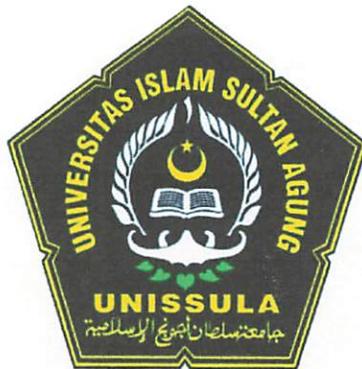


**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. W  
DENGAN MENINGITIS DI RUANG ICU  
RSI SUNAN KUDUS**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

**A. Wahyudi**  
NIM. 89.331.2814

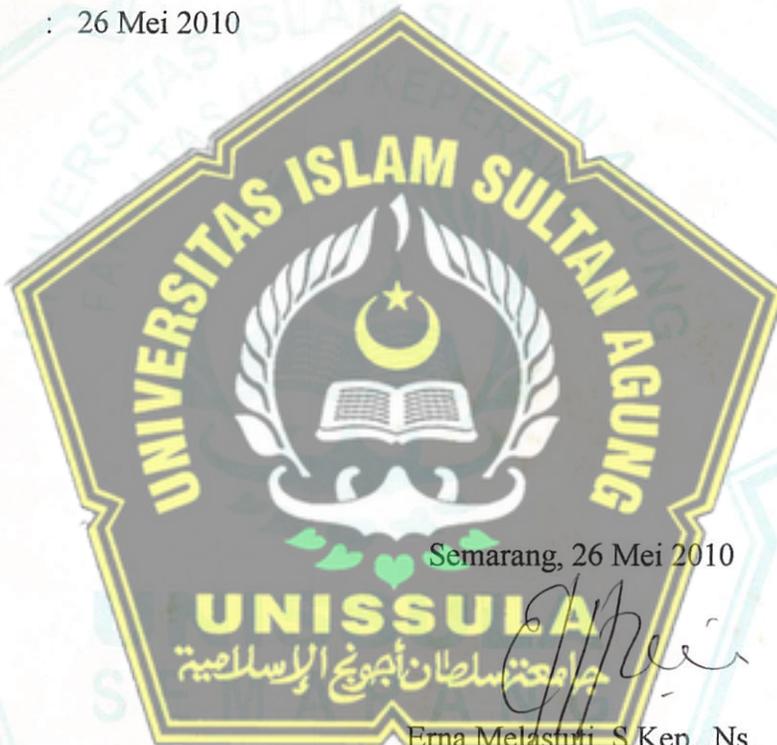
**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2010**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapkan Tim  
Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan  
Unissula Semarang pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 26 Mei 2010



## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapkan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada hari Jum'at tanggal 4 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai masukan Tim Penguji.

Semarang, 4 Juni 2010

Tim Penguji,

Penguji I



(Kurnia Wijayanti, S. Kep., Ns.)

NIK : 210909016

Penguji II



(Indra Tri Astuti, S. Kep., Ns.)

NIK: 210900009

Penguji III



(Erna Melastuti, S.Kep., Ns.)

NIK: 210900010

## HALAMAN MOTTO

1. Berusaha tanpa kenal menyerah dan berdoa dalam setiap tindakan.
2. Perjalanan yang diawali dengan kesulitan pasti akan diakhiri dengan kemudahan.
3. Segala sesuatu tidak ada yang sulit tergantung diri kita menghadapinya.



## **KATA PENGANTAR**

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahNya kepada panulis, sehingga dapat menyelesaikan laporan kasus ujian komprehensif dengan judul **ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK W DENGAN MENINGITIS DI RUANG ICU RUMAH SAKIT ISLAM SUNAN KUDUS.**

Berbagai hambatan yang penulis hadapi dalam penyusunan laporan khusus ujian komprehensif dapat teratasi berkat bimbingan dan bantuan berbagai pihak, pada kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terima kasih, kepada :

1. Prof. DR. Laode M. Kamaluddin, M.Sc, M.Eng, selaku rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Bapak Iwan Ardian, SKM, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
3. Ibu Wahyu Endang S, SKM, selaku Ketua Program Diploma DIII Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
4. Kepala ruang dan perawat ruang ICU RSI Sunan Kudus. Terima kasih atas bimbingannya selama praktik.
5. Ibu Erna Melastuti, S.Kep, Ns, selaku pembimbing dalam penyusunan laporan kasus ujian komprehensif ini.
6. TIM penguji laporan kasus ujian komprehensif ini
7. Bapak dan ibu dosen yang selama ini telah memberikan ilmu pada kami selama kurang lebih tiga tahun.

8. Bapak dan ibu tercinta dengan segala kasih sayang dan pengorbanannya yang telah memberikan doa serta dukungan materil serta support mental.
9. Keluarga besarku terima kasih atas dukungan dan bantuan yang selama ini telah diberikan..

Penulis menyadari akan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki, Untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan masa depan.

Harapan penulis semoga laporan kasus komprehensif ini bermanfaat bagi para pembaca dalam rangka meningkatkan pelayanan perawatan dimasa mendatang.

Semarang, Mei 2010

Penulis



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI .....	iii
MOTTO.. .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI .....	vii
DAFTAR TABEL .....	x
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar belakang .....	1
B. Tujuan.....	4
C. Manfaat.....	4
BAB II KONSEP DASAR.....	6
A. Konsep anak .....	6
1. Pengertian anak .....	6
2. Pertumbuhan dan perkembangan anak .....	6
a) Pengertian pertumbuhan dan perkembangan .....	6
b) Pertumbuhan dan perkembangan anak 8 bulan.....	7
B. Konsep dasar penyakit .....	8
1. Definisi meningitis .....	8
2. Penyebab .....	8
3. Klasifikasi.....	9
4. Patofisiologi .....	9
5. Manifestasi klinik .....	11

6. Pathways.....	13
7. Pemeriksaan penunjang.....	14
8. Komplikasi .....	14
9. Penatalaksanaan .....	15
a) Medis.....	15
b) Keperawatan.....	17
10. Pencegahan.....	18
C. Konsep dasar keperawatan.....	19
1. Pengertian asuhan keperawatan .....	18
2. Fokus pengkajian.....	22
3. Diagnosa keperawatan.....	25
<b>BAB III RESUME KEPERAWATAN.....</b>	<b>33</b>
A. Pengkajian .....	33
B. Analisa data, intervensi, implementasi, dan evaluasi .....	37
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>39</b>
A. Pengkajian .....	39
B. Diagnosa keperawatan.....	43
1. Ketidak efektifan jalan nafas berhubungan dengan penumpukkan secret di trakheobronkial.....	43
2. Hipertermi berhubungan dengan toksemia .....	49
C. Diagnosa yang ada pada teori tetapi tidak penulis angkat .....	48
1. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan pengeluaran yang berlebihan .....	48
2. Resiko gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan asupan oksigen dari luar .....	49
3. Resiko cedera fisik berhubungan dengan kejang .....	50

BAB V PENUTUP... ..	51
A. Kesimpulan .....	51
B. Saran .....	52

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR LAMPIRAN



## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Karakteristik cairan cairan serebro spinal .....	14
Tabel 2.2	Model konseptual menurut Gordon .....	20



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Penyakit infeksi masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang utama di negara-negara yang sedang berkembang termasuk Indonesia. Diantaranya adalah meningitis yang juga merupakan penyakit infeksi, dan perlu mendapatkan perhatian kita.

Meningitis merupakan peradangan pada bagian arakhnoid dan piameter (leptomeningens), selaput otak dan bagian durameter, disebut pakimeningen. Meningitis dapat disebabkan karena bakteri, virus, jamur atau toksin. Namun demikian meningitis banyak disebabkan oleh bakteri. Meningitis adalah infeksi cairan otak disertai radang yang mengenai piameter, arakhnoid dan dalam derajat yang lebih ringan mengenai jaringan otak dan medulla spinalis yang superficial, penyakit ini lebih sering didapatkan pada anak daripada dewasa (Tarwoto.. [et all] 2007).

Meningitis adalah peradangan pada selaput otak, meningitis pada bayi dan anak di Indonesia masih merupakan penyakit yang cukup banyak. Penyakit meningitis merupakan ancaman terhadap anak-anak karena dapat menyebabkan kematian pada penderitanya sampai angka 50 % dan apabila dapat sembuh, sering terjadi gejala sisa dari penyakit meningitis tersebut yaitu berupa lumpuh, tuli, epilepsi serta retardasi mental. Demikian yang dipaparkan oleh Dr. Hardiono Puspongoro, Sp.A(K), Ahli Neurologi Anak

Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI-RSCM dan Dr. Soedjatmiko, Sp.A(K), Msi., Ahli Tumbuh Kembang Anak dari Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI-RSCM pada acara Memperingati Hari Meningitis Sedunia, yang berlangsung di Club XXI Jakarta, tanggal 22 April 2010. Data WHO menunjukkan bahwa dari sekitar 1,8 juta kematian anak balita di seluruh dunia setiap tahun, lebih dari 700.000 kematian anak terjadi di Negara kawasan Asia Tenggara dan Pasifik Barat (Hadriastuti, 2010).

Meningitis lebih banyak terjadi pada laki-laki daripada perempuan dengan insiden puncak terdapat pada rentang usia 6 sampai 12 tahun, dan rentang usia dengan angka mortalitas tertinggi adalah dari lahir sampai usia 4 tahun (Cecily, L Betz, 2002).

Anak dengan meningitis biasanya didahului dengan demam tanpa disertai kejang, kadang dianggap peradangan pada organ lain seperti tonsillitis, faringitis atau mungkin demam typhoid walaupun memang perjalanan meningitis banyak melalui peradangan pada organ-organ tersebut.

Dalam kasus ini tindakan yang diberikan di rumah bersifat sementara, untuk memberikan pertolongan awal dalam memberikan support berfungsinya organ vital. Setelah itu anak harus segera dirawat ke rumah sakit untuk mendapatkan perawatan yang intensif. Apabila penanganan yang dilakukan secara optimal, maka komplikasi dapat diminimalkan. Asuhan keperawatan yang profesional sangat berperan dalam penanganan kasus ini. Sebagai seorang perawat banyak peran yang bisa dilakukan untuk mengatasi masalah yang timbul akibat meningitis, seperti misalnya dengan

menempatkan anak pada ruangan dengan sirkulasi udara ruangan baik, tidak terlalu panas dan tidak terlalu lembab.

Sirkulasi udara yang baik berfungsi memberikan penyediaan oksigen lingkungan yang cukup karena anak yang menderita demam terjadi peningkatan metabolisme aerob yang praktis membutuhkan masukan oksigen yang cukup. Selain itu ruangan yang cukup oksigen juga berfungsi menjaga fungsi saluran pernafasan agar dapat berfungsi dengan baik. Hal penting peranan perawat adalah sebagai pendidik yaitu membagi pengetahuan dengan pasiennya tentang penyakitnya dan proses pengobatan, mengantisipasi agar pasien mengubah pola hidup. Atas dasar sumber tersebut penulis memandang bahwa pengetahuan pasien tentang penyakitnya sangat diperlukan untuk mencegah timbulnya penyakit yang sama. Disamping itu disini perawat sebagai pelaksana asuhan keperawatan untuk menyelesaikan masalah yang muncul pada pasien. Berdasarkan fenomena diatas penulis tertarik untuk mengangkat kasus Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Meningitis.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu memahami konsep tentang meningitis dan melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan meningitis.

### **2. Tujuan Khusus**

- a) Penulis dapat mengerti dan memahami penyakit meningitis yaitu sebagai landasan teori dalam pengambilan asuhan keperawatan terhadap pasien.

- b) Penulis mampu mengidentifikasi diagnosa keperawatan pada pasien meningitis.
- c) Penulis mampu merumuskan prioritas diagnosa keperawatan untuk menyusun rencana tindakan pada pasien meningitis.
- d) Penulis mampu memprioritaskan dalam memberi tindakan keperawatan pada pasien meningitis.
- e) Penulis mampu mengevaluasi keberhasilan dari tindakan keperawatan pada pasien meningitis.

### C. Manfaat penulisan

#### 1. Penulis :

Penulis mengerti dan memahami tentang penyakit meningitis serta dapat menentukan masalah yang muncul dan memberikan tindakan keperawatan pada pasien dengan meningitis.

#### 2. Pihak lain :

- a) Bagi pembaca karya tulis ini pada umumnya dan mahasiswa keperawatan pada khususnya dapat memberikan informasi tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi serta penanganan pada pasien dengan meningitis.
- b) Bagi institusi rumah sakit karya tulis ini bermanfaat untuk memberikan pedoman pada perawat serta tim kesehatan yang lain dalam memberikan penanganan dan tindakan pada pasien dengan meningitis

- c) Bagi institusi pendidikan karya tulis ilmiah ini bermanfaat dalam memajukan serta memberikan kontribusi terhadap perkembangan dan kemajuan institusi kesehatan pada umumnya dan institusi keperawatan pada khususnya.



## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Konsep Anak**

##### **1. Pengertian Anak**

Anak adalah setiap manusia yang berusia di bawah 18 (delapan belas) Tahun dan belum menikah, termasuk anak yang masih dalam kandungan (Prabuseyawan, 2009).

Anak adalah sebagai seseorang yang berusia kurang dari 18 tahun dalam masa tumbuh kembang dengan kebutuhan khusus baik fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual (Hidayat, 2006).

Dari beberapa pengertian anak di atas penulis menyimpulkan anak adalah setiap manusia yang berusia di bawah 18 tahun belum menikah dan membutuhkan pemeliharaan, kasih sayang dan tempat bagi perkembangannya.

##### **2. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak**

###### **a. Pengertian pertumbuhan dan perkembangan**

Pertumbuhan adalah : berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel organ maupun individu yang bisa diukur dengan berat, ukuran panjang, umur tulang dan keseimbangan metabolic (Ngastiyah, 2005).

Perkembangan adalah bertambah kemampuan (skill) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola teratur dan

dapat diramalkan sebagai hasil proses pematangan. Perkembangan menyangkut adanya proses pematangan sel-sel tubuh, jaringan tubuh, organ-organ dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa, sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya termasuk juga emosi, intelektual dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungan (Ngastiyah, 2005).

b. Pertumbuhan dan perkembangan anak 8 bulan

- 1) Fisik : mulai menunjukkan pola yang teratur dalam eliminasi kandung kemih dan defekasi, reflek parasut muncul.
- 2) Motorik kasar : duduk dengan mantap tanpa sokongan, membebaskan berat badan pada kaki dengan segera bila disokong, dapat berdiri berpegangan pada perabot, menyesuaikan postur untuk meraih objek.
- 3) Motorik halus : mulai menggenggam dengan menggunakan jari telunjuk, jari keempat, dan kelima terhadap bagian tungkai bawah, melepaskan objek sesuai keinginan, membunyikan bel dengan tujuan, memegang dua kotak dan menginginkan kotak ketiga, mengamankan objek dengan menarik, meraih secara mantap mainan yang berada di luar jangkauan.
- 4) Vokalisasi : membuat bunyi konsonan t, d, dan w, mendengarkan secara selektif kata-kata yang dikenalnya, mengungkapkan tanda penekanan dan emosi, menggabungkan suku kata, seperti dada, tetapi tidak menunjukkan artinya.

- 5) Sosialisasi / kognitif : meningkatkan ansietas terhadap kehilangan orang tua, terutama ibu, dan rasa takut terhadap orang asing, berespon terhadap kata tidak, tidak menyukai pakaian, penggantian popok.

## B. Konsep Dasar Penyakit

### 1. Definisi

Meningitis adalah peradangan pada bagian araknoid dan piameter (leptomeningens) selaput otak dan medula spinalis. Peradangan pada bagian duremater disebut pakimeningen. Meningitis dapat disebabkan karena bakteri, virus, jamur, atau karena toksin. Namun demikian meningitis banyak disebabkan oleh bakteri (Tarwoto.. [et all] 2007).

Meningitis adalah radang pada meningen (membran yang mengelilingi otak dan medula spinalis) dan disebabkan oleh virus, bakteri, atau organ-organ jamur (Brunner dan Suddarth, 2001).

Meningitis adalah infeksi ruang subaranoid dan leptomeningen yang disebabkan oleh berbagai organisme patogen (Rudolph, 2006).

Dari beberapa pengertian diatas penulis menyimpulkan meningitis adalah peradangan yang terjadi pada meningen (membrane yang mengelilingi otak dan medulla spinalis) yang terjadi pada bagian araknoid dan piameter (leptomeningens) yang disebabkan oleh virus, bakteri, jamur, atau karena toksik.

### 2. Penyebab

- a. Hemophilus influenza.
- b. Streptococcus pneumonia.

- c. *Neisseria meningitides*.
- d. Tuberkulosis (TBC) (Harsono, 2005).

### 3. Klasifikasi

a. Berdasarkan selaput otak yang mengalami radang maka meningitis dibagi menjadi :

- 1) *Pakimeningitis* : yang mengalami radang adalah durameter.
- 2) *Leptomeningitis* : yang mengalami radang adalah araknoid dan piameter (Harsono, 2005).

b. Berdasarkan penyebabnya meningitis dibagi menjadi :

- 1) Meningitis karena bakteri

Adalah meningitis yang disebabkan oleh bakteri. Bakteri infeksi masuk ke susunan saraf pusat melalui peredaran darah atau langsung dari luar pada fraktur atau luka terbuka. Faktor predisposisi : trauma kepala, infeksi sistemik/sepsis, infeksi post pembedahan, penyakit sistemik.

- 2) Meningitis karena virus

Virus penyebab infeksi pada meningitis masuk melalui sistem respirasi, mulut, genitalia atau melalui gigitan binatang. Jenis penyakit yang dapat menyebabkan meningitis adalah measles, mumps, herpes simplex dan herpes zoster (Harsono, 2005).

### 4. Patofisiologi

Infeksi mikroorganisme terutama bakteri dari golongan kokus seperti streptococcus, staphylococcus, meningococcus, pneumococcus dan golongan lain seperti tersebut di atas menginfeksi tonsil, bronkus, saluran cerna. Mikroorganisme tersebut mencapai di otak mengikuti aliran darah.

Di otak mikroorganisme berkembang biak membentuk koloni. Koloni mikroorganisme itulah yang mampu menginfeksi lapisan otak (meningen). Mikroorganisme menghasilkan toksik dan toksik merusak meningen. Kumpulan toksik mikroorganisme, jaringan meningen yang rusak, cairan sel berkumpul menjadi satu membentuk cairan yang kental disebut pustula. Pustula yang terbentuk mengandung toksik.

Toksik yang dihasilkan oleh mikroorganisme melalui hematogen sampai ke hipotalamus. Hipotalamus kemudian menaikkan suhu sebagai tanda bahaya. Kenaikan suhu di hipotalamus akan diikuti dengan peningkatan mediator kimiawi akibat peradangan seperti prostagaldin, epinefrin, norepinefrin. Kenaikan mediator tersebut dapat merangsang peningkatan metabolisme sehingga dapat terjadi kenaikan suhu di seluruh tubuh, rasa sakit kepala, peningkatan respon gastrointestinal yang memunculkan rasa mual dan muntah.

Volume postula yang semakin meningkat dapat mengakibatkan peningkatan desakan di dalam intrakranial. Desakan tersebut dapat meningkatkan rangsangan di korteks serebri yang terdapat pusat pengaturan sistem gastrointestinal sehingga merangsang munculnya muntah dengan cepat, juga dapat terjadi gangguan pada pusat pernafasan yaitu terjadi gangguan pada jalan nafas. Peningkatan tekanan intrakranial tersebut juga dapat mengganggu fungsi sensorik maupun motorik yaitu dengan terjadinya kejang serta fungsi memori yang terdapat pada serebrum sehingga penderita mengalami penurunan respon kesadaran terhadap lingkungan/penurunan kesadaran. Penurunan kesadaran ini dapat menyebabkan pengeluaran sekresi trakeobronkial yang berakibat

pada penumpukan sekret di trakea dan bronkial. Kondisi ini berdampak pada penumpukan sekret di trakea dan bronkus sehingga bronkus dan trakea menjadi sempit.

Peningkatan tekanan intrakranial juga dapat berdampak pada munculnya fase eksitasi yang terlalu cepat pada neuron sehingga memunculkan kejang. Kejang yang terjadi pada anak dapat mengakibatkan spasme pada otot bronkus. Spasme dapat menyebabkan penyempitan jalan nafas. Respon saraf perifer juga tidak bisa berlangsung secara kondusif, ini yang secara klinis memunculkan respon yang patologis pada jaringan tersebut seperti munculnya tanda kerning dan burdinsky yang positif (Riyadi, 2009).

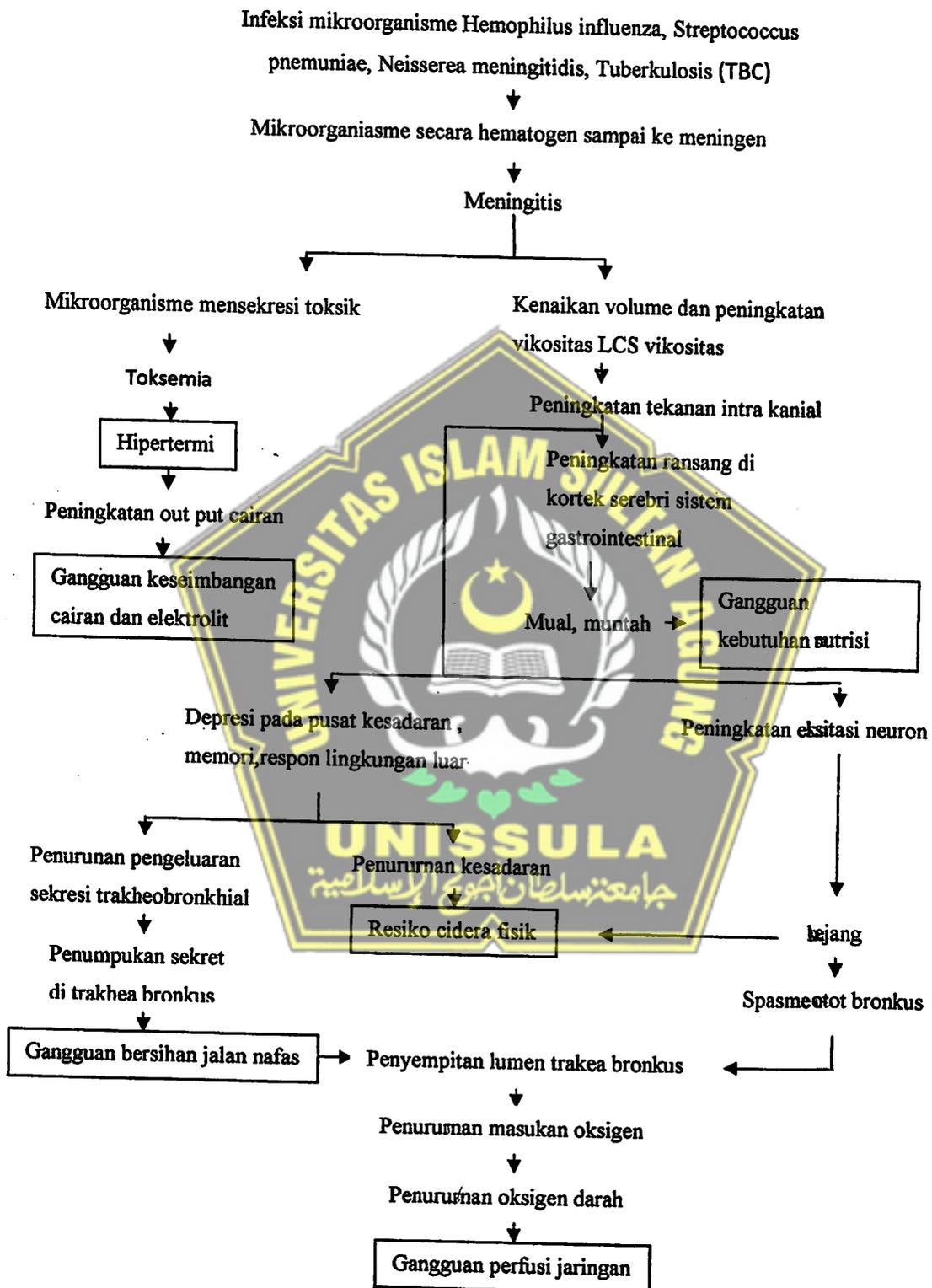
## 5. Manifestasi Klinik

- a. Pada fase akut gejala yang muncul antara lain :
  - 1) Lesu/lemah.
  - 2) Mudah terangsang.
  - 3) Hipertermia
  - 4) Anoreksia.
  - 5) Sakit kepala.
- b. Peningkatan tekanan intrakranial. Tanda – tanda terjadinya tekanan intrakranial :
  - 1) Penurunan kesadaran.
  - 2) Muntah yang sering proyektil (menyembur).
  - 3) Tangisan yang merintih.
  - 4) Sakit kepala.

- c. Kejang baik secara umum maupun local.
- d. Kelumpuhan ekstremitas (paresis atau paralisis).
- e. Gangguan frekuensi dan irama pernapasan (cepat dengan irama kadang dangkal kadang dalam).
- f. Munculnya tanda – tanda rangsangan meningeal seperti ; kaku kuduk, reflex kernig dan brudzinky positif (Riyadi, 2009).



## 6. Pathways



(Riyadi, 2009).

## 7. Pemeriksaan Penunjang

### a. Analisis cairan serebro spinal dari fungsi lumbal

Tabel 2.1 Karakteristik cairan serebro spinal

Karakteristik CSS	Normal	Meningitis Bakteri	Meningitis Virus
Tekanan	80-100 mmH <sub>2</sub> O	Meningkat (200-500 mmH <sub>2</sub> O)	Normal/ meningkat
Warna cairan	Bening	Keruh/purulen	Bening
Leukosit	0-8 mm <sup>3</sup>	500-10.000/mm <sup>3</sup>	10-500mm <sup>3</sup>
Tipe sel		Neutropil	Limposit
Protein	15-45 mg	Meningkat (diatas75 mg/100 ml)	Meningkat
Glukosa	45-75/100ml	Menurun (40 mg%)	Normal
Kultur	Positif bakteri	Positif bakteri	Negatif bakteri

- b. Elektrolit darah : gangguan elektrolit sering terjadi karena dehidrasi. Di samping itu hiponatremia dapat terjadi akibat pengeluaran hormon Anti Diuretic Hormon.
- c. Urine : albumin, sel darah merah, sel darah putih ada dalam urine.
- d. CT scan : dapat membantu dalam melokalisasi lesi, melihat ukuran/letak ventrikel; hematoma daerah serebral, hemoragik atau tumor.
- e. Rongen dada/kepala : mungkin ada indikasi sumber infeksi misalnya rongen dada untuk menentukan adanya penyakit paru seperti TBC paru, pneumonia, abses paru (Tarwoto..[et all], 2007).

