

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIE DENGAN
MENINGITIS DI RUANG PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT RSUD
ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA TAHUN 2015**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



**DISUSUN OLEH :
JULIANA, S.Kep.
1311308250013**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA
2015**

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan
pada Pasien Meningitis di Ruang Pediatric Intensive Care Unit
RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015**

Juliana¹ , Ni Wayan Wiwin A²,

INTISARI

Meningitis adalah inflamasi pada meningen atau membran (selaput) yang mengelilingi otak dan medula spinalis. penyebab meningitis adalah bakteri, virus dan jamur. tanda gejala dari meningitis adalah terjadinya penurunan kesadaran dan hemiparesis. Hemiparesis adalah kelemahan otot pada lengan dan tungkai pada satu sisi yang menyebabkan pasien mengalami hambatan mobilitas fisik. Karya ilmiah akhir ners ini bertujuan untuk menganalisis intervensi keperawatan *Range of Motion* untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien di Ruang pediatrik intensive care unit RSUD abdul wahab sjahranie samarinda. Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat peningkatan kekuatan otot dari kekuatan (0) tidak mampu menggerakkan menjadi skala (1) terdapat sedikit kontraksi otot. Sosialisasi tentang latihan fisik dengan *Range of Motion* diperlukan bagi perawat agar tidak terjadi kontraktur pada otot.

Kata kunci : *Range of Motion*, meningitis, hemiparesis, hambatan mobilitas fisik

¹MahasiswaProgramStudi Ners STIKES MuhammadiyahSamarinda

²Dosen ProgramStudi S1 IlmuKeperawatanSTIKES MuhammadiyahSamarinda

***Analysis of Clinical Nursing Practice
on Meningitis Patients in Pediatric Intensive Care Unit Room
Hospital Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2015***

Juliana¹, Ni Wayan Wiwin A²,

ABSTRACT

Meningitis is an inflammation of the meninges, or membranes (membrane) that surrounds the brain and spinal cord. Cause meningitis are bacteria, viruses and fungi. Signs symptoms of meningitis is the occurrence of loss of consciousness and hemiparesis. Hemiparesis is muscle weakness in the arm and leg on one side which causes the patient to experience physical mobility barriers. Nurses end of this scientific work aims to analyze the nursing interventions Range of Motion to improve muscle strength in patients in the intensive care unit room pediatric Abdul Wahab Sjahranie Hospital. Results of the analysis showed that there is an increase in muscle strength of the force (0) is not able to move into a scale (1) there is a bit of muscle contraction. Socialization of physical exercise with Range Of Motion necessary for nurses to prevent contracture of the muscles.

Keywords: *Range of Motion, meningitis, hemiparesis, physical mobility barriers*

¹*Student nurses Studies Program STIKES Muhammadiyah Samarinda*

²*Lecturer at Nursing Degree Program of Muhammadiyah Health Science Institute of Samarinda*

BAB I

PENDAHULUAN

A Latar Belakang

Meningitis adalah radang pada selaput otak yang dapat disebabkan oleh bakteri, virus, parasit, jamur. Meningitis merupakan masalah medis yang serius serta membutuhkan pengenalan dan penanganan segera untuk mencegah kematian. Dan sampai saat ini meningitis masih merupakan infeksi pada anak yang menakutkan, menyebabkan mortalitas dan morbiditas yang tinggi pada anak terutama di negara berkembang (WHO, 2005).

WHO(2005) melaporkan adanya 7.078 kasus meningitis yang disebabkan oleh bakteri terjadi di Niamey – Nigeria pada tahun 1991 – 1996 dengan penyebab *Neisseria Meningitidis* (57,7%), *Streptococcus Pneumoniae* (13,2%) dan *Haemophilus influenzae* (9,5%). Angka kejadian meningitis menduduki urutan ke-9 dan 10 pola penyakit didelapan Rumah Sakit pendidikan di Indonesia. sedangkan di ruang PICU RSUD AWS Samarinda angka kejadian meningitis menduduki peringkat ke-10.

Meningitis ditandai dengan demam dengan awitan akut ($>38,5^{\circ}\text{C}$ rektal atau 38°C aksila) disertai dengan satu atau lebih gejala kaku kuduk, penurunan kesadaran, dan tanda Kernig atau *Brudzinski*.

Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan. Didalam undang-undang Republik Indonesia Nomor 38 tahun 2014 Tentang Keperawatan. Keperawatan adalah

kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat.

Tujuan keperawatan adalah untuk merawat dan membantu pasien mencapai perawatan diri secara total dan berperan sebagai pemberi asuhan keperawatan Dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan agar bisa direncanakan dan dilaksanakan tindakan yang tepat sesuai dengan tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian dievaluasi tingkat perkembangannya.

Salah satu tanda gejala dari meningitis adalah terjadinya penurunan kesadaran dan bahkan terjadinya hemiparase. Peran perawat dalam merawat pasien dengan kelemahan otot adalah berusaha agar tetap adaya mobilisasi pasien walaupun di tempat tidur dengan cara latihan fisik di tempat tidur yaitu *Range of Motion* (ROM) atau biasa disebut rentang gerak sendi. Oleh karena itu saya sebagai penulis tertarik untuk menganalisis intervensi ROM terhadap kelemahan otot pasien dengan meningitis.

B Perumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran analisa pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Meningitis di ruang PICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda ?

C Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir-Ners (KIA-N) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan dengan pasien Meningitis di ruang PICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisa kasus kelolaan dengan diagnosa medis Meningitis
- b. Menganalisis intervensi ROM yang diterapkan secara *continue* pada pasien kelolaan dengan diagnosa medis Meningitis.

3. Manfaat Penelitian

a. Manfaat Penulisan Bagi Pasien

Memperoleh asuhan keperawatan dengan standar profesi keperawatan

b. Manfaat Penulisan Bagi Perawat

Sebagai informasi dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dengan memusatkan upaya dan meningkatkan motivasi perawat terhadap pencapaian tujuan.

c. Manfaat Penulisan Bagi Tenaga Kesehatan

Bisa menambah pengetahuan dan referensi tentang penyakit meningitis.

d. Manfaat Penulisan Bagi Penulis

Untuk menambah pengetahuan penulis tentang pengelolaan asuhan keperawatan pada anak dengan meningitis di ruang PICU RSUD AWS Samarinda.

e. Manfaat Penulisan Bagi Rumah Sakit

Memberikan gambaran kepada pihak masyarakat mengenai pengelolaan asuhan keperawatan pada anak dengan meningitis di ruang PICU RSUD AWS Samarinda.

f. Manfaat Penulisan Bagi Pendidikan

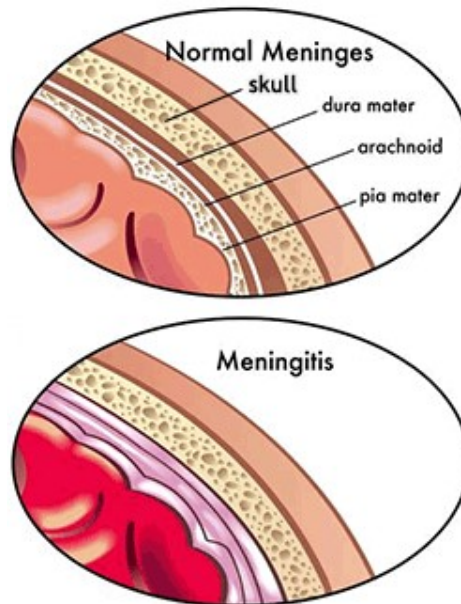
Sebagai bahan masukan bagi institusi pendidikan dalam hal pengembangan peningkatan ilmu pengetahuan serta keterampilan bagi mahasiswa dalam pelayanan kesehatan.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep medis

1. Pengertian

Meningitis adalah inflamasi pada meningen atau membran (selaput) yang mengelilingi otak dan medula spinalis penyebab meningitis meliputi bakteri, piogenik yang disebabkan oleh bakteri pembentuk pus, terutama meningokokos, pneumokokos, dan basil influenza. Kedua yaitu virus yang disebabkan oleh agen-agen virus yang sangat berarisi, yang ke tiga adalah organisme jamur (Muttaqin, 2008).



Gambar 2.1 Meningen normal dan meningitis

Sumber : Wardayati, 2013

2. Anatomi fisiologi otak

Sistem saraf manusia mempunyai struktur yang kompleks dengan berbagai fungsi yang berbeda dan saling pengaruhi. Satu fungsi saraf terganggu secara fisiologi akan berpengaruh terhadap fungsi tubuh yang lain. Sistem saraf dikelompokkan menjadi dua bagian besar yaitu susunan saraf pusat /central nervous system (CNS) dan susunan saraf perifer /peripheral nervous system (PNS). Susunan Susunan saraf pusat terdiri dari otak dan medula spinalis, sedangkan saraf perifer terdiri atas saraf-saraf yang keluar dari medula medulla spinalis 31 pasang. Menurut fungsinya saraf perifer dibagi atas saraf afferent (sensorii) dan efferent (motorik).

Saraf afferent (sensorik) menghantarkan informasi dari reseptor-reseptor khusus yang berada pada organ permukaan atau bagian dalam ke otak. Saraf efferent (motorik) menyampaikan informasi dari otak ke medula spinalis ke organ-organ tubuh seperti otot rangka, otot jantung otot-otot bagian dalam kelenjar-kelenjar. Saraf motorik memiliki dua subdivisi yaitu devisi otonomik. Devisi somatik (*volunter*) berperan dalam interaksi antara tubuh dengan lingkungan luar. Serabut saraf berada pada otot rangka. Devisi otonomik (*involunter*) mengendalikan seluruh respon involunter pada otot polos, otot jantung dan kelenjar dengan cara mentransmisi impuls saraf melalui dua jalur yaitu saraf simpatis yang berasal dari area toraks dan lumbal pada medula spinalis dan saraf parasimpatis yang berasal dari area otak dan sakral pada medula spinalis (Tarwoto, 2009)

Meningen adalah selaput yang membungkus otak dan sumsum tulang belakang, melindungi struktur saraf halus yang membawa pembuluh darah dan cairan sekresi (cairan serebro spinal) lapisan luar terdapat durameter, lapisan tengah disebut arakhnoid, dan lapisan sebelah dalam disebut piameter (syaifuddin, 2006).

Meningen adalah merupakan jaringan membran penghubung yang melapisi otak dan medulla spinalis ada 3 lapisan meningen yaitu: Durameter, arachnoid, dan pia meter. Durameter adalah lapisan yang liat, kasar dan mempunyai dua lapisan membran. Arachnoid adalah membran bagian tengah, tipis dan berbentuk seperti laba-laba. Sedangkan piameter adalah lapisan paling dalam, tipis, merupakan membran vaskuler yang membungkus seluruh permukaan otak. Antara lapisan satu dengan lapisan lainnya terdapat ruang meningeal yaitu ruang epidural merupakan ruang antara tengkorak dan lapisan luar durameter, ruang subdural yaitu ruang antara lapisan durameter dengan membran arachnoid, ruang subarachnoid yaitu ruang antara arachnoid dengan piameter pada ruang subarachnoid ini terdapat cairan serebrospinalis (CSF) (Tarwoto, 2009).

