KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN An. A DENGAN HIDROSEFALUS DIRUANGAN RAWAT INAP ANAK RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2017

OLEH :

DELILA FUJI SATRIA

NIM : 14103084015407

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

PROGRAAM STUDI D III KEPERAWATAN

TAHUN 2017

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN An. A DENGAN HIDROSEFALUS DIRUANGAN RAWAT INAP ANAK RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2017

LAPORAN STUDI KASUS

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

OLEH

DELILA FUJI SATRIA
NIM : 14103084015407

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
TAHUN 2017

LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa	: Delila Fuji Satria
NIM	: 14103084015407
Judul KTI	: Asuhan Keperawatan Pada An.A dengan Hidrosefalus Diruang Rawat Inap Anak RSUD dr.Achmad Mochtar Bukittinggi

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 31 Juli 2017

Pembimbing,

Ns. Endra Amalia, M.Kep
NIK.1420123106993012

Mengetahui,
Ka Prodi DIII Keperawatan
STIKes Perintis Padang

Ns. Endra Amalia, M.Kep
NIK.1420123106993012

LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : Delila Fuji Satria

NIM : 14103084015407

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada An.A dengan Hidrosefalus Diruang Rawat Inap Anak RSUD dr.Achmad Mochtar Bukittinggi

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.

Dewan penguji

Penguji I,

Yendrizal Jafri SKP.M Biomed
NIK. 14201061168930

Penguji II,

Ns. Endra Amalia M.Kep
NIK. 1420123106993012

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang
Program Studi DIII Keperawatan
Karya Tulis Ilmiah, Juli 2016

DELILA FUJI SATRIA
14103084015407

ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.A DENGAN HIDROSEFALUS DI RUANG RAWAT INAP ANAK RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2017

Viii + 108 halaman + 7 tabel + 2 gambar + 2 lampiran

Abstrak

Hidrosefalus merupakan gangguan yang terjadi akibat kelebihan *cairan serebrospinal* pada system saraf pusat, ini merupakan salah satu masalah yang sering ditemui di bidang bedah saraf. Insiden *Hidrosefalus* di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittingg 3 pasien pada bulan Januari sampai Juni 2017. Tujuan penulisan laporan ini adalah mampu melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien hidrosefalus. Hasil laporan kasus ditemukan data pada An.A yaitu klien mengalami pembesaran kepala, Keluarga mengatakan kepala klien mengalami pembesaran, Keluarga mengatakan nafsu makan klien kurang, Keluarga mengatakan klien mengalami kejang, dan keluarga mengatakan klien rewel dan gelisah. Hasil pengkajian tersebut didapatkan masalah keperawatan pada An.A yaitu resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral) berhubungan dengan gangguan aliran darah keotak akibat peningkatan TIK, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan, dan resiko infeksi. Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka disusunlah rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan serta evaluasi yang mengacu pada tujuan dan criteria hasil. *Hidrosefalus* merupakan kejadian langka yang terjadi dikalangan masyarakat Indonesia yang dimana *Hidrosefalus* jika tidak ditangani secara tepat bisa mengancam kehidupan pasien. Oleh karena itu disarankan kepada instansi rumah sakit untuk melaksanakan Asuhan Keperawatan pasien *Hidrosefalus* secara tepat dan benar.

Kata kunci: AsuhanKeperawatan, Hidrosefalus, CairanSerebrospinal
Daftarpustaka: 13 (2005-2017)

High School of Pioneer Health Sciences Padang
DIII Study Program of Scientific
Writing, July 2016

DELILA FUJI SATRIA
14103084015407

NURSING INSTITUTIONS IN AN.A WITH HYDROSEFALUS IN THE INPUT ROOM CHILDREN RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI IN 2017

Viii + 108 pages + 7 tables + 2 images + 2 attachments

Abstract

Hydrocephalus is a disorder caused by excessive cerebrospinal fluid in the central nervous system, this is one of the problems that is often encountered in the field of neurosurgery. Incidents of Hydrocephalus in Dr. AchmadMochtarBukittinggi 3 patients in January to June 2017. The purpose of this report is able to perform Nursing Care in patients with hydrocephalus. The results of case reports found data on An.A that clients experienced head enlargement, the family said the client's head had an enlarged, the family said the client's appetite was lacking, the family said the client had a seizure, and the family said the client was fussy and restless. The results of the study found that nursing problems in An.A are the risk of perfusion of brain tissue (cerebral) related to the disruption of blood flow to the brain due to increased ICT, nutrient imbalance less than body needs associated with less intake of food, and the risk of infection. Based on the above nursing problem, the plan is prepared and implement the action of nursing as well as evaluation which refers to the objective and the result criteria. Hydrocephalus is a rare occurrence among people in Indonesia where Hydrocephalus if not treated properly can threaten the lives of patients. It is therefore advisable to the institution of the hospital to properly and correctly implement the Nursing Care of Hydrocephalus patients.

Keywords: Nursing Care, Hydrocephalus, Cerebrospinal Fluid
References: 13 (2005-2017)

KATA PENGANTAR

بسم الله الرحمن الرحيم

Assalamu'laikumWarahmatullahiWabarakatu

Segala Puji Syukur bagi Sang Kholik yang telah memberikan rahmat dan hidayah Nya yang telah dilimpahkan sebagai sumber kekuatan hati dan peneguhan iman sampai akhirnya penulis dapat menyelesaikaan Penyusunan Laporan Ujian Hasil Pengamtan Kasus Yang Berjudul **"Asuhan Keperawatan Pada An. A Dengan Hidrosefalus Di Ruangan Rawat Inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016"** Tanpa nikmat sehat yang diberikan oleh Nya sekiranya penulis tidak akan mamppu untuk menyelesaikan Laporan Ujian Hasil Pengematan Kasus.

Sholawat berangkaikan salam juga selalu tercurahkan kepada Junjungan Nabi Muhammad SAW, semoga atas ijin ALLAH SWT penulis dan teman – teman seperjuangan semua mendapatkan syafaatnya nanti. Amin Amin Yarobbal Aalamin.

Penulis Laporan Ujian Hasil Pengamatan Kasus ini dillakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelarAmd. Kep Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.Penulis banyak mendapat arahan, bimbingan dan nasehat dari berbagai pihak dalam menyusun, membuat dan menyelesaikan Laporan Ujian Hasil Pengamatan Kasus ini. Oleh karena itu penulis mengucapkan banyak terimakasih terutama kepada Yth. Ibu Ns. Endra Amalia, M.Kep dan Ibu Ns. Tisnawati S.Kep Kepala Ruangan Rawat Inap Anak RSUD Dr. Ahmad Mochtar

Bukittinggi Sumatera Barat selaku pembimbing yang telah meluangakan waktunya dengan penuh perhatian member arahan, petunjuk dan bimbingan sehingga Karya Tulis Ilmiah dapaat terselesaikan. Seterusnya ucapan terima kasih saya yang sebesar – besarnya kepada :

1. Bapak YendrizalJafri,S.Kp,M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang
2. Ibu Ns. Endra Amalia,M.Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperwatan STIKes Perintis Padang
3. Kepada Direktur RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi yang telah memberikan izin untuk melakukan studi kasus ini, beserta staf yang member izin dalam pengambilan data yang penulis butuhkan
4. Ibu Ns. Yuli Permata Sari,M.Kep selaku Pembimbing Akademik yang telah benyak memberikan ilmu pengetahuan, bimbingan selama mengikuti pendidikan
5. Bapak ibu dosen pengajar D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang
6. Bapak dan ibu dosen serta Staf STIKes Perintis Padang, yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuan, bimbingan selama mengikuti pendidikan
7. Terkhusus kepada kedua orang tuaku tersayang, saudaraku tercinta dan seluruh keluarga atas jerih payah, curahan kasih sayang, bantuan moril maupun material serta do’a yang tulus dan ikhlas demi kesuksesan penulis.
8. Terimakasih rekan – rekan mahasiswa lain yang telah banyak memberikan motivasi dan bantuan dalam bentuk apapun mulai saat pendidikan sampai terselesainya Karya Tulis Ilmiah ini

Penulis menyadari bahwa Laporan Ujian Hasil Pengamatan Kasus ini masih jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan ilmu, waktu dan pengalaman yang penulis miliki. Untuk itu penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan penulisan ini.

Akhir kata kepada ALLAH SWT jualah penulis menyerahkan segalanya dan berharap semoga Laporan Ujian Hasil Pengamatan Kasus ini bisa diterima dan dapat dijadikan bahan bacaan untukpenulisan – penulisan yang berhubungan dengan hidrosefalus.

Bukittinggi, Juli 2017

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN SAMPUL

HALAMAN JUDUL

PERNYATAAN PERSETUJUAN

PERNYATAAN PENGUJI

KATA PENGANTAR…… i

DAFTAR ISI…….. iv

DAFTAR GAMBAR…….…… vi

DAFTAR TABEL...…… vii

DAFTAR LAMPIRAN…….. viii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang…….. 1
B. Tujuan
   1. Tujuan Umum……. 3
   2. Tujuan Khusus…… 3
C. Manfaat
   1. Bagi Rumah Sakit……... 3
   2. Bagi Perawat……... 4
   3. Bagi Pendidikan…….. 4
   4. Bagi Pasien Dan Keluarga…….. 4

BAB II TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep dasar
   1. Defenis iHidrosefalus……. 5
   2. Klasifikasi…….. 6
   3. Anatomi Dan Fisiologi Aliran CSS……... 7
   4. Etiologi…….. 8
   5. Manifestasi Klinis…….. 11
   6. Patofisiologi…..……. 14
   7. WOC…….. …… 17
   8. Pemeriksaan Diagnostik…… 18
   9. Penatalaksanaan…… 20
   10. Komplikasi…… 23
   11. Konsep Tumbuh Kembang Anak……. 24
B. Asuhan Keperawatan Dengan Hidrosefalus
   1. Pengkajian……. 35

2. Diagnose…… 43
3. Intervensi……... 44
4. Implementasi……. 48
5. Evaluasi……. 48

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian
1. Identitas Klien……. 49
2. Keluhan Utama……... 50
3. Riwayat Kesehatan……... 50
4. Riwayat Kesehatan Lingkungan……. 52
5. Riwayat Psikososial…… 53
6. Riwayat Tumbuh Kembang…… 53
7. Imunisasi……. 54
8. Pola Kebiasaan Sehari – Hari……. 54
9. Pemeriksaan Fisik……... 56
10. Pemeriksaan Sraf Otak…… 59
11. Pemeriksaan Reflek Patologik…… 59
12. Tanda Ransangan Meningeal…….. 60
13. Pengukuran Lingkar Kepala…… 61
14. Pemeriksaan Penunjang……... 61
15. Penatalaksanaan……... 63
16. Data Focus……... 66
17. AnalisaData……..... 68

B. Diagnosa…….. 71
C. Intervensi……... 72
D. Implementasi……. 76
E. Evaluasi……. 82

BA IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian…… 96
B. Diagnosa……... 98
C. Intervensi…….. 100
D. Implementasi…… 101
E. Evaluasi…… 104

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan…….. 105
B. Saran…… 108

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar2.1 :Gambar Hidrosefalus…… 5

Gamabr2.2 :Anatomi Aliran Cairan Serebrospinal…….. 7

DAFTAR TABEL

Tabel Intervensi……..... **34**

Tabel PenambahanLingkarKepala…… **50**

Tabel Penatalaksanaan……. **52**

Tabel Analisa Data…… **57**

Tabel Intervensi……. **61**

Tabel Implementasi…… **65**

Tabel Evaluasi……. **71**

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I LembaranKonsul

Lampiran II Absensi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Hidrosefalus merupakan gangguan yang terjadi akibat kelebihan cairan serebrospinal pada sistem saraf pusat. Kasus ini merupakan salah satu masalah yang sering ditemui di bidang bedah saraf, yaitu sekitar 40% hingga 50%. Penyebab hidrosefalus pada anak secara umum dapat dibagi menjadi dua, prenatal dan postnatal. Baik saat prenatal maupun postnatal, secara teoritis patofisiologi hidrosefalus terjadi karena tiga hal yaitu produksi liquor yang berlebihan, peningkatan resistensi liquor yang berlebihan, dan peningkatan tekanan sinus (Apriyanto, 2013)

Jumlah hidrosefalus di Dunia cukup tinggi, menurut penelitian WHO untuk wilayah ASEAN jumlah penderita Hidrosefalus di beberapa negara adalah sebagai berikut, di Singapura pada anak 0-9 tahun : 0,5%, Malaysia: anak 5-12 tahun 15%, India: anak 2-4 tahun 4%, Di Negara Amerika angka kejadian hidrosefalus mencapai 0,5-4 per 1000 kelahiran, sedangkan di Indonesia sendiri prevalensi hidrosefalus mencapai 10 per mil pertahun, sumber lain menyebutan insiden hidrosefalus di Indonesia mencapai 0,2-4 setiap 1000 kelahiran. Di Sumatra Barat dari bulan Januari 2016 adalah sebanyak 9 kasus.

Insidensi hidrosefalus antara 0,2-4 setiap 1000 kelahiran. Insidensi hidrosefalus kongenital adalah 0,5-1,8 pada tiap 1000 kelahiran dan 11%-43% disebabkan oleh stenosis aqueductus serebri. Tidak ada perbedaan

bermakna insidensi untuk kedua jenis kelamin, juga dalam hal perbedaan ras. Hidrosefalus dapat terjadi pada semua umur. Pada remaja dan dewasa lebih sering disebabkan oleh toksoplasmosis. Hidrosefalus infantil; 46% adalah akibat abnormalitas perkembangan otak, 50% karena perdarahan subaraknoid dan meningitis, dan kurang dari 4% akibat tumor fossa posterior (Darsono, 2005:211).

Pada saat pengembilan data tentang pasien hidrosefalus pada tahun 2016 sebanyak 3 orang dan pada tahun 2017 di Rumah Sakit Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi di mulai dari bulan januari sampai juni di ruangan anak sebanyyak 3 orang. Akibat penyumbatan cairan serebrospinal yang sering terdapat pada bayi dan anak adalah kelainan congenital, infeksi, neoplasma, perdarahan. Pasien hidrosefalus memerlukan perawatan khusus dan benar karena pada anak yang mengalami hidrosefalus ada kerusakan saraf yang menimbulkan kelainan neurologis berupa gangguan kesadaran sampai pada gangguan pusat vital dan resiko terjadi dekubitus (Darsono, 2005)

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang akan dituangkan dalam bentuk Karya Ilmiah Akhir dengan judul "**Asuhan Keperawatan Pada An. A Dengan Hidrosefalus Di Rungan Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Buikitinggi "**

1.2 TUJUAN

1.2.1 Tujuan umum

Mampu mengelola Asuhan Keperawatan Pada An. A Dengan Kasus Hidrosefalus di Ruangan Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Pada Tahun 2017.

