien yaitu berupa inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pada kasus An.M didapatkan kelainan yaitu anak mengalami penurunan penglihatan dimana klien susah untuk melihat Hingga ganguan penglihatan mata sebelahkiri tidak berfungsi sama sekali sedangkan mata sebelah kanan dapat berfungsi namun pandangan kabur dan hanya dapat melihat dengan jarak dekat tidak lebih dari 1Meter saja. Pasien mengalami penurunan kesadaran diaman anak saat dipanggil lama merespon. Anak mengalami keleemahan pada ekstremitas,dengan status kesadaran Samnolen.

B. Diagnoa keperawatan

Menurut (Carpento 2006) diagnosa keperawataa adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akontibilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurun, membatasi, mencegah, dan merubah.

Pada tinjauan teoritis, ditemukan 6 diagnosa keperawatan yaitu :

a. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serbral b.d peningkatan tekanan intracranial

b. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d perubahan kemampuan mencerna makanan, peningkatan kebutuhan metabolisme.

c. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular

d. Ansietas keluarga b.d keadaan yang kritis pada keluarga

e. Resiko kerusakan integritas kulit b.d imobilisas, tidak adekuatnya.

f. Resiko infeksi b.d penumpukan cairan di otak (serebral)

Sedangakan pada tinjauan kasus, saat dikaji ditemukan 5 diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus karena saat pengkajian lebih diutamakan diagnose prioritas, actual, dan potensial. Faktor pendukung diagnosa yang muncul adalaah :

1. Perubahan perfusi jaringan serebral b.d peningkatan tekanan intra kranial.

   Faktor pendukung diagnosa pertamaa yaitu saat dilakukan pengakajian pada hari senin 06 Juni 2018 pukul 09.00 WIB keluarga mengatakan Mengatakan bahwa klien sangat lambat dalam merespon apa yang di katakan oleh keluarga,klien juga tampak kelemahan dalam ekstremitas. Menangis dengan suara lambat, penurunan fungsi pendengaran , respon penglihatan berkurang.

2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan Intake yang kurang dan kehilangan volume cairan aktif.

   Faktor pendukung diagnosa kedua yaitu, Karna saat di lakukan pengkajian An.M Tampak mual muntah saat makan ataupun minum meskipun sudah mengunakan bantuan selang NGT, turgor kulit klien tampak kurang baik karena tampak kering,mukosa bibir juga tampak kering saat di lakukan pengkajian melalui ibu klien mengatakan bahwa selama di rawat klien tidak pernah bab, klien juga merasakan haus yang berlebihan tetapi tidak ada nafsu maknminum.

3. Nyeri akut b.d proses penyakit.

   Faktor pendukung diagnosa ketiga yaitu, Karna saat di lakukan pengkajian An.m sering meraba bagian kepalanya dan bagian abdomen ketika di tanyakan klien mengatakan kepalanya sakit dan ssat klien tidur sering tiba-tiba bangun karna efek rasa nyeri yang di rasakan di bagian kepala,bahkan rasa nyeri sering datang saat malam sehingga klien sering terbangu.

4. Ganguan nutrisi b.d Intek yang tidak adekuat di tandai dengan mual muntah

   Faktor pendukung diagnosa keempat yaitu, Karna saat melakukan pengkajian klien terpasang Ngt namun sudah di perbolehkan makan melalui mulut secara langsung tanpa bantuan Ngt namun saat di masukan makanan/minuman tidak lama setelah itu klien langsung memuntahkan makanan minuman yang telah di makanya, begitu juga dengan hari- hari berikutnya.

   An.m selalu memuntahkan makanan dan minuman yang telah di makanya dan berat badan klien turun begitu banyak saat sehat 27 kg saat di lakukan pengkajian berat badan klien 17 kg sedangkan berat badan normal pada anak dengan usia An.M adalah 33 kg.

5. Defisit perawatan diri b.d intoleransi aktifitas.

   Faktor pendukung diagnose kelima yaitu, Karena saat melakukan pengkajian Klien tampak tidak bersih dan berbau Katika di tanyakan ke ibu klien, ibu klien mengatakan selama klien di rawat di rumah sakit klien belum pernah di mandikan sama sekali,bahkan tidak pernah di lap. Karena

ibu klien takut untuk mengerakan badan klien,sedangkan klien mengalami kelemahan fisik yaitu tidak dapat melakukan aktifitas sendiri.

C. Intervensi

Menurut Potter Perry , 2005 perencanaan adalah kegiatan dalam keperawatan yang meliputi : meletakan pusat tujuan pada klien, menetapakan hasil yang ingin dicapai dan memilih intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan.