3. Klasifikasi Meningitis

Meningitis dibagi menjadi 2 golongan berdasarkan perubahan yang terjadi pada cairan otak, yaitu :

a. Meningitis serosa

Radang selaput otak *arachnoid* dan piameter yang disertai cairan otak yang jernih. Penyebab terseringnya adalah Mycobacterium tuberculosis. Penyebab lainnya Lues (sifilis), Virus, Toxoplasma gondhii dan Rickettsia. Meningitis tuberculosis masih sering dijumpai di Indonesia, pada anak dan orang dewasa. Meningitis tuberculosis terjadi akibat komplikasi penyebab tuberculosis primer, biasanya dari paru paru. Meningitis bukan terjadi karena terinfeksi selaput otak

langsung penyebaran hematogen, tetapi biasanya skunder melalui pembentukan tuberkel pada permukaan otak, sumsum tulang belakang atau vertebra yang kemudian pecah kedalam rongga arachnoid.

Tuberkulosa ini timbul karena penyebaran *mycobacterium tuberculosis*. Pada meningitis tuberkulosa dapat terjadi pengobatan yang tidak sempurna atau pengobatan yang terlambat. Dapat terjadi cacat neurologis berupa parase, paralysis sampai deserebrasi, hydrocephalus akibat sumbatan, reabsorpsi berkurang atau produksi berlebihan dari likuor serebrospinal. Anak juga bisa menjadi tuli atau buta dan kadang kadang menderita retardasi mental.

Gambaran klinik pada penyakit ini mulainya pelan. Terdapat panas yang tidak terlalu tinggi, nyeri kepala dan nyeri kuduk, terdapat rasa lemah, berat badan yang menurun, nyeri otot, nyeri punggung, kelainan jiwa seperti Halusinasi. Pada pemeriksaan akan dijumpai tanda tanda rangsangan selaput otak seperti kaku kuduk dan brudzinski. Dapat terjadi hemiparese dan kerusakan saraf otak yaitu N III, N IV, N VI, N VII, N VIII sampai akhirnya kesadaran menurun (Firdasari, 2011).

b. Meningitis purulenta

Adalah radang bernanah arakhnoid dan piameter yang meliputi otak dan medula spinalis yang menimbulkan eksudasi berupa pus, disebabkan oleh kuman non spesifik dan non virus. Penyakit ini lebih sering didapatkan pada anak daripada orang dewasa. Meningitis purulenta pada umumnya sebagai akibat komplikasi penyakit lain. Kuman secara hematogen sampai keselaput otak; misalnya pada penyakit penyakit faringotonsilitis, pneumonia, bronchopneumonia, endokarditis dan lain lain. Dapat pula sebagai perluasan perkontinuitatum dari peradangan organ / jaringan didekat selaput otak, misalnya abses otak, otitis media, mastoiditis dan lain lain. Penyebabnya antara lain: *Diplococcus pneumoniae* (*pneumokok*), *Neisseria meningitis* (*meningokok*), *Streptococcus haemolyticus*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* dan *Peudomonas aeruginosa*.

Komplikasi pada meningitis purulenta dapat terjadi sebagai akibat pengobatan yang tidak sempurna / pengobatan yang terlambat. pada permulaan gejala meningitis purulenta adalah panas, menggigil, nyeri kepala yang terus menerus, mual dan muntah, hilangnya napsu makan, kelemahan umum dan rasa nyeri pada punggung dan sendi, setelah 12 (dua belas) sampai 24 (dua puluh empat) jam timbul gambaran klinis meningitis yang lebih khas yaitu nyeri pada kuduk dan tanda tanda rangsangan selaput otak seperti kaku kuduk dan brudzinski. Bila

terjadi koma yang dalam, tanda tanda selaput otak akan menghilang, penderita takut akan cahaya dan amat peka terhadap rangsangan, penderita sering gelisah, mudah terangsang dan menunjukkan perubahan mental seperti bingung, hiperaktif dan halusinasi. Pada keadaan yang berat dapat terjadi herniasi otak sehingga terjadi dilatasi pupil dan koma (Firdasari, 2011).

4. Etiologi

a. Bakteri:

- 1) Neonatus sampai 2 bulan: GBS, basili gram negative, missal, Escherichia coli, Liateria monocytogenes, S. agalactiae (streptokokus gram B)
- 2) 1 bulan sampai 6 tahun: Neisseria meningitidis (meningokokus), Streptococcus pneumoniae, Hib
- 3) > 6 tahun: Neisseria meningitides, Streptococcus pneumoniae, parotitis (pre-MMR)
- 4) Mycobacterium tuberculosis: dapat menyebabkan meningitis TB pada semua umur. Paling sering pada anak umur 6 bulan sampai 6 tahun

5) Virus

Enterovirus (80%), CMV, arbovirus, dan HSV

b. Tanda dan gejala

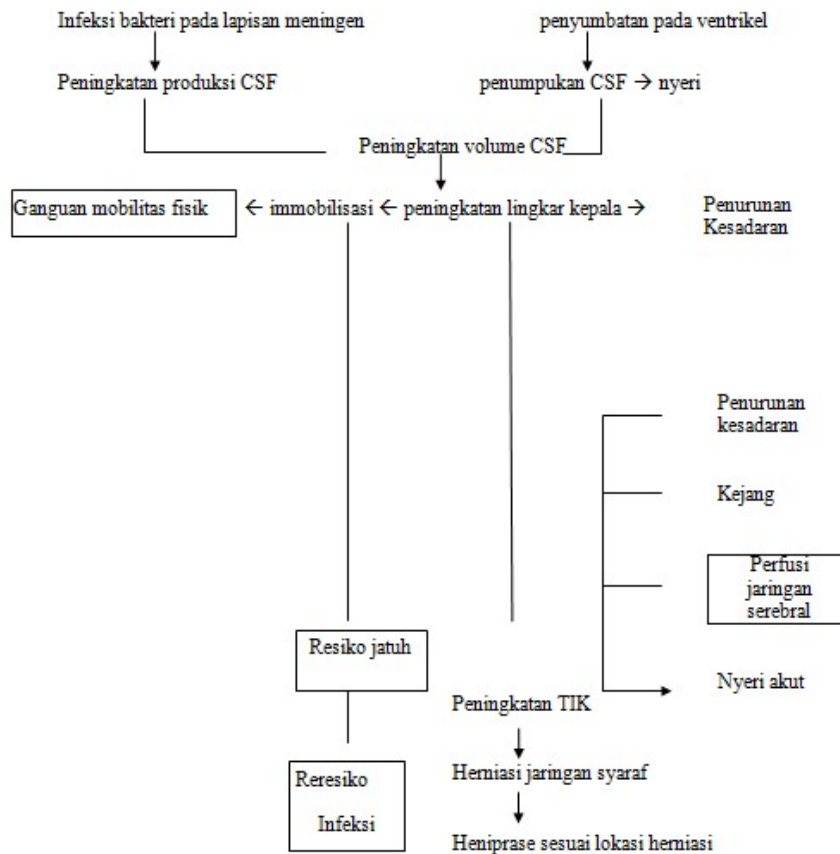
- 1) Gejala meningitis diakibatkan dari infeksi dan peningkatan TIK
 - a) Sakit kepala dan demam (gejala awal yang sering)
 - b) Perubahan pada tingkat kesadaran dapat terjadi letargik, tidak responsif, dan koma.
 - c) Iritasi meningen mengakibatkan sejumlah tanda sbb:

- Rigiditas nukal (kaku leher). Upaya untuk fleksi kepala mengalami kesukaran karena adanya spasme otot-otot leher.
 - Tanda kernik positif: ketika pasien dibaringkan dengan paha dalam keadaan fleksi kearah abdomen, kaki tidak dapat di ekstensikan sempurna.
 - Tanda brudzinki : bila leher pasien di fleksikan maka dihasilkan fleksi lutut dan pinggul. Bila dilakukan fleksi pasif pada ekstremitas bawah pada salah satu sisi maka gerakan yang sama terlihat pada sisi ektremita yang berlawanan.
- d) Mengalami foto fobia, atau sensitif yang berlebihan pada cahaya.
- e) Kejang akibat area fokal kortikal yang peka dan peningkatan TIK akibat eksudat purulen dan edema serebral dengan tanda-tanda perubahan karakteristik tanda-tanda vital(melebarnya tekanan pulsa dan bradikardi), pernafasan tidak teratur, sakit kepala, muntah dan penurunan tingkat kesadaran.
- f) Adanya ruam merupakan ciri menyolok pada meningitis meningokokal.
- g) Infeksi fulminating dengan tanda-tanda septikimia : demam tinggi tiba-tiba muncul, lesi purpura yang menyebar, syok dan tanda koagulopati intravaskuler diseminata.

5. Patofisiologi

infeksi menyebar secara vaskular dari fokus infeksi ke tempat lain. Misalnya organisme dari nasopharynx menyerang pembuluh darah yang mendasari menyeberangi BBB, dan berkembang biak dalam CSF. Invasi dengan ekstensi langsung dari infeksi di paranasal dan sinus mastoid. Organisme juga bisa masuk dengan implantasi langsung setelah ada luka tembus, fraktur tengkorak yang menyebabkan pembukaan ke dalam kulit atau sinus, pungsi lumbal atau prosedur bedah, kelainan anatomi seperti spina bifida, atau benda asing sebagai shunt ventrikel internal atau perangkat ventrikular eksternal. Setelah tertanam, organisme menyebar ke CSF, dimana infeksi menyebar ke seluruh ruang subarachnoid. Proses infeksi seperti yang terlihat pada infeksi bakteri: akumulasi sel radang eksudasi darah putih, dan berbagai tingkat kerusakan jaringan. Otak menjadi *hyperemic* dan edema, dan seluruh permukaan otak ditutupi oleh lapisan eksudat purulen yang bervariasi dengan jenis organisme. Sebagai contoh, eksudat meningokokus paling ditandai selama parietal, oksipital, dan daerah cerebellar; tebal, eksudat fibrinous infeksi pneumokokus terbatas terutama pada permukaan otak, terutama lobus interior; dan eksudat infeksi streptokokus mirip dengan yang infeksi pneumokokus, tapi tipis. Sebagai infeksi meluas ke ventrikel, nanah tebal, fibrin, atau perlekatan dapat menutup jalan lorong sempit dan menghalangi aliran CSF (Wilson, 2007).

Pathway keperawatan (meningitis)



Gambar 2.2 Pathway keperawatan (Meningitis)

Sumber : Paramitha, 2011

6. Komplikasi

- a. Hidrosefalus
- b. Infark serebral
- c. Syndrome waterhouse Friederichsen : hipotensi, perdarahan kulit dan kelenjar adrenal
- d. Defisit saraf kranial
- e. Ensefalitis
- f. Abses otak
- g. Kerusakan visual
- h. Deficit intelektual

- i. Kejang
- j. Endokarditis
- k. Pneumonia
- l. Gangguan pembekuan darah
- m. Syok septic
- n. Efusi subdural
- o. Demam yang memanjang
- p. Peningkatan intrakranial

7. Diagnosis Medik

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah

- a. Kultur darah: positif pada 40-50% penyakit meningokokus, 80-90% meningitis pneumokokus dan H. Influenza bila belum mendapat antibiotik

- b. Pemeriksaan LCS

Meningitis bakterial : tekanan meningkat, cairan keruh/berkabut, jumlah sel darah putih dan protein meningkat glukosa meningkat, kultur positif terhadap beberapa jenis bakteri.

Meningitis virus : tekanan bervariasi, cairan CSS biasanya jernih, sel darah putih meningkat, glukosa dan protein biasanya normal, kultur biasanya negatif, kultur virus biasanya dengan prosedur khusus.

- c. CT kepala

Penggunaannya terbatas, dilakukan bila diagnosis belum pasti dan untuk menyingkirkan penyebab lain (misal, tumor fossa posterior), keputusan untuk melakukan CT scan tidak boleh menunda pemberian antibiotik (Schneeweisse, 2007).

- d. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Glukosa serum : meningkat (meningitis)
- 2) LDH serum : meningkat (meningitis bakteri)

3) Sel darah putih : sedikit meningkat dengan peningkatan neutrofil
(infeksi bakteri)

8. Elektrolit darah : Abnormal Penatalaksanaan

a) Penatalaksanaan medis

1) Isolasi

- Terapi antimikroba : *antibiotic* yang diberikan didasarkan pada hasil kultur, diberikan dengan dosis tinggi melalui intra vena.
- Mempertahankan hidrasi optimum : mengatasi kekurangan cairan dan mencegah kelebihan. Cairan yang dapat menyebabkan edema.
- Mencegah dan mengobati komplikasi : aspirasi efusi subdural (pada bayi).
- Mengontrol kejang : pemberian terapi antiepilepsi
- Mempertahankan ventilasi
- Mengurangi meningkatnya tekanan intra cranial
- Penatalaksanaan syok bakterial
- Mengontrol perubahan suhu lingkungan yang ekstrim
- Memperbaiki anemia

(Suriadi & Rita : 2006)

B. Konsep Keperawatan

Menurut Muscari (2005) proses keperawatan pada anak dengan ganggana sistem persyarafan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Berikut adalah penjelasan dari 5 tahapan proses keperawatan:

1. Pengkajian

Pengkajian neurologis anak-anak harus berdasarkan tingkat perkembangan anak dan berupaya untuk menentukan apakah masalah bersifat akut atau kronis, difus atau fokal. Atau stabil atau progresif. Riwayat kesehatan dari anak biasanya melihat gejala-gejala utama yang mencakup : sakit kepala, pingsan dan pusing, perubahan tingkat kesadaran, cara berjalan dan koordinasi yang abnormal.

Pemeriksaan fisik berupa tanda-tanda vital, ukur lingkar kepala pada semua anak yang berada dibawah dua tahun dan pada anak-anak yang lebih besar ketika dianjurkan misalnya diduga terjadi peningkatan tekanan intrakranial. Kaji tanda-tanda vital karena perubahan TTV (hipertensi, takikardi yang mengarah ke bradikardi, dan apnea) merupakan tanda-tanda lanjut dari peningkatan TIK.

Inspeksi kaji tingkat kesadaran (kesadaran penuh, bingung, disorientasi, letargi, apatis, stupor, atau koma). Penampilan umum, perilaku, afek/*mood*, interaksi, dan bicara. Perubahan perilaku dapat menjadi tanda awal gangguan neurologi. Perhatikan adanya kehilangan memori, masalah bicara, atau kebiasaan yang tidak lazim. Kaji perkembangan, perhatikan adanya perubahan pada semua area (kognitif, psikososial, motorik kasar, dan motorik halus). Kaji fungsi saraf kranial seperti respon pupil. Observasi adanya keanehan, gerakan abnormal seperti tremor, aktivitas kejang, serta masalah sensorik motorik. Palpasi dan kaji tonus dan kekuatan otot, kaji indra sensasi dan letaknya, kaji tendon dan profunda dan refleks superfisial

2. Diagnosa

- a. Perubahan perfusi jaringan
- b. Resiko cedera
- c. Konfusi
- d. Perubahan proses pikir
- e. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan
- f. Gangguan gambaran tubuh

3. Perencanaan

- a. Anak akan mempertahankan untuk memperbaiki tingkat kesadaran dan mempertahankan TIK yang normal.

- b. Anak akan mempertahankan tingkat kesadaran yang optimal dan bebas dari cedera.
- c. Anak akan bebas dari infeksi
- d. Anak akan menunjukkan tingkat perkembangan yang optimal.