## 8. Komplikasi

- a. Munculnya cairan pada lapisan subdural (efusi subdural). Cairan ini muncul karena adanya desakan pada intrakranial yang meningkat

sehingga memungkinkan lolosnya cairan dari lapisan otak ke daerah subdural.

- b. Peradangan pada daerah ventrikuler otak (ventrikulitis). Abses pada meningen dapat sampai ke jaringan kranial lain baik melalui perembetan langsung maupun hematogen termasuk ke ventrikuler.
- c. Hidrosepalus. Peradangan pada meningen dapat merangsang kenaikan produksi liquor serebro spinal. Liquor serebro spinal pada meningitis lebih kental sehingga memungkinkan terjadinya sumbatan pada saluran liquor serebro spinal yang menuju medula spinalis. Cairan tersebut akhirnya banyak tertahan di intrakranial.
- d. Abses otak. Abses otak terjadi apabila infeksi sudah menyebar ke otak karena meningitis tidak mendapat pengobatan dan penatalaksanaan yang tepat.
- e. Retardasi mental. Retardasi mental kemungkinan terjadi karena meningitis yang sudah menyebar ke serebrum sehingga mengganggu gyrus otak anak sebagai tempat penyimpan memori.
- f. Serangan meningitis berulang. Kondisi ini terjadi karena pengobatan yang tidak tuntas atau mikroorganisme yang sudah resisten terhadap antibiotik yang digunakan untuk pengobatan (Riyadi, 2009).

## 9. Penatalaksanaan

### a. Medis

Pengobatan dibagi menjadi pengobatan umum dan pemberian antibiotika.

## 1) Umum

- a) Penderita dirawat di rumah sakit
- b) Mula-mula cairan diberikan secara intravena. Pilihan awal yang bersifat isotonik seperti sering atau ringer laktat dengan dosis yang dipertimbangkan melalui penurunan berat badan atau tingkat dehidrasi.
- c) Nyeri kepala diatasi dengan analgetika.
- d) Panas diturunkan dengan :
  - (1) Kompres hangat/dingin.
  - (2) Parasetamol.
  - (3) Asam salisilat. Pada anak dosisnya 10 mg/kg BB tiap 4 jam secara oral.
- e) Kejang diatasi dengan
  - (1) Diazepam.  
Dewasa : dosisnya 10-20 mg/kg BB intravena.  
Anak : dosisnya 0,5 mg/kg BB intravena.
  - (2) Fenobarbital  
Dewasa : dosisnya 6-120 mg/kg BB/hari/oral.  
Anak : dosisnya 5-6 mg/kg BB/hari/oral.
  - (3) Difenilhidantoin  
Dewasa : dosisnya 300 mg/kg BB/hari/oral.  
Anak : dosisnya 5-9 mg/kg BB/hari/oral.
- f) Sumber infeksi yang menimbulkan meningitis puruleta diberantas dengan obat-obatan atau dengan operasi.

g) Kenaikan intrakranial diatasi dengan :

(1) Manitol

Dosisnya 1-1,5 mg/kg BB secara intravena dalam 30-60 menit dan dapat diulangi 2 kali dengan jarak 4 jam.

(2) Kortikosteroid

Biasanya dipakai deksametason secara intravena dengan dosis pertama 10 mg lalu diulangi dengan 4 mg setiap 6 jam. Pernafasan diusahakan sebaik mungkin dengan membersihkan jalan nafas, yaitu bila terdapat lendir dilakukan suction dan memposisikan pada posisi miring hiperektensi.

h) Bila ada hidrosepalus obstruksi dilakukan operasi pemasangan pirau (shunting).

i) Efusi subdural pada anak dikeluarkan cairannya 25-30 cc setiap hari selama 2-3 minggu, bila gagal dilakukan operasi.

j) Fisioterapi diberikan untuk mencegah dan mengurangi cacat (retardasi mental).

2) Antibiotika

a) Diberikan 10-14 hari atau sedikitnya 7 hari bebas panas.

b) Antibiotik yang umum diberikan : ampicilin, gentamisin, kloromfenikol, sefalosporin (Harsono, 2005).

b. Keperawatan

1) Bila terjadi kejang

a) Longgarkan pakaian, bila perlu dibuka.

- b) Hisap lendir.
  - c) Kosongkan lambung untuk menghindari muntah dan aspirasi.
  - d) Hindarkan pasien dari rudaspaksa (misal jatuh).
- 2) Bila suhu tubuh naik
- a) Lakukan pemeriksaan suhu tubuh per jam.
  - b) Berikan kompres hangat/dingin.
  - c) Pertahankan suhu ruangan.
- 3) Bila terjadi sesak nafas
- a) Berikan bantuan O<sub>2</sub> sesuai kebutuhan.
  - b) Lakukan suction (Riyadi, 2009).

## 10. Pencegahan

### a. Profilaksis :

- 1) *Neisseria meningitidis* : Rifampin 10 mg/kg (maksimal 600mg)/12jam x 4 dosis.
- 2) *Hemophilus influenza* : Rifampin 20 mg/kg (maksimal 600mg)/24jam x 4 hari.

### b. Vaksin-vaksin:

- 1) BCG dapat mengurangi kasus TBC.
- 2) HiB Vaccine (protien conjugate) melawan bakteri *Hemophilus influenzae* golongan B (intra muskuler umur 6-18 bln).
- 3) Meningococcal Polysaccharide Vaccine (A/C/Y/W-135) 1 dosis intra muskuler atau sub kutan, bagi yang > 2 tahun, terbatas guna.

- 4) Pneumococcal Polysaccharide Polyvalent: 1 dosis sub kutan > 4 tahun bagi yang asplenia, thallosemia, booster 6 tahun
- 5) Pneumococcal 5 Valent Conjugate Vaccine 3 dosis bagi yang < 2 tahun bagi yang Human Immunodeficiency Virus positif (Harsono, 2005).

## C. Konsep dasar keperawatan

### 1. Pengertian asuhan keperawatan

Asuhan keperawatan adalah kegiatan professional perawat yang dinamis yang membutuhkan kreativitas dan berlaku rentang kehidupan dan keadaan . Adapun tahap dalam melakukan asuhan keperawatan yaitu:

Analisa data adalah pengelompokan data-data pasien atau keadaan tertentu dimana pasien mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahan. Pengelompokan data dapat disusun berdasarkan pola respon manusia.

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang pola fungsional, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan actual atau potensial, diagnosa keperawatan mempunyai tiga komponen utama yaitu problem atau masalah, etiologi atau penyebab, sign and symptom atau tanda dan gejala.

Rencana keperawatan adalah bagaimana perawat merencanakan tindakan yang akan diberikan kepada pasien secara tepat untuk membantu pasien mencapai hasil yang diharapkan.

Implementasi keperawatan merupakan kegiatan yang dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. Selama pelaksanaan kegiatan dapat bersifat mandiri dan kolaboratif. Selama melaksanakan kegiatan perlu diawasi dan dimonitor kemajuan kesehatan klien.

Evaluasi dalam proses keperawatan menyangkut pengumpulan data subyektif dan obyektif yang akan menunjukkan apakah tujuan pelayanan keperawatan sudah dicapai atau belum. Bila perlu langkah evaluasi ini merupakan langkah awal dari identifikasi dan analisa masalah selanjutnya.

## 2. Model Konseptual Menurut Gordon

Tabel 2.2 model konseptual menurut Gordon

Pengkajian pola fungsional menurut Gordon		
Pola fungsi kesehatan	Penggambaran pola	contoh
Persepsi kesehatan dan penanganan kesehatan	Menggambarkan persepsi pasien atau keluarga dan penanganan kesehatan dan kesejahteraan	Penyesuaian dengan cara hidup pengobatan, chek-up kesehatan setahun sekali, pemanfaatan sarana kesehatan dan pemeriksaan kesehatan secara teratur
Nutrisi dan metabolik	Menggambarkan masukan nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit, kondisi kulit, rambut, kuku.	Kondisi dari kulit, rambut, kuku, mukosa bibir, tinggi badan dan berat badan
Eliminasi	Menggambarkan pola fungsi ekskresi usus, kandung kemih dan kulit	Frekuensi pergerakan usus, nyeri pada saat BAK, pola BAB dan BAK, kelainan pada saat BAK
Aktivitas dan latihan	Menggambarkan pola latihan dan aktivitas fungsi pernafasan dan	Hobi, mungkin mencakup kardiovaskuler dan

	sirkulasi	keadaan yang berhubungan dengan pernafasan, gerakan dan aktivitas harian
Tidur dan istirahat	Menggambarkan pola tidur, istirahat dan persepsi tentang tingkat energi	Persepsi klien tentang kualitas dan kuantitas tentang tidur dan energi, yang membantu untuk tidur, penggunaan obat tidur
Kognitif atau perseptual	Menggambarkan pola pendengaran, penglihatan, pengecapan, perabaan, persepsi nyeri, bahasa, memori dan pengambilan keputusan	Visi, pendengaran, rasa, sentuh, penciuman, persepsi nyeri dan mengatasinya; fungsi dalam berbahasa, ingatan dan pengambilan keputusan
Persepsi diri atau konsep diri	Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan	image tubuh, keadaan perasaan, sikap tentang sendiri, kemampuan penglihatan, data obyektif tubuh, kontak mata, bunyi suara
Peran atau hubungan	Menggambarkan keefektifan peran dan hubungan orang terdekat	persepsi tanggung jawab dan peranan (ayah, suami, penjual); kepuasan dengan keluarga, pekerjaan, atau hubungan sosial
Seksualitas atau reproduksi	Menggambarkan kepuasan atau masalah yang aktual atau yang dirasakan dengan seksual	nomor dan sejarah kandungan dan kelahiran bayi; berbagai kesulitan dengan seksual berfungsi; kepuasan dengan hubungan seksual
Koping atau toleransi stres	Menggambarkan kemampuan untuk menangani stres dan penggunaan sistem pendukung	klien biasa cara menangani tekanan, tersedia sistem dukungan, kemampuan kendali atau kelola situasi

Nilai atau kepercayaan	Menggambarkan sistem spiritual, nilai, kepercayaan	hubungan beragama, menjalankan apa yang penting dalam hidup, nilai-kepercayaan tentang perselisihan yang dihubungkan ke sehat, untuk latihan agama khusus
------------------------	--	---

### 3. Fokus pengkajian

Pengkajian fokus yang memungkinkan muncul pada anak dengan meningitis yang sedang dirawat di rumah sakit antara lain :

- a. Identitas klien (nama, umur, alamat, penanggung jawab).
- b. Riwayat kesehatan

Anak yang mengalami meningitis mengalami gejala awal seperti peradangan pada jaringan tubuh umumnya yaitu munculnya peningkatan suhu tubuh beberapa hari. Anak dengan peningkatan suhu tubuh biasanya oleh orang tua diberi obat penurun panas (paracetamol) akan tetapi selang pemberian 3-4 jam pemberian biasanya suhu anak sudah naik lagi.

- c. Keluhan utama

Anak yang dibawa ke rumah sakit biasanya sudah mengalami peningkatan suhu tubuh yang kadang diikuti dengan penurunan kesadaran dan kejang.

- d. Pemeriksaan fisik

- 1) Kepala : anak dengan meningitis akan mengeluh sakit kepala karena adanya peningkatan tekanan intra kranial.

- 2) Sistem pernafasan ; Peningkatan sekresi trakeobronkial dan spasme otot bronkial dapat menjadikan jalan nafas sempit sehingga asupan oksigen mengalami penurunan. Pada pengkajian ini mungkin ditemukan anak terlihat pucat sampai kebiruan terutama di jaringan perifer. Pengembangan dada anak sangat terlihat saat inspirasi maupun ekspirasi. Frekuensi pernafasan juga meningkat  $>30x$ /menit dengan irama kadang dangkal kadang dalam, suara pernafasan mungkin terdengar ronchi basah karena penumpukkan sekret, sebagai kompensasi pemenuhan kebutuhan oksigen tubuh.
- 3) Sistem kardiovaskuler ; kesadaran anak menurun apatis sampai dengan koma nilai glasgow coma scala yang berkisar antara 3 sampai 9. Kondisi ini diikuti dengan peningkatan denyut jantung yang terkesan lemah dengan frekuensi  $>100x$ /menit. Peningkatan denyut jantung dan pernafasan sebagai kompensasi peningkatan metabolisme tubuh anak. Nadi anak teraba lemah karena terjadi penurunan.
- 4) Sistem pencernaan ; Anak yang mengalami meningitis mengalami peningkatan rangsangan pengeluaran gastrointestinal karena penekanan pada saraf pusat. Peningkatan rangsangan ini dapat berakibat muntah yang dapat bersifat proyektil akibat peningkatan tekanan intrakranial. Penderita dapat mengalami defisit cairan tubuh yang dapat dilihat pada pemantauan balance

cairan jumlah cairan yang keluar lebih banyak dari pada cairan yang masuk. Jumlah muntah mungkin juga cukup banyak dapat mencapai kurang lebih 500 cc dalam sehari. Pada saat kesadaran masih baik anak yang sudah dapat berbicara dengan baik akan mengatakan haus. Munculnya muntah kalau kita kaji akan relevan dengan meningkatnya peristaltik usus dan gerakan gaster. Dalam satu menit peristaltik anak mungkin mencapai 25 kali.

- 5) Sistem persyarafan : Pada pengkajian persyarafan dijumpai kaku kuduk dengan reflek kernig dan brudinsky positif.
- 6) Sistem integumen : turgor kulit anak mungkin juga mengalami penurunan akibat peningkatan penurunan cairan melalui proses evaporasi. Kualitas penurunan cairan juga dapat dibuktikan dengan mukosa bibir yang kering dan penurunan berat badan anak.
- 7) Kebutuhan rasa aman dan nyaman terganggu karena meningitis dapat membuat anak mengalami penurunan kesadaran yang berakibat penurunan respon terhadap rangsangan dari dalam seperti pengeluaran sekresi trakheobronkial maupun dari luar seperti rangsangan yang berupa panas, nyeri, maupun rangsangan suara. Kondisi ini dapat beresiko anak beresiko cidera fisik sehingga terganggu rasa aman. Sedangkan rasa nyaman mengalami gangguan karena anak mengalami peningkatan suhu tubuh rata-rata diatas  $37,5^{\circ}\text{C}$ .

e. Pengkajian pertumbuhan dan perkembangan anak

Karena organ yang mengalami gangguan adalah organ yang berdekatan dengan fungsi memori, fungsi pengaturan motorik dan sensorik dan pengaturan yang lain maka anak kemungkinan besar dapat mengalami masalah ancaman pertumbuhan dan perkembangan, seperti retardasi mental, gangguan kelemahan atau ketidakmampuan menggerakkan tangan maupun kaki (*paralisis*). Karena gangguan tersebut anak dapat mengalami keterlambatan dalam mencapai kemampuan sesuai dengan tahapan usia misalnya usia 4 tahun sudah bisa menggosok gigi ternyata ketika diberi sikat gigi anak masih bingung. Karena dampak yang cukup besar bagi pertumbuhan dan perkembangan anak itulah asuhan kepada anak dengan meningitis harus benar-benar terpadu dengan baik (Riyadi, 2009).

4. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan perjalanan patofisiologi penyakit masalah keperawatan yang mungkin muