

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS**

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



**OLEH :
RISKA KURNIA
NIM : 14103084015425**

**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**

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



**OLEH :
RISKA KURNIA
NIM : 14103084015425**

**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**

RISKA KURNIA¹, ENDRA AMALIA²

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan STIKes Perintis Padang
Program Studi D III Keperawatan
Email : riska.kurnia@gmail.com**

ABSTRAK

Hidrosefalus merupakan penumpukan CSS yang secara aktif dan berlebihan pada satu atau lebih ventrikel. Biasanya disebabkan oleh penyumbatan aliran CSS yang sering terdapat pada bayi dan anak yaitu kelainan bawaan, infeksi, neoplasma dan perdarahan. Tujuan dari penulisan laporan ini adalah mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Klien An. A Dengan Hidrosefalus Di Ruang Rawat Inap Anak RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017. Hasil laporan kasus ditemukan data pada An. A yaitu keluarga mengatakan kepala An. A mengalami pembesaran, Tampak udem pada mata kanan kaku pada kaki, tampak kesulitan melihat keatas. Tampak mengalami penurunan kesadaran. Hasil pengkajian tersebut di dapatkan masalah keperawatan pada An. A adalah resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan gangguan aliran darah ke otak akibat peningkatan TIK, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, Resiko infeksi berhubungan dengan penumpukan cairan di otak. Berdasarkan masalah keperawatan di atas maka disusunlah rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan serta evaluasi yang mengacu pada tujuan dan criteria hasil. Oleh karena itu disarankan kepada instasi rumah sakit untuk melakukan pengkajian, perencanaan, tindakan, dan evaluasi secara tepat dan benar.

Kata kunci : Hidrosefalus

Daftar bacaan : 13 (2005 – 2017)

**NURSING INSTITUTION IN CLIENTS An. A WITH
HIDROSEFALUS DIRUANGAN INTERIOR BROWS
RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI
YEAR 2017**

RISKA KURNIA¹, ENDRA AMALIA²

**College of Health Sciences STIKesPerintis Padang
Study Program D III Nursing
Email: riska.kurnia@gmail.com**

ABSTRACT

Hydrocephalus is the active and excessive cumulation of CSS in one or more ventricles. It is usually caused by blockage of CSS flow that is common in infants and children, namely congenital abnormalities, infections, neoplasms and bleeding. The purpose of writing this report is able to perform Nursing Care At Client An.A With Hydrocephalus In-Room Inpatient RSUD Dr. AchmadMochtarBukittinggi Year 2017. The results of case reports found data on An. Aie the family says the head of An. A experiencing enlargement, Looks udem in the right eye stiff on the foot, looks difficult to look up. Seemed to have decreased awareness. The result of this study is got nursing problem at An. A is a risk of perfusion ineffective brain tissue associated with impaired blood flow to the brain due to increased ICT, Gannguan physical mobility associated with neuromuscular disorders, The risk of infection associated with fluid buildup in the brain. Based on the above nursing problem, the plan is prepared and implement the nursing action and evaluation which refers to the objective and the criteria of the result. It is therefore recommended to the hospital institu-tion to conduct a proper, correct assessment,planning,action and evaluation.

Keywords:Hydrocephalus, nursing care, client
Reading List: 13 (2005 - 2017)

LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : Riska Kurnia
NIM : 14103084015425
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada An.A dengan Hidrosefalus
Diruang Rawat Inap Anak RSUD dr.Achmad
Mochtar Bukittinggi Tahun 2017

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

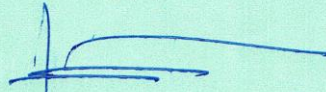
LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : Riska Kurnia
NIM : 14103084015425
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada An.A dengan Hidrosefalus
Diruang Rawat Inap Anak RSUD dr.Achmad Mochtar
Bukittinggi Tahun 2017

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

KATA PENGANTAR



Assalamu 'laikum Warahmatullahi Wabarakatu

Segala Puji Syukur bagi Sang Kholik yang telah memberikan rahmat dan hidayahnya yang telah dilimpahkan sebagai sumber kekuatan hati dan peneguhan imam sampai akhirnya penulis dapat menyelesaikan Penyusunan Laporan Ujian Hasil Pengamatan 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 Pengamatan Kasus.

Sholawat berangkaikan salam jugaa 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 gelar Amd. 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 karna itu penulis mengucapkan banyak terimakasih terutama kepada yth. Ibu Ns. Endra Amalia, M.Kep Dan ibuk Ns. Tisnawati S.Kep Kepala Ruangan Rawat Inap Anak

RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Sumatera Barat selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya dengan penuh perhatian memberi arahan, petunjuk dan bimbingan sehingga Karya Tulis Ilmiah dapat terselesaikan. Seterusnya ucapan terima kasih saya yang sebesar – besarnya kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri,S.Kp,M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang
2. Ibu Ns. Endra Amalia,M.Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang
3. Kepada Direktur RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi yang telah memberikan izin untuk melakukan studi kasus ini, beserta staf yang memberi izin dalam pengambilan data yang penulis butuhkan
4. Ibuk Ns. Yuli Permata Sari,M.Kep selaku Pembimbing Akademik yang telah banyak 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, adekku 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 kepada uda , insomiad sperm, missayo, serta 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 untuk penulisan – 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.....3

3. Bagi Pendidikan.....4

4. Bagi Pasien Dan Keluarga.....4

BAB II TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep dasar tumbuh kembang pada anak

a. Defenisi5

b. Faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang.....5

c. Ciri proses tumbuh kembang.....8

d. Tahap – tahap tumbuh kembang pada anak.....9

e. Perkembangan psikososial.....12

f. Perkembangan biologis.....13

B. Konsep dasar

1. Defenisi Hidrosefalus.....14

2. Klasifikasi.....16

3. Anatomi Dan Fisiologi Aliran CSS.....17

4. Etiologi.....18

5. Patofisiologi / WOC.....21

6. Manifestasi Klinis.....	25
7. Pemeriksaan Diagnostik.....	28
8. Penatalaksanaan.....	29
9. Komplikasi.....	33
C. Asuhan Keperawatan Dengan Hidrosefalus	
1. Pengkajian.....	34
2. Diagnose.....	43
3. Intervensi.....	44

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian	
1. IdentitasKlien.....	49
2. Keluhan Utama.....	50
3. Riwayat Kesehtan.....	50
4. Riwayat Kesehatan Lingkungan.....	51
5. Riwayat Psikososial.....	52
6. Riwayaat Kehamilan Dan Kelahiran.....	52
7. Riwayat Tumbuh Kembang.....	52
8. Pemeriksaan Fisik.....	53
9. Imunisasi.....	56
10. Pola Kebiasaan Sehari – Hari.....	56
11. Pemeriksaan Sraf Otak.....	59
12. Pemeriksaan Reflek Patologik.....	60
13. Tanda Ransangan Meningeal.....	60
14. Pemeriksaan Tumbuh Kembang.....	60
15. Pemeriksaan Penunjang.....	61
16. Penatalaksanaan.....	62
17. Data Focus.....	64
18. Analisa Data.....	67
B. Dianosa.....	71
C. Intervensi.....	72
D. Implementasi.....	75
E. Evaluasi.....	81

BA IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian.....	97
B. Diagnosa.....	99
C. Intervensi.....	101
D. Implementasi.....	102
E. Evaluasi.....	104

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan.....	106
B. Saran.....	106

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 : Gambar Hidrosefalu.....	5
Gamabr 2.2 : Anatomi Aliran Cairan Serebrospinal.....	8

DAFTAR TABEL

Tabel Intervensi.....	33
Tabel Penambahan Lingkar Kepala.....	48
Tabel Penatalaksanaan.....	51
Tabel Analisa Data.....	56
Tabel Intervensi.....	61
Tabel Implementasi.....	64
Tabel Evaluasi.....	70

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Lembaran Konsul

Lampiran II Absensi

BAB 1

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Menurut (Apriyanto 2013) 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.

Menurut (Darsono,2005:2011) 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 amerika serikat angka kejadian hidrosefalus mencapai 0,5 – 4 1000 kelahiran, sedangkan di Indonesia sendiri prevalensi hidrosefalus mencapai 10 per mil pertahun, sumber lain menyebutkan insiden hidrosefalus di Indonesia mencapai 0,2 – 4 setiap 1000 kelahiran. Di RSUP Fatmawati selama 3 bulan dari bulan januari – maret 2013 adalah sebanyak 22 kasus.

Insiden hidrosefalus antara 0,2 – 4 setiap 1000 kelahiran. Insidensi hidrosefalus kongenital adalah 0,5 – 1,8 pada setiap 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 infatil : 46% adalah akibat abnormalitas perkembangan otak, 50% karena perdarahan subaraknoid dan meningitis, dan kurang dari 4% akibat tumor fossa posterior.

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).

Sedangkan di rumah sakit RSUD Dr. Achmad Mochtr Bukittinggi Pada saat pengambilan 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 sebanyak 3 orang.

Berdasarkan latar belakang tersebut , maka penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang akan dituangkan dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ **Asuhan Keperawatan Pada An. A Dengan Hidrosefalus Di Ruang Anak Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi** “

B. TUJUAN

1. Tujuan umum

Mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada An. Aa Dengan Kasus Hidrosefalus Di Ruang Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Pada Tahun 2017.

2. Tujuan khusus

- a. Mampu mengetahui konsep teori dari asuhan keperawatan tentang di ruang anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tentang hidrosefalus tahun 2017.
- b. Mampu melaksanakan asuhan keperawatan di ruang RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tentang hidrosefalus Pada Tahun 2017.
- c. Mampu mendokumentasikan Asuhan Keperawatan di ruang anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dengan hidrosefalus pada Tahun 2017.

C. MANFAAT

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.

2. Bagi Perawat

Mampu memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif kepada pasien penderita dengan Hidrosefalus . melatih berfikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan , khususnya pada pasien dengan Hidrosefalus.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Digunakan sebagai referensi di dalam institusi pendidikan.

4. Bagi pasien dan keluarga

Pasien dan keluarga mendapatkan informasi dan pengetahuan tentang cara mengatasi Hidrosefalus

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

A. KONSEP DASAR TAHAP TUMBUH KEMBANG PADA ANAK

1. Konsep Tumbuh Kembang Pada Anak

a. Defenisi

Menurut (Supartini, 2000).²Pertumbuhan (growth) adalah merupakan peningkatan jumlah dan besar sel di seluruh bagian tubuh selama sel-sel tersebut membelah diri dan mensintesis protein-protein baru, menghasilkan penambahan jumlah dan berat secara keseluruhan atau sebagian. Dalam pertumbuhan manusia juga terjadi perubahan ukuran, berat badan, tinggi badan, ukuran tulang dan gigi, serta perubahan secara kuantitatif dan perubahan fisik pada diri manusia itu. Dalam pertumbuhan manusia terdapat peristiwa percepatan dan perlambatan. Peristiwa ini merupakan kejadian yang ada dalam setiap organ tubuh. Pertumbuhan adalah suatu proses alamiah yang terjadi pada individu, yaitu secara bertahap, berat dan tinggi anak semakin bertambah dan secara simultan mengalami peningkatan untuk berfungsi baik secara kognitif, psikososial maupun spiritual

b. Faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang

Setiap manusia mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang berbeda-beda antara satu dengan manusia lainnya, bisa dengan cepat

bahkan lambat, tergantung pada individu dan lingkungannya. Proses tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor-faktor di antaranya :

a. Faktor heriditer/ genetik

Faktor heriditer Pertumbuhan adalah suatu proses alamiah yang terjadi pada individu, yaitu secara bertahap, berat dan tinggi anak semakin bertambah dan secara simultan mengalami peningkatan untuk berfungsi baik secara kognitif, psikososial maupun spiritual (Supartini, 2000).

Merupakan faktor keturunan secara genetik dari orang tua kepada anaknya. Faktor ini tidak dapat berubah sepanjang hidup manusia, dapat menentukan beberapa karkteristik seperti jenis kelamin, ras, rambut, warna mata, pertumbuhan fisik, dan beberapa keunikan sifat dan sikap tubuh seperti temperamen.