1.2.2 Tujuan khusus

a. Mampu memaahami konsep teori asuhan keperawatan tentang hidrosefalus
b. Mampu menerapkan asuhan keperawatan tentang hidrosefalus di ruangan Anak RSUD Dr. Achmad mochtar Bukittinggi Tahun 2017
c. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan tentang hidrosefalus di ruangan Anak RSUD Dr. Achmad mochtar Bukittinggi Tahun 2017

1.3 MANFAAT

1.3.1 Bagi Rumah Sakit

Diharapkan pada pihak Rumah Sakit agar dapat memberikan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan secara komprehensif dengan melibatkan peran serta aktif keluarga dalam proses asuhan keperawatan sehingga tercapai sesuai tujuan

1.3.2 Bagi Perawat

Mampu memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif kepada anak penderita hidrosefalus. Melatih berfikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan, khususnya pada anak dengan hidrosefalus.

1.3.3 Bagi Intitusi Pendidikan

Digunakan sebagai informasi bagi institusi pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan di masa yang akan datang.

1.3.4 Bagi Pasien dan Keluarga

Pasien dan keluarga mendapatkan informasi dan pengetahuan tentang cara mengatasi hidrosefalus.

1.3.5 Bagi Mahasiswa

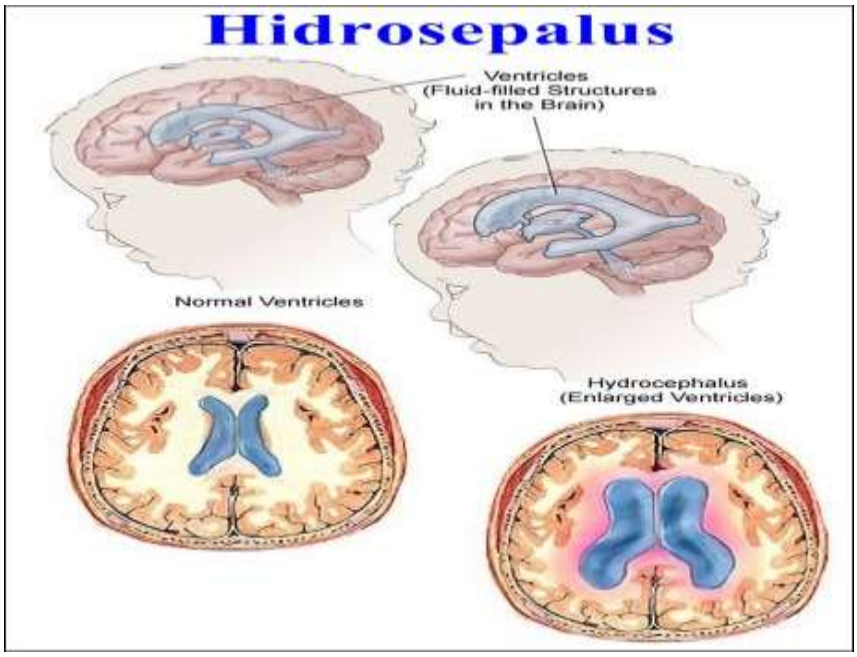
Diharapkan mahasiswa dapat menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman yang lebih mendalam dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien An. A dengan Hidrosefalus.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 KONSEP DASAR

2.1.1 Pengertian Hidrosepalus



Gambar I : gambar hidrosefalus

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 (Dwita, 2017).

Hidrosefalus adalah akumulasi cairan serebrospinal dalam ventrikel serebral, ruang subarachnoid, atau ruang subdural (Suriadi, 2010)

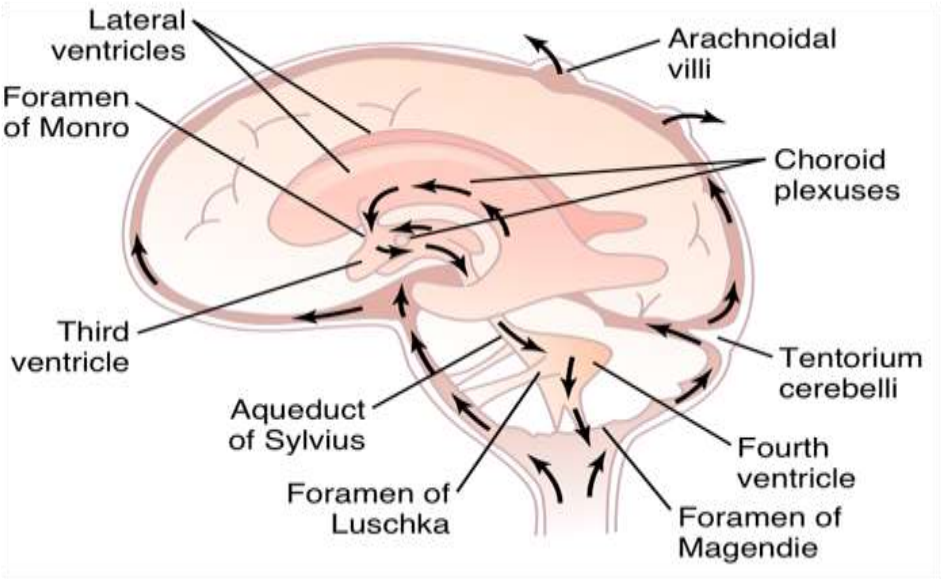
Hidrosefalus adalah suatu keadaan patologis otak yang mengakibatkan bertambahnya cairan serebrospinalis, disebabkan baik oleh produksi yang berlebihan maupun gangguan absorpsi, dengan atau pernah disertai tekanan intrakanial yang meninggi sehingga terjadi pelebaran ruangan-ruangan tempat aliran cairan serebrospinalis (Darto Suharso,2009)

Hidrosefalus adalah kelainan patologis otak yang mengakibatkan bertambahnya cairan serebrospinal dengan atau pernah dengan tekanan intrakranial yang meninggi, sehingga terdapat pelebaran ventrikel. Pelebaran ventrikuler ini akibat ketidakseimbangan antara produksi dan absorbsi cairan serebrospinal. Hidrosefalus selalu bersifat sekunder, sebagai akibat penyakit atau kerusakan otak.

Adanya kelainan-kelainan tersebut menyebabkan kepala menjadi besar serta terjadi pelebaran sutura-sutura dan ubun-ubun. Ketika produksi CSS lebih besar dari penyerapan, cairan cerebrospinal mengakumulasi di dalam sistem Ventricular (Nining, 2008).

2.1.2 Anatomi Dan Fisiologi Aliran CSS

Ruangan cairan serebrospinal (CSS) terdiri dari sistem ventrikel, sisterna magna pada dasar otak dan ruangan subaraknoid. Ruangan ini mulai terbentuk pada minggu kelima masa embrio. Sistem ventrikel dan ruang subarachnoid dihubungkan melalui foramen Magendi di median dan foramen Luschka di sebelah lateral ventrikel IV.



Gambar 1I: anatomi aliran cairan serebrospinal

Cairan serebrospinalis dihasilkan oleh pleksus koroidalis di ventrikel otak. Cairan ini mengalir ke foramen Monro ke ventrikel III, kemudian melalui akuaduktus Sylvius ke ventrikel IV. Cairan tersebut kemudian mengalir melalui foramen Magendi dan Luschka ke sisterna magna dan rongga subarachnoid di bagian cranial maupun spinal. Sekitar 70% cairan serebrospinal dihasilkan oleh

pleksus koroidideus, dan sisanya di hasilkan oleh pergerakan dari cairan transepidermal dari otak menuju sistem ventrikel. Bagi anak-anak usia 4-13 tahun rata-rata volume cairan liqour adalah 90 ml dan 150 ml pada orang dewasa. Tingkat pembentukan adalah sekitar 0,35 ml /menit atau 500 ml / hari. Sekitar 14% dari total volume tersebut mengalami absorbsi setiap satu jam.

2.1.3 Etiologi

Pembentukan CSS yang terlalu banyak dengan kecepatan absorpsi yang normal akan menyebabkan terjadinya hidrosefalus, namun dalam klinik sangat jarang terjadi, misalnya terlihat pelebaran ventrikel tanpa penyumbatan pada adenomata pleksus koroidalis. Penyebab penyumbatan aliran CSS yang sering terdapat pada bayi dan anak yaitu kelainan bawaan, infeksi, neoplasma dan perdarahan.

a. Kelainan bawaan

1) Stenosis Akuaduktus Sylvius- merupakan penyebab terbanyak. 60%-90% kasus hidrosefalus terjadi pada bayi dan anak-anak. Umumnya terlihat sejak lahir atau progresif dengan cepat pada bulan-bulan pertama setelah lahir.

2) Spina bifida dan cranium bifida – berhubungan dengan sindroma Arnord-Chiari akibat tertariknya medulla spinalis, dengan medulla oblongata dan serebelum letaknya lebih

rendah dan menutupi foramen magnum sehingga terjadi penyumbatan sebagian atau total.

3) Sindrom Dandy-Walker - atresiakongenital foramen Luschka dan Magendi dengan akibat hidrosefalus obstruktif dengan pelebaran system ventrikel, terutama ventrikel IV yang dapat sedemikian besarnya hingga merupakan suatu kista yang besar di daerah fossa posterior.

4) Kista arachnoid - dapat terjadi congenital maupun didapat akibat trauma sekunder suatu hematoma.

5) Anomali pembuluh darah – akibat aneurisma arterio-vena yang mengenai arteria serebralis posterior dengan vena Galeni atau sinus tranversus dengan akibat obstruksi akuaduktus.

b. Infeksi

Timbul perlekatan menings sehingga terjadi obliterasi ruang subarachnoid. Pelebaran ventrikel pada fase akut meningitis purulenta terjadi bila aliran CSS terganggu oleh obstruksi mekanik eksudat purulen di akuaduktus Sylvius atau sisterna basalis. Pembesaran kepala dapat terjadi beberapa minggu sampai beberapa bulan sesudah sembuh dari meningitisnya. Secara patologis terlihat penebalan jaringan piamater dan arakhnoid sekitar sisterna basalis dan daerah lain. Pada meningitis serosa tuberkulosa, perlekatan meningen terutama

terdapat di daerah basal sekitar sisterna kiasmatika dan interpendunkularis, sedangkan pada meningitis purulenta lokasinya lebih tersebar.

1) CMV (Cytomegalovirus)

   Merupakan virus yang menginfeksi lebih dari 50% orang dewasa Am erika pada saat mereka berusia 40 tahun. Juga dikenal sebagai virus yang paling sering ditularkan ke anak sebelum kelahiran.Virus ini ber tanggung jawab untuk demam kelenjar.

2) Campak Jerman(rubella)

   Merupakan suatu penyakit menular yang disebabkan oleh virusrubella.Virus ditularkan dari orang keorang melalui udara yang ditularkan ketika orang terinfeksi batuk atau bersin,virusjuga dapat ditemukan dalam air seni, kotoran dan pada kulit. Ciri gejala dari beberapa rubella merupakan suhu tubuh tinggi dan ruam merah muda.

3) Mumps

   Merupakan sebuah virus (jangka pendek) infeksi akut dimana kelenjar ludah, terutama kelenjar parotis (yang terbesar dari tiga kelenjar ludah utama) membengkak. d. Sifilis Merupakan PMS (Penyakit Menular Seksual) yang disebabkan oleh bakteri Treponemapallidum.

4) Toksoplasmosis

Merupakan infeksi yang disebabkan oleh parasit bersel-tunggal yaitu Toxoplasmagondii. (Ropper, 2005)

c. Neoplasma

Hidrosefalus oleh obstruksi mekanis yang dapat terjadi di setiap tempat aliran CSS. Pada anak, kasus terbanyak yang menyebabkan penyumbatan ventrikel IV dan akuaduktus Sylvius bagian terakhir biasanya suatu glioma yang berasal dari serebelum, sedangkan penyumbatan bagian depan ventrikel III biasanya disebabkan suatu kraniofaringioma.

d. Perdarahan

Perdarahan sebelum dan sesudah lahir dalam otak dapat menyebabkan fibrosis leptomeningen pada daerah basal otak, selain penyumbatan yang terjadi akibat organisasi dari darah itu sendiri.

(Allan H. Ropper, 2005).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Tanda awal dan gejala hidrosefalus tergantung pada derajat ketidakseimbangan kapasitas produksi dan resorbsi CSS.

(Darsono, 2005).

a. Tanda – tanda awal :

1) Mata juling
2) Sakit kepala
3) Lekas marah
4) Lesu
5) Menagis jika digendong dan diam bila berbaring
6) Mual muntah yang proyektil
7) Melihat kembar
8) Ataksia
9) Perkembangan yang berlansung lambat
10) Pupil edema
11) Respon pupil terhadap cahaya lambat dan tidak sama
12) Biasanya diikuti dengan perubahan tingkat kesadaran, opistotunus, dan spatik pada ekstremitas bawah
13) Kesulitan dalam pemberian dan penelanan makanan
14) Gangguan kardiopulmonel

(Darsono, 2005).

b. Tanda – Tanda Selanjutnya

1) Nyeri kepala dan di ikuti muntah – muntah
2) Pupil edema
3) Strabismus
4) Peningkatan tekanan darah

5) Denyut nadi lambat
6) Gangguan respirasi
7) Kejang
8) Letargi
9) Muntah
10) Lekas marah
11) Lesu
12) Apatis
13) Kebingungan
14) Sering kali inkoheren

(Darsono, 2005).

Manifestasi klinis menurut dibedakan menjadi dua yaitu pada masa bayi dan masa anak – anak (Suriadi (2010)

a. Bayi

1) Kepala menjadi makin besar dan akan terlihat pada umur 3 tahun.
2) Keterlambatan penutupan fontanela anterior
3) Vena pada kulit kepala dilatasi dan terlihat jelas pada saat bayi menangis
4) Terdapat bunyi creckedpod (tanda macewen)
5) Mata melihat kebawah (tanda setting sun)
6) Lemah
7) Kemampuan makan kurang

8) Perubahan kesadaran

9) Opishtotonus

10) Spatik pada ekktremitas bawah

11) Kesulitan bernafas, apnea, aspirasi dan tidak ada reflek muntah

12) Bayi tidak dapat melihat ke atas, “sunset eyes”

13) Strabismus, nystagmus, atropi optic

14) Bayi sulit mengangkat dan menahan kepalanya ke atas.

b. Anak-anak

1) Nyeri kepala

2) Muntah

3) Lethargi, lelah, apatis, perubahan personalitas

4) Ketegangan dari sutura cranial dapat terlihat pada anak berumur 10 tahun

5) Penglihatan ganda, kontruksi penglihatan perifer

6) Strabismus

7) Perubahan pupil

2.1.5 Patofisiologi

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:

a. 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.