Dalam menyusun rencana tindakan keparawatan pada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakan pada tinjauan kasus karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan yang dirasakan klien saat dilakukan pengakajian.

1) Diagnosa pertama yaitu:

Resiko Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial. yaitu Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul, Monitor adanya paretese, Instruksikan kepada keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi, Monitor kemampuan BAB, Monitor adanya tromboplebitis, Kolaborasi pemberian analgetik, Monitor tanda - tada vital, Monitor adanya kebingungan, perubahan pikiran, pusing, pingsan, Monitor status neurologis, Monitor status pernapasan: frekuensi, irama, monitor terjadinya tanda tanda peningkatan TIK.

kedalaman pernapaan, PaO2, PCO2, pH, Kurangi stimulus dalam lingkungan pasien, Sering percakapan dalam pendengaran pasien, Posisikan tinggi kepala tempat tidur 30-45° atau lebih, Batasi cairan, Dorong keluarga untuk bicara pada pasien, Pertahankan suhu normal.

2) Diagnosa kedua yaitu:

Kekurangan volume cairan berhubungan dengan Intake yang kurang dan kehilangan volume cairan aktif. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat,Monitor status hidrasi (kelembaban membaran mukosa , nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukanMonitor vital sign setiap 15 menit – 1 jam.Monitor intake dan output setiap hari,Berikan cairan oral,Kaloborasi pemberian cairan IV ,Timbangan BB/ hari

3) Diagnosa ketiga yaitu:

Nyeri akut berhubungan dengan proses penyakit Nyeri, rencana tindakan yang dilakukan Kaji secara komperhensip tentang nyeri meliputi : lokasi karakteristik dan , durasi, frekwensi, kualitas, intensitas / beratnya nyeri dan faktor prespitasi, gunakan komunikasi terapeutik agar pasien dapat mengekpresikan nyeri, kaji pengalaman individu terhadap nyeri, keluarga dengan nyeri kronis, evaluasi tentang keefektifan dari tindakan mengontrol nyeri yang telah digunakan, berikan informasi tentang nyeri, seperti penyebab berapa lama terjadi dan tindakan pencegahan, ajarkan penggunaan tehnik non formakologi (ex : relaksasi, guided imagery, terapi musik, distraksi, aplikasi, panas dingin, massase,terapi bermain, terapi aktivitas, akupressure), berikan analgetik sesuai dengan anjuran, tingkatkan tidur atau

istirahat yang cukup, anjurkan pasien untuk berdiskusi tentang pengalamannya nyeri secara tepat, monitor kenyamanan pesien terhadap menajemen nyeri, libatkan keluarga untuk

4) Diagnosa keempat yaitu:

Ganguan nutrisi berhubungan dengan Intek yang tidak adekuat di tandai dengan mual muntah. rencana tindakan yang dilakukan adalah tanyakan apakah pasien alergi makanan, beri pilihan makanan pada klien, tetapkan kolaborasi dengan ahli gizi tentang kalori dan tipe nutrisi, anjurkan untuk meningkatkan makanan yang mengandung zat besi, beri makanan cair, monitor makanan yang disukai, monitor mual muntah, beri kondisi lingkungan yang baik untuk klien.

5) Diagnosa kelima Defisit perawatan diri berhubungan dengan intoleransi aktifitas rencana yang dilakukan adalah kaji kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri, pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari, sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan aktivitas secara mandiri, dukung keluarga berpartisipasi dalam membantu aktivitas klien, monitor integritas kulit klien.

D. Implementasi

Rohmah, & Walid, 2012 Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan meliputi penguimpulan data berkelanjutan, mengobservasirespon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru.

Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien dispepsia, hal ini tidaklah mudah. Terlebih dahulu penulis mengatur strategi agar tindakan keperawatan dapat terlaksana, yang dimulai dengan melakukan pendekatan pada klien agar nantinya klien mau melaksanakan apa yang perawat anjurkan, sehingga seluruh rencana tindakan keperawatan yang dilaksanakan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien

1) Untuk diagnosa pertama

Memantau tanda tanda vital (N : 120 x/menit RR :24x/menit S:36,9°c), mengukur status kesadaran (kesadaran samnolen GCS = 11 E:3, M:5, V:3), Melihat adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul (tidak ada daerah tertentu yang peka hanya pada suatu ransangan), mengkaji adanya parase (Adanya kelemahan pada anggota gerak sebelah kanan),menginstruksikan kepada keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi, mengevaluasi kemampuan BAB Keluarga mengatakan An.M sudah Bab,Mengobservasi adanya tromboplebitis (tidak terdapat tromboplebitis), mengkaji adanya kebingungan, perubahan pikiran, pusing, pingsan, Monitor status pernapasan: frekuensi, irama,menganjurkan Sering percakapan dalam pendengaran pasien, mengajarkan memposisikan tinggi kepala tempat tidur 30° atau lebih, menganjurkan keluarga membatasi masukan cairan, dorong keluarga untuk bicara pada pasien, mempertahankan suhu normal.