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

b. Faktor Lingkungan/ eksternal

Lingkungan merupakan faktor yang mempengaruhi individu setiap hari mulai lahir sampai akhir hayatnya, dan sangat mempengaruhi

tercapinya atau tidak potensi yang sudah ada dalam diri manusia tersebut sesuai dengan genetiknya. Faktor lingkungan ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu :

- Lingkungan pranatal (faktor lingkungan ketika masih dalam kandungan), Faktor prenatal yang berpengaruh antara lain gizi ibu pada waktu hamil, faktor mekanis, toksin atau zat kimia, endokrin, radiasi, infeksi, stress, imunitas, dan anoksia embrio.
- Lingkungan postnatal (lingkungan setelah kelahiran)

Lingkungan postnatal dapat di golongkan menjadi :

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

c. **Faktor Status Sosial ekonomi**

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

gizinya dibandingkan dengan anak yang lahir dan dibesarkan dalam status ekonomi yang rendah.

d. Faktor nutrisi

Nutrisi adalah salah satu komponen penting dalam menunjang kelangsungan proses tumbuh kembang. Selama masa tumbuh kembang, anak sangat membutuhkan zat gizi seperti protein, karbohidrat, lemak, mineral, vitamin, dan air. Apabila kebutuhan tersebut tidak di penuhi maka proses tumbuh kembang selanjutnya dapat terhambat.

e. Faktor kesehatan

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

c. Ciri proses tumbuh kembang

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

a. Tumbuh kembang fisis

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

b. Tumbuh kembang intelektual

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

c. Tumbuh kembang emosional

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

d. Tahap – tahap tumbuh kembang pada anak

Tahap-tahap tumbuh kembang pada manusia adalah sebagai berikut:

a. Neonatus (bayi lahir sampai usia 28 hari)

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

b. Bayi (1 bulan sampai 1 tahun)

Dalam tahap ini bayi memiliki kemajuan tumbuh kembang yang sangat pesat. Bayi pada usia 1-3 bulan mulai bisa mengangkat kepala, mengikuti objek pada mata, melihat dengan tersenyum dll. Bayi pada usia 3-6 bulan mulai bisa mengangkat kepala 90°, mulai bisa mencari benda-benda yang ada di depan

mata dll. Bayi usia 6-9 bulan mulai bisa duduk tanpa di topang, bisa tengkurap dan berbalik sendiri bahkan bisa berpartisipasi dalam bertepuk tangan dll. Bayi usia 9-12 bulan mulai bisa berdiri sendiri tanpa dibantu, berjalan dengan dtuntun, menirukan suara dll. Perawat disini membantu orang tua dalam memberikan pengetahuan dalam mengontrol perkembangan lingkungan sekitar bayi agar pertumbuhan psikologis dan sosialnya bisa berkembang dengan baik.

c. Todler (usia 1-3 tahun)

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

d. Pra Sekolah (3-6 tahun)

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

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

e. Usia sekolah (6-12 tahun)

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

f. Remaja (12-18/20 tahun)

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

g. Dewasa muda (20-40 tahun)

Perawat disini membantu remaja dalam menerima gaya hidup yang mereka pilih, membantu dalam penyesuaian diri, menerima komitmen dan kompetensi mereka, dukung perubahan yang penting untuk kesehatan.

h. Dewasa menengah (40-65 tahun)

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

i. Dewasa tua

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

e. Perkembangan psikoseksual

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

1. Tahap oral-sensori (lahir sampai usia 12 bulan)

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

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

Dalam tahap ini anak biasanya menggunakan rektum dan anus sebagai sumber kenyamanan, apabila terjadi gangguan pada tahap ini dapat menimbulkan kepribadian obsesif-kompulsif seperti keras kepala, kikir, kejam dan temperamen.

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

Tahap ini anak lebih merasa nyaman pada organ genitalnya, selain itu masturbasi dimulai dan keingintahuan tentang

seksual. Hambatan yang terjadi pada masa ini menyebabkan kesulitan dalam identitas seksual dan bermasalah dengan otoritas, ekspresi malu, dan takut.

4. Tahap latensi (6-12 tahun / masa sekolah)

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

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

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

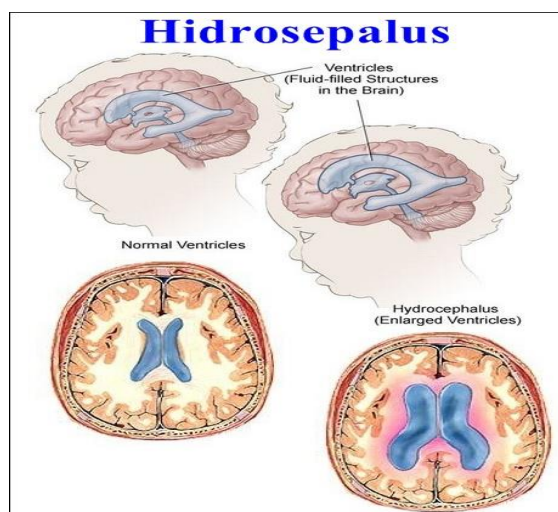
f. Perkembangan biologis

Teori biologisme, biasa disebut teori nativisme menekankan pentingnya peranan bakat. Pendirian biologisme ini dimulai lebniz (1646-1716) yang mengemukakan teori kontunuitas yang dilanjutkan dengan evoluisiisme. Selanjutnya Haeckel (1834-1919) seorang ahli biologi Jerman mengemukakan teori biogenese, yang menyatakan bahwa perkembangan ontogenese (individu) merupakan rekapitulasi dari filogenesasi.

Para penganut biologisme menekankan pada faktor biologis, menekankan fase-fase perkembangan yang harus dilalui. Sedangkan penganut sosiologisme atau empirisme menekankan peranan lingkungan pada perkembangan pribadi. Wolf menentang teori biogenese dan mengemukakan teori epigenese, yang menyatakan bahwa perkembangan organisme itu tidak ditentukan oleh performansinya, melainkan ada sesuatu yang baru. William Stern mengemukakan teori konvergensi yang berusaha mensintesakan kedua teori tersebut. Sebagai makhluk kodrati yang kompleks, manusia memiliki inteligensi dan kehendak bebas. Dalam hal perkembangan, pada awalnya manusia berkembang alami sesuai dengan hukum alam. Kemudian perkembangan alami manusia ini menjadi jauh melampaui perkembangan makhluk lain melalui intervensi inteligensi dan kebebasannya.

B. Konsep dasar hidrosepalus

1. Defenisi Hidrosepalus



Gambar 2.1 : gambar hidrosefalus

Menurut (Dwita, 2017) Hidrosefalus berasal dari kata *hidro* yang berarti air dan *chepalon* yang berarti kepala. Hidrosefalus merupakan penumpukan CSS yang secara aktif dan berlebihan pada satu atau lebih ventrikel otak atau ruang subarachnoid yang dapat menyebabkan dilatasi sistem ventrikel otak. Sedangkan menurut (Suriadi, 2010) Hidrosefalus adalah akumulasi cairan serebrospinal dalam ventrikel serebral, ruang subarachnoid, atau ruang subdural. 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 intrakranial yang meninggi sehingga terjadi pelebaran ruangan-ruangan tempat aliran cairan serebrospinalis. Menurut pendapat lain (Suharso D,2009)Hidrosefalus adalah kelainan patologis otak yang mengakibatkan bertambahnya cairan serebrospinal dengan atau pernah dengan tekanan intrakranial yang meninggi, sehingga terdapat pelebaran ventrikel.Menurut pendapat (Nining, 2008) Hidrocephalus adalah sebuah kondisi yang disebabkan oleh produksi yang tidak seimbang dan penyerapan dari cairan cerebrospinal (CSS) di dalam sistem Ventricular. Ketika produksi CSS lebih besar dari penyerapan, cairan cerebrospinal mengakumulasi di dalam sistem Ventricular.

Jadi dapat disimpulkan 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 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 meningkat sehingga terjadi pelebaran di ruangan – ruangan tempat aliran cairan serebrospinal.

2. Klasifikasi

Menurut (Suriadi, 2010) Hidrosefalus dapat dikelompokkan berdasarkan dua kriteria besar yaitu secara patologi dan secara etiologi. Hidrosefalus Patologi dapat dikelompokkan sebagai

- a. Obstruktif (non-communicating). Terjadi akibat penyumbatan sirkulasi CSS yang disebabkan oleh kista, tumor, pendarahan, infeksi, cacat bawaan dan paling umum, stenosis aqueductal atau penyumbatan saluran otak.
- b. Non – obstruktif (communicating)
Dapat disebabkan oleh gangguan keseimbangan CSS, dan juga oleh komplikasi setelah infeksi atau komplikasi hemoragik.

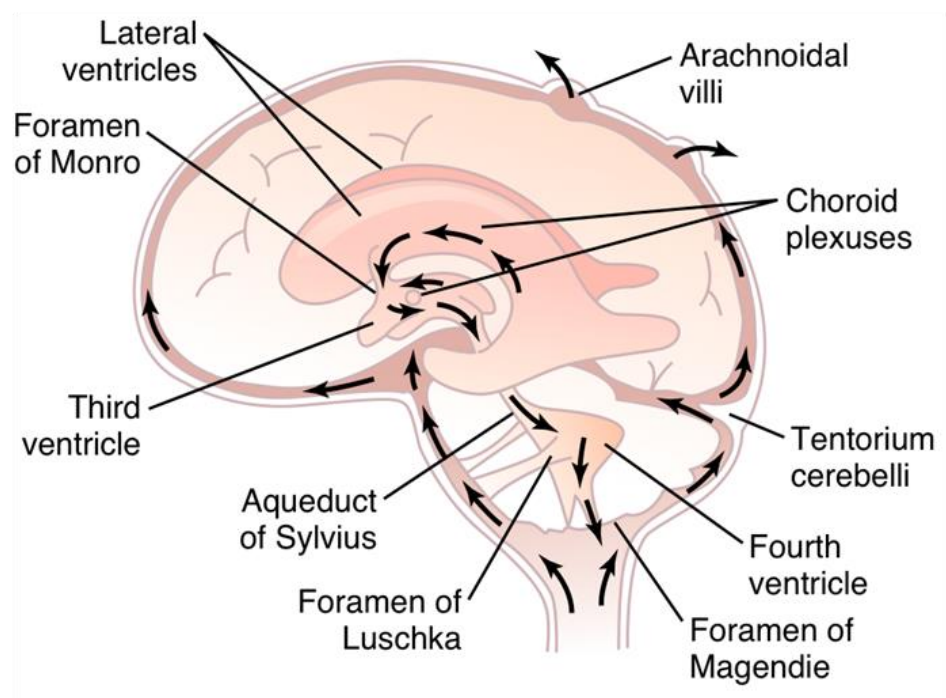
Hidrosefalus Etiologi dapat dikelompokkan sebagai

- a. Bawaan (congenital)
Sering terjadi pada neonatus atau berkembang selama intra-uterin.
- b. Diperoleh (acquired)
Disebabkan oleh pendarahan subarachnoid, pendarahan intraventrikular, trauma, infeksi (meningitis), tumor, komplikasi operasi atau trauma hebat di kepala. Tekanan normal hidrosefalus

(NPH), yang terutama mempengaruhi populasi lansia. Ditandai dengan gejala yang spesifik: gangguan gaya berjalan, penurunan kognitif dan inkontinensia urin.

3. Anatomi Dan Fisiologi Aliran CSS

- 1) Ruang cairan serebrospinal (CSS) terdiri dari sistem ventrikel, sisterna magna pada dasar otak dan ruangan subaraknoid. Ruang 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 2.2: anatomi aliran cairan serebrospinal

Menurut (Sudaarso, 2010) 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 dihasilkan oleh pergerakan dari cairan transepidermal dari otak menuju sistem ventrikel. Bagi anak-anak usia 4-13 tahun rata-rata volume cairan liquor 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 absorpsi setiap satu jam.

4. Etiologi

Menurut pendapat (Ropper, 2005) 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 Aquaduktus 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 Arnold-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 - atresi kongenital 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 transversus dengan akibat obstruksi akuaduktus.

b. Infeksi

Timbul perlekatan meninges 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 Amerika pada saat mereka berusia 40 tahun. Juga dikenal sebagai virus yang paling sering ditularkan ke anak sebelum kelahiran. Virus ini bertanggung jawab untuk demam kelenjar.

2) Campak Jerman(rubella)

Merupakan suatu penyakit menular yang disebabkan oleh virus rubella. Virus ditularkan dari orang ke orang melalui udara yang ditularkan ketika orang terinfeksi batuk atau bersin, virus juga 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 *Treponema pallidum*.

4) Toksoplasmosis merupakan infeksi yang disebabkan oleh parasit bersel- tunggal yaitu *Toxoplasma gondii*.

c. Neoplasma

Hidrocefalus 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

Menurut (Allan H. Ropper, 2005) 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.

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 hidrocefalus, yaitu:

- a. Produksi likuor yang berlebihan.

Kondisi ini merupakan penyebab paling jarang dari kasus hidrocefalus, 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 hidrocefalus. Kondisi ini merupakan akibat dari obstruksi atau tersumbatnya sirkulasi cairan serebrospinalis yang dapat terjadi di ventrikel maupun vili arakhnoid. Secara umum terdapat tiga penyebab terjadinya keadaan patologis ini, yaitu:

- 1) Malformasi yang menyebabkan penyempitan saluran likuor, misalnya stenosis akuaduktus sylvii dan malformasi Arnold Chiari.
- 2) Lesi massa yang menyebabkan kompresi intrinsik maupun ekstrinsik saluran likuor, misalnya tumor intraventrikel, tumor para ventrikel, kista arakhnoid, dan hematoma.
- 3) Proses inflamasi dan gangguan lainnya seperti mukopolisakaridosis, termasuk reaksi ependimal, fibrosis leptomeningeal, dan obliterasi vili arakhnoid.