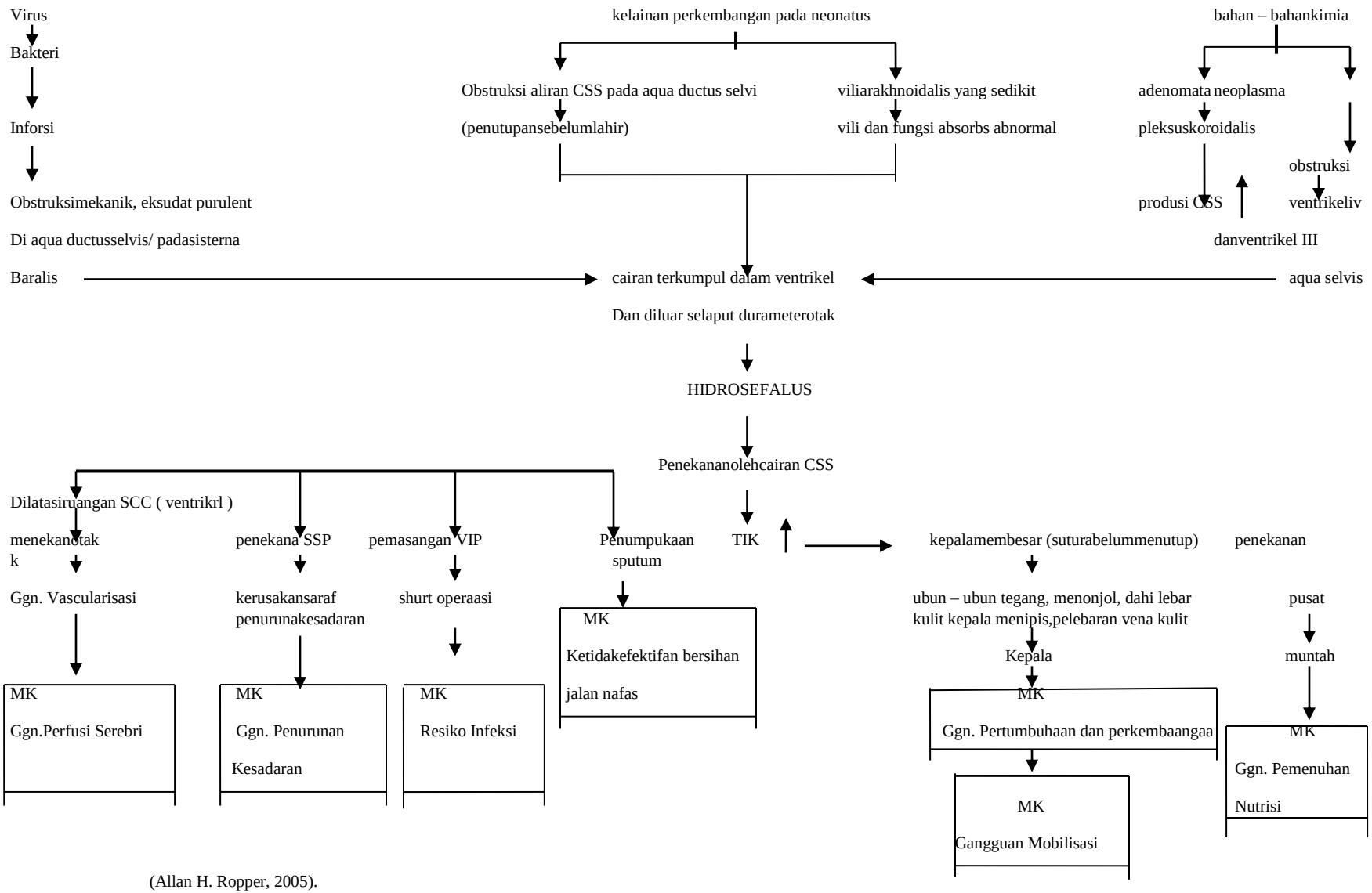
b. Gangguan aliran likuor yang merupakan awal kebanyakan kasus hidrosefalus. Kondisi ini merupakan akibat dari obstruksi atau tersumbatnya sirkulasi cairan serebrospinalis yang dapat terjadi di ventrikel maupun vili arakhnoid. Secara umum terdapat tiga penyebab terjadinya keadaan patologis

c. Malformasi yang menyebabkan penyempitan saluran likuor, misalnya stenosis akuaduktus sylvii dan malformasi Arnold Chiari.

d. Lesi massa yang menyebabkan kompresi intrnsik maupun ekstrinsik saluran likuor, misalnya tumor intraventrikel, tumor para ventrikel, kista arakhnoid, dan hematom.
e. Proses inflamasi dan gangguan lainnya seperti mukopolisakaridosis, termasuk reaksi ependimal, fibrosis leptomeningeal, dan obliterasi vili arakhnoid.
f. 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 nonkomunikans* 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.

WOC



(Allan H. Ropper, 2005).

2.1.6 Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan funduskopi

   Evaluasi funduskopi dapat mengungkapkan papilledema bilateral ketika tekanan intrakranial meningkat. Pemeriksaan mungkin normal, namun, dengan hidrosefalus akut dapat memberikan penilaian palsu.

2. Foto polos kepala lateral – tampak kepala membesar dengan disproporsi kraniofasial, tulang menipis dan sutura melebar.

3. Pemeriksaan cairan serebrospinal – dilakukan pungsi ventrikel melalui foramen frontanel mayor. Dapat menunjukkan tanda peradangan dan perdarahan baru atau lama.

4. CT scan kepala - Meskipun tidak selalu mudah untuk mendeteksi penyebab dengan modalitas ini, ukuran ventrikel ditentukan dengan mudah. CT scan kepala dapat memberi gambaran hidrosefalus, edema serebral, atau lesi massa seperti kista koloid dari ventrikel ketiga atau thalamic atau pontine tumor.CT scan wajib bila ada kecurigaan proses neurologi akut.

5. 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.

6. Ventrikulografi

Yaitu dengan memasukkan konras 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.

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. (Suriadi, 2005)

2.1.7 Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Medis

1) Diagnosis

Hidrosefalus merupakan salah satu dari kelainan kongenital. Untuk mewaspadai adanya kelainan kongenital maka diperlukan pemeriksaan fisik, radiologik, dan laboratorium untuk menegakkan diagnosa kelainan kongenital setelah bayi lahir. Pada anak yang lebih besar kemungkinan hidrosefalus diduga bila terdapat gejala dan tanda tekanan intrakranial yang meninggi. Tindakan yang dapat membantu dalam menegakkan diagnosis ialah transluminasi kepala, ultrasonogafi kepala bila ubunubun besar belum menutup, foto Rontgen kepala dan tomografi komputer (CT Scan). Pemeriksaan untuk menentukan lokalisasi penyumbatan ialah dengan menyuntikkan zat warna PSP ke dalam ventrikel lateralis dan menampung pengeluarannya dari fungsi lumbal untuk mengetahui penyumbatan ruang subaraknoid. Sebelum melakukan uji PSP ventrikel ini, dilakukan dahulu uji PSP ginjal untuk menentukan fungsi ginjal. Ventrikulografi dapat dilakukan untuk melengkapi pemeriksaan. Namun dengan adanya pemeriksaan CT Scan kepala, uji PSP ini tidak dikerjakan lagi.

2) Pengobatan

Penanganan hidrosefalus telah semakin baik dalam tahun-tahun terakhir ini, tetapi terus menghadapi banyak persoalan. Idealnya bertujuan memulihkan keseimbangan antara produksi dan resorpsi CSF. Beberapa cara dalam pengobatan hidrosefalus yaitu:

a. Terapi Medikamentosa

Hidrosefalus dengan progresivitas rendah dan tanpa obstruksi pada umumnya tidak memerlukan tindakan operasi. Dapat diberi asetazolamid dengan dosis 25-50 mg/kg BB. Asetazolamid dalam dosis 40-75 mg/kg 24 jam mengurangi sekitar sepertiga produksi CSF, dan terkadang efektif pada hidrosefalus ringan yang berkembang lambat. Pada keadaan akut dapat diberikan manitol. Diuretika dan kortikosteroid dapat diberikan, meskipun hasilnya kurang memuaskan

b. Operasi

Operasi berupa upaya menghubungkan ventrikulus otak dengan rongga peritoneal, yang disebut ventriculo-peritoneal shunt. Tindakan ini pada umumnya ditujukan untuk hidrosefalus non-komunikans dan hidrosefalus yang progresif. Setiap tindakan pemirauan (shunting) memerlukan pemantauan yang berkesinambungan oleh

dokter spesialis bedah saraf. Pada *Hydrocephalus Obstruktif*, tempat obstruksi terkadang dapat dipintas (bypass). Pada operasi Torkildsen dibuat pintas stenosis akuaduktus menggunakan tabung plastik yang menghubungkan tabung plastik yang menghubungkan 1 ventrikel lateralis dengan sistem magna dan ruang subaraknoid medula spinalis; operasi tidak berhasil pada bayi karena ruangan ruangan ini belum berkembang dengan baik.

(Suryadi & Darsono, 2016)

b. Penatalaksanaan Keperawatan

Upaya pencegahan progresi penyakit ke arah berbagai akibat penyakit yang lebih buruk, pada penderita Hidrosefalus dapat dilakukan yaitu dengan pemeliharaan luka kulit terhadap kontaminasi infeksi dan pemantauan kelancaran dan fungsi alat *shunt* yang dipasang. Tindakan ini dilakukan pada periode pasca operasi. Hal ini dilakukan untuk mencegah terjadinya komplikasi *shunt* seperti infeksi, kegagalan mekanis, dan kegagalan fungsional yang disebabkan oleh jumlah aliran yang tidak adekuat. Infeksi pada *shunt* meningkatkan resiko akan kerusakan intelektual, lokulasi ventrikel dan bahkan kematian. Kegagalan mekanis mencakup komplikasikomplikasi seperti:

oklusi aliran di dalam *shunt* (proksimal, katup atau bagian distal), diskoneksi atau putusnya *shunt*, migrasi dari tempat semula, tempat pemasangan yang tidak tepat. Kegagalan fungsional dapat berupa drainase yang berlebihan atau malah kurang lancarnya drainase. Drainase yang terlalu banyak dapat menimbulkan komplikasi lanjut seperti terjadinya efusi subdural, kraniosinostosis, lokulasi ventrikel, hipotensi ortostatik.

(Suryadi & Darsono, 2016)

2.1.8 Komplikasi

a. Peningkatan tekanan dalam otak intra cranial
b. Kerusakan otak
c. Penurunan IQ
d. Keterlambatan perkembangan kognitif, psikososial dan fisik
e. Infeksi

(wong, 2008)

2.2 KONSEP TUMBUH KEMBANG ANAK

2.2.1 Pengertian Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Pertumbuhan sebagai suatu peningkatan jumlah atau ukuran sel tubuh yang ditunjukkan dengan adanya peningkatan ukuran dan berat seluruh bagian tubuh (Supartini, Yupi : 2004**)**. Pertumbuhan adalah proses bertambahnya ukuran dimensi akibat penambahan jumlah atau ukuran sel dan jaringan interseluler (Mansjoer, 2000 : 580). Pertumbuhan adalah suatu peningkatan ukuran fisik keseluruhan atau sebagian yang dapat diukur, dimana grafik pertumbuhan meliputi tinggi, berat badan dan diameter pada lipatan kulit (Suriadi, 2001 : 1).

Perkembangan adalah pertambahan kemampuan struktur dan fungsi tubuh yang lebih komleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan sebagai hasil dari proses pematangan (Soetjiningsih : 1998). Perkembangan adalah suatu rangkaian peningkatan keterampilan dan kapasitas untuk berfungsi (Suriadi, 2001 : 1). Perkembangan digunakan untuk menunjukkan bertambahnya ketrampilan dan fungsi yang kompleks dalam pengaturan neuromuskuler, berkembang dalam mempergunakan tangan kanannya dan berbentuk pula kepribadiannya (Hassan, 2007 : 387)

2.2.2 Tahapan Tumbuh Kembang

a. Tahap prenatal
    1. Masa embrio : mulai konsepsi – 8 minggu
    2. Masa tengah fetus : 9 minggu – 24 minggu
    3. Masa fetus lanjut : 24 minggu – lahir\
b. Tahap postnatal
    1. Masa neonatal : lahir – 1 bulan
    2. Masa bayi awal : 1 bulan – 1 tahun
    3. Masa bayi lanjut : 1 tahun – 2 tahun
c. Masa anak 2-12 tahun :
    1. Masa prasekolah : 2 – 6 tahun
    2. Masa sekolah : 6 – 12 tahun
d. Masa remaja (adolesen) : 10-18 tahun
    1. Pra pubertas : wanita 10-12 tahun,laki-laki 10-14 tahun
    2. Pubertas : wanita 12-14 tahun,laki-laki 14-15 tahun
    3. Post pubertas :wanita 14-18 tahun,laki-laki 16-20 tahun

2.2.3 Ciri-Ciri Tumbuh-Kembang

Menurut Nursalam (2005 : 32-33) menjelaskan bahwa pada umumnya pertumbuhan mempunyai ciri-ciri tertentu, yaitu:

a. Perubahan proporsi tubuh yang dapat diamati pada masa bayi dan dewasa. Sebagaimana pada usia 2 tahun besar kepala hampir seperempat dari panjang badan keseluruhan, kemudian secara berangsur-angsur proporsinya berkurang.
b. Hilangnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru yang ditandai dengan lepasnya gigi susu dan timbulnya gigi permanen, hilangnya reflex primitif pada masa bayi, timbulnya tanda seks sekunder, dan perubahan lainnya.
c. Kecepatan pertumbuhan tidak teratur yang ditanda dengan adanya masa-masa tertentu yaitu masa pranatal, bayi dan adolesensi, dimana terjadi pertumbuhan cepat. Dan masa prasekolah dan masa sekolah dimana pertumbuhan berlangsung lambat.

2.2.4 Pola Perkembangan

a. Pola perkembangan fisik yang terarah

   Terdiri dari dua prinsip yaitu cephalocaudal dan proximal distal (Wong, 1995).Cephalocaudal adalah pola pertumbuhan dan perkembangan yang dimulai dari kepala yang ditandai dengan perubahan ukuran kepala yang lebih besar, kemudian berkembang kemampuan untuk menggerakkan lebih cepat dengan menggelengkan kepala dan dilanjutkan ke bagian ekstremitas bawah lengan ,tangan dan kaki.

b. Pola perkembangan dari umum ke khusus

Yaitu pola pertumbuhan dan perkembangan yang dimulai dengan menggerakkan daerah yang lebih umum (sederhana) dahulu baru kemudian daerah yang lebih kompleks. Misalnya melambaikan tangan kemudian memainkan jari.

c. Pola perkembangan berlangsung dalam tahapan perkembangan

Pola ini mencerminkan ciri khusus dalam setiap tahapan perkembangan yang dapat digunakan untuk mendeteksi dini perkembangan selanjutnya.