2) Untuk diagnose kedua

Kekurangan volume cairan berhubungan dengan Intake yang kurang dan kehilangan volume cairan aktif

Mempertahankan intake dan output yang akurat yaitu hasil dari pemasnagan infus Ds ¼ Ns 20 tetes / menit selama 6 jam Memonitor status hidrasi didapatkan :

T: 37 °C, RR : 23 x menit, Nadi : 95 x menit , memperhatikan kelembapan mukosa bibir sudah tidak mkering lagi.Monitor vital sign setiap 15 menit – 1 jam.Memberikan cairan oral yaitu air minum sedikit – sedikit dengan sendok

Berkaloborasi pemberian cairan IV yaitu RL 25 tetes / menit Menimbang BB/ hari di dapatkan 17 kg.

3) Untuk diagnosa ketiga

Nyeri akut, implementasinya adalah menggunakan komunikasi terapeutik agar klien dapat mengekpresikan nyeri, mengakaji lokasi nyeri serta skala nyeri klien 3-5, mengkaji pengalaman klien dalam mengontrol nyeri, mengajarkan klien mengontrol nyeri dengan teknik relaksasi tarik nafas dalam, menganjurkan klien untuk meningkatkan tidur atau istirahat yang cukup.

4) Untuk diagnosa keempat

Implementasinya adalah mengkaji kemampuan makan klien, menyakan kepada klien apakah klien ada alergi terhadap makanan, mengganti cairan infus klien yang habis dengan RL 20 tetes permenit,NaCL 10 tetes per menit, Kn 1B 15 tetes per menit,Parasetamol 2 x 500 cc jika demam,,

memberikan klien makanan cair melalui NGT sebanyak 1000 cc, memonitor adanya mual dan muntah saat memberikan makanan pada klien, memberikan posisi nyaman bagi klien, menganjurkan klien untuk istirahat.

5) Untuk diagnosa kelima

Defisit perawatan diri, implementasinya adalah mengkaji kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri, mempertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari., membantu aktivitas klien, mendukung keluarga berpartisipasi dalam membantu aktivitas klien, memonitor integritas kulit klien

Dalam melakukan rencana tindakan, penulis tidak menemukan kesulitan yang berarti, hal ini disebabkan karena :

a. Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan asuhan pada tindakan Keperawatan.
b. Pendekatan yang dilakukan dengan baik sehingga keluarga merasa percaya sehingga memudahkan dalam pemberian serta pelaksanaan tindakan Keperawatan.
c. Adanya kerja sama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan sehingga penulis mendapatkan bantuan dalam melaukakan tindakan asuhan keperawatan.

E. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah & Walid, 2012). Dari 5 diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan, kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal, maka dari itu dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya.

Penulis mengevaluasi selama 3 hari berturut-turut dari tanggal 06 Juni – 08 Juni 2018.

a. Pada diagnosa 1 yaitu Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan peningkatan TIK sudah teratasi sebagian karena klien sudah mulai bisa di ajak berkomunikasi, klien sudah mulai bisa mengontrol pergerakan ekstremitas nya seperti tidak terlalu menarik" perban post op pasangg shunting.

b. Pada diagnosa 2 yaitu Kekurangan volume cairan berhubungan dengan Intake yang kurang dan kehilangan volume cairan aktif Diangap sudah teratasi karena turgor kulit klien sudah bagus,muntah klien sudah berkurang dengan frekuensi 1-2 kali sehari, nafsu makan dan minum klien sudah ada, mukosa bibir klien sudah lembab.

c. Pada diagnosa 3 yaitu nyeri akut berhubungan dengan proses penyakit dianggap sudah teratasi karena klien sudah bisa mengontrol nyeri dengan teknik relaksasi.

d. Pada diagnosa 4 ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan mual muntah intake yang tidak adekuat dianggap sudah teratasi karena klien sudah bisa makan melalui mulut, klien sudah menghabiskan diitnya 1/4 porsi, klien sudah mulai tidak merasa mual, mual muntah klien sudah berkurang ada muntah dan klien sudah mulai ada nafsu makan.

e. Pada diagnosa 5 yaitu defisit perawatan diri berhubungan dengan intoleransi aktivitas dianggap sudah teratasi karena perawatan diri klien tampak dibantu oleh keluarga klien.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada An. M dengan Hidrosevalus post pasang shunting di ruang rawat inap anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada tanggal 06 sampai 08 Juni 2018 dapat disimpulkan :

1.1.1 Pengkajian asuhan keperawatan pada klien dengan Hidrosefalus di ruang rawat inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 dapat dilakukan dengan baik dan tidak mengalami kesulitan dalam mengumpulkan data.