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

Dari penjelasan di atas maka hidrocefalus apat diklasifikasikan dalam beberapa sebutan diagnosis. *Hidrocefalus interna* menunjukkan adanya dilatasi ventrikel, sedangkan *hidrocefalus eksterna* menunjukkan adanya pelebaran rongga subarakhnoid di atas permukaan korteks. *Hidrocefalus komunikans* adalah keadaan di mana ada hubungan antara sistem ventrikel dengan rongga subarakhnoid otak dan spinal, sedangkan *hidrocefalus nonkomunikans* yaitu suatu keadaan dimana terdapat blok dalam sistem ventrikel atau salurannya ke rongga subarakhnoid. *Hidrocefalus obstruktif* adalah jenis yang paling banyak ditemui dimana aliran likuor mengalami obstruksi.

6. Manifestasi Klinis

Menurut pendapat (Darsono, 2005) Tanda awal dan gejala hidrocefalus tergantung pada derajat ketidakseimbangan kapasitas produksi dan resorpsi CSS.

1) 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, opistotonus, dan spatik pada ekstremitas bawah
- 13) Kesulitan dalam pemberian dan penelanan makanan

14) Gangguan kardiopulmonel

2) 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
- 15) Kebutaan

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

a. Bayi

- 1) Kepala menjadi makin besar dan akan terlihat pada umur 3 tahun.
- 2) Keterlambatan penutupan fontanela anterior, sehingga fontanela menjadi tegang, keras, sedikit tinggi dari permukaan tengkorak.

- 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) Tanda – tanda peningkatan tekanan intracranial antara lain :
 - a. Muntah
 - b. Gelisah
 - c. Menangis dengan suara ringgi
 - d. Peningkatan sistole pada tekanan darah, penurunan nadi, peningkatan pernafasan dan tidak teratur, perubahan pupil, lethargi – stupor.
- 13) Bayi tidak dapat melihat ke atas, “sunset eyes”
- 14) Strabismus, nystagmus, atropi optic
- 15) Bayi sulit mengangkat dan menahan kepalanya ke atas.

b. Anak Yang Telah Menutup Suturesnya

Tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial :

- 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

7. Pemeriksaan diagnostik

- 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. Juga dapat menentukan tekanan ventrikel.
- 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 neurologis akut.
- 5) Lingkaran kepala

Diagnosis hidrocefalus pada bayi dapat dicurigai, jika penambahan lingkaran 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 hidrocefalus terjadi setelah penutupan suturan secara fungsional. Tetapi jika hidrocefalus telah ada sebelum penutupan suturan kranialis maka penutupan sutura tidak akan terjadi secara menyeluruh.

6) Ventrikulografi

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

7) Ultrasonografi

Dilakukan melalui fontanela anterior yang masih terbuka. Dengan USG diharapkan dapat menunjukkan system ventrikel yang melebar. Pendapat lain mengatakan pemeriksaan USG pada penderita hidrocefalus 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).

8. Penatalaksanaan

1. Pencegahan Primer

Pencegahan primer adalah upaya memodifikasi faktor risiko atau mencegah berkembangnya faktor risiko, sebelum dimulainya perubahan patologis, dilakukan pada tahap suseptibel dan induksi penyakit, dengan tujuan mencegah atau menunda terjadinya kasus baru penyakit. Pada kasus hidrosefaluspencegahan dapat dilakukan dengan:

- a. Pada kehamilan perawatan prenatal yang teratur secara signifikan dapat mengurangi risiko memiliki bayi prematur, yang mengurangi risiko bayi mengalami hidrosefalus
- b. Untuk penyakit infeksi, setiap individu hendaknya memiliki semua vaksinasi dan melakukan pengulangan vaksinasi yang direkomendasikan.
- c. Meningitis merupakan salah satu penyebab terjadinya hidrosefalus. Untuk itu perlu dilakukan penyuluhan tentang pentingnya vaksin meningitis bagi orang – orang yang berisiko menderita meningitis. Vaksinasi dianjurkan untuk individu yang berpergian ke luar negeri, orang dengan gangguan sistem imun dan pasien yang menderita gangguan limpa.
- d. Mencegah cedera kepala.

2. Pencegahan Sekunder

a. Diagnosis

Hidrosefalus merupakan salah satu dari kelainan kongenital. Untuk mewaspadaikan adanya kelainan kongenital maka diperlukan pemeriksaan fisik, radiologik, dan laboratorium untuk menegakkan diagnosa kelainan kongenital setelah bayi lahir. Disamping itu, dengan kemajuan teknologi kedokteran suatu kelainan kongenital kemungkinan telah diketahui selama kehidupan janin seperti adanya diagnosa prenatal atau antenatal.

Pada hidrosefalus, diagnosa biasanya mudah dibuat secara klinis. 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, ultrasonografi kepala bila ubun-ubun besar belum menutup, foto Rontgen kepala dan tomografi komputer (CT Scan). Pemeriksaan untuk menentukan lokasi 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.

b. Pengobatan

Penanganan hidrocefalus 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 hidrocefalus yaitu:

1. Terapi Medikamentosa

Hidrocefalus 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 hidrocefalus ringan yang berkembang lambat. Pada keadaan akut dapat diberikan manitol. Diuretika dan kortikosteroid dapat diberikan, meskipun hasilnya kurang memuaskan

2. Operasi

Operasi berupa upaya menghubungkan ventrikulus otak dengan rongga peritoneal, yang disebut ventriculo-peritoneal shunt. Tindakan ini pada umumnya ditujukan untuk hidrocefalus non-komunikans dan hidrocefalus 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.

3. Pencegahan Tersier

Menurut pendapat (Suryadi & Darsono, 2016) Pencegahan tersier adalah upaya pencegahan progresi penyakit ke arah berbagai akibat penyakit yang lebih buruk, dengan tujuan memperbaiki kualitas hidup pasien. Pada penderita Hidrosefalus pencegahan tersier yang 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 komplikasi - komplikasi 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.

9. 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)

C. ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN HIDROSEFALUS

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 konstriksi penglihatan perifer.

3) Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Penyakit Sekarang

Adanya riwayat infeksi (biasanya riwayat infeksi pada selaput otak dan meninges) sebelumnya. Pengkajian yang didapat meliputi seorang anak mengalami pembesaran kepala, tingkat kesadaran menurun (GCS <15), kejang, muntah, sakit kepala, wajahnya tampak kecil secara disproportional, anak menjadi lemah, kelemahan fisik umum, akumulasi sekret pada saluran nafas, dan adanya liquor dari hidung. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran akibat adanya perubahan di dalam intracranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi.

b. Riwayat Penyakit Dahulu

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

4) 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 aortaduktal yang sangat berhubungan dengan penyakit keluarga/keturunan yang terpaut seks.

5) Pengkajian psikososiospritual

Pengkajian mekanisme coping yang digunakan klien dan keluarga (orang tua) untuk menilai respon terhadap penyakit yang diderita

dan perubahan peran dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari. Baik dalam keluarga maupun masyarakat. 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.

6) Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum:

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

b. B1(breathing)

Perubahan pada system pernafasan berhubungan dengan inaktivitas. Pada beberapa keadaan hasil dari pemeriksaan fisik dari system ini akan didapatkan hal-hal sebagai berikut: Inspeksi umum: apakah didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot

batu nafas, dan peningkatan frekuensi pernafasan. Terdapat retraksi klavikula/dada, mengembangkan 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 paradoks(retraksi abdomen saat inspirasi). Pola nafas ini terjadi jika otot-otot interkostal tidak mampu menggerakkan dinding dada. Palpasi: taktil primitus biasanya seimbang kanan dan 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 hidrocefalus dengan penurunan tingkat kesadaran.

c. 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 menunjukkan adanya perubahan perfusi jaringan dan tanda-tanda awal dari suatu syok.

d. B3 (Brain)

Kepala 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 pengukuran 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. Sutura tengkorak belum menutup dan teraba melebar. Didapatkan pula cracked pot sign yaitu bunyi seperti pot kembang yang retak pada perkusi kepala. Bola mata terdorong kebawah oleh tekanan dan penipisan tulang subraorbita. Sclera tampak diatas iris sehingga iris seakan-akan matahari yang akan terbenam atau sunset sign.

e. B4 (Bladder)

Kaji keadaan urine meliputi warna, jumlah dan karakteristik urine, termasuk berat jenis urine. Peningkatan jumlah urine dan peningkatan retensi cairan dapat terjadi akibat menurunnya perfungsi pada ginjal. Pada hidrosefalus tahap lanjut klien mungkin mengalami inkontensia urin karena kebingungan, ketidak mampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidak mampuan mengkomunikasikan 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.

f. 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.

g. B6 (Bone)

Disfungsi motorik paling umum adalah kelemahan fisik umum, pada bayi disebabkan pembesaran kepala sehingga mengganggu 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.

7) Pengkajian tingkat kesadaran

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

8) Pengkajian fungsi serebral, meliputi:

a. Status mental.

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

b. Pengkajian saraf cranial, meliputi

1. Saraf I (Olfaktori)

Pada beberapa keadaan hidrocefalus menekan anatomi dan fisiologi saraf ini klien akan mengalami kelainan pada fungsi penciuman/ anosmia lateral atau bilateral.

2. Saraf II (Optikus)

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

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

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

4. Saraf V (Trigeminus)

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

5. Saraf VII(facialis)

Persepsi pengecapn mengalami perubahan

6. Saraf VIII (Akustikus)

Biasanya tidak didapatkan gangguan fungsi pendengaran.

7. Saraf IX dan X(Glosafaringeus dan Vagus)

Kemampuan menelan kurang baik, kesulitan membuka mulut

8. Saraf XI (Aksesorius)

Mobilitas kurang baik karena besarnya kepala menghambat mobilitas leher klien

9. Saraf XII (Hipoglossus)

Indra pengecap mengalami perubahan.

9) Pengkajian system motorik.

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

a. Tonus otot

Didapatkan menurun sampai hilang

b. Kekuatan otot

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

c. Keseimbangan dan koordinasi

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

10) Pengkajian Refleks.

Pemeriksaan reflex profunda, pengetukan pada tendon, ligamentum atau periosteum derajat reflex pada respon 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 refleksi patologis.

11) Pengkajian system sensorik.

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

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral Gangguan aliran darah ke otak akibat peningkatan TIK
- b. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d perubahan kemampuan mencerna makanan, peningkatan kebutuhan metabolisme.
- c. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular
- d. Ansietas keluarga b.d keadaan yang kritis pada keluarga
- e. Resiko kerusakan integritas kulit b.d imobilisasi, tidak adekuatnya
- f. Resiko infeksi b.d penumpukan cairan di otak (serebral)

3. Intervensi

TABEL 2.1

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 an bandingkan dengan nilai normal d. Monitor status pernapasan: frekuensi, irama, kedalaman pernapaan, PaO ₂ , PCO ₂ , pH. e. Kurangi stimulus dalam lingkungan pasien f. Sering percakapan dalam pendengaran pasien g. Posisikan tinggi kepala tempat tidur 30° atau lebih h. Batasi cairan i. Dorong keluarga untuk bicara pada pasien j. Lakukan latihan rom pasif k. Pertahankan suhu normal

4	Ansietas (cemas) b.d Perubahan besar/ perubahan status kesehatan anak (hidrosefalus)	• Dapat mengontrol ansietas • Ansietas berkurang • Koping adaptif Criteria hasil - Keluarga mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas - Mengungkapkan dan menunjukkan teknik ntuk mengontrol cemas - Ekspresi wajah menunjukkan berkurangnya kecemasan	Pengurangan kecemasan	a. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan b. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku pasien c. Dorong keluarga untuk menemani anak d. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur e. Dengarkan dengan penuh perhatian f. Bantu pasien untuk mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan g. Dorong keluarga untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi h. Instruksikan keluarga untuk menggunakan teknik relaksasi
5.	Resiko kerusakan integritas kulit	Tissue Integrity : Skin and Mucous Membranes Kriteria Hasil : • Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi) • Tidak ada luka/lesi pada kulit • Perfusi jaringan baik • Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah	Pressure Management	a. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar b. Hindari kerutan pada tempat tidur c. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering d. Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali e. Monitor kulit akan adanya kemerahan f. Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan g. Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien.

		terjadinya sedera berulang • Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami		
6	Reiko infeksi b.d penumpukan cairan di otak (serebral)	• Status imun • Pengetahuan : mengontrol infeksi • Infeksi terkontrol Criteria hasil - Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi - Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulna infeksi - Jumlah leukosit dalam batas normal	Control infeksi	a. Batasi pengunjung b. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat 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. Anjurkan masukan nutrisi yang cukup g. Ajarkan pada keluarga tanda dan gejala infeksi h. Ajarkan cara menghindari infeksi i. Kolaborasi terapi

4. Implementasi

Setelah rencana tindakan keperawatan di susun maka untuk selanjutnya adalah pengolahan data dan kemudian pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah di susun tersebut. Dalam pelaksanaan implementasi maka perawat dapat melakukan observasi atau dapat mendiskusikan dengan klien atau keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan

5. Evaluasi

Evaluasi adalah langkah terakhir dalam asuhan keperawatan, evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP (data subjektif, data objektif, analisa dan planning). Dalam evaluasi ini dapat ditentukan sejauh mana keberhasilan rencana tindakan keperawatan yang harus dimodifikasi

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. PENGKAJIAN

1. Identitas klien

Nama anak	: An. A
Ttl	: Jambak , 1 April 2016
Umur	: 1,2 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pendidikan	: Tidak sekolah
Anak ke	: 1 (Pertama)
BB / TB	: 8 kg
Alamat	: Kampung Pisang
DX MEDIS	: Hidrosefalus
No. RM	: 47.39.11
Tgl/Masuk RS	: 7 Juni 2017
Tgl Pengkajian	: 19 juni 2017
Nama ibu	: Ny . Y
Umur	: 25 th
Pekerjaan	: IRT
Pendidikan	: SMK
Alamat	: K. Pisang

Nama ayah : Tn. J
Umur : 32 th
Pekerjaan : Wiraswasta
Pendidikan : SLTA
Alamat : K. Pisang

2. Keluhan utama

An. A diantar oleh keluarga ke RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada tanggal 7 juni 2017 dengan keluhan kejang 5 hari sebelum masuk, kejang seluruh badan, mengalami penurunan kesadaran, mengalami kelemahan pada anggota gerak sebelah kanan, muntah tidak ada, demam tidak ada.

3. Riwayat kesehatan

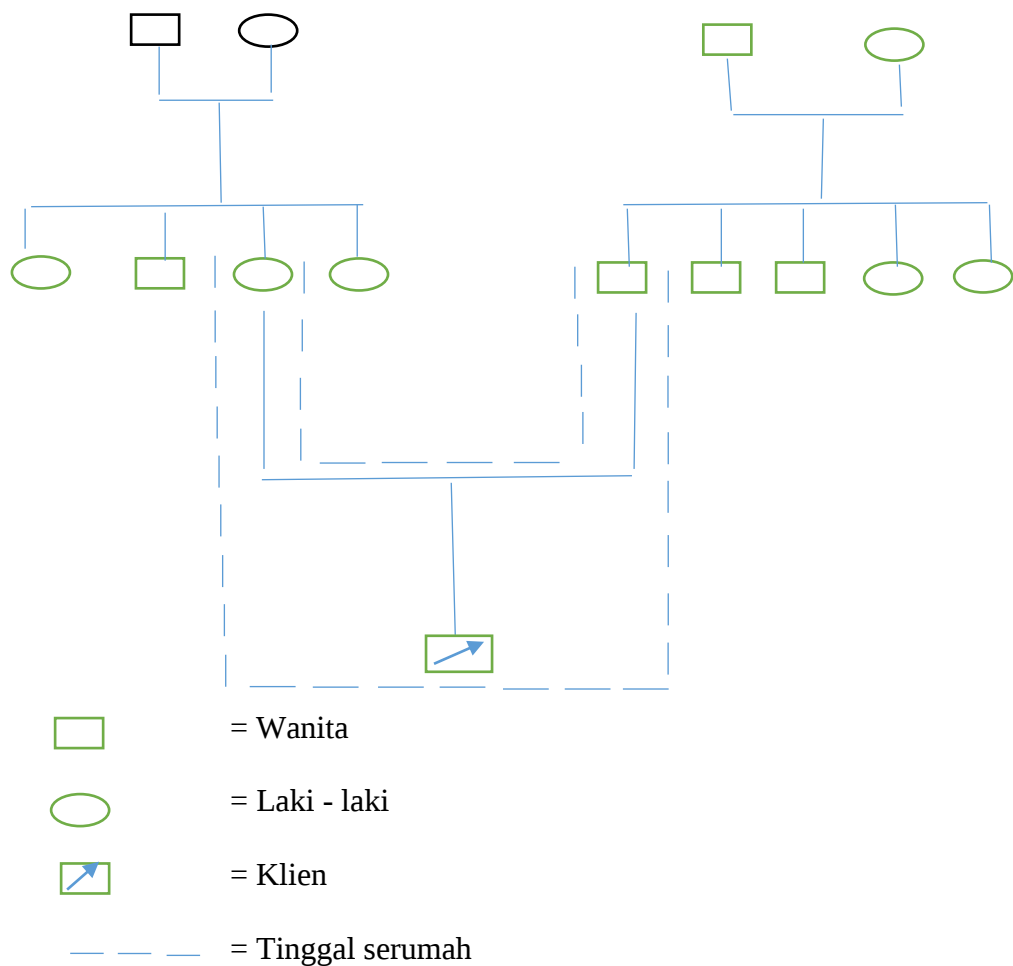
a. Riwayat kesehatan sekarang

An. A mulai dirawat tanggal 7 juni 2017. Saat dilakukan pengakajian pada hari senin 19 juni 2017 pukul 09.00 WIB keluarga mengatakan kepala An. A mengalami pembesaran, anggota gerak An.A sebelah kanan mengalami kelemahan , kaku pada kaki sebelah kiri dan tegang, klien menangis dengan suara lambat , penurunan fungsi pendengaran , respon penglihatan berkurang. Tampak udem pada mata kanan, tampak bola mata tidak simetris , pupil tampak melebar , kaku pada kaki , tampak kesulitan melihat ke atas. Tampak mengalami penurunan kesadaran, GCS : 8 E:2 M:4 V:2 (samnolen).

b. Riwayat kesehatan dahulu

An. A tidak pernah dirawat sebelumnya , An. A pernah terbentur bagian kepala

c. Riwayat kesehatan keluarga



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

4. Riwayat kesehatan lingkungan

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

5. Riwayat psikososial

Ny. Y mengatakan dalam kesehariannya An. A termasuk anak yang ceria dan senang bermain di luar rumah tangga Ny. Y An. A yang sedang aktif – aktif nya bermain – main sama orang tua.

6. Riwayat kehamilan dan kelahiran

a. Prenatal

- a. Kesehatan ibu waktu hamil normal , tidak ada gangguan
- b. Pemeriksaan kehamilan ada dilakukan pemeriksaan sekitar 5 kali ke bidan setempat dan mendapatkan imunisasi TT
- c. Riwayat pengobatan selama kehamilan tidak ada mengkonsumsi obat – obatan

b. Intranatal

- a. Usia kehamilan saat lahir : 10 bulan
- b. Cara persalinan : normal
- c. Ditolong oleh : bidan puskesmas
- d. BB / TB saat lahir : 3000 gram / 49 cm
- e. Pengobatan yang di dapatkan : obat tetes mata dan vitamin

c. Prenatal

An. A tidak pernah dirawat semenjak lahir.

7. Riwayat tumbuh kembang

a. Motoric kasar

Pemeriksaan motoric kasar tidak bisa dilakukan karena kondisi pasien mengalami penurunan kesadaran.

b. Motoric halus

Perkembangan motoric halus tidak bisa dilakukan karena kondisi anak mengalami penurunan kesadaran

c. Kognitif dan bahasa

Perkembangan kognitif bahasa tidak bisa dilakukan karena pasien masih mengalami penurunan kesadaran

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. Pemeriksaan fisik tumbuh kembang

Telungkup	: 4 bulan
Duduk	: 7 bulan
Merangkak	: 7 bulan
Berdiri	: 9 bulan
Jalan	: 11 bulan
Bicara	: 11 bulan

8. Pemeriksaan fisik (head to toe)

a. Kepala

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

Table 3.2

Penambahan lingkar kepala

Tanggal	Ukuran lingkar kepala
12-6-2017	44,3 cm
13-6-2017	44,4 cm
14-06-2017	44,5 cm
15-06-2017	44,5 cm
16-062017	44,6 cm
17-06-2017	44,7 cm
18-06-2017	44,7 cm

b. Mata

Mata simetris kiri dan kanan, tampak bola mata tidak simetris kiri dan kanan, terdapat dilatasi pupil, terjadi penurunan respon penglihatan, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, terdapat oedem pada mata kanan, pupil isokor, sulit untuk melihat ke arah atas.

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 karena gigi belum tumbuh, mukosa mulut pucat, bibir lembab, 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, terjadi penurunan pendengaran pada kedua telinga 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, taktil 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 sebelah kanan mengalami kelemahan , kaku pada kaki sebelah kiri dan tegang . tangan kanan sebelah kanan anak terpasang infus Kaen-1B 4 tts/i.

9. Imunisasi

Ibu mengatakan An. A di imunisasi lengkap , Ny. Y mengatakan imunisasi terakhir An. A imunisasi campak.

10. Pola kebiasaan sehari – hari

1. Pola pemenuhan nutrisi

a. ASI / PASI / makan padat / vitamin

Sebelum sakit : An. A menyusui kepada ibunya sejak lahir sampai ia saat ini. Saat ini dalam keadaan sehat, An. A biasanya makan bubur dengan cara disuapi oleh keluarganyaa da minum An.A tidak mengkonsumsi vitamin.

Saat saki : An. A saat ini mendapatkan diet SF (makan cair) 6 x 75 cc , makanan diberikan melalui mulut (disuapi). Saat ini An. A juga tidak mendapatkan vitamin.

b. Pola makan dan minum

Kedua orang tua An.A sangat memperhatikan pemenuhan nutrisi anaknya. Saat sebelum sakit : An. A makan 3 x sehari dalam bentuk bubur dan disuapi oleh keluarganya. An.A masih minum

susu formula dengan frekuensi 3 x sehari , dan lainnya An.A minum air putih melalui dot lebih kurang 4 dot sehari semalam.

Saat sakit : saat ini An.A makan makanan cair SF 6x75 cc per oral

2. Pola tidur

Sebelum sakit : keluarga menagtakan An. A biasanya tidur malam dari pukul 21.00 WIB sampai 07.00 WIB , dan tidur siang dari pukul 11.00 WIB sampai 13.00 WIB. Tidak ada kebiasaan An. A menjelang tidur.

3. Pola aktivitas / 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 karena lemah dan adanya penurunan kesadaran E:2 M:4 V:2 (SAMNOLEN)

4. Pola kebersihan diri

a. Mandi

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

Saat sakit : An. A tidak mandi menggunakan sabun ssaat ini 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 belum menggosok gigi karena belum tubuh

Saat sakit : saat ini An. A belum mempunyai gigi.

c. Cuci rambut

Sebelum sakit : An. A biasanya keramas 1 x sehari yaitu pada sore hari menggunakan shampoo

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

d. Berpakaian

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

5. 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 BAB.

b. Buang air kecil (BAK)

Sebelum sakit : An. A BAK lebih kuran 6 – 7 x sehari ddengan 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

6. Kebiasaan lain

Tidak ada kebiasaan lain yang dilakukan oleh An. A.

11. 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 5 – 6 tahun.

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

An. A tidak ada respon jika diarahkan mainan di depannya, tidak ada kontak mata An. A terhadap apa yang diperagakan. Terdapat oedem pada pupil / mata sebelah kanan.

c. Saraf III dan IV (Okulomotoris , Troklearis, Abducen)

Mata tampak susah digerakan ke atas , pergerakan bola mata tidak simetris kiri dan kanan (strabismus) , dilatasi pupil , reflek cahaya kurang.

d. Saraf V (N. Trigeminus)

Reflek kornea negative pada saat pemeriksaan mata An. A tidak berkedip. Reflek rahang (jaw jerk) tidak bisa dilakukan .

e. Saraf VII (N. Vasionalis)

Pemeriksaan vasionalis tidak bisa dilakukan

f. Saraf VIII (N. Aukustikus)

An . A mengalami penurunan kesadaran, An. A tidak da respon jika di ajak berbicara

g. Saraf IX (N. Glasofaringeus)/ menelan

Tidak ada gangguan dan membuka mulut.

h. Saraf X (N. Vagus)

An. A mengalami brdikardi, suara menghilang / anak tidak terdengar
ada menangis / bersuara

i. Saraf XI (N. Aksesoris)

Pemeriksaan ini tidak bisa dilakukan

j. Saraf XII (N. Hipoglosus)

Pemeriksaan nervus XII tidak bisa dilakukan.