2.2.5 Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap tumbuh kembang

Pola pertumbuhan dan perkembangan secara normal antara anak yang satu dengan yang lainnya pada akhirnya tidak selalu sama, karena dipengaruhi oleh interaksi banyak faktor. Menurut Soetjiningsih (2002), faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang, yaitu:

a. Genetika

1. Perbedaan ras, etnis, atau bangsa
2. Keluarga, ada keluarga yang cenderung mempunyai tubuh gemuk atau perawakan pendek
3. Umur merupakan tahap yang mengalami pertumbuhan cepat dibandingkan dengan masa lainnya.

4. Jenis kelamin, wanita akan mengalami pubertas lebih dahulu dibandingkan laki-laki.
5. Kelainan kromosom, dapat menyebabkan kegagalan pertumbuhan, misalnya sindrom down.

b. Pengaruh hormone

Pengaruh hormon sudah terjadi sejak masa prenatal, yaitu saat janin berumur empat bulan. Pada saat itu terjadi pertumbuhan yang cepat. Hormon yang berpengaruh terutama adalah hormon pertumbuhan somatotropin yang dikeluarkan oleh kelenjar pituitari. Selain itu kelenjar tiroid juga menghasilkan kelenjar tiroksin yang berguna untuk metabolisme serta maturasi tulang, gigi, dan otak.

c. Faktor lingkungan

Faktor kelompok yang dapat berpengaruh dikelompokkan menjadi tiga, yaitu pranatal, kelahiran, dan pascanatal.

d. Faktor prenatal

1. Gizi, nutrisi ibu hamil akan mempengaruhi pertumbuhan janin, terutama selama trimester akhir kehamilan
2. Mekanis, posisi janin yang abnormal dalam kandungan dapat menyebabkan kelainan conginetal, misalnya club foot
3. Toksin, zat kimia, radiasi
4. Kelainan endokrin

5. Infeksi TORCH atau penyakit menular seks
6. Kelainan imunologi

2.2.6 Pengawasan tumbuh kembang

Pengawasan tumbuh kembang anak dilakukan secara kontinue dengan pencatatan yang baik dimulai sejak dalam kandungan (Ante Natal Care) secara teratur dan pengawasan terutama anak balita.Untuk pertumbuhan anak dengan pengukuran BB dan TB menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS).Untuk perkembangan anak dengan menggunakan DDST (Denver Development Screening Test).Sedangkan tahap-tahap penilaian perkembangan anak yaitu :

Anamnesis

Skrining gangguan perkembangan anak

Evaluasi penglihatan dan pendengaran anak

Evaluasi bicara dan bahasa anak

Pemeriksaan fisik

Perkembangan dan tumbuh kembang anak perlu kita pantau secara terus menerus. Dengan memperhatikan tumbuh kembangnya kita berharap dapat mengetahuinya secara dini kelainan pada anak kita sehingga langkah-langkah antisipatif lebih cepat kita ambil. Anak yang cedas adalah harapan setiap orang tua. Orang tua selalu berharap agar anaknya dapat tumbuh sehat. Berikut 7 gangguan tumbuh kembang anak yang perlu kita ketahui

a. **Gangguan bicara dan bahasa**

Kemampuan berbahasa merupakan indikator seluruh perkembangan anak. Kurangnya stimulasi akan dapat menyebabkan gangguan berbicara dan berbahasa bahkan gangguan ini dapat menetap.

b. **Cerebral palsy**

Merupakan suatu kelainan gerakan dan postur tubuh yang tidak progresif, yang disebabkan oleh kerusakan pada sel-sel motorik pada susunan saraf pusat yang sedang tumbuh/belum selesai pertumbuhannya.

c. **Sindrom Down**

Anak dengan sindrom down adalah individu yang dapat dikenal dari fenotipnya dan mempunyai kecerdasan yang terbatas, yang menjadi akibat adanya jumlah kromosom 21 yang lebih. Beberapa faktor seperti kelainan jantung kongenital, hipotonia yang berat, masalah biologis atau lingkungan lainnya dapat menyebabkan keterlambatan perkembangan motorik dan keterampilan untuk menolong diri sendiri

d. **Perawakan pendek**

Penyababnya dapat karena variasi normal, gangguan gizi, kelainan kromosom, penyakit sistemik atau karena kelainan endokrin.

e. **Gangguan autisme**

Merupakan gangguan perkembangan pervasif pada anak yang gejalanya muncul sebelum anak berumur 3 tahun. Pervasif berarti meliputi seluruh aspek perkembangan sehingga gangguan tersebut sangat luas dan berat, yang mempengaruhi anak secara mendalam. Gangguan perkembangan yang ditemukan pada autisme mencakup bidang interaksi sosial, komunikasi dan perilaku.

f. **Retardasi mental**

Merupakan suatu kondisi yang ditandai oleh intelegensia yang rendah (IQ<70) yang menyebabkan ketidakmampuan individu untuk belajar dan beradaptasi terhadap tuntutan masyarakat atas kemampuan yang dianggap normal.

g. **Gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (GPPH)**

Merupakan gangguan dimana anak mengalami kesulitan untuk memusatkan perhatian yang seringkali disertai dengan hiperaktivitas.

2.2.8 Tumbuh kembang anak hidrosefalus

Merawat anak hidrosefalus bukanlah sebuah perkara yang mudah. Untuk mengoptimalkan tumbuh kembang anak, maka perlu ada perlakuan dan perhatian khusus dari orangtua. Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan agar anak hidrosefalus tidak 'tertinggal' terlalu jauh dibanding anak seusianya.

Hal pertama dan utama yang harus dilakukan adalah mengetahui penyebab pasti dari hidrosefalus tersebut. Sebab, hidrosefalus bisa disebabkan oleh beberapa hal, antara lain karena bawaan, infeksi di otak, atau akibat tumor. Baru bisa mengambil langkah yang sesuai untuk merawat anak hidrosefalus di rumah.Prinsip utama lain yang perlu diperhatikan adalah anak harus tetap belajar. Tetapi akibat terdapat cairan di otak anak yang tidak bisa mengalir ke sumsum tulang belakang dengan baik, maka membuat kepala anak tersebut membesar dan menekan bagian otaknya. Sehingga kemungkinan bagi otak dapat tumbuh dan berkembang menjadi lebih sulit. "Namun, tetap ada kesempatan untuk otak anak tersebut bisa berkembang. Jadi orangtua tidak boleh hanya membiarkan anak dengan hidrosefalus tergeletak di tempat tidur, tanpa diajari kemampuan-kemampuan dasar layaknya anak pada umumnya, seperti makan, minum, duduk, berdiri maupun berjalan," tambah Rocsky.

Kontrol rutin ke dokter juga tetap harus dilakukan. Jika kondisi anak sudah dipasangkan selang untuk mengeluarkan cairan pada otaknya, kontrol rutin bisa dilakukan sebulan sekali atau tiga bulan sekali. Kontrol ini dilakukan untuk mengecek apakah selang yang dipasang tersumbat atau tidak. Tetapi, pada anak yang terkena hidrosefalus tetapi belum pernah diobati, kontrol harus dilakukan sesuai saran dokter untuk mengetahui penyebab dan pengobatannya secepat

mungkin.Perawatan anak hidrosefalus di rumah juga bisa dibantu dengan beberapa alat-alat yang bersifat rehabilitasi, seperti penggunaan kursi roda, atau alat yang bisa melatih anak berdiri. Tenaga khusus untuk merawat anak hidrosefalus (perawat) sebetulnya tidak mutlak diperlukan, tetapi pada kasus-kasus tertentu misalnya bila anak sangat tidak mandiri, tidak bisa makan, harus menggunakan selang, tidak bisa bicara, dan lain sebagainya, maka perawat khusus di rumah diperlukan.

Selain itu, Anda juga perlu memerhatikan asupan gizi anak. Anak-anak dengan hidrosefalus kemungkinan akan berbaring lama. Hal ini dapat menyebabkan proses katabolisme (metabolisme yang dapat merusak tubuh) dalam tubuhnya meningkat. Sehingga mereka membutuhkan makanan yang tinggi protein dan cukup kalori. "Tapi jangan lupakan asupan zat gizi lain untuk menunjang tumbuh kembangnya. Yang penting makanannya seimbang,perlu diketahui, hidrosefalus bukanlah penyakit melainkan sebuah akibat karena adanya kelainan dalam tubuh. Itulah sebabnya, hidrosefalus sangat mungkin disembuhkan. Maka dari itu, stimulasi harus tetap diberikan, termasuk menyekolahkannya, belajar musik, maupun mengajak anak berolahraga. Sebelum melakukan semua stimulasi tersebut, Perlu menghilangkan terlebih dahulu masalah maupun penyebab hidrosefalus pada anak. "Kalau hidrosefalus masih ada tetapi anak tetap diberikan berbagai macam stimulasi, maka cairan

yang banyak di dalam otak akan menekan daging otaknya dan menyebabkan otak tidak bisa tumbuh dengan baik,

2.3 ASUHAN KEPERAWATAN

2.3.1 Pengkajian

a. Anamnesis

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

   a. Riwayat Penyakit 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, kelainan bawaan pada otak dan riwayat infeksi.

c. Riwayat perkembangan

Kelahiran premature. lahir dengan pertolongan, pada waktu lahir menangis keras atau tidak. Riwayat penyakit keluarga, mengkaji adanya anggota generasi terdahulu yang menderita stenosis akuaduktal yang sangat berhubungan dengan penyakit keluarga/keturunan yang terpaut seks.

d. 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.

b. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum:

   Pada keadaan hidrosefalus umumnya mengalami penurunan kesadaran (GCS <15) dan terjadi perubahan pada tanda-tanda vital.

2. B1(breathing)

   Perubahan pada system pernafasan berhubungan dengan inaktivitas. Pada beberapa keadaan hasil dari pemeriksaan fisik dari system ini akan didapatka hal-hal sebagai berikut: Ispeksi umum: apakah didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot batu nafas, dan peningkatan frekuensi pernafasan. Terdapat retraksi klavikula/dada, mengembangan paru tidak simetris. Ekspansi dada: dinilai penuh/tidak penuh, dan kesimetrisannya. Pada

observasi ekspansi dada juga perlu dinilai retraksi dada dari otot-otot interkostal, substernal pernafasan abdomen dan respirasi paraddoks(retraksi abdomen saat inspirasi). Pola nafas ini terjadi jika otot-otot interkostal tidak mampu menggerakkan dinding dada.

Palpasi : Taktil primitus biasanya seimbang kanan an kiri

Perkusi : Resonan pada seluruh lapang paru.

Auskultasi : Bunyi nafas tambahan, seperti nafas berbunyi stridor, ronkhi pada klien dengan adanya peningkatan produksi secret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien hidrosefalus dengan penurunan tingkat kesadaran.

3. B2 (Blood)

   Frekuensi nadi cepat dan lemah berhubungan dengan homeostasis tubuh dalam upaya menyeimbangkan kebutuhan oksigen perifer. Nadi brakikardia merupakan tanda dari perubahan perfusi jaringan otak. Kulit kelihatan pucat merupakan tanda penurunan hemoglobin dalam darah. Hipotensi menunjukan adanya perubaha perfusi jaringan dan tanda-tanda awal dari suatu syok.

4. B3 (Brain)

   Kepela terlihat lebih besar jika dibandingkan dengan tubuh. Hal ini diidentifikasi dengan mengukur lingkar kepala

suboksipito bregmatikus dibanding dengan lingkar dada dan angka normal pada usia yang sama. Selain itu pengukuuran berkala lingkar kepala, yaitu untuk melihat pembesaran kepala yang progresif dan lebih cepat dari normal. Ubun-ubun besar melebar atau tidak menutup pada waktunya, teraba tegang atau menonjol, dahi tampak melebar atau kulit kepala tampak menipis, tegang dan mengkilat dengan pelebaran vena kulit kepala.

5. 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.

6. Pengkajian fungi serebral, meliputi:

   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 status mental tidak dilakukan.

7. Pengkajin saraf cranial, meliputi:

   a. Saraf I (Olfaktori)

   b. Saraf II (Optikus)

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

d. Saraf V (Trigeminius)

e. Saraf VII(facialis)

f. Saraf VIII (Akustikus)

g. Saraf IX dan X(Glosofaringeus dan Vagus)

h. Saraf XI (Aksesorius)

i. Saraf XII (Hipoglosus)

8. Pengkajian system motorik.

a. Tonus otot

b. Kekuatan otot

c. Keseimbangan dan koordinasi

9. 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 fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis.

10. 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.

11. B4 (Bledder)

    Kaji keadaan urine meliputi warna, jumlah dan karakteristik urine, termasuk berat jenis urine. Peningkatan jumlah urine dan peningkatan retensi cairan dapat terjadi akibat menurunya perfungsi pada ginjal. Pada hidrosefalus tahap lanjut klien mungkin mengalami inkontensia urin karena konfusi, ketidak mampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidak mampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan system perkemihan karena kerusakan control motorik dan postural. Kadang-kadang control sfingter urinarius eksternal hilang atau steril. Inkontensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

12. B5 (Bowel)

    Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, serta mual dan muntah pada fase akut. Mual sampai muntah akibat peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Adanya kontensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakann neurologis luas.

13. B6 (Bone)

    Disfungsi motorik paling umum adalah kelemahan fisik umum, pada bayi disebabkan pembesaran kepala sehingga menggangu mobilitas fisik secara umum. Kaji warna kulit, suhu, kelembapan, dan turgon kulit. Adanya perubahan warna kulit; warna kebiruaan menunjukkan adanya sianosis (ujung kuku, ekstermitas,telingga, hidung, bibir dan membrane mukosa). Pucat pada wajah dan membrane mukosa dapat berhubungan dengan rendahnya kadar hemoglobinatau syok. Warna kemerahan pada kulit dapat menunjukan adanya damam atau infeksi. Integritas kulit untuk menilai adanya lesi dan dekubitus. Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralisis/hemiplegia, mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat

2.3.2 Kemungkinan Diagnosa Keperawatan yang muncul

1. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral
2. Penurunan kesadaran
3. Resiko infeksi
4. Gangguan mobilisasi fisik b.d gangguan neuromuscular
5. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d perubahan kemampuan mencerna makanan, peningkatan kebutuhan metabolisme
6. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d penumpukan sputum, peningkatan sekresi secret dan penurunan volume batuk sekunder akibat ketidak mampuan batuk/batuk produktif
7. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan dengan pembesaran kepala

   (Diagnosis Keperaawaatan NANDA)

2.3.3 Rencana Asuhan Keperawatan

No.	Dignosa	NOC	NIC	Aktivitas
1.	Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral) b.d Gangguan aliran darah ke otak akibat peningkatan TIK	• **Circulasi status** • **Tissue preffusion : cerebral** Kriteria hasil - Tidak ada tanda tanda peningkatan tekanan intracranial - Tida ada sakit kepala - Tidak ada kelesuan - Tidak ada muntah - Tingkat kesadaran membaik	**Manajement sensasi perifer** **Manajement udem serebral**	a. Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul b. Monitor adanya paretese c. Instruksikan kepada keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi d. Monitor kemampuan BAB e. Monitor adanya tromboplebitis f. Kolaborasi pemberian analgetik a. Monitor tanda - tada vital b. Monitor adanya kebingungan, perubahan pikiran, pusing, pingsan c. Monitor status neurologis dengan ketat dan bandingkan dengan nilai normal d. Monitor status pernapasan: frekuensi, irama, kedalaman pernapaan, PaO_2, PCO_2, pH. e. Kurangi stimulus dalam lingkungan pasien f. Posisikan tinggi kepala tempat tidur 30^0 atau lebih g. Batasi cairan

				h. Pertahankan suhu normal i. Lakukan tindakan pencegahan terjadinya kejang j. Berikan anti kejang sesuai indikasi
2.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makan	• Status nutrisi :asupan nutrisi • Nutritional status : food and fluid • Intake • Weight control Kriteria hasil - Adanya peningkatan berat badan - Tidak ada tanda – tanda malnutrisi - Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dan menelan - Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	**Manajemen nutrisi** **Monitor nutrisi**	a. Kaji adanya alergi makanan b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan oleh pasien c. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi d. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat e. Anjurkan makan sedikit tapi sering a. Berat badan pasien dalam batas normal b. Monitor adanya penurunan berat badan c. Monitor kulit kering d. Monitor turgor kulit e. Monitor mual muntah f. Monitor Hb dan kadar Ht g. Monitor pucat, konjungtiva
3.	**Reiko infeksi**	• **Status imun** • **Pengetahuan :**	**Control infeksi**	a. Batasi pengunjung b. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat

		mengontrol infeksi • **Infeksi terkontrol** Kriteria hasil - Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi - Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulna infeksi - Jumlah leukosit dalam batas normal		kunjungan dan setelah kunjungan c. Gunakan sabun antimikroba untuk mencuci tangan d. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan e. Monitor hitungan WBC f. Ajarkan pada keluarga tanda dan gejala infeksi g. Ajarkan cara menghindari infeksi h. Kolaborasi terapi

2.3.4 Implementasi

Implementasi dilaksanakan sesuai dengan rencana keperawatan oleh perawat terhadap pasien

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan catatan perkembangan dari implementasi yang dilakukan

BAB III
TINJAUAN KASUS

3.1 PENGKAJIAN

3.1.1 Identitas Pasien

Nama anak	: An. A
Ttl	: Bukittinggi, 28-12-2015
Umur	: 1.5 tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Pendidikan	: Tidak sekolah
Anak Ke	: 4 (Keempat)
BB/ TB	: 11 kg
Alamat	: Bukit Apit, Bukittinggi
DX MEDIS	: Hidrosefalus
No. RM	: 47.43.95
Tgl/ Jam Masuk RS	: 15 Juni 2017
Tgl Jam Pengkajian	: 19 Juni 2017

Penanggung Jawab

Nama ibu	: Ny. D
Umur	: 37 th
Pekerjaan	: IRT
Pendidikan	: SMA

Nama ayah	: Tn. I
Umur	: 42 th
Pekerjaan	: Wiraswasta
Pendidikan	: SMP

3.1.2 Keluhan Utama

An. A diantar oleh keluarga ke RSUD Dr. Achmad mochtar Bukittinggi pada tanggal 15 Juni 2017 dengan keluhan pucat sejak 3 hari sebelum masuk masuk rumah sakit, batuk berdahak, dan demam.

3.1.3 Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

An. A mulai dirawat mulai tanggal 15 Juni 2017. Saat dilakukan pengkajian pada hari senin tanggal 19 Juni 2017 pukul 09.00 WIB Keluarga mengatakan kepala An. A mengalami pembesaran, pucat sejak 3 hari yang lalu, batuk berdahak, nafsu makan tidak ada sejak 3 hari yang lalu.

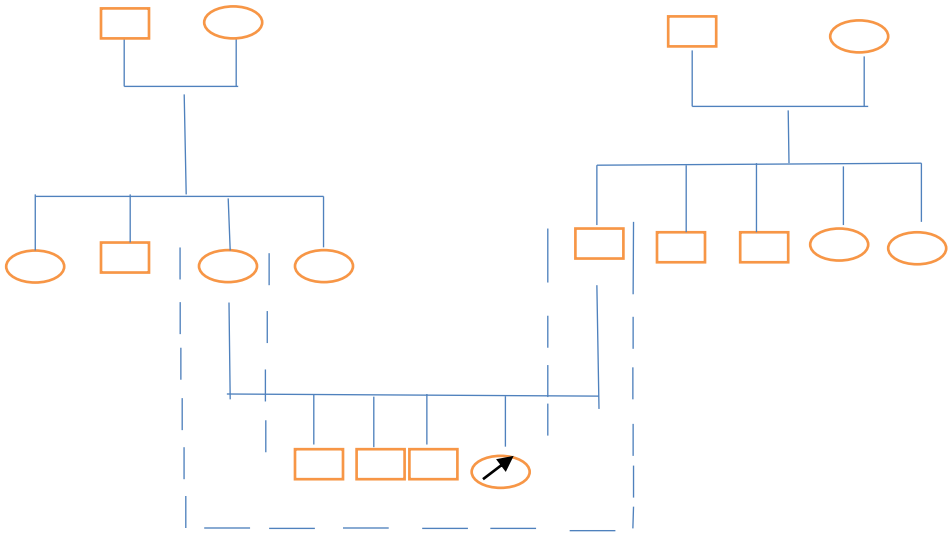
An. A tampak batuk dan sulit mengeuarkan dahak, tampak pucat, tampak sklera anikterik, tampak konjungtiva anemis, tampak rewel dan gelisah.

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

An. A pernah dirawat sebelumnya dengan keluhna penumpukan cairan di kepala disertai kejang pada usia 6 bulan

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Genogram



= Wanita

= Laki - laki

= Klien

= Tinggal serumah

Keluarga mengatakan tidak ada keluarga yang lain yang mengalami hal yang serupa dengan pasien.

d. Riwayat Kehamilan Dan Kelahiran

1. Prenatal

a. Kesehatan ibu waktu hamil : Normal, tidak ada gangguan.

b. Pemeriksaan kehamilan : Ada, sekitar 5 kali ke bidan setempat dan mendapatkan imunisasi TT

c. Riwayat pengobatan selama kehamilan : Tidak ada mengkonsumsi obat-obatan

2. Intranatal

a. Usia kehamilan saat lahir : 9 bulan

b. Cara persalinan : Normal

c. Ditolong oleh : Bidan puskesmas

d. BB/ TB saat lahir : 3000 gram/ 49 cm

e. Pengobatan yang didapatkan : Obat tetes mata dan vitamin K

3. Postnatal

An. A pernah dirawat saat usia 6 buan

3.1.4 Riwayat Kesehatan Lingkungan

An. A tinggal di lingkungan rumah yang cukup ramai asri dan jauh dari kebisingan dimana disekitar rumah masih banyak pohon – pohonan dan jauh dari sumber polusi.

3.1.5 Riwayat Psikososial

Ny.D mengatakan dalam kesehariannya, An. A termasuk anak yang ceria dan senang bermain di luar rumah bersama Ny. D. An. A yang sedang aktif – aktif nya bermain – main dengan orang tua.

3.1.6 Riwayat Tumbuh Kembang

a. Motorik Kasar

Pemeriksaan motorik kasar tidak bisa dilakukan karena kondisi pasien rewel dan gelisah.

b. Motorik Halus

Perkembangan motorik halus tidak bisa dilakukan karena pasien rewel dan gelisah.

c. Kognitif dan Bahasa

Perkembangan kognitif bahasa tidak bisa dilakukan kerana pasien rewel dan gelisah

d. Sosial dan Kemandirian

Waktu sehat An. A dapat bersosialisasi bersama anak di sekitar lingkungan rumah. An. A sedang aktifnya bermain dengan dibimbing oleh orang tua.

e. Perkembangan fisik

Telungkup	: 4 bulan
Duduk	: 7 bulan
Merangkak	: 7 bulan
Berdiri	: 12 bulan

Jalan : 13 bulan

Bicara : 13 bulan

3.1.7 Imunisasi

Ny. D mengatakan An. A di imunisasi lengkap, Ny. D mengatakan imunisasi terakhir An. A imunisasi campak.

3.1.8 Pola Kebiasaan Sehari-hari

a. Pola pemenuhan nutrisi

1. ASI/ PASI/ makanan padat/ vitamin

   Sebelum Sakit : An. A menyusu kepada ibunya sejak lahir sampai ia saat ini. Saat ini dalam keadaan sehat, An. A biasanya makan bubur dengan cara disuapi oleh keluarganya.

   Saat Sakit : An. A saat ini mendapatkan diet SF (makanan cair) 6 x 75 cc, makanan diberikan melalui mulut (disuapi).

2. Pola makan dan minum

   Sebelum Sakit : An. A makan 3 x sehari dalam bentuk bubur dan disuapi oleh keluarganya. An. A masih minum air susu ibu.

   Saat sakit : Saat ini An. A makan makanan cair SF 6 x 75 cc per oral.

3. Pola Tidur

   Sebelum sakit : Keluarga mengatakan An. A biasanya tidur malam dari pukul 21.00 sampai 07.00 WIB, dan tidur siang dari pukul 11.00 sampai 13.00 WIB. Tidak ada Kebiasaan An. A menjelang tidur.

   Saat Sakit : Saat ini An. A susah tidur karena rewel dan gelisah

4. Pola aktifitas/ Latihan / OR/ Bermain/ Hobi

   Sebelum Sakit : An. A lebih sering bermain sama orang tua. Terkadang An. A di bawa oleh tetangga bermain keluar rumah.

   Saat Sakit : An. A hanya terbaring di tempat tidur

5. Pola Kebersihan Diri

   a. Mandi

      Sebelum sakit : An. A mandi 2 x sehari memakai air dan sabun, dibantu oleh keluarga.

      Saat Sakit : An. A tidak mandi menggunakan sabun saat di rumah sakit, hanya dilap dengan handuk lembab dan pakaian selalu diganti jika sudah tampak kotor, dibantu oleh keluarga.

   b. Oral Hygiene

      Sebelum Sakit : An. A menggosok gigi 2x sehari

      Saat Sakit : An.A tidak ada menggosok gigi

   c. Cuci rambut

      Sebelum Sakit : An. A biasanya keramas 1 x sehari yaitu pada sore hari menggunakan sampo.

      Saat Sakit : An. A belum ada keramas sejak masuk rumah sakit.

6. Berpakaian

   An. A selalu dibantu untuk berpakaian oleh keluarganya baik sebelum maupun saat sakit.

7. Pola Eliminasi

a. Buang Air Besar (BAB)

Sebelum Sakit : An. A BAB 2 x sehari yaitu pagi dan sore hari, dengan warna kuning, konsistensi padat, tidak ada keluhan saat BAB, dan dibantu oleh keluarga ke kamar mandi.

Saat Sakit : Ny. Y mengatakan anak sudah BAB tadi pagi, sebelumnya sudah tiga hari tidak ada BAB. .

b. Buang Air Kecil (BAK)

Sebelum Sakit : An. A BAK + 6-7 x sehari dengan warna kuning jernih, An. A, tidak ada keluhan saat BAK.

Saat Sakit : An. A memakai popok saat berada di rumah sakit. Frekuensi BAK sulit diketahui

3.1.9 Pemeriksaan Fisik

Kesadaran	:	Composmentis
Keadaan Umum	:	Baik
Berat Badan	:	11 kg
Tanda-Tanda Vital		
Nadi	:	86x/i
Suhu	:	36°C
Pernafasan	:	26x/i

a. Kepala

Saat dilakukan pengakajian pada An.A keluarga mengatakan kepala anak mengalami pelebaran dari yang normalnya yaitu 44,7 cm, kepala An.diraba lunak , tidak lesi , keadaan rambut anak berminyak karena sejak masuk rumah sakit anak belum ada keramas, tidak ada ketombe

b. Mata

Mata simetris kiri dan kanan, tampak bola mata simetris kiri dan kanan, terdapat dilatasi pupil, tidak ada penurunan respon penglihatan , konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik , tidak terdapat , pupil isokor.

c. Hidung

Hidung simetris kiri dan kanan , tidak ada kelainan pada hidung , penciuman normal, tidak ada peradangan / sinusitis pada An. A

d. Mulut

An. A belum menggosok gigi , mukosa mulut pucat, bibir kering ,lidah bersih , tidak ada cyanosis pada bibir, bibir simetris kiri dan kanan, keadaan rahang normal, tidak ada kelainan

e. Telinga

Telinga simetris kiri dan kanan, tidak terjadi penurunan pendengan, tidak ada serumen.

f. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid,tidak kelainan pada leher

g. Thorak

1. Paru - paru

I : simetris kiri dan kanan , tidak ada menggunakan otot bantu pernafasan, tidak menggunakan cuping hidung.

P : Pergerakan dinding dada teratur, trakttil fremitus sama, tidak ada oedem

Pk : Sonor

Aus : Irama pernafasan klien vesikuler , ronchi (-) , wheezing (-)

2. Jantung

I : Tidak ada palpitasi

P : Ictus cordis teraba di ICS ke V

Pk : Gallop

Aus : S1 S2 lup dup

h. Abdomen

I : Tidak ada lesi, ositaktrik tidak ada

P : Tidak ada oedem, atau masa, nyeri tekan tidak ada, nyeri lepas tidak ada, pembesaran hepar tidak ada

Aus : Bising usus normal 7 – 6 x/i

Pk : Tympani

i. Punggung

Tidak ada kelainan pada punggung, tidak terdapat lesi, tidak ikterik.

j. Ekstremitas

Anggota gerak An.A tidak ada mengalami kelemahan, tangan kiri An.A terpasang infus Kaen-1B 4 tts/i.

3.1.10 Pemeriksaan Saraf Otak

a. Pemeriksaan saraf I (N.Olfaktorius)/ penciuman

Tidak bisa dilakukan karena anak baru berumur 1,2 tahun. Pemeriksaan ini dilakukan pada anak mulai umur 5-6 tahun

b. Saraf II (N. Optikus)/ ketajaman penglihatan

An. A berespon jika diarahkan mainan di depannya, ada kontak mata An. A terhadap apa yang di peragakan.

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

Pergerakan bola mata simetris

d. Saraf V (N. Trigeminus)

Reflek kornea positif dimana pada saat pemeriksaan mata An. A berkedip

e. Saraf VII (N. Vasialis)

Pemeriksaan saraf vasialis tidak bisa dilakukan

f. Saraf VIII (N. Akustikus)

An. A tidak mengalami penurunan pendengaran.

g. Saraf IX (N. Glosofaringeus)/menelan

Tidak ada gangguan pada nervus IX. An. A mampu menelan dan membuka mulut

h. Saraf X (N. Vagus)

An. A terdengar ada menangis/bersuara

i. Saraf XI (N. Aksesorius)

Pemeriksaan ini tidak bisa dilakukan

j. Saraf XII (N. Hipoglosus)

Pemeriksaan nervus XII tidak bisa dilakukan

3.1.11 Pemeriksaan Reflek Patologis

a. Reflek babinski

Reflek babinski pada An. A normal dimana pada saat pemeriksaan kaki An. A mengalami ektensi dan jari jari mengembang

b. Reflek Hoffman

Reflek Hoffman pada anak normal

3.1.12 Tanda Ransangan Meningeal

a. Kaku Kuduk

Tidak ada kaku kuduk pada An. A

b. Perasat Brudzinski

Tidak ada tanda brudzisnki/normal

c. Perasat Kernig

Tidak ada kekakuan atau tahanan pada pemeriksaan ini

d. Tanda Tetani

Tidak ada kelaian dalam pemeriksaan ini

3.1.13 Pengukuran Lingkar Kepala

Tabel 3.1

Penambahan Lingkar Kepala

Tanggal	Ukuran Lingkar Kepala
19-6-2017	44,5 cm
20-6-2017	44,6 cm
21-6-2017	44,7 cm

3.1.14 Pemeriksaan Penunjang

a. Hematologi (17 Juni 2017)

- WBC : 67,91 x 10^3/ mm^3 (5,0 - 10,0)
- RBC : 6,00 x 10^6/ mm^3 (4,0 - 5,0)
- HGB :9,5,0 g/dl (12,0 - 14,0)
- HCT : 34,4 % (37,0 - 43,0)
- PLT : 0,56+ x 10^3/ mm^3 (150 - 400)

b. Kimia Klinik dan Serologi (17 Juni 2017)

- Natrium (Na^+) : 132,3 mg/dl (135 – 147)
- Kalium (K^+) : 4,60 mg/dl (3,5 – 5,5)
- Chlorida (Cl^-) : 90,6 mg/dl (95 – 107)
- Ph : 7,334 (7,37 - 7,44)
- PCO_2 : 36,0 mmHg (35 - 45)
- PO_2 : 26,9 mmHg (83 – 100)
- SO_2 % : 55,7 % (95 – 99)

3.1.15 Penatalaksanaan

Tabel 3.2

Penatalaksanaan

Nama Obat	Dosis	Golongan	Indikasi	Kontra Indikasi
Ampicilin	3x350mg	Antibiotic	- Mengobati infeksi yang disebabkan oleh bakteri - Mengobati infeksi jaringan lunak dan kuli, infeksi aluran kemih, infeksi salmonella dan shigela - Mengobati infeksi akibat enterococus seperti meningitis	Hipersensisitifitas pada ampicilindan antibiotic beta laktam lainnya seperti penisilin dan cephalosporin.
Diazepam	Bila kejang 1,5 mg	Anti konvulan	- Pengobatan jangka pendek pada insomnia, ansietas, kejang demam, panic - Menghilangkan kejang otot - Menangani gejala putus alcohol akut - Mengobati kejang - Mengobati ketergantungan	- hindari penggunaan pada wanita hamil dan ibu menyusui - hindari penggunaan pada insufieni pernafaan berat - - Hipersentitif terhadap diazepam

			diabenzopin - Mengobati statu epileptikus	
Dexametazone	3x1,5 mg	Kortikosteroid	- penyakit inflame akut - penyakit inflamasi pada kulit - penyakit inflamasi pada mata - penyakit inflamasi rematik sendi - penyakit asma bronchial - penyakit lupus eritromatosus - penyakit keganasan limpatik	- tidak boleh digunakan pada penderita TB - memiliki penyakit infeksi jamur - memiliki penyakit seperti herpes mata - memiliki penyakit tukak lambung
Kloramfenikol	4x125 mg	Antibiotic	- pengobatan demam tifus, paratifus - infeksi meningeal - rickettsia	- jangan gunakan obat ini untuk pengobatan influenza, batuk pilek dan faringitis

Ka eN 1 B	4tt/i	Cairan elektrolit, infuse, karbohidrat	- Menyalurkan atau mengganti cairan dan eektolit pada kondisi dehidrasi, pennyakit yang belum diketahui penyebabnya	- Hiponatremia, pasien dalam keadaan koma akibat insulin

3.1.16 Data Fokus

Tabel. 3.3

Data Fokus

Data Subjektif	Data Objektif
- Keluarga mengatakan An. A susah tidur - Keluarga mengatakan An. A kejang sebelum masuk rumah sakit - Keluarga mengatakan kejang selama 1 menit - Keluarga mengatakan cemas dengan kondisi An. A - Keluarga bertanya – tanya tentang penyakit yang diderita oleh An. A - Keluarga cemas tentang dampak penyakit dari An. A - Keluarga mengatakan an. A susah BAB - Keluarga mengatakan kepala An. A mulai membesar - Keluarga mengatakan An. A hanya menghabikan ¼ porsi makan dan kadang menghabiskan ½ porsi - Keluarga mengatakan An. A susah untuk makan	- Data Klinik : • Suhu : 36,4^0 C • Nadi : 80 x/i • RR : 20 x/i • Kesadaran : Composmentis - Konjungtiva anemis - Tampak kepala yang mulai memebesar - An. A tampak terbaring ditempat tidur dan lemas - Nutrisi : BMI = berat badan (kg) / Tinggi badan (m^2) =11/0,49 =22,4 (berat badan kutang) - BB/ TB : 11kg/ 70 cm - Obat-obatan yang diperoleh : • IVFD KA En 1B 4tt/i • Dexametazon 3x1.5 mg • Kloramfenikol 4x125 mg • Ampicilin 4x350 mg - Hematologi (7-6-2017) • WBC : 14,2 x 10^3/ mm^3 • HCT : 34,1 %

	• PLT : 511+ x 10^3/ mm^3 - Kimia Klinik dan Serologi (8-6-2017) • Natrium (Na^+) : 131,4 mg/dl • Chlorida (Cl^-) : 92,6 mg/dl (14-6-2017) • Ph : 7,463 • PO_2 : 27,8 mmHg • SO_2 % : 56,7 %

3.1.17 Analisa Data

Tabel 3.4

Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Problem
1.	**DS:** - Keluarga mengatakan kepala An. A membesar - Keluarga mengatakan An. A susah tidur - Keluarga mengatakan An. A kejang sebelum masuk rumah sakit - Keluarga mengatakan kejang selama 1 menit - Keluarga mengatakan an. A susah BAB - Keluarga mengatakan kepala An. A mulai membesar **DO** - Data Klinik : • Suhu : 36,3^0 C • Nadi : 86 x/i • RR : 26 x/i • Kesadaran : Composmentis - Tampak kepala yang mulai memebesar - An. A tampak terbaring	Gangguan aliran darah ke otak akibat peningkatan TIK	Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral)

	ditempat tidur dan lemas - Pemeriksaan labor • WBC : 67,91 x 10^3/ mm^3 • HCT : 34,4 % (37,0 - 43,0) • PLT : 0,56+ x 10^3/ mm^3 • Natrium (Na^+) : 132,3 mg/dl • Chlorida (Cl^-) : 90,6 mg/dl • Ph : 7,334 • PO_2 : 26,9 mmHg • SO_2 % : 55,7 % (95 – 99)		
2.	**DS** - Keluarga mengatakan An. A hanya menghabikan ¼ porsi makan dan kadang menghabiskan ½ porsi - Keluarga mengatakan An. A susah untuk makan **DO** - Data Klinik • Nadi : 86 x/i • RR : 26 x/i • Kesadaran Composmentis - Status Nutrisi : IMT =22,4 (berat badan kutang) - BB/ TB : 11 kg/ 70 cm - Hematologi • WBC : 67,91 x 10^3/ mm^3	Kurang asupan makan	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

	• HCT : 34,4 % (37,0 - 43,0) • PLT : 0,56+ x 10^3/ mm^3 - Kimia Klinik dan Serologi • Natrium (Na^+) : 132,3 mg/dl • Chlorida (Cl^-) : 90,6 mg/dl • Ph : 7,334 • PO_2 : 26,9 mmHg • SO_2 % : 55,7 % (95 – 99)		
3.	**DS** - Keluarga mengatakan An. A susah tidur - Keluarga mengatakan An. A kejang sebelum masuk rumah sakit - Keluarga mengatak kejang selama 1 menit - Keluarga mengatakan kepala An. A mulai membesar - Keluarga mengatakan An. A hanya menghabikan ¼ porsi makan dan kadang menghabiskan ½ porsi - Keluarga mengatakan An. A susah untuk makan **DO** - Data Klinik : • Suhu : 36,3^0 C • Nadi : 86 x/i		Resiko infeksi

	• RR : 26 x/i - Tampak kepala yang mulai memebesar - An. A tampak terbaring ditempat tidur dan lemas - Hematologi • WBC : 67,91 x 10^3/ mm^3 • HCT : 34,4 % (37,0 - 43,0) • PLT : 0,56+ x 10^3/ mm^3		

3.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN

3.2.11 Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral) b.d gangguan aliran darah ke otak akibat peningkatan TIK

3.2.12 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makan

3.2.13 Resiko Infeksi

3.3 INTERVENSI

Tabel 3.5

Intervensi Keperawatan

No.	Dignosa	NOC	NIC	Aktivitas
1.	Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral) b.d Gangguan aliran darah ke otak akibat peningkatan TIK	• **Circulasi status** • **Tissue preffusion : cerebral** Kriteria hasil - Tidak ada tanda tanda peningkatan tekanan intracranial - Tida ada sakit kepala - Tidak ada kelesuan - Tidak ada muntah - Tingkat kesadaran membaik	**Manajement sensasi perifer** **Manajement udem serebral**	g. Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul h. Monitor adanya paretese i. Instruksikan kepada keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi j. Monitor kemampuan BAB k. Monitor adanya tromboplebitis l. Kolaborasi pemberian analgetik k. Monitor tanda - tada vital l. Monitor adanya kebingungan, perubahan pikiran, pusing, pingsan

				m. Monitor status neurologis dengan ketat an bandingkan dengan nilai normal n. Monitor status pernapasan: frekuensi, irama, kedalaman pernapaan, PaO_2, PCO_2, pH. o. Kurangi stimulus dalam lingkungan pasien p. Sering percakapan dalam pendengaran pasien q. Posisikan tinggi kepala tempat tidur 30^0atau lebih r. Batasi cairan s. Dorong keluarga untuk bicara pada pasien t. Lakukan latihan rom pasif u. Pertahankan suhu normal v. Lakukan tindakan pencegahan terjadinya kejang w. Berikan anti kejang sesuai kebutuhan
2	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d	• Status nutrisi :asupan nutrisi • Nutritional status : food	**Manajemen nutrisi**	f. Kaji adanya alergi makanan g. Kolaborahi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah

	kurang asupan makan	and fluid • Intake • Weight control Kriteria hasil - Adanya peningkatan berat badan - Tidak ada tanda – tanda malnutrisi - Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dan menelan - Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	**Monitor nutrisi**	kaloridan nutrisi yang dibutuhkan oleh pasien h. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi i. Yakinkan diet ang dimakan mengandung tinggi serat j. Anjurkan makan sedikit tapi sering h. Berat badan pasien dalam batas normal i. Monitor adanya penurunan berat badan j. Monitor kulit kering k. Monitor turgor kulit l. Monitor mual muntah m. Monitor Hb dan kadar Ht n. Monitor pucat, konjungtiva
3.	**Reiko infeksi**	• **Status imun** • **Pengetahuan : mengontrol infeksi** • **Infeksi terkontrol** Kriteria hasil	**Control infeksi**	i. Batasi pengunjung j. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat kunjungan dan setelah kunjungan

		- Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi - Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulna infeksi - Jumlah leukosit dalam batas normal		k. Gunakan sabun antimikroba untuk mencuci tangan l. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan m. Monitor hitungan WBC n. Anjurkan masukan nutrisi yang cukup o. Ajarkan pada keluarga tanda dan gejala infeksi p. Ajarkan cara menghindari infeksi q. Kolaborasi terapi

3.4 IMPLEMENTASI

Tabel 3.7

Implementasi

No.	Diagnosa	Tanggal/jam	Implementasi	Paraf
Implementasi Hari Pertama (Senin 19 juni 2017)				
1.	Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral) b.d Gangguan aliran darah ke otak akibat peningkatan TIK	Senin 19 juni 2017 10.00 WIB	1. Mengukur tanda tanda vital (ND : 86 x/i RR :22x/I Sh :36,6 ^{o}c) 2. Memantau status kesadaran (kesadaran composmentis) 3. Memberikan O_2 ½ l/i 4. Melihat adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul (tidak ada gaerah tertentu yang peka hanya pada suatu ransangan) 5. Mengobservasi adanya paretese (Tidak ada kelemahan pada anggota gerak) 6. Menngajarkan kepada keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi 7. Menilai kemampuan BAB Keluarga mengatakan An. A sudah BAB 8. Mengobservasi penambahan lingkaran kepala	

		10.10 WIB 12.20 WIB 14.00 WIB	(lingkar kepala bertambah 1mm, kepala tampak menegang) 9. Mengobservasi adanya tromboplebitis (tidak terdapat tromboplebitis) 10. Mengobservasi adanya kebingungan, perubahan pikiran, pusing, pingsan 11. Memonitor status pernapasan: frekuensi, irama 12. Mengajarkan memposisikan tinggi kepala tempat tidur 30^0 atau lebih 13. Menganjurkan keluarga membatasi masukan cairan 14. Membatasi aktivitas 15. Memberikan diazepam sesuai kebutuhan,bila kejang 1,5 mg 16. Memberikan Ampicilin 1 x 1,5 mg 17. Memberikan Kloramfenikol 1 x 125 mg 18. Memberikan Dexametazon 1x 1,5 mg	
2.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d asupan makanan yang kurang	09.00 WIB 09.00 WIB 10.00 WIB 10.05 WIB- 14.00 WIB	1. Memantau adanya alergi makanan (Tidak ada alergi makanan) 2. Memberikan (Diet SF 75cc) 3. Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi 4. Menganjurkan makan sedikit tapi sering 5. Menganjurkan pemberian makan selagi hangat 6. Memonitor adanya penurunan berat badan (belum ada penurunan berat badan) 7. Memantau kulit kering	

			(kulit tidak kering) 8. Memantau turgor kulit (turgor kulit sedang) 9. Memonitor mual muntah Tidak ada mual muntah	
3.	Resiko infeksi	09.00 WIB 11.00 WIB 11.30 WIB	1. Membatasi pengunjung 2. Menginstruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat kunjungan dan setelah kunjungan 3. Menganjurkan menggunakan sabun antimikroba untuk mencuci tangan 4. Menganjurkan mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 5. Menjelaskan pada keluarga tanda dan gejala infeksi 6. Mengajarkan cara menghindari infeksi (Mengajarkan keluarga cuci tangan 6 langkah dan 5 moment) 7. Memberikan Ampicilin 1 x 1,5 mg 8. Memberikan Kloramfenikol 1 x 125 mg 9. Memberikan Dexametazon 1 x 1,5 mg	

No.	Diagnosa	Tanggal/jam	Implementasi
Implementasi Hari Kedua (Selasa 20 juni 2017)			
1.	Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral) b.d Gangguan aliran darah ke otak akibat peningkatan TIK	Selasa 20 Juni 2017 10.00 WIB	1. Mengukur tanda tanda vital (ND : 82 x/i RR :20x/I Sh :36,4 ^{o}c) 2. Memantau status kesadaran (kesadaran composmentis) 3. Memantau adanya paretese (Tidak ada kelemahan pada anggota gerak) 4. Mengajarkan memposisikan tinggi kepala tempat tidur 30^{0}atau lebih 5. Menganjurkan keluarga membatasi masukan cairan 6. Membatasi aktivitas 7. Memberikan diazepam sesuai kebutuhan,bila kejang 1,5 mg 8. Memberikan Ampicilin 1 x 1,5 mg 9. Memberikan Kloramfenikol 1 x 125 mg 10. Memberikan Dexametazon 1 x 1,5 mg
2.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d asupan makanan yang kurang	09.00 WIB 10.00 WIB	1. Memberikan (Diet SF 6x75cc) 2. Menganjurkan makan sedikit tapi sering 3. Menganjurkan pemberian makan selagi hangat 4. Memonitor adanya penurunan berat badan (belum ada penurunan berat badan)

		10.05 WIB- 14.00 WIB	5. Memantau kulit kering (kulit tidak kering) 6. Memantau turgor kulit (turgor kulit sedang) 7. Memonitor mual muntah Tidak ada mual muntah
3.	Resiko infeksi	09.00 WIB 11.00 WIB	1. Membatasi pengunjung 2. Menginstruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat kunjungan dan setelah kunjungan 3. Menganjurkan enggunakan sabun antimikroba untuk mencuci tangan 4. Menganjurkan mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 5. Memberikan Ampicilin 1 x 1,5 mg 6. Memberikan Kloramfenikol 1 x 125 mg 7. Memberikan Dexametazon 1 x 1,5 mg

No.	Diagnosa	Tanggal/jam	Implementasi
Implementasi Hari Ketiga (Rabu 21 juni 2017)			
1.	Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral) b.d Gangguan aliran darah ke otak akibat peningkatan TIK	Rabu 21 Juni 2017 10.00 WIB	1. Mengukur tanda tanda vital (ND : 80 x/i RR :20x/I Sh :36,1 ^{o}c) 2. Memberikan diazepam sesuai kebutuhan,bila kejang 1,5 mg 3. Memberikan Ampicilin 1 x 1,5 mg 4. Memberikan Kloramfenikol 1 x 125 mg 5. Memberikan Dexametazon 1 x 1,5 mg
2.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d asupan makanan yang kurang	09.00 WIB	1. Menganjurkan makan sedikit tapi sering 2. Menganjurkan pemberian makan selagi hangat 3. Memonitor adanya penurunan berat badan (belum ada penurunan berat badan) 4. Memonitor mual muntah Tidak ada mual muntah
3.	Resiko infeksi	09.00 WIB	1. Menginstruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat kunjungan dan setelah kunjungan 2. Menganjurkan menggunakan sabun antimikroba untuk mencuci tangan 3. Menganjurkan mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan

3.5 EVALUASI

Tabel 3.8

Catatan Perkembangan

DIAGNOSA	TANGGAL/JAM	EVALUASI (S O A P I E R)	PARAF
1.	**Senin, 19 juni 2017** **Dinas Pagi** **09.00 WIB**	**S :** - Keluarga mengatakan kepala An.A membesar - Keluarga mengatakan An.A rewel dan gelisah - Keluarga mengatakan An.A sering menangis O: - TTV ND :86 x/I RR: 22 x/i Suhu :36.6 ^{0}c - GCS : 15 (composmentis) - An. A tidak ada muntah - Tidak ada kejang - Kulit kepala nampak menegang A :	

	11.00 WIB **11.10 WIB** **11.15 WIB** **11.20 WIB** **11.25 WIB** **11.30 WIB** **13.30 WIB**	- Resiko ketidakefektifan erfusi jarang serebral P : - lanjutkan intervensi - Ukur tanda tanda vital - Ukur status kesadaran - Lihat adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul - Kaji adanya tromboplepitis - Anjurkan keluarga membatasi masukan cairan - Berikan terapi I : - Mengukur tanda tanda vital - Mengukur status kesadaran - Melihat adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul - Mengkaji adanya tromboplepitis - Menganjurkan keluarga membatasi masukan cairan - Memberikan terapi E : **S :** - Keluarga mengatakan kepala An.A membesar	

		- Keluarga mengatakan An.A rewel dan gelisah - Keluarga mengatakan An.A sering menangis O: - TTV ND :86 x/I RR: 22 x/i Suhu :36.6 ^{0}c - GCS : 15 (composmentis) - An. A tidak ada muntah - Tidak ada kejang - Kulit kepala nampak menegang A : - Masalah resiko ketidakefektifan erfusi jarang serebral belum teratasi P : - lanjutkan intervensi - Ukur tanda tanda vital - Ukur status kesadaran - Lihat adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul	

		- Kaji adanya tromboplepitis - Anjurkan keluarga membatasi masukan cairan - Berikan Ampiccilin 1 x 1,5 mg - Berikan Kloramfenikol 1 x 125 mg - Berikan Dexametason 1 x 1,5 mg	
2.	**09. 00 WIB** **12.00 WIB** **12.05 WIB** **12.10 WIB**	**S :** - Keluarga mengatakan An. A tidak nafsu makan - Keluarga mengatakan An. A tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan O : - An.A tanpak rewel dan gelisah - An. A tampak tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan A : - Ketidakseimbangan nutrisi P : - Lanjutkan intervensi I :	

	12.20 WIB **12.30 WIB**	- Menganjurkan makan sedikit tapi sering - Menganjurkan pemberian makan selagi hangat - Memonitor adanya penurunan berat badan - Memantau kulit kering - Memantau turgor kulit - Memonitor mual muntah - E : **S :** - Keluarga mengatakan An. A tidak nafsu makan - Keluarga mengatakan An. A tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan O : - An.A tanpak rewel dan gelisah - An. A tampak tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan A : - Masalah ketidakseimbangan nutrisi belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi	

3.	**09.00 WIB** **11.00 WIB** **11.10 WIB** **11.20 WIB** **12.00 WIB**	**S** : - Keluarga mengatakan anak tidak demam O : - TTV : N : 86 x/I RR : 22 x/I S : 36.6 ^{0}c - Anak tidak demam - (WBC : 67,9 x10 ^{3}/mm^{3}) A : - Masalah resiko infeksi terkendalikan P : - Membatasi pengunjung - Anjurkan mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakann keperawatan - Anjurkan masukan nutrisi yang cukup - Ajarkan cara menghindarkan infeksi I : - Membatasi pengunjung - Menganjurkan memberikan nutrisi yang cukup - Mengajarkan cara menghindaarkan infeksi - Memberikan Ampicillin 350 mg E :	

		S : - Keluarga mengatakan anak tidak demam O : - TTV : N : 86 x/I RR : 22 x/I S : 36.6 ^{0}c - Anak tidak demam A : - Masalah resiko infeksi terkendalikan P : - Membatasi pengunjung - Anjurkan mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakann keperawatan	

DIAGNOSA	TANGGAL/JAM	EVALUASI (S O A P I E R)
1.	**Selasa, 20 juni 2017** **Dinas Pagi** **07.30 WIB**	**S :** - Keluarga mengatakan kepala An.A membesar - Keluarga mengatakan An.A rewel dan gelisah O: - TTV ND :84 x/I RR: 20 x/i Suhu :36.4^{0}c - An. A tidak ada muntah - Tidak ada kejang - Kulit kepala nampak menegang A : - Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral P : - lanjutkan intervensi - Ukur tanda tanda vital - Ukur status kesadaran - Anjurkan keluarga membatasi masukan cairan

	10.19 WIB **10.20 WIB** **12.00 WIB**	- Berikan Ampiccilin 1 x 1,5 mg - Berikan Kloramfenikol 1 x 125 mg - Berikan Dexametason 1 x 1,5 mg I : - Mengukur tanda tanda vital - Mengukur status kesadaran - Menganjurkan keluarga membatasi masukan cairan - Memberikan terapi E : **S :** - Keluarga mengatakan kepala An.A membesar - Keluarga mengatakan An.A rewel dan gelisah O: - TTV ND :84 x/I RR: 20 x/i Suhu :36.4^{0}c - An. A tidak ada muntah - Tidak ada kejang

		A : - Masalah resiko ketidakefektifan erfusi jarang serebral teratasi sebagian P : - lanjutkan intervensi
2.	**07.30 WIB** **10.10 WIB** **10.20 WIB** **10.25 WIB**	**S :** - Keluarga mengatakan An. A tidak nafsu makan - Keluarga mengatakan An. A tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan O : - An.A tanpak rewel dan gelisah - An. A tampak tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan A : - Masalah ketidakseimbangan nutrisiteratasi sebagian P : - Lanjutkan intervensi I : - Menganjurkan makan sedikit tapi sering - Menganjurkan pemberian makan selagi hangat - Memonitor adanya penurunan berat badan

		- Memantau kulit kering - Memantau turgr kulit - Memonitor mual muntah E : **S :** - Keluarga mengatakan An. A tidak nafsu makan - Keluarga mengatakan An. A tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan O : - An.A tanpak rewel dan gelisah - An. A tampak tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan A : Ketidakseimbangan nutrisi P : - Lanjutkan intervensi
3.	**07.30 WIB**	**S** : - Keluarga mengatakan anak tidak demam O : - TTV : N : 86 x/I RR : 22 x/I S : 36.6 ^{0}c - Anak tidak demam

		- (WBC : 67,9 x10 ^{3}/mm^{3}) A : - Masalah resiko infeksi terkendalikan P : - Membatasi pengunjung - Anjrukan mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakann keperawatan - Anjurkan memberikan masukan nutrisi yang cukup - Ajarkan cara menghindarkan infeksi
	09.30 WIB **10.00 WIB**	I : - Membatasi pengunjung - Menganjurkan mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan - Menganjurkan memberikan nutrisi yang cukup - Mengajarkan cara menghindaarkan infeksi E : **S** : - Keluarga mengatakan anak tidak demam O : - TTV : N : 86 x/I RR : 22 x/I S : 36.6 ^{0}c - Anak tidak demam - (WBC : 67,9 x10 ^{3}/mm^{3})

		A : - Masalah resiko infeksi terkendalikan P : - Membatasi pengunjung - Anjurkan mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakann keperawatan - Anjurkan masukan nutrisi yang cukup - Ajarkan cara menghindarkan infeksi

DIAGNOSA	TANGGAL/JAM	EVALUASI (S O A P I E R)
1.	**Rabu, 21 juni 2017** **Dinas Pagi** **07.30 WIB**	**S :** - Keluarga mengatakan kepala An.A membesar O: - TTV ND :84 x/I RR: 20 x/i Suhu :36.4^{0}c - An. A tidak ada muntah - Tidak ada kejang - Kulit kepala nampak menegang A : - Masalah resiko ketidakefektifan erfusi jarang serebral terkendalikan P : - Intervensi dihentikan I : - Intervensi dihentikan E :

		S : - Keluarga mengatakan kepala An.A membesar O: - TTV ND :84 x/I RR: 20 x/i Suhu :36.4^{0}c - An. A tidak ada muntah - Tidak ada kejang - Kulit kepala nampak menegang A : - Masalah resiko ketidakefektifan erfusi jarang serebral terkendalikan P : - Intervensi dihentikan
2.	**07.30 WIB**	**S :** - Keluarga mengatakan An. A sudah nafsu makan O : - An. A tampak tidak menghabiskan setengah porsi makan yang diberikan

		A : - Masalah ketidakseimbangan nutrisiterkendalikan P : - Intervensi dihentikan I : - Intervensi dihentikan E : **S :** - Keluarga mengatakan An. A sudah nafsu makan O : - An. A tampak tidak menghabiskan setengah porsi makan yang diberikan A : - Masalah ketidakseimbangan nutrisiterkendalikan P : - Intervensi dihentikan
3.	**07.30 WIB**	**S** : - Keluarga mengatakan anak tidak demam

		O : - TTV : N : 82 x/I RR : 20 x/I S : 36.1^{0}c - Anak tidak demam A : - Masalah resiko infeksi terkendalikan P : - Intervensi dihentikan I : - Intervensi dihentikan E : **S** : - Keluarga mengatakan anak tidak demam O : - TTV : N : 82 x/I RR : 20 x/I S : 36.1^{0}c - Anak tidak demam A : - Masalah resiko infeksi terkendalikan P : - Intervensi dihentikan

BAB IV

PEMBAHASAN

Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada An. A dengan Hidrosefalus di Ruangan Anak RSUD. Dr Achmad Mochtar Bukittinggi pada tanggal 19 Juni 2017 sampai 21 Juni 2017 ada beberapa hal yang perlu dibahas dan diperhatikan. Dalam penerapan asuhan keperawatan tersebut penulis telah berusaha mencoba menerapkan asuhan keperawatan pada An. A 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.

4.1 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.

4.1.1 Riwayat kesehatan sekarang

Dalam tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus tidak ada terdapat kesenjangan pada saat dilakukan pengakajian yaitu pasien mengalami gejala utama yaitu anak mengalami pembesaran kepala, GCS : 15 (composmentis), pasien meengalami kejang,

4.1.2 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. Faktor yang mendukung adalah saat hamil ibu rajin memeriksakan kandungannya dan rajin minum vitamin

4.1.3 Riwayat kesehatan keluarga

Terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus dimana pasien ttidak ada riwayat keturunan penyakit hidrosefalus. Faktor penyebabnya adalah keluarga klien termasuk keluarga yang rajin melakukan pemeriksaan kesehatan

4.1.4 Pemeriksaan fisik

Dalam melakukan pemeriksaan fisik pada An. A penulis banyak mengalami hambatan karena tidak semua pemeriksaan fisik pada klien dapat dilakukan karena An.A rewel dan gelisah 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.A tidak didapatkan kelainan.

4.2 DIAGNOSA 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 teeoritis, ditemukan 6 diagnosa keperawatan pada klien dengan kasus ini sedangakan pada tinjauan kasus, saat dikaji ditemukan 3 diagnosa keperaawatan diagnosa yang muncul pada tinjauan kasus adalah :

a. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral)

   Hidrosefalus adalah kelainan patologis otak yang mengakibatkan bertambahnya cairan serebrospinal dengan atau pernah dengan tekanan intrakranial yang meninggi, sehingga terdapat pelebaran ventrikel. Pelebaran ventrikuler ini akibat ketidakseimbangan

antara produksi dan absorbsi cairan serebrospinal. Hidrosefalus selalu bersifat sekunder, sebagai akibat penyakit atau kerusakan otak. Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan keluhan yang sama sesuai dengan teoritis.

b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makan

   Pada saat dilakukan pengkajian keluarga mengatakan klien tidak nafsu makan sejak 3 hari yang lalu. Dan pada saat dilakukan penimbangan berat badan didapatkan berat badan anak 11 kg, berat badan ini tidak normal untuk anak berusia 1,5 tahun.

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

   Timbul perlekatan menings sehingga terjadi obliterasi ruang subarachnoid. Pelebaran ventrikel pada fase akut meningitis purulenta terjadi bila aliran CSS terganggu oleh obstruksi mekanik eksudat purulen di akuaduktus Sylvius atau sisterna basalis. Pembesaran kepala dapat terjadi beberapa minggu sampai beberapa bulan sesudah sembuh dari meningitisnya. Secara patologis terlihat penebalan jaringan piamater dan arakhnoid sekitar sisterna basalis dan daerah lain. Pada meningitis serosa tuberkulosa, perlekatan meningen terutama terdapat di daerah basal

sekitar sisterna kiasmatika dan interpendunkularis, sedangkan pada meningitis purulenta lokasinya lebih tersebar.

4.3 INTERVENSI

Menurut (Potter Dan Perry , 2000) implementasi keperawatan adalah suatu serangakaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kedalam suatu kasus kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.Setelah rencana tidakan di tetapakan maka dilanjutkan dengan melakukan rencana dalam bentuk nyata, sebelum diterapkan padaa klien terlebih dahulu melakukan pendekatan pada klien dan keluarga klien agar tindakan yang akan diberikan dapat disetujui klien dan keluarga klien, sehingga seluruh rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

Diagnosa pertama yaitu :Mengukur tanda tanda vital (N : 86 x/i RR :22x/I S:36,6 ^{o}c), Mengukur status kesadaran (kesadaran samnolen GCS = 15 E:6, M:4, V:5), 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 (Tidak ada kelemahan pada anggota gerak), Menginstruksikan kepada keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi, Mengevaluasi kemampuan BAB Keluarga mengatakan An. A sudah

BAB, Memantau penambahan lingkaran kepala (lingkar kepala bertambah 1mm, kepala Nampak menegang), Mengobservasi adanya tromboplebitis (tidak terdapat tromboplebitis), Mengkaji adanya kebingungan, perubahan pikiran, pusing, pingsan, Monitor status pernapasan: frekuensi, irama(pernafasan teratur, 22 x/I), Mengajarkan memposisikan tinggi kepala tempat tidur 30^0 atau lebih, Menganjurkan keluarga membatasi masukan cairan, Mempertahankan suhu normal, Berikan diazepam sesuai kebutuhan,bila kejang, Kolaborasi terapi Ampicilin 350 mg .

Diagnosa kedua yaitu : Menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering,Menganjurkan pasien makan selagi hangat.

Diagnosa ketiga yaitu : Membatasi pengunjung, Menginstruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat kunjungan dan setelah kunjungan, Menggunakan sabun antimikroba untuk mencuci tangan , Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, Mengkaji hitungan WBC (WBC: 67,9 x 10^3/ mm^3), Menganjurkan masukan nutrisi yang cukup, Mengajarkan pada keluarga tanda dan gejala infeksi, Ajarkan cara menghindari infeksi (Mengajarkan keluarga cuci tangan 6 langkah) , Kolaborasi terapi Ampicilin 1,5 mg , Kloramfenikol 125 mg, Dexametazon 1,5 mg

4.4 IMPLEMENTASI

Menurut (Potter Dan Perry , 2000) implementasi keperawatan adalah suatu serangakaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kedalam suatu kasus kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

Setelah rencana tidakan di tetapakan maka dilanjutkan dengan melakukan rencana dalam bentuk nyata, sebelum diterapkan padaa klien terlebih dahulu melakukan pendekatan pada klien dan keluarga klien agar tindakan yang akan diberikan dapat disetujui klien dan keluarga klien, sehingga seluruh rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

Diagnosa pertama yaitu :Mengukur tanda tanda vital (N : 86 x/i RR :22x/I S:36,6 ^{o}c), Mengukur status kesadaran (kesadaran samnolen GCS = 15 E:6, M:4, V:5), 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 (Tidak ada kelemahan pada anggota gerak), Menginstruksikan kepada keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi, Mengevaluasi kemampuan BAB Keluarga mengatakan An. A sudah BAB, Memantau penambahan lingkaran kepala (lingkar kepala bertambah 1mm, kepala Nampak menegang), Mengobservasi adanya tromboplebitis (tidak terdapat tromboplebitis), Mengkaji adanya kebingungan, perubahan pikiran, pusing, pingsan, Monitor status

pernapasan: frekuensi, irama(pernafasan teratur, 22 x/I), Mengajarkan memposisikan tinggi kepala tempat tidur 30^0 atau lebih, Menganjurkan keluarga membatasi masukan cairan, Mempertahankan suhu normal, Berikan diazepam sesuai kebutuhan,bila kejang, Kolaborasi terapi Ampicilin 350 mg .

Diagnosa kedua yaitu : Menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering,Menganjurkan pasien makan selagi hangat.

Diagnosa ketiga yaitu : Membatasi pengunjung, Menginstruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat kunjungan dan setelah kunjungan, Menggunakan sabun antimikroba untuk mencuci tangan , Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, Mengkaji hitungan WBC (WBC: 67,9 x 10^3/ mm^3), Menganjurkan masukan nutrisi yang cukup, Mengajarkan pada keluarga tanda dan gejala infeksi, Ajarkan cara menghindari infeksi (Mengajarkan keluarga cuci tangan 6 langkah) , Kolaborasi terapi Ampicilin 1,5 mg , Kloramfenikol 125 mg, Dexametazon 1,5 mg

Dalam melakukan rencana tindakan keperawatan penulis menemukan sedikit kesulitan karena klien rewel dan gelisah, namun kesulitan itu bisa segera teratasi disebabkan karena :

a) Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan tindakan asuhan keperawatan

b) Pendekatan yang dilakukan baik sehingga keluarga merasa percaya sehinnga memudahkan penulis dalam melakukan tindakan keperawatan pada klien.

c) Adanya kerja sama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan sehingga penulis mendapat bantuan dalam melakukan tindakan keperawatan

4.5 EVALUASI

Dari tiga diagnosa keperawatan yang penulis tegakan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalm melakukan studi kasu dan melakukan asuhan keperawatan kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal, maka dari itu dalam melakukan asuahan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainya.

BAB V

PENUTUP

4.6 KESIMPULAN

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.

Klasifikasi hidrrosefalus patologi dapat dikelompokan sebagai, obstriktif (non – communicating) dan non – obstriktif (communicating).

Etiologi dari hidrosefalus penymbatan aliran CSS yang sering terdapat pada bayi yaitu kelainan bawaan , infeksi, neoplasma dan perdarahan.

Manifestasi klinis dari hindrosefalus yaitu mata juling, sakit kepala, pupil edema, espon terhadap cahaya lambat dan tidak sama.

Pemeriksaan diagnostic yang sudah dilakukan yaitu CT – Scan kepala dan tindakan operasi.

Komplikasi dari hidrosefalus yaitu peningkatan tekanan dalam otak intra cranial, kerusakan otak, penurunan IQ, keterlambatan perkembangan kognitif, psikososial dan fisik, infeksi.

Merawat anak hidrosefalus bukanlah sebuah perkara yang mudah. Untuk mengoptimalkan tumbuh kembang anak, maka perlu ada perlakuan dan perhatian khusus dari orangtua. Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan agar anak hidrosefalus tidak 'tertinggal' terlalu jauh dibanding anak seusianya.

Hal pertama dan utama yang harus dilakukan adalah mengetahui penyebab pasti dari hidrosefalus tersebut. Sebab, hidrosefalus bisa disebabkan oleh beberapa hal, antara lain karena bawaan, infeksi di otak, atau akibat tumor. Baru bisa mengambil langkah yang sesuai untuk merawat anak hidrosefalus di rumah.Prinsip utama lain yang perlu diperhatikan adalah anak harus tetap belajar. Tetapi akibat terdapat cairan di otak anak yang tidak bisa mengalir ke sumsum tulang belakang dengan baik, maka membuat kepala anak tersebut membesar dan menekan bagian otaknya. Sehingga kemungkinan bagi otak dapat tumbuh dan berkembang menjadi lebih sulit.

Dalam melakukan pengkajian pada klien data didapatkan dari klien beserta keluarga, catatan medis serta tenaga kesehatan lainnya.

Pada tinjauan teeoritis, ditemukan 6 diagnosa keperawatan pada klien dengan kasus ini sedangakan pada tinjauan kasus, saat dikaji ditemukan 3 diagnosa keperaawatan diagnosa yang muncul pada tinjauan kasus adalah :

d. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral)
e. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makan
f. Resiko infeksi b.d penumpukan cairan di otak (serebral)

Intervensi keperawatan adalah suatu serangakaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kedalam suatu kasus kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.Setelah rencana tidakan di tetapakan maka dilanjutkan dengan melakukan rencana dalam bentuk nyata, sebelum diterapkan padaa klien terlebih dahulu melakukan pendekatan pada klien dan keluarga klien agar tindakan yang akan diberikan dapat disetujui klien dan keluarga klien, sehingga seluruh rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

Setelah rencana tidakan di tetapakan maka dilanjutkan dengan melakukan rencana dalam bentuk nyata, sebelum diterapkan padaa klien terlebih dahulu melakukan pendekatan pada klien dan keluarga klien agar tindakan yang akan diberikan dapat disetujui klien dan keluarga klien, sehingga seluruh rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

Dari tiga diagnosa keperawatan yang penulis tegakan 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 asuahan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainya.

4.7 SARAN

4.7.1 Sebaiknya rumah sakit dapat memberikan asuhan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan secara komprehensif khususnya pada anak hidrosefalus

4.7.2 Sebaaiknya perawat dapat berfikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya pada anak dengan hidrosefalus

4.7.3 Sebaiknya institusi pendidikan memberikan lebih banyak referensi untuk menunjang proses pembelajaran khususnya tentang hidrosefalus

4.7.4 Sebaiknya pasien dan keluarga meningkatkan pengetahuan tentang hidrosefalus dan cara mengatasinya

4.7.5 Semoga Karya Tulis Ilmiah yang penulis susun dapat dimanfaatkan secara maksimal, sehingga dapat memabantu proses pembelajaran, dan dapat mengefektifkan kemandirian dan kreatifitas mahasiswa.

DAFTAR PUSTAKA

Darsono dan Himpunan dokter spesialis saraf indonesia dengan UGM. 2005 *BukuAjar Neurologi Klinis.* Yogyakarta: UGM Press.

Nining wiyati, dkk 2008. *Asuhan Kebidanan Pada ibu bersalin Cetakan ketiga*. Yogyakarta : Fitramaya.

Price, Sylvia A. Wilson dkk, 2005. *Patofisiologi, Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*. Ed 6. Jakarta; EGC; 2005

Ropper, Allan H. And Robert H. Brown. 2005. *Adams And Victor'sPrinciples Of Neurology*: Eigh Edition. USA. Suharso Darto, 2009, Pedoman Diagnosis dan Terapi, F.K. Universitas Airlangga Surabaya.

Sjamsuhidajat. R, Jong WD, *Hidrosefalus* ini Buku Ajar Ilmu Bedah, Edisi 2, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta, 2004. halaman 808-811.

Wong...[et.al]. 2008. Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Wong. Alih bahasa : Agus Sutarna, Neti.Juniarti, H.Y. Kuncoro. Editor edisi bahasa Indonesia : Egi Komara Yudha....[et al.].Edisi 6.Jakarta : EGC

Apriyanto1, Rhonaz Putra Agung2, Fadillah Sari 3. 2013. *Hidrosefalus Pada Anak*1 Dokter Spesialis Bedah Saraf RSUD Raden Mattaher, Jambi.*JMJ, Volume1, Nomor 1, Mei 2013, Hal: 61 – 67*

Johnson, M, et all. 2002. *Nursing Outcomes Classification (NOC)* Second Edition. Mosby: IOWA Intervention Project

Mc Closky, C. J, et all. 2002. Nursing *Interventions Classification (NIC)* Second Edition. Mosby: IOWA Intervention Project

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

LEMBAR KONSULTASI/BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : **DELILA FUJI SATRIA**
NIM : 14103084015407
Jurusan : D III KEPERAWATAN
Pembimbing : NS. ENDRA AMALIA, M.Kep
Judul KTI : **Asuhan Keperawatan Pada An.A Dengan Hidrosefalus Di Ruangan Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi**

Bbg Ke :	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pbbg
I	Selasa / 11 Juli 2017	perbaiki Bab I, II sesuai saran !	
II	Kamis / 13 Juli 2017	perbaiki Bab I, II, III sesuai saran !	
III	Senin / 17 juli 2017	perbaiki latar belkg dengan Bab 2 sesuai saran !	
IV	Selasa / 18 Juli 2017	perbaiki bab 3 sesuai saran !	
V	Rabu / 18 Juli 2017	perbaiki sesuai saran	
VI			

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

NAMA MAHASISWA : Delila Fuji Satria

NIM : 1410308901540 7

RUANGAN : R. ANAK, RSUD dr. Ahmad Mochtar

JUDUL STUDI KASUS : Asuhan Keperawatan Pada An. X dengan Hidrosefalus di Ruangan Anak, RSUD dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi

NO	HARI/TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
1.	Senin / 19-06-2017	07.00		13.00		
2.	Selasa / 20-06-2017	08.00		13.00		
3.	Rabu / 21-06-2017	08.00		13.00		

Bukittinggi, 21-06 2017

Ka Ruangan

(.....)

Preceptor

(.....)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Penulis

Nama	:	**Delila Fuji Satria**
Tempat / Tanggal Lahir	:	**Duri, 04 Desember 1996**
Alamat	:	**Mungka, Payakumbuh**

II. Nama Orang Tua

Ayah	:	**Satria Hirman**
Ibu	:	**Yanti Lela**

III. Pendidikan

❖ **SDN 02 Mungka**	:	**2003 - 2009**
❖ **MTsN Padang Japang**	:	**2009 - 2011**
❖ **SMA 1 Kec.Guguak**	:	**2011 - 2014**
❖ **STIKes Perintis Padang**	:	**2014 - 2017**