1.1.2 Pada diagnosa asuhan keperawatan pada klien dengan Hidrosefalus di Ruang rawat inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 dapat dirumuskan 5 diagnosa pada tinjauan kasus.

1.1.3 Pada perencanaan asuhan keperawatan pada klien dengan Hidrosefalus di ruang rawat inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 semua perencanaan dapat diterapkan pada tinjauan kasus.

1.1.4 Pada implementasi asuhan keperawatan pada klien dengan Hidrosefalus di ruang rawat inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 hampir semua dapat dilakukan, namun ada

beberapa rencana tindakan yang penulis tidak lakukan tetapi dilakukan oleh perawat ruangan tersebut.

1.1.5 Evaluasi pada klien dengan hidrosefalus di ruang rawat inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 dapat dilakukan dan dari 5 diagnosa dan semua masalah dapat teratasi,klien di perbolehkan pulang.

5.2 Saran

5.1.1 Bagi Mahasiswa

Diharapkan bagi mahasiswa agar dapat mencari informasi dan memperluas wawasan mengenai klien dengan Hidrosefalus karena dengan adanya pengetahuan dan wawasan yang luas mahasiswa akan mampu mengembangkan diri dalam masyarakat dan memberikan pendidikan kesehatan bagi masyarakat mengenai Hidrosefalus, dan fakor –faktor pencetusnya serta bagaimana pencegahan untuk kasus tersebut.

5.1.2 Bagi Rumah Sakit

Bagi institusi pelayanan kesehatan, memberikan pelayanan dan mempertahankan hubungan kerja yang baik antara tim kesehatan dan klien yang ditujukan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang optimal. Dan adapun untuk klien yang telah mengalami kasus Hidrosefalus maka harus segera dilakukan perawatan, agar tidak terjadi komplikasi dari penyakit Hidrosefalus.

5.1.3 Bagi Institusi Pendidikan

Peningkatan kualitas dan pengembangan ilmu mahasiswa melalui studi kasus agar dapat menerapkan asuhan keperawatan pada kliendengan Hidrosefalus secara komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

Bulechek, G.M, et al, 2016. *Nursing Interventions Classification (NIC).* Edisi keenam. Indonesia : CV. Mocomedia

Corwin,. J. Elizabeth. 2001. *Patofisiologi.* Jakarta : EGC

Depkes RI. 2007. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia. http://www.depkes.go.id/

Djojoningrat, D., 2009. *Dispepsia Fungsional dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Jilid I, Edisi 5. Jakarta : Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI.

Herdman, T.H & Kamitsuru, S. 2015, Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017, Edisi 10. Jakarta: EGC

Moorhead, S, et al. 2016. *Nursing Outcomes Classification (NOC) Pengukuran Outcomes Kesehatan.* Edisi kelima. Indonesia : CV. Mocomedia

Nanny Lia Dewi, Vivian. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita.* Salemba Medika: Jakarta

Muslihatun, Wati Nur, 2010. *Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita.* Fitramaya: Yogyakarta

Muttaqin, Arif. 2011. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Salemba Medika: Jakarta

Suddart, & Brunner. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah.* Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

Dewi.Lia.2010. Asuhan Neonatus Bayi dan Balita. Jakarta: SAlemba Medika

Lynda Juall Carpenito, (2010) *Buku Saku : Diagnosa Keperawatan,* Ed.8, Jakarta : EGC

Mochtar, Rustam. 1998. Sinopsis obstetri: obstetri fisiologi, obstetri patologi, Jilid 1, Edisi 2. Jakarta: EGC.

Muttaqin, arief. 2008, ‘’*Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan System Persyarafan hal 396 399”*.Jakarta : Salemba Medika.