12. Pemeriksaan reflek patologis

a. Reflek Babinski

Reflek Babinski pada An. A normal dimana pada saat pemeriksaan
kaki An. A mengalami ekstensi dan jari – jari menegmbang

b. Reflek Hoffman

Reflek Hoffman pada anak normal

13. Tanda ransangan meningeal

a. Kaku kuduk

Tidak ada kaku kuduk pada anak

b. Perasat brudzinski

Tidak ada tanda brudzinski / normal

c. Perasat kerning

Tidak ada kekakuan atau ttahanan pada pemeriksaan ini

d. Tanda tetani

Tidak ada kelainan dalam pemeriksaan ini

14. Pemeriksaan tumbuh kembang

- a. DDST : tidak dilakukan karena pasien mengalami penurunan kesadaran
- b. Status nutrisi

$$\text{BMI} = \frac{\text{berat badan (kg)}}{\text{Tinggi badan (m}^2 \text{)}}$$

15. Pemeriksaan Penunjang

a. Hematologi

- WBC : $14,2 \times 10^3 / \text{mm}^3$ (5,0 - 10,0)
- RBC : $4,84 \times 10^6 / \text{mm}^3$ (4,0 - 5,0)
- HGB : 12,0 g/dl (12,0 - 14,0)
- HCT : 34,1 % (37,0 - 43,0)
- PLT : $511+ \times 10^3 / \text{mm}^3$ (150 - 400)

b. Kimia Klinik dan Serologi

- Natrium (Na^+) : 131,4 mg/dl (135 – 147)
- Kalium (K^+) : 4,75 mg/dl (3,5 – 5,5)
- Chlorida (Cl^-) : 92,6 mg/dl (95 – 107)
- Ph : 7,463 (7,37 - 7,44)
- PCO_2 : 36,1 mmHg (35 - 45)
- PO_2 : 27,8 mmHg (83 – 100)
- SO_2 % : 56,7 % (95 – 99)
- HCO_3 : 26,1 mmol/L (21-28)

c. Pemeriksaan CT – Scan

Ventrikel lateral III dan IV melebar, sinus paranasalis dan maksilaris bilateral dan sinus ethmoidalis terisi lesi isodens

Kesan : hidrocefalus komunikatif dengan edema periventrikel terutama kiri. Gambaran sinusitis maksilari dan etmoidalis bilateral.

16. Penatalaksanaan

Tabel 3.3

Penatalaksanaan

Nama Obat	Dosis	Golongan	Indikasi	Kontra Indikasi
Ampicilin	3x350 mg	Antibiotic	- Mengobati infeksi yang disebabkan oleh bakteri - Mengobati infeksi jaringan lunak dan kuli, infeksi saluran kemih, infeksi salmonella dan shigela - Mengobati infeksi akibat enterococcus seperti meningitis	Hipersensitivitas pada ampicilin dan antibiotik beta laktam lainnya seperti penisilin dan cephalosporin.
Diazepam	Bila kejang 1,5 mg	Anti konvulsan	- Pengobatan jangka pendek pada insomnia, ansietas, kejang demam, panik - Menghilangkan kejang otot - Menangani gejala putus alkohol akut - Mengobati kejang - Mengobati ketergantungan di benzopin - Mengobati status epileptikus	- hindari penggunaan pada wanita hamil dan ibu menyusui - hindari penggunaan pada insufisiensi pernafasan berat - Hipersensitivitas terhadap diazepam, golongan benzodiazepine lainnya - kontraindikasi pada glaukoma
Dexametazone	3x1,5 mg	Kortikosteroid	- penyakit inflamasi akut - penyakit inflamasi pada kulit	- tidak boleh digunakan pada penderita TB - memiliki

			- penyakit inflamasi pada mata - penyakit inflamasi rematik sendi - penyakit asma bronchial - penyakit lupus eritromatosus - penyakit keganasan limpatik	- penyakit infeksi jamur - memiliki penyakit seperti herpes mata - memiliki penyakit tukak lambung - edang mengalami penyakit osteoporosis - sedang mendapatkan vaksin hidup - ibu hamil atau berencana untuk hamil
Kloramfenikol	4x125 mg	Antibiotic	- pengobatan demam tifus, paratifus - infeksi meningeal - rickettsia	- hipersensitif terhadap kloramfenikol dan derivatnya - jngan 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

DATA FAOKUS

a.Data subyektif

1. Keluarga mengatakan kepala An. A membesar
2. Keluarga mengatakan mata anak tidak simetris
3. Keluarga mengatakan An. A selalu tidur
4. Keluarga mengatakan An. A kejang 5 hari sebelum masuk rumah sakit
5. Keluarga mengatakan kejang selama 10 menit
6. Keluarga mengatakan An. A mengalami penurunan kesadaran setelah kejang
7. Keluarga mengatakan An. A mengalami penurunan pendengaran
8. Keluarga mengatakan kontak mata An. A kurang
9. Keluarga mengatakan an. A susah BAB
10. Keluarga mengatakan kepala An. A mulai membesar
11. Keluarga mengatakan An.A selalu tidur
12. Keluarga mengatakan An. A mengalami kelemahan pada anggota gerak sebelah kanan
13. Keluarga mengatakan kaki An. A sebelah kiri kaku
14. Keluarga mengatakan An. A hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makan dan kadang menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi

b.Data obyektif

1. Data Klinik :

- Suhu : 36,4⁰ C
- Nadi : 80 x/i
- RR : 20 x/i
- Kesadaran : GCS : E₂M₄V₂ = 8
- Lk : 44,7 cm
- LD : 44 cm

2. Mata sebelah kanan tampak udem

3. Tampak kepala yang mulai membesar

4. Penambahan lingkar kepala $\pm$ 1 mm per hari

5. Tampak kelemahan pada anggota gerak

6. Pupil tampak dilatasi

7. Tidak terdengar suara tangisan

8. Tampak kontak mata kurang

9. Tampak fungsi pendengaran menurun

10. Anak tampak kesulitan melihat kearah atas

11. Tampak pergerakan mata yang tidak simetris (strabismus)

12. Anak tidak ada respon ketika di panggil- panggil

13. An. A tampak terbaring ditempat tidur dan lemas

14. Otot kaki : Tonus otot lemah, Status

15. Terpaang O₂ ½

16. Pemeriksaan CT- Scan

- Ventrikel lateral III dan IV melebar, sinus paranasalis dan maksilaris bilateral dan sinus ethmoidalis terisi lesi isodens

- Kesan : hidrosefalus komunikan dengan edema veriventrikel terutama kiri.

17. Pemeriksaan labor

- WBC : $14,2 \times 10^3 / \text{mm}^3$
- HCT : 34,1 % (37,0 - 43,0)
- PLT : $511+ \times 10^3 / \text{mm}^3$
- Natrium (Na^+) : 131,4 mg/dl
- Chlorida (Cl^-) : 92,6 mg/dl
- Ph : 7,463
- PO_2 : 27,8 mmHg
- SO_2 % : 56,7 %

TABEL 3.4
ANALISA DATA

No	Data	Etiologi	Problem
1	DS: - Keluarga mengatakan kepala An. A membesar - Keluarga mengatakan mata anak tidak simetris - Keluarga mengatakan An. A selalu tidur - Keluarga mengatakan An. A kejang 5 hari sebelum masuk rumah sakit - Keluarga mengatak kejang selama 10 menit - Keluarga mengatakan An. A mengalami penurunan kesadaran setelah kejang - Keluarga mengatakan An. A mengalami penurunan pendengaran - Keluarga mengatakan kontak mata An. A kurang - Keluarga mengatakan an. A susah BAB - Keluarga mengatakan kepala An. A mulai membesar DO - Data Klinik : • Suhu : 36,4⁰ C • Nadi : 80 x/i • RR : 20 x/i • Kesadaran : GCS : E₂M₄V₁ = 7 • Lk : 44,7 cm • LD : 44 cm - Mata sebelah kanan tampak udem - Tampak kepala yang mulai	Gangguan aliran darah ke otak akibat peningkatan TIK	Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral)

	memebesar - Penambahan lingkaran kepala $\pm$ 1 mm per hari - Tampak kelemahan pada anggota gerak - Pupil tampak dilatasi - Tidak terdengar suara tangisan - Tampak kontak mata kurang - Tampak fungsi pendengaran menurun - anak tampak kesulitan melihat ke arah atas - tampak pergerakan mata yang tidak simetris (strabismus) - anak tidak ada respon ketika dipanggil-panggil - An. A tampak terbaring ditempat tidur dan lemas - Otot kaki : Tonus otot lemah, Status - Terpaang O_2 $\frac{1}{2}$ - Pemeriksaan CT- Scan • Ventrikel lateral III dan IV melebar, sinus paranasalis dan maksilaris bilateral dan sinus ethmoidalis terisi lesi isodens • Kesan : hidrocefalus komunikatif dengan edema periventrikel terutama kiri. - Pemeriksaan labor • WBC : $14,2 \times 10^3 / mm^3$ • HCT : 34,1 % (37,0 - 43,0) • PLT : $511+ \times 10^3 / mm^3$ • Natrium (Na^+): 131,4 mg/dl • Chlorida (Cl^-): 92,6 mg/dl • Ph : 7,463 • PO_2 : 27,8 mmHg • SO_2 % : 56,7 %		
2.	DS - Keluarga mengatakan An. A selalu tidur - Keluarga mengatakan An. A kejang 5 hari sebelum masuk	Gangguan neuromuscular	Gangguan mobilitas fisik

	rumah sakit - Keluarga mengatak kejang selama 10 menit - Keluarga mengatakan An. A mengalami penurunan kesadaran setelah kejang - Keluarga mengatakan An. A mengalami kelemahan pada anggota gerak sebelah kanan - Keluarga mengatakan kaki An. A sebelah kiri kaku - Keluarga mengatakan An. A mengalami penurunan pendengaran - Keluarga mengatakan kepala An. A mulai membesar DO - Data Klinik : • Nadi : 80 x/i • RR : 20 x/i • GCS : E₂M₄V₁ = 7 - Tampak kepala yang mulai membesar - Penambahan lingkaran kepala $\pm$ 1 mm per hari - Tampak kelemahan pada anggota gerak - Pupil tampak dilatasi - Anak tampak kesulitan melihat ke arah atas - Tampak pergerakan mata yang tidak simetris (strabismus) - Anak tidak ada respon ketika di panggil- panggil - An. A tampak terbaring ditempat tidur dan lemas - Otot kaki : Tonus otot lemah, Status - Pemeriksaan CT- Scan • Ventrikel lateral III dan IV melebar, sinus paranasalis dan maksilaris bilateral dan sinus ethmoidalis terisi lesi isodens • Kesan : hidrosefalus komunikatif dengan edema periventrikel terutama kiri. - Hematologi (7-6-2017)		
--	---	--	--

	• WBC : $14,2 \times 10^3 / \text{mm}^3$ • HCT : 34,1 % • PLT : $511+ \times 10^3 / \text{mm}^3$ - 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.	DS - Keluarga mengatakan An. A selalu tidur - Keluarga mengatakan An. A kejang 5 hari sebelum masuk rumah sakit - Keluarga mengatak kejang selama 10 menit - Keluarga mengatakan An. A mengalami penurunan kesadaran setelah kejang - Keluarga mengatakan kepala An. A mulai membesar - Keluarga mengatakan An. A hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makan dan kadang menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi - Keluarga mengatakan An. A susah untuk makan DO - Data Klinik : • Suhu : $36,4^0 \text{C}$ • Nadi : 80 x/i • RR : 20 x/i • GCS : $\text{E}_2\text{M}_4\text{V}_1 = 7$ - Bradikardi - Mata sebelah kanan tampak udem - Tampak kepala yang mulai membesar - Penambahan lingkaran kepala $\pm 1 \text{ mm}$ per hari - Tampak kelemahan pada	Penumpukan cairan di otak (serebral)	Resiko infeksi

	anggota gerak - An. A tampak terbaring ditempat tidur dan lemas - Otot kaki : Tonus otot lemah - Nutrisi : IMT =16,32 (berat badan kutang) - Pemeriksaan CT- Scan • Ventrikel lateral III dan IV melebar, sinus paranasalis dan maksilaris bilateral dan sinus ethmoidalis terisi lesi isodens • Kesan : hidrocefalus komunikatif dengan edema periventrikel terutama kiri. - Hematologi (7-6-2017) • WBC : $14,2 \times 10^3 / \text{mm}^3$ • HCT : 34,1 % • PLT : $511+ \times 10^3 / \text{mm}^3$		
--	--	--	--

B. DIAGNOSA

1. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral) b.d Gangguan aliran darah ke otak akibat peningkatan TIK
2. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular
3. Resiko infeksi b.d penumpukan cairan di otak (serebral)