4. Implementasi

- a. Perbaiki penampilan jaringan serebral : monitor tanda-tanda vital, monitor skala koma pediatrik, pengkajian mata antara lain ukuran pupil, reaksi cahaya.
- b. Cegah cedera : lakukan tindakan pencegahan kejang berupa jauhkan benda-benda yang berbahaya disekitar anak, hiperekstensikan leher untuk mempertahankan jalan nafas, atur posisi anak dengan posisi miring untuk memungkinkan sekresi mengalir dari mulut, amati waktu dan durasi kejang. Pertahankan lingkungan yang aman dengan membuang benda-benda yang berbahaya.
- c. Cegah infeksi : lakukan tindakan pengendalian infeksi, minimalkan kontak dengan orang yang terinfeksi.

5. Evaluasi

- a. Anak dapat mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesadaran
- b. Anak terbebas dari cedera
- c. Anak terbebas dari infeksi
- d. Anak mencapai tingkat perkembangan yang optimal

C. Konsep Tumbuh Kembang anak usia sekolah (usia 6-12 tahun)

1. Pertumbuhan dan perkembangan fisik

a. Parameter umum

Selama periode ini anak perempuan biasanya tumbuh lebih cepat dan umumnya tinggi badan dan berat badan anak perempuan melebihi anak laki-laki

1) Tinggi badan

Rata-rata anak usia sekolah bertambah 5 cm per tahun, rata-rata tinggi anak usia 6 tahun adalah 112,5 cm. Rata-rata tinggi anak usia 12 tahun adalah 147,5 cm.

2) Berat badan

Rata-rata berat badan anak usia sekolah bertambah 2-3 Kg pertahun, rata-rata anak usia 6 tahun mencapai 21 kg.

b. Nutrisi

1) Kebutuhan nutrisi anak usia sekolah membutuhkan rata-rata 2400 kalori perhari.

2) Pilihan dan pola makan; banyak anak usia sekolah tidak menyukai sayuran, dan makanan pedas, anak terpajan dengan pengalaman makanan yang lebih luas di kantin sekolah, anak mungkin memilih-milih makanan tetapi tetap mencoba makanan-makanan baru.

c. Pola tidur

Kebiasaan tidur setiap anak pada usia sekolah bervariasi tetapi memiliki rentang 8-9 jam per hari.

2. Perkembangan motorik

a. Motorik kasar

1) Bersepeda

2) Sepatu roda

3) Kemampuan berlari dan melompat

4) Berenang

- b. Motorik halus
 - 1) Menulis tanpa merangkai huruf
 - 2) Main game
 - 3) Kemampuan bermain komputer
- 3. Perkembangan psikososial
 - a. Tinjauan Erikson

Erikson menyatakan krisis psikososial yang dihadapi anak pada usia 6-12 tahun sebagai “industri versus inferioritas”.

 - 1) Hubungan dengan orang dekat meluas hingga mencakup guru dan teman sekolah
 - 2) Secara normal telah menguasai tiga tugas perkembangan (kepercayaan, otonomi, inisiatif).
 - 3) Perasaan industri berkembang dari suatu keinginan untuk pencapaian
 - 4) Pencapaian inferioritas dapat tumbuh dari harapan yang tidak realistis.

D. Konsep Range Of Motion (ROM)

1. Definisi

Range of Motion (ROM) adalah gerakan dalam keadaan normal dapat dilakukan oleh sendi yang bersangkutan (Suratun, dkk, 2008). Latihan *Range of Motion* ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Potter & Perry, 2005).

2. Klasifikasi ROM

Latihan ROM pasif adalah latihan ROM yang di lakukan pasien dengan bantuan perawat pada setiap-setiap gerakan. Indikasi latihan pasif adalah pasien semikoma dan tidak sadar, pasien dengan keterbatasan mobilisasi tidak mampu melakukan beberapa atau semua

latihan rentang gerak dengan mandiri, pasien tirah baring total atau pasien dengan paralisis ekstermitas total (Suratun, dkk, 2008).

Rentang gerak pasif ini berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif misalnya perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien. Sendi yang digerakkan pada ROM pasif adalah seluruh persendian tubuh atau hanya pada ekstremitas yang terganggu dan pasien tidak mampu melaksanakannya secara mandiri.

Latihan ROM aktif adalah Perawat memberikan motivasi, dan membimbing pasien dalam melaksanakan pergerakan sendi secara mandiri sesuai dengan rentang gerak sendi normal. Hal ini untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif. Sendi yang digerakkan pada ROM aktif adalah sendi di seluruh tubuh dari kepala sampai ujung jari kaki oleh pasien sendiri secara aktif.

3. Prinsip dasar latihan ROM

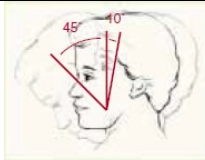
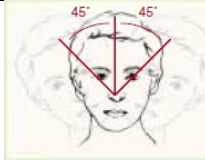
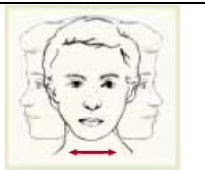
Menurut suratun (2005) prinsip dasar ROM ada 7 yaitu:

- b. ROM harus diulang sekitar 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari
- c. ROM di lakukan perlahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan pasien.
- d. Dalam merencanakan program latihan ROM, perhatikan umur pasien, diagnosa, tanda-tanda vital dan lamanya tirah baring.
- e. Bagian-bagian tubuh yang dapat di lakukan latihan ROM adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki.
- f. ROM dapat di lakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang di curigai mengalami proses penyakit.
- g. Melakukan ROM harus sesuai waktunya. Misalnya setelah mandi atau perawatan rutin telah di lakukan.

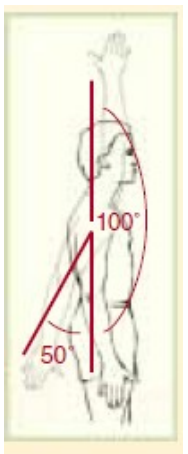

4. Pelaksanaan ROM


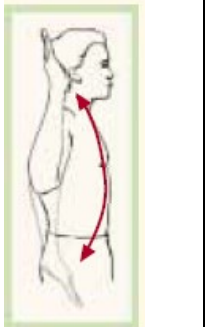
Menurut Potter & Perry, (2005 Hal:960), ROM terdiri dari gerakan pada persendian sebaga berikut :

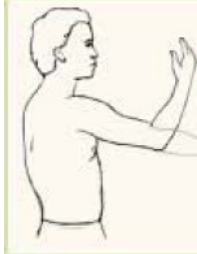
a. Leher, spina, serfikal

<i>Fleksi</i>	Menggerakkan dagu menempel ke dada rentang 45°	
<i>Ekstensi</i>	Mengembalikan kepala ke posisi tegak, rentang 45°	
<i>Hiperektensi</i>	Menekuk kepala ke belakang sejauh mungkin, rentang 40-45°	
<i>Fleksi lateral</i>	Memiringkan kepala sejauh mungkin ke arah masing-masing bahu, rentang 40-45°	
<i>Rotasi</i>	Memutar kepala sejauh mungkin dalam gerakan sirkuler, rentang 180°	


b. Bahu

<i>Fleksi</i>	Menaikan lengan dari posisi di samping tubuh ke depan ke posisi di atas kepala, rentang 180°	
<i>Ekstensi</i>	Mengembalikan lengan ke posisi di samping tubuh, rentang 180°	
<i>Hiperektensi</i>	Mengerkan lengan ke belakang tubuh, siku tetap lurus, rentang 45-60°	
<i>Abduksi</i>	Menaikan lengan ke posisi samping di atas kepala dengan telapak tangan jauh dari	

	kepala, rentang 180°	
Adduksi	Menurunkan lengan ke samping dan menyilang tubuh sejauh mungkin, rentang 320°	
Rotasi dalam	Dengan siku pleksi, memutar bahu dengan menggerakkan lengan sampai ibu jari menghadap ke dalam dan ke belakang, rentang 90°	
Rotasi luar	Dengan siku fleksi, menggerakkan lengan sampai ibu jari ke atas dan samping kepala, rentang 90°	
c. Sirkumduksi	Menggerakkan lengan dengan lingkaran penuh, rentang 360°	

Fleksi	Menggerakkan siku sehingga lengan bahu bergerak ke depan sendi bahu dan tangan sejajar bahu, rentang 150°	
Ektensi	Meluruskan siku dengan menurunkan tangan, rentang 150°	

d. Lengan bawah

Supinasi	Memutar lengan bawah dan tangan sehingga telapak tangan menghadap ke atas, rentang 70-90°	
Pronasi	Memutar lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke bawah, rentang 70-90°	

ergelangan tangan

Fleksi	Menggerakkan telapak tangan ke sisi bagian dalam lengan bawah, rentang 80-90°	
Ekstensi	Mengerakan jari-jari tangan sehingga jari-jari, tangan, lengan bawah berada dalam arah yang sama, rentang 80-90	
Hiperekstensi	Membawa permukaan tangan dorsal ke belakang sejauh mungkin, rentang 89-90°	

f. pergelangan tangan



Abduksi	Menekuk pergelangan tangan miring ke ibu jari, rentang 30°	
Adduksi	Menekuk pergelangan tangan miring ke arah lima jari, rentang 30-50°	

g.


Jari- jari tangan

Fleksi	Membuat genggaman, rentang 90°	
Ekstensi	Meluruskan jari-jari tangan, rentang 90°	
Hiperekstensi	Menggerakkan jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin, rentang 30-60°	
Abduksi	Meregangkan jari-jari tangan yang satu dengan yang lain, rentang 30°	
Adduksi	Merapatkan kembali jari-jari tangan, rentang 30°	


h. Pinggul

Fleksi	Mengerakan tungkai ke depan dan atas, rentang 90-120°	
Ekstensi	Menggerakan kembali ke samping tungkai yang lain, rentang 90-120°	
Hiperekstensi	Mengerakan tungkai ke belakang tubuh, rentang 30-50°	
Abduksi	Menggerakan tungkai ke samping menjauhi tubuh, rentang 30-50°	
Adduksi	Mengerakan tungkai kembali ke posisi media dan melebihi jika mungkin, rentang 30-50°	


i. Lutut

Fleksi	Mengerakan tumit ke arah belakang paha, rentang 120-130°	
Ekstensi	Mengembalikan tungkai kelantai, rentang 120-130°	


j. Mata kaki

Dorsifleksi	Menggerakan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk ke atas, rentang 20-30°	
Plantarfleksi	Menggerakan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk ke bawah, rentang 45-50°	

k. Kaki

Inversi	Memutar telapak kaki ke samping dalam, rentang 10°	
Eversi	Memutar telapak kaki ke samping luar, rentang 10°	

Jari-Jari Kaki

Fleksi	Menekukkan jari-jari kaki ke bawah, rentang 30-60°	 A diagram of a human foot from a lateral view. Red arrows indicate the range of motion for flexion (downward), extension (upward), abduction (outward), and adduction (inward).
Ekstensi	Meluruskan jari-jari kaki, rentang 30-60°	
Abduksi	Menggerakkan jari-jari kaki satu dengan yang lain, rentang 15°	
Adduksi	Merapatkan kembali bersama-sama, rentang 15°	

BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian kasus	30
B. Masalah keperawatan	43
C. Intervensi keperawatan	44
D. Implementasi	48
E. Evaluasi	63

BAB IV ANALISA SITUASI

A. Profil lahan praktik	72
B. Analisa Masalah Keperawatan Dengan Konsep Terkait Dan Konsep Kasus Terkait	73
C. Analisa Salah Satu Intervensi Dengan Konsep Dan Penelitian Terkait	77
D. Alternatif pemecahan yang dapat dilakukan	78

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan pengkajian tanggal 7 february 2015 yang dilakukan kepada pasien, didapatkan diagnosa keperawatan Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidak mampuan menelan makanan, Hambatan mobilitas ditempat tidur b.d gangguan neuromuskular, Resiko infeksi dengan faktor resiko prosedur invasif, Resiko kerusakan integritas kulit b.d imobilisasi fisik, pada pengkajian tanggal 10-2-2015 muncul diagnosa baru Resiko ketidak seimbangan elektrolit dengan faktor resiko gangguan mekanisme regulasi. Tanggal 18-2-2015 muncul diagnosa baru Hipertermi b.d penyakit.

Perencanaan keperawatan dirumuskan berdasarkan prioritas masalah sekaligus memperhatikan kondisi klien, Pelaksanaan keperawatan sangat bergantung pada sikap perawat dan ketrampilan dalam memberikan asuhan keperawatan.

Evaluasi yang telah tercapai adalah pada masalah, Resiko infeksi dengan faktor resiko prosedur invasif dan Hipertermi b.d penyakit, namun tidak semua masalah keperawatan yang diterapkan dalam kasus ini dapat dicapai dalam jangka waktu yang telah ditentukan,

Berdasarkan analisis dan pembahasan mengenai ROM terhadap pasien An.F masa rawat 9 hari dengan meningitis hemiparesis dekstra dapat diambil kesimpulan bahwa ROM yang dilakukan rutin setiap hari mampu membawa perubahan terhadap kekuatan otot klien dari kekuatan

(0) tidak mampu menggerakkan menjadi skala (1) terdapat sedikit kontraksi otot.

B. Saran

a. Bagi Perawat

Bagi perawat dianjurkan untuk memahami konsep kekuatan otot pada klien, sehingga dapat melakukan intervensi mandiri dan kolaboratif untuk latihan fisik.

b. Bagi klien

Diharapkan mampu melakukan aktifitas fisik sesuai kemampuan, dan melaporkan kepada petugas kesehatan apabila ada keluhan terkait latihan fisik.

c. Keluarga

Tetap membantu dan mendukung aktivitas fisik klien ditempat tidur.

d. Institusi pendidikan

Kiranya karya ilmiah ini dapat berguna dan bisa di aplikasikan dalam proses belajar mengajar karena institusi pendidikan merupakan tempat sosialisasi serta tempat membekali calon-calon perawat profesional yang kritis dalam pemecahan masalah.

DAFTAR PUSTAKA

Arvin.B.K. (2000). *Ilmu Kesehatan Anak Jakarta*. Jakarta: EGC

Arovah (2010)

<http://staff.uny.ac.id/sites/default/files/Buku%20Ajar%20Kuliah%20Fisioterapi.pdf> diunduh pada tanggal 2 Maret 2015.

Ekawati.Z. (2015). <https://zulliesikawati.wordpress.com/> diunduh pada tanggal 28 Februari 2015

Firdasari. (2014). <http://www.jawaban.com> diunduh pada tanggal 28 Februari 2015

Guyton, A.C., dan Hall, J.E. 2008. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi 11. Jakarta: EGC

Jurnal Keperawatan

<http://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/2174/1732> diunduh pada tanggal 1 Maret 2015

Muscari.M.E. (2005). *Keperawatan Pedriatrik*. Edisi 3. Jakarta: EGC

Muttaqin.A. (2008). *Pengantar Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta: Salemba

National library of medicine national institute of health

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22027847> diunduh pada tanggal 5 Maret 2015

Perry & Potter (2005), *Buku ajar Fundamental Keperawatan*, _ed 4, _Jakarta: EGC

Smeltzer, Suzanne C dan Brenda G. Bare.(2001). *Keperawatan Medikal Bedah2*, Edisi 8. Jakarta : EGC

Suratun., Heryati., Manurung S., & Raenah E. (2008). *Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: EGC.

Suriadi Dan Yuliani.R. (2006). *Asuhan Keperawatan Pada Anak*. Edisi 2. Jakarta: Percetakan Penebar Swadaya

Syaifuddin. (2006). *Anatomi Fisiologi Untuk Siswa Perawat*. Jakarta: EGC

Vaughans.B.W. (2013). *Keperawatan dasar demystified*. Yogyakarta. Rapha publishing

Winoto. J. <http://www.alodokter.com> diunduh pada tanggal 12 Maret 2015

<http://www.terapisehat.com> 13 Maret 2015

Wilson.H. (2007). *Nursing Care of infants and children*. Edisi 8. Vol 2. Evolve Elseiver