Hidayat A, Aziz Alimul. 2006. *Pengantar Imu Keperawatan Anak II*. Jakarta: Salemba Medika.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama	**: Trilestari**
Tempat / Tanggal Lahir	**: Gunung sangkur, 31 Januari 1998**
Agama	**: Islam**
Negeri Asal	**: Pasaman Barat**
Jumlah Bersaudara	**: 2 (Dua)**
Anak Ke	**: 1 (Pertama)**
Golongan Darah	**: O +**
Nama Orang Tua	
Ayah	**: Legimin**
Ibu	**: Sumarti**
Alamat	**:Gunung sangkur Jorong Kapundung Kec.Kinali Kab. Pasaman Barat**

Riwayat Pendidikan

Tamat SD Negeri 03 Kinali	**: Tahun 2003-2009**
Tamat SMP Yapiak Kinali	**: Tahun 2009-2012**
Tamat SMKn 1 Kinali	**: Tahun 2012-2015**
D III Keperawatan STIKes Perintis Padang	**: Tahun 2015-2018**

DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS
PRODI D III KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG
TA 2016/2017

NAMA MAHASISWA : TRILESTARI

NIM : 1514901023

RUANGAN : R. Anak

JUDUL STUDI KASUS : Asuhan Keperawatan Pada An. M dengan hidrosefalus post pasang shunt. ruang Anak RSUD Dr. achmad Mochtar bukittinggi

NO	HARI/TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
1	Rabu 06/06/2018	07.00 WIB		12.00 WIB		
2	Kamis 07/06/2018	07.00 WIB		12.00 WIB		
3	Jumlat 08/06/2018	07.00 WIB		12.00 WIB		

Bukittinggi, 29 - Juni 2018

Ka Ruangan

Ns. SUSI DEWI YANTI, S.Kep

(.....)

Preceptor

(.....)

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : TRILESTARI

Nim : 1514401023

Pembimbing Klinik : Ns.Susi dewi yanti S.Kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan pada An.M Dengan Hidrosefalus Post Pasang Shunting Di Ruang Rawat Inap Anak RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi.

Bimbingan ke	Hari /tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	Rabu 06/06-18	- perbaiki pengkajian - perbaiki dx - perbaiki dx prioritas	Ns. SUSI DEWI YANTI, S.Kep
2	Kamis 7/6-18	- perbaiki intervensi - Tambah diagnosa	Ns. SUSI DEWI YANTI, S.Kep
3	Jumat 08/06-18	- perbaiki penulisan - Tambah genogram - lengkapi sarana	Ns. SUSI DEWI YANTI, S.Kep
4		Acc	Ns. SUSI DEWI YANTI, S.Kep

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : TRILESTARI

Nim : 1514401023

Pembimbing Klinik : Ns.Endra Amalia M.Kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan pada An.M Dengan Hidrosefalus Post Pasang Shunt Di Ruang Rawat Inap Anak RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi.

Bimbingan ke	Hari /tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	7/6 2018	- Lengkapi data pengkajian - " analisis data - " diagnosa - " imp / evaluasi	
2	8/6 2018	Lengkapi kasus data pemeriksaan, therapy sesuai saran !	
3	12/6 2018	perbaiki lagi Bab I-III sesuai saran !	
4	28/6 2018	perbaiki lagi Bab 1-3 sesuai saran !	

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : TRILESTARI

Nim : 1514401023

Pembimbing Klinik : Ns.Endra Amalia M.Kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan pada An.M Dengan Hidrosefalus Post Pasang Shunt Di Ruang Rawat Inap Anak RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi.

Bimbingan ke	Hari /tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
5	29/6 2018	perbaiki bab III sesuai saran !	
6	2/7 2018	perbaiki bab III, IV sesuai saran !	
7	5/7 2018	perbaiki Bab V dan daftar pustaka sesuai saran !	
8	6/7 2018	perbaiki bab V sesuai saran !	
9.	6/7 2018	ACC diujikan !	

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI REVISI

Nama Mahasiswa : TRILESTARI

Nim : 1514401023

Penguji II : Ns. Endra Amalia, M. Kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada An. M Dengan Hidrosefalus Post Pasang Shunting Di Ruang Rawat Inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

Bimbingan ke	Hari /tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1	Selasa 17/7-2018	Konsul Revisi	
2	Jumat 20/7-2018	Acc di sidd	
3			
4			

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI REVISI

Nama Mahasiswa : TRILESTARI

Nim : 1514401023

Penguji I : Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada An. M Dengan Hidrosefalus Post Pasang Shunting Di Ruang Rawat Inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

Bimbingan ke	Hari /tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1	17/7 -2018 Selasa	Perbaiki sesuai saran.	
2	Jumat 20/7 -2018	[illegible]	
3	30/7-18.	Acc dijilid	
4			