Intervensi

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	Manajemen sensasi perifer Manajemen udem serebral	1. Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul 2. Monitor adanya paretese : monitor kekuatan otot 3. Anjurkan kepada keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada luka atau lecet 4. Monitor kemampuan BAB 5. Monitor adanya tromboflebitis : monitor adanya pembekakan pada tempat pemasangan infus 6. Pemberian analgetik 7. Monitor tanda - tada vital : TD , N ,RR, S 8. Monitor adanya kebingungan, perubahan pikiran, pusing, pingsan : monitor adanya kebingungan, perubahan pikiran akibat terganggunya penglihatan dan penurunan pendengaran pada klien 9. Monitor status neurologis dengan ketat an bandingkan dengan nilai normal : memberikan ransangan pada tempat yang mengalami kelemahan dengan yang normal 10. Monitor status pernapasan: frekuensi, irama, kedalaman pernapaan, PaO₂, PCO₂, pH. 11. Kurangi stimulus dalam lingkungan pasien : kurangi paparan cahaya matahari dari luar

				12. Anjurkan bercakap dalam pendengaran pasien : anjurkan keluarga untuk sering bercakap dengan pasien untuk melatih pendengaran klien 13. Posisikan tinggi kepala tempat tidur 30° atau lebih : mengatur posisi kepala pasien agar aliran darah dan oksigen lancar ke otak 14. Batasi cairan masuk : 500ml/hari 15. Lakukan latihan rom pasif : anjurkan keluarga untuk melatih pergerakan pada ekstremitas yang mengalami kelemahan 16. Pertahankan suhu normal: dengan cara memberikan anak pakaian yang longgar 17. Lakukan tindakan pencegahan terjadinya kejang : informasikan kepada keluarga untuk membatasi pengunjung agar tidak terjadi kejang atau melakukan kunjungan sesuai jam bezuk 18. Berikan anti kejang sesuai kebutuhan Diazepam 1,5 mg
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular	• Joint movement : Active • Mobility level • Self care :ADLs Criteria hasil - Pasien meningkat dalam aktivitas fisik - Bantu untuk mobilisasi	Terapi latihan : ambulasi	1. Berikan pasien pakaian yang longgar agar tidak terganggu pergerakan pasien 2. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi : lihat aktifitas klien dalam bergerak 3. Anjurkan pada keluarga untuk melakukan rom pasif pada pasien : melatih pergerakan yang mengalami kekakuan dengan melakukan rom setiap hari. 4. Bantu ADLs pasien

3.	Reiko infeksi	• Status imun • Pengetahuan mengontrol infeksi : • Infeksi terkontrol Criteria hasil - Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi - Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulna infeksi - Jumlah leukosit dalam batas normal	Control infeksi	1. Batasi pengunjung 2. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat kunjungan dan setelah kunjungan 3. Gunakan sabun antimikroba untuk mencuci tangan 4. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 5. Monitor hitungan WBC 6. Anjurkan masukan nutrisi yang cukup 7. Ajarkan pada keluarga tanda dan gejala infeksi 8. Ajarkan cara menghindari infeksi 9. Kolaborasi terapi
----	---------------	--	-----------------	---

D. IMPLEMENTASI

Tabel 3.6

Implementasi

No	Diagnosa	Tanggal/jam	Implementasi
Implementasi Hari Pertama (19 juni 2017)			
1.	Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral) b.d Gangguan aliran darah ke otak akibat peningkatan TIK	Senin, 19 juni 2017, dinas pagi, 10,00 wib	1. Mengukur tanda tanda vital(N : 82 x/i RR :20x/I S:36,8 °c) 2. Mengukur tingkat kesadaran (kesadaran samnolen GCS = 8 E:2, M:4, V:2) 3. Melihat adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul(tidak ada daerah tertentu yang peka hanya pada suatu ransangan) 4. Mengkaji adanya parase(Adanya kelemahan pada anggota gerak sebelah kanan) 5. Menganjurkan kepada keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada luka atau lecet 6. Mengevaluasi kemampuan BAB : Keluarga mengatakan An. A sudah BAB 7. Memantau penambahan lingkaran kepala (lingkar kepala bertambah 1mm, kepala Nampak menegang) 8. Mengobservasi adanya tromboplebitis(tidak terdapat tromboplebitis) 9. Mengkaji adanya kebingungan, perubahan pikiran, pusing, pingsan 10. Momonitor status pernapasan: frekuensi, irama, PaO₂, PCO₂, pH.(pernafasan teratur, 20 x/I, Ph :7,463 , PCO₂ :36,1 mmHg, PO₂ :27,8 mmHg, SO₂ % : 56,7 %) 11. Menganjurkan Sering melakukan dalam pendengaran pasien : untuk melatih pendengaran pasien 12. Mengajarkan memposisikan tinggi kepala tempat tidur 30⁰ atau lebih : agar aaliran darah dan

		10.10 Wib 12.20 Wib	oksigen lancar ke otak 13. Menyarankan kepada keluarga untuk membatasi masukan cairan : 500 ml/hari 14. Dorong keluarga untuk bicara pada pasien : untuk melatih pendengaran pasien 15. Mempertahankan suhu normal dengan cara memerikan anak pakaian yang longgar atau tipis 16. Memberikan diazepam bila terjadi kejang 1,5 mg 17. Memberikan terapi Ampicilin 350 mg
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular	09. 15 wib 09. 20 wib 09.40 wib 09.55 wib	1. Menganjurkan pasien pakaian yang longgar agar tidak terganggu aktivitas klien dalam bergerak 2. Melihat kemampuan pasien dalam mobilisasi : lihat kemampuan pergerakan pasien setiap hari 3. Mengajarkan pada keluarga untuk melakukan ROM pasif pada pasien 4. Menganjurkan keluarga membantu ADLs pasien
3.	Resiko infeksi	09.00 Wib 11.00 Wib 11.30 Wib 11.43 Wib	1. Membatasi pengunjung 2. Menginstruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat kunjungan dan setelah kunjungan 3. Menggunakan sabun antimikroba untuk mencuci tangan 4. Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 5. Mengkaji hitungan WBC(WBC : $14,2 \times 10^3 / \text{mm}^3$) 6. Menganjurkan masukan nutrisi yang cukup 7. Mengajarkan pada keluarga tanda dan gejala infeksi 8. Mengajarkan cara menghindari infeksi(Mengajarkan keluarga cuci tangan 6 langkah) 9. Memberikan terapi Ampicilin 350 mg

		11.00 wib 12.00 WIB	
No	Diagnosa	Tanggal/jam	Implementasi
Implementasi Hari Kedua (20 juni 2017)			
1.	Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral) b.d Gangguan aliran darah ke otak akibat peningkatan TIK	selasa, 20 juni 2017, dinas pagi, 10,00 wib 10.10 WIB 12.20IB	1. Mengukur tanda tanda vital(N : 82 x/i RR :20x/I S:36,8 °c) 2. Mengukur tingkat kesadaran (kesadaran samnolen GCS = 8 E:2, M:4, V:2) 3. Melihat adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul(tidak ada daerah tertentu yang peka hanya pada suatu ransangan) 4. Mengobservasi adanya parase(Adanya kelemahan pada anggota gerak sebelah kanan) 5. Menganjurkan kepada keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada luka atau lecet 6. Mengevaluasi kemampuan BAB : Keluarga mengatakan An. A sudah BAB 7. Memantau penambahan lingkaran kepala (lingkar kepala bertambah 1mm, kepala Nampak meregang) 8. Mengobservasi adanya tromboplebitis(tidak terdapat tromboplebitis) 9. Memantau adanya kebingungan, perubahan pikiran, pusing, pingsan 10. Momonitor status pernapasan: frekuensi, irama, PaO ₂ , PCO ₂ , pH. (pernafasan teratur, 20 x/I, Ph :7,463 , PCO ₂ :36,1 mmHg, PO ₂ :27,8 mmHg, SO ₂ % : 56,7 %) 11. Menganjurkan Sering melakukan percakapan dalam pendengaran pasien : untuk melatih pendengaran pasien 12. Memposisikan tinggi kepala tempat tidur 30 ⁰ atau lebih : agar aliran darah dan oksigen lancar ke otak 13. Menganjurkan keluarga membatasi masukan cairan : 500ml/hari 14. Mendorong keluarga untuk bicara pada pasien : untuk melatih pendengaran pasien 15. Mempertahankan suhu normal dengan cara memberikan anak pakaian yang longgara atau tipis 16. Memberikan diazepam bila kejang 1,5 mg 17. Memberikan terapiAmpicilin 350 mg

2.	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular	09.15 WIB 09.20 WIB 09.40 WIB	14 Menganjurkan pasien pakaian yang longgar agar tidak mengganggu aktivitas klien dalam bergerak 15 Melihat kemampuan pasien dalam mobilisasi : lihat kemampuan pergerakan pasien setiap hari 16 Mengajarkan pada keluarga untuk melakukan ROM pasif pada pasien 17 Menganjurkan keluarga membantu ADLs pasien
3.	Resiko infeksi b.d penumpukan cairan di otak (serebral)	09.00 Wib 11.00 Wib	1. Membatasi pengunjung 2. Menginstruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat kunjungan dan setelah kunjungan 3. Menggunakan sabun antimikroba untuk mencuci tangan 4. Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 5. Mengobservasi hitungan WBC(WBC: $14,2 \times 10^3 / \text{mm}^3$) 6. Menyarankan kepada keluarga untuk mengabisi porsi makanan yang diberikan dari rumah sakit 7. Mengevaluasi cara menghindari infeksi (mengingatkan keluarga untuk cuci tangan 6 langkah) 8. Memberikan terapi injeksi Ampicilin 1,5 mg 9. Memberikan terapi oral Kloramfenikol 125 mg 10. Memberikan injeksi Dexametazon 1,5 mg
3.	Diagnosa	Tanggal / jam	Implementasi
Implementasi hari ketiga (21 juni 2017)			
1.	Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral) b.d Gangguan aliran darah ke otak	selasa, 21 juni 2017, dinas pagi, 10,00 WIB	1. Mengukur tanda-tanda vital (N : 82 x/i RR :20x/I S:36,8 °C) 2. Mengukur tingkat kesadaran (kesadaran somnolen GCS = 8 E:2, M:4, V:2) 3. Melihat adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul (tidak ada daerah tertentu yang peka hanya pada suatu rangsangan) 4. Mengobservasi adanya paralase (Adanya kelemahan pada anggota gerak sebelah kanan) 5. Menganjurkan kepada keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada luka atau lecet

	akibat peningkatan TIK	10.10 WIB 12.20IB	6. Mengevaluasi kemampuan BAB : Keluarga mengatakan An. A sudah BAB 7. Memantau penambahan lingkaran kepala (lingkar kepala bertambah 1mm, kepala Nampak meregang) 8. Mengobservasi adanya tromboplebitis (tidak terdapat tromboplebitis) 9. Memantau adanya kebingungan, perubahan pikiran, pusing, pingsan 10. Monitor status pernapasan: frekuensi, irama, 11. Menganjurkan Sering melakukan percakapan dalam pendengaran pasien : untuk melatih pendengaran pasien 12. Memposisikan tinggi kepala tempat tidur 30 ⁰ atau lebih : agar aliran darah dan oksigen lancar ke otak 13. Menganjurkan keluarga membatasi masukan cairan : 500ml/hari 14. Mendorong keluarga untuk bicara pada pasien : untuk melatih pendengaran pasien 15. Mempertahankan suhu normal dengan cara memberikan anak pakaian yang longgaar atau tipis 16. Memberikan diazepam bila kejang 1,5 mg 17. Memberikan terapi Ampicilin 350 mg
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular	09.15 WIB 09.20 WIB 01.40IB	1. Menganjurkan pasien pakaian yang longgar agar tidak terganggu aktivitas klien dalam bergerak 2. Melihat kemampuan pasien dalam mobilisasi : lihat kemempua pergerakan pasien setiap hari 3. Mengajarkan pada keluarga untuk melakukan rom pasif pada pasien 4. Menganjurkan keluarga membantu ADLs pasien
3.	Resiko infeksi b.d penumpukan	09.00 WIB 11.00 WIB	1. Membatasi pengunjung 2. Menginstruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat kunjungan dan setelah

	cairan di otak (serebral)	11.30 WIB 11.43 WIB	kunjungan 3. Menggunakan sabun antimikroba untuk mencuci tangan 4. Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 5. Mengobservasi hitungan WBC 6. Menganjurkan masukan nutrisi yang cukup 7. Mengingatkan pada keluarga tentang tanda dan gejala infeksi 8. Mengingatkan cara menghindari infeksi(Mengajarkan keluarga cuci tangan 6 langkah) 9. Memberikan terapi injeksi Ampicilin 1,5 mg 10. Memberikan terapi oral Kloramfenikol 125 mg 11. Memberikan terapi injeksi Dexametazon 1,5 mg
--	------------------------------	-----------------------------------	--

E. EVALUASI

TABEL 3.7

Catatan Perkembangan

DIAGNOSA	TANGGAL/JAM	EVALUASI (S O A P I E R)	PARAF
1.	Senin, 19 juni 2017 Dinas pagi 10.00 WIB	S : - Keluarga mengatakan anggota gerak An. A sebelah kanan masih lemah - Keluarga mengatakan kaki An. A sebelah kiri kaku. - Keluarga mengatakan anak tidak ada menangis - Keluarga mengatakan kepala membesar O: - TTV : ND :80 x/I RR : 22 x/i - SH :36.6 °c - WBC : 14,2 x 10³/ mm³ - HCT : 34,1 % - PLT : 511+ x 10³/ mm³ - Natrium (Na⁺) : 131,4 mg/dl - Chlorida (Cl⁻) : 92,6 mg/dl - Ph : 7,463 - PO₂ : 27,8 mmHg - SO₂ % : 56,7 % - An. A tampak lemah - Mata tampak tidak simetris - Anggota gerak tampak lemah dan kaku - GCS : 8 E:2 M: 4 V2 (sammolen)	

	12.00 WIB	- An. A tidak ada muntah - Tidak ada kejang - Kulit kepala nampak merenggang - An. A tampak sulit melihat ke atas - Pendengaran berkurang - Tidak ada kontak penglihatan A : - Masalah resiko ketidakefektifan perfusi jaringan 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 terapi sesuai yang dianjurkan	
	09. 15 WIB 09. 20 WIB 09.40 WIB 09.55 WIB	S : - Keluarga mengatakan kaki An. A sebelah kanan masih lemah - Keluarga mengatakan kaki An. A sebelah kiri kaku O : - Kaki An. A sebelah kanan tampak lemah dankaki sebelah kiri kaku - An. A tampak terbaring di tempat tidur A : - Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi	

	12.00 WIB	P : - Lanjutkan intervensi 2,3,4 - Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi - Anjurkan pada keluarga untuk melakukan rom pasif pada pasien - Bantu ADLs pasien	
	09.00 WIB 11.00 WIB	S : - Keluarga mengatakan anak tidak demam O : - TTV : N : 80 x/I RR : 22 x/I S : 36.6 °C - Anak tidak demam - (WBC : 14,2 x10³/mm³) A : - Masalah resiko infeksi terkontrol P : - Batasi pengunjung - Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan - Anjurkan masukan nutrisi yang cukup - Ajarkan cara menghindarkan infeksi - Berikan terapi Ampicillin 350 mg	

DIAGNOSA	TANGGAL/JAM	EVALUASI (S O A P I E R)	PARAF
1.	Selasa, 20 juni 2017 Dinas pagi 10.00 WIB	S : - Keluarga mengatakan anggota gerak An. A sebelah kanan sudah mulai bergerak - Keluarga mengatakan kaki An. A sebelah kiri kaku. - Keluarga mengatakan anak sudah mulai menangis tapi dengan suara pelan - Keluarga mengatakan kepala masih besar O: - TTV : ND :80 x/I RR : 22 x/i - SH :36.6 °c - An. A tampak lemah - Mata tampak tidak simetris - Anggota gerak tampak lemah dan kaku - GCS : 8 E:2 M: 4 V2 (sammolen) - An. A tidak ada muntah - Tidak ada kejang - Kulit kepala nampak merenggang - An. A tampak sulit melihat ke atas - Pendengaran berkurang - Tidak ada kontak penglihatan A : - Masalah resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral belum teratasi P : - lanjutkan intervensi no - Ukur tanda tanda vital - Ukur tingkat kesadaran	

	12.00 WIB	- Lihat adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul - Pantau adanya tromboplepitis - Anjurkan keluarga membatasi masukan cairan - Berikan terapi sesuai anjuran I : - Mengukur tanda tanda vital (N : 84 x/i RR :22x/I S:36,5°C) - Mengukur status kesadaran - Melihat adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul (tidak ada daerah tertentu yang peka hanya pada suatu ransangan) - Mengkaji adanya tromboplepitis - Menganjurkan keluarga membatasi masukan cairan - Memberikan terapi sesuai anjuran E : - S : • Keluarga mengatakan anggota gerak An. A sudah mulai bergerak • Keluarga mengatakan kaki An. A sebelah kiri kaku. • Keluarga mengatakan anak sudah mulai menangis tapi dengan suara pelan • Keluarga mengatakan kepala masih besar - O : • TTV : ND :80 x/I RR : 22 x/i • SH :36.6 °c • An. A tampak lemah • Mata tampak tidak simetris	
--	-----------	--	--

		• Anggota gerak tampak lemah dan kaku • GCS : 8 E:2 M: 4 V2 (sammolen) • An. A tidak ada muntah • Tidak ada kejang • Kulit kepala nampak meregang • An. A tampak sulit melihat ke atas • Pendengaran berkurang • Tidak ada kontak penglihatan - A : • Masalah resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral belum teratasi - P : • lanjutkan intervensi • Ukur tanda tanda vital • Ukur tingkat kesadaran • Lihat adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul • Pantau adanya trombopleitis • Anjurkan keluarga membatasi masukan cairan • Berikan terapi sesuai anjuran	
2.	09. 15 WIB 09. 20 WIB 09.40 WIB 09.55 WIB	S : - Keluarga mengatakan anggota gerak An. A bagian atas sudah mulai bergerak. - Keluarga mengatakan kaki An. A sebelah kiri masih kaku O : - Kaki An. A sebelah kiri tampak kaku - An. A tampak terbaring di tempat tidur	

	12.00 WIB	- Anggota gerak sebelah atas sudah mulai bergerak A : - Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi - Pantau kemampuan pasien dalam mobilisasi - Anjurkan pada keluarga untuk melakukan rom pasif pada pasien - Bantu ADLs pasien I : - Memantau kemampuan pasien dalam mobilisasi - Mengajarkan pada keluarga untuk melakukan rom pasif pada pasien - Mengajarkan keluarga membantu ADLs pasien E : - S : • Keluarga mengatakan anggota gerak An. A bagian atas sudah mulai bergerak. • Keluarga mengatakan kaki An. A sebelah kiri masih kaku - O : • Kaki An. A sebelah kiri tampak kaku • An. A tampak terbaring di tempat tidur • Anggota gerak sebelah atas sudah mulai bergerak - A : • Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi - P : • Lanjutkan intervensi • Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi • Anjurkan pada keluarga untuk melakukan rom pasif pada	
--	-----------	--	--

		pasien Bantu ADLs pasien	
3.	09.00 WIB 11.00 WIB	S : O : A : P : I : E : - Keluarga mengatakan anak tidak demam - TTV : N : 80 x/I RR : 22 x/I S : 36.6 °C - Anak tidak demam - Masalah resiko infeksi dipertahankan - Batasi pengunjung - Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan - Sarankan untuk menghabisi porsi makanan yang diberikan dari rumah sakit - Ingatkan cara menghindarkan infeksi - Berikan terapi - Membatasi pengunjung - Mengingatkan agar mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan - Menyarankan untuk menghabisi porsi makanan yang diberikan - Mengingatkan cara menghindarkan infeksi - Memberikan terapi injeksi Ampicillin 350 mg	

		- S : • Keluarga mengatakan anak tidak demam - O : • TTV : N : 80 x/I RR : 22 x/I S : 36.6 °c • Anak tidak demam - A : • Masalah resiko infeksi dipertahankan - P : • Batasi pengunjung • Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan • Sarankan untuk menghabisi porsi makanan yang diberikan dari rumah sakit • Ingatkan cara menghindarkan infeksi • Berikan terapi sesuai anjuran	
--	--	---	--

DIAGNOSA	TANGGAL/JAM	EVALUASI (SOAPIER)	PARAF
----------	-------------	----------------------	-------

1.	Rabu , 21 juni 2017, dinas pagi, 10,00 wib 10.10 Wib 12.20 Wib	S : - Keluarga mengatakan anggota gerak An. A sudah aktif bergerak - Keluarga mengatakan kaki An. A sebelah kanan kaku. - Keluarga mengatakan anak sudah mulai meenangis tapi dengan suara pelan - Keluarga mengatakan kepala anak sudah ada perubahan setelah operasi - Keluarga mengatakan anaknya tadi pagi kejang O: - TTV : ND :80 x/I RR : 22 x/i - SH :36.8 °c - An. A tampak lemah - Mata tampak tidak simetris - Anggota gerak kaki sebelah kiri tampak lemah dan kaku - GCS : 8 E:2 M: 4 V2 (samnolen) - An. A tidak ada muntah - Kulit kepala nampak mregang - An. A tampak sulit melihat ke atas - Pendengaran berkurang - Tidak ada kontak penglihatan - Telinga sudah ada mengeluarkan serumen - Ada bekas luka operasi di bagian kepala sebelah kanan dan perut sebelah kanan A : - Masalah resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral belum teratasi P : - lanjutkan intervensi	
----	--	--	--

	11.00 WIB 12.0 IB	- Ukur tanda tanda vital - Ukur status kesadaran - Lihat adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul - Pantau adanya trombopleitis - Anjurkan keluarga membatasi masukan cairan - Berikan terapi sesuai anjuran I : - Mengukur tanda tanda vital (N : 84 x/i RR :22x/I S:36,5°C) - Mengukur tingkat kesadaran - Melihat adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul (tidak ada daerah tertentu yang peka hanya pada suatu ransangan) - Memantau adanya trombopleitis - Menganjurkan keluarga membatasi masukan cairan - Memberikan terapi sesuai anjuran E : - S : • Klien mengatakan anak sudah aktif bergerak • Keluarga mengatakakan kaki An. A sebelah kanan masih kaku • Keluarga mengatakan sudah Nampak perubahan pada kepala pasien - O : • TTV : ND :80 x/I RR : 22 x/i SH :36.8 °C	
--	----------------------	---	--

		• An. A tampak lemah • Mata tampak tidak simetris • Anggota gerak kaki sebelah kiri tampak lemah dan kaku • GCS : 8 E:2 M: 4 V2 (sammolen) • An. A tidak ada muntah • Kulit kepala nampak meregang • An. A tampak sulit melihat ke atas • Pendengaran berkurang • Tidak ada kontak penglihatan • Telinga sudah ada mengeluarkan serumen • Ada bekas luka operasi di bagian kepala sebelah kanan dan perut sebelah kanan - A : • Masalah resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral belum teratasi - P : • lanjutkan intervensi • Ukur tanda tanda vital • Ukur tingkat kesadaran • Lihat adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul • Pantau adanya trombopleitis • Anjurkan keluarga membatasi masukan cairan • Berikan terapi	
2.	09. 15 WIB	S : - Keluarga mengatakan anggota gerak bagian atas sudah aktif	

		• Anggota gerak bagian atas sudah aktif bergerak • An. A tampak terbaring di tempat tidur - A : • Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi - P : • Lanjutkan intervensi • Pantau kemampuan pasien dalam mobilisasi • Anjurkan pada keluarga untuk melakukan rom pasif pada pasien • Bantu ADLs pasien	
3.	09.00 WIB 11.00 WIB	S : - Keluarga mengatakan anak tidak demam O : - TTV : ND :80 x/I RR : 22 x/i - SH :36.6 °c - Anak tidak demam - Ada luka bekas operasi di bagian kepala sebelah kanan dan perut sebelah kanan A : - Masalah resiko infeksi dipertahankan P : - Pertahankan intervensi no - Batasi pengunjung - Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakann keperawatan	

		- Sarankan untuk menghabisi porsi makan yang diberikan - Ingatkan cara menghindarkan infeksi - Berikan terapi sesuai anjuran I : - Membatasi pengunjung - Mengingatkan agar mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan - Menyarankan untuk menghabisi porsi makanan yang diberikan - Mengingatkan cara menghindarkan infeksi - Memberikan terapi injeksi Ampicillin 350 mg E : - S : • Keluarga mengatakan anak tidak demam - O : • TTV : ND :80 x/I RR : 22 x/i • SH :36.6 °c • Anak tidak demam • Ada luka bekas operasi di bagian kepala sebelah kanan dan perut sebelah kanan - A : • Masalah resiko infeksi dipertahankan - P : • Pertahankan intervensi • Batasi pengunjung • Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakann keperawatan • Sarankan untuk menghabisi porsi makan yang diberikan	
--	--	--	--

		• Ingatkan cara menghindarkan infeksi • Berikan terapi	
--	--	---	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada An. A dengan Hidrosefalus di Ruang 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.

A. Pengkajian

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

1. Riwayat kesehatan sekarang

Dalam tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus tidak ada terdapat kesenjangan pada saat dilakukan pengkajian yaitu pasien mengalami gejala utama yaitu anak mengalami pembesaran kepala, tingkat kesadaran anak menurun yaitu dengan GCS : 8 E : 2 M:4 V:2 (Samnolen), pasien mengalami kejang,

2. Riwayat kesehatan dahulu

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

3. Riwayat kesehatan keluarga

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

4. Pemeriksaan fisik

Dalam melakukan pemeriksaan fisik pada An. A penulis banyak mengalami hambatan karena tidak semua pemeriksaan fisik pada klien dapat dilakukan karena ana mengalami penurunan kesadaran namun dalam pemeriksaan fisik pada teoritis dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena pemeriksaan sangat penting dilakukan untuk menggali sejauh mana perkembangan penyakit dan kondisi klien. Menurut teeoritis pemeriksaan fisik head to toe harus dilakukan pada setiap pasien yaitu berupa inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pada kasus An.A didapatkan kelainan yaitu anak mengalami penurunan penglihatan dimana pasien susah untuk melihat kea rah atas, pupil menagalami dilatasi, dan terdapat oedem dimata sebelah kanan. Pasien mengalami penurunan pendengaran diaman anak saat dipanggil tidak merespon. Anak mengalami keleemahan pada ekstremitas.

B. Diagnosa keperawatan

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

Pada tinjauan teoritis, ditemukan 6 diagnosa keperawatan yaitu :

- a. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral
- b. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d perubahan kemampuan mencerna makanan, peningkatan kebutuhan metabolisme.
- c. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular
- d. Ansietas keluarga b.d keadaan yang kritis pada keluarga
- e. Resiko kerusakan integritas kulit b.d imobilisasi, tidak adekuatnya
- f. Resiko infeksi b.d penumpukan cairan di otak (serebral)

Sedangkan pada tinjauan kasus, saat dikaji ditemukan 3 diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus karena saat pengkajian lebih diutamakan diagnose prioritas, actual, dan potensial. Faktor pendukung diagnosa yang muncul adalah :

- Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral)

Faktor pendukung diagnosa pertama yaitu saat dilakukan pengkajian pada hari senin 19 juni 2017 pukul 09.00 WIB keluarga mengatakan kepala An. A mengalami pembesaran, anggota gerak An.A sebelah kanan mengalami kelemahan , kaku pada kaki sebelah kiri dan tegang, klien

menangis dengan suara lambat , penurunan fungsi pendengaran , respon penglihatan berkurang. Tampak udem pada mata kanan, tampak bola mata tidak simetris , pupil tampak melebar , kaku pada kaki , tampak kesulitan melihat ke atas. Tampak mengalami penurunan kesadaran, GCS : 8 E:2 M:4 V:2 (sammolen).

- Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular

Faktor pendukung diagnosa kedua yaitu, saat melakukan pengkajian, Keluarga mengatakan An. A selalu tidur, Keluarga mengatakan An. A kejang 5 hari sebelum masuk rumah sakit, Keluarga mengatak kejang selama 10 menit, Keluarga mengatakan An. A mengalami penurunan kesadaran setelah kejang, Keluarga mengatakan An. A mengalami kelemahan pada anggota gerak sebelah kanan, Keluarga mengatakan kaki An. A sebelah kiri kaku, Keluarga mengatakan An. A ,mengalami penurunan pendengaran, Keluarga mengatakan kepala An. A mulai membesar.

- Resiko infeksi b.d penumpukan cairan di otak serebral

Faktor pendukung diagnose ketiga yaitu Keluarga mengatakan An. A selalu tidur, Keluarga mengatakan An. A kejang 5 hari sebelum masuk rumah sakit, Keluarga mengatak kejang selama 10 menit, Keluarga mengatakan An. A mengalami penurunan kesadaran setelah kejang, Keluarga mengatakan kepala An. A mulai membesar, Keluarga mengatakan An. A hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makan dan kadang menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi, Keluarga mengatakan An. A susah untuk makan, Data Klinik :Suhu : $36,4^0$ C, Nadi : 80 x/I, RR : 20 x/I, GCS : E₂M₄V₂ = 8

klien tampak Bradikardi, Mata sebelah kanan tampak udem, Tampak kepala yang mulai membesar, Penambahan lingkaran kepala $\pm$ 1 mm per hari, Tampak kelemahan pada anggota gerak, An. A tampak terbaring ditempat tidur dan lemas, Otot kaki: Tonus otot lemah, Nutrisi : IMT =16,32 (berat badan kurang).

C. Intervensi

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

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

Diagnosa pertama yaitu resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral) berhubungan dengan gangguan aliran darah ke otak akibat pengkatan TIK yaitu Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul, Monitor adanya parese, Instruksikan kepada keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi, Monitor kemampuan BAB, Monitor adanya tromboplebitis, Kolaborasi pemberian analgetik, Monitor tanda - tanda vital, Monitor adanya kebingungan, perubahan pikiran, pusing, pingsan, Monitor status neurologis dengan ketat an bandingkan dengan nilai normal, Monitor status pernapasan: frekuensi, irama,

kedalaman pernapasan, PaO₂, PCO₂, pH, Kurangi stimulus dalam lingkungan pasien, Sering percakapan dalam pendengaran pasien, Posisikan tinggi kepala tempat tidur 30° atau lebih, Batasi cairan, Dorong keluarga untuk bicara pada pasien, Lakukan latihan rom pasif, Pertahankan suhu normal, Lakukan tindakan pencegahan terjadinya kejang, Berikan anti kejang sesuai kebutuhan.

Diagnosa kedua yaitu : gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular yaitu Berikan pasien pakaian yang tidak mengekang, Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, Anjurkan pada keluarga untuk melakukan rom pasif pada pasien, Bantu ADLs pasien

Diagnosa ketiga yaitu resiko infeksi dimana intervensinya Batasi pengunjung, Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat kunjungan dan setelah kunjungan, Gunakan sabun antimikroba untuk mencuci tangan , Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, Monitor hitungan WBC, Anjurkan masukan nutrisi yang cukup, Ajarkan pada keluarga tanda dan gejala infeksi, Ajarkan cara menghindari infeksi, Kolaborasi terapi.

D. Implementasi

Menurut (Potter Dan Perry , 2000) implementasi keperawatan adalah suatu serangkaian 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 tindakan di tetapkan 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 peratama yaitu : Mengukur tanda tanda vital (N : 82 x/i RR :20x/I S:36,8 °c), Mengukur status kesadaran (kesadaran samnolen GCS = 8 E:2, M:4, V:2), Melihat adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul (tidak ada daerah tertentu yang peka hanya pada suatu ransangan), Mengkaji adanya parase (Adanya kelemahan pada anggota gerak sebelah kanan), Menginstruksikan kepada keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi, Mengevaluasi kemampuan BAB Keluarga mengatakan An. 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, PaO₂, PCO₂, pH. (pernafasan teratur, 20 x/I, Ph :7,463 , PCO₂ :36,1 mmHg, PO₂ :27,8 mmHg, SO₂ % : 56,7 %), Menganjurkan Sering percakapan dalam pendengaran pasien, Mengajarkan memposisikan tinggi kepala tempat tidur 30° atau lebih, Menganjurkan keluarga membatasi masukan cairan, Dorong keluarga untuk bicara pada pasien, Mempertahankan suhu normal, Berikan diazepam sesuai kebutuhan,bila kejang, Kolaborasi terapi Ampicilin 350 mg .

Diagnosa kedua yaitu : Menganjurkan pasien pakaian yang tidak mengekang, Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, Mengajarkan pada keluarga untuk melakukan rom pasif pada pasien, Menganjurkan keluarga membantu ADLs pasien.

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 : $14,2 \times 10^3 / \text{mm}^3$), 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 sering istirahat, namun kesulitan itu bisa segera teratasi disebabkan karena :

- Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan tindakan asuhan keperawatan
- Pendekatan yang dilakukan baik sehingga keluarga merasa percaya sehingga memudahkan penulis dalam melakukan tindakan keperawatan pada klien.
- Adanya kerja sama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan sehingga penulis mendapat bantuan dalam melakukan tindakan keperawatan.

E. Evaluasi

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 asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Hidrosefalus merupakan penumpukan CSS yang secara aktif dan berlebihan pada satu atau lebih ventrikel otak atau ruang subrachnoid yang dapat menyebabkan 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 hidrosefalus patologi dapat dikelompokkan sebagai, obstriktif (non – communicating) dan non – obstriktif (communicating). Etiologi dari hidrosefalus penyumbatan aliran CSS yang sering terdapat pada bayi yaitu kelainan bawaan , infeksi, neoplasma dan perdarahan. Maanifestasi 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.

B. Saran

- Sebaiknya ibu hamil tidak terlalu banyak mengkonsumsi obat – obatan dan selalu mengkonsumsi makanan yang bergizi dan sehat
- Sebaaiknya penderita penyakit hidrocefalus mengikuti terapi konservatif medikamentosa atau operasi pematangan pintas untuk mengurangi produksi CSS
- Semoga Karya Tulis Ilmiah yang penulis susun dapat dimanfaatkan secara maksimal, sehingga dapat membantu proses pembelajaran, dan dapat mengefektifkan kemandirian dan kreatifitas mahasiswa.
- Selain itu, diperlukan lebih banyak referensi untuk menunjang proses pembelajaran.

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's Principles 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
- Mutaqqim,arif,2008 “ *Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Persyarafan Hal 396 – 399*” : Jakarta selembang medikasi
- Suharso. 2009 “ *Asuahn Keperawatan Dengan Anak Hidrosefalus* “ : fakultas kedokteran Indonesia
- Suriadi,Skp 2010, “ *Asuhan Keperawatan Pada Anak*” : Pt Fajar Interpretama, Jakarta
- Suriadi,dkk 2010, “ *Asuhan Keperawatan Pada Anak Edisi I* “ , Jakarta : cv Sagung Seto
- Nanda. 2015 – 2017 “ *Nursing Diagnosis Definition & Classification* “ : Buku Kedokteran EGC
- NANDA, NOC – NIC Edisi keenam editor bahasa Glroria,M. Bulechek,dkk : Elsevier

LEMBARAN KONSULTASI / BIMBINGAN KTI / REVISI

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa : Riska Kurnia

Nim : 1410304015425

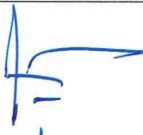
Jurusan : D 111 KEPERAWATAN

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

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada An. A Dengan Hidrosefalus Di

Ruangan Rawat Inap Anak RSUD Dr.Achmad Mochtar

Bukittinggi

No	Hari / Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1.	24 Juli 2017	Di pembantu. Anisa R.	
2.	26 Juli 2017	dy bntu	
	26. Juli 2017	are di jil.	
3.			

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Riska Kurnia
 Nim : 14103084015425
 Pembimbing : Ns. Endra Amalia, M. Kep
 Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada An. A Dengan Hidrosefalus Di Ruang Rawat Inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017

Bimbingan Ke	Hari / Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1.	Kamis / 22 Juli 2017	Perbaiki Bab 1, 2, sesuai saran !!!	A
2.	Jumat / 2 Juli 2017	Perbaiki lagi Bab I, II, III sesuai saran	A
3.	Senin / 10 Juli 2017	Perbaiki lagi Bab III sesuai saran	A
4.	Selasa / 11 Juli 2017	Perbaiki lagi Bab III sesuai saran	A
5.	Rabu / 12 Juli 2017	Perbaiki lagi Bab III sesuai saran	A
6.	Kamis / 13 Juli 2017	ACC, Diulankan	A.
7.			

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
LEMBAR KONSULTASI / BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Riska Kurnia
 Nim : 14103084015425
 Pembimbing : Ns. Tismawati, S.Kep
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada An. A Dengan Hidrosefalus Di Ruang Rawat Inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

NO	Hari / Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1.	19 Juni 2017	Perbaikan Bab II Pengertian, riwayat resehatan sekarang, diagnosa, Rumus obat penambahan SOP	
2.	20 Juni 2017	Perbaikan Bab II Perbaikan Analisa Data, Diagnosa, Intervensi Implementasi	
3.	21 Juni 2017	Perbaikan Bab II Implementasi evaluasi Acc. u/ diseminorakan.	

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

NAMA MAHASISWA : RISKA KURNIA
 NIM : 14103084015425
 RUANGAN : ANAK
 JUDUL STUDI KASUS : Asuhan Keperawatan Pada Anak
Dengan Hidrosepalus Di Ruangan Anak RSUD Dr. Achmad
Mahtai Bukittinggi

NO	HARI/TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
1.	Senin / 19-06-17	07.15		12.00		
2.	Selasa 20-06-2017	07.15		12.00		
3.	Kabu 21-06-2017	08.00				

Bukittinggi,20...

Ka Ruangan

Preceptor


 (.....)

(.....)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



I. Identitas Penulis

Nama : Riska Kurnia
Tempat / Tanggal Lahir : Pakan Rabaa, / 19
November 1996
Alamat : Solok Selatan
No HP : 085264878116
IG : Riska_ Angelo

II. Nama Orang Tua

Ayah : Syukriyadi
Ibu : Depi Puspita Roza

III. Pendidikan

❖ **TK Mutiara Pakan Rabaa** : 2001 - 2002
❖ **SDN 04 Sungai Aro** : 2002 - 2008
❖ **SMPN 4 Solok Selatan** : 2008 - 2011
❖ **SMAN 5 Solok Selatan** : 2011 - 2014
❖ **STIKes Perintis Padang** : 2014 - 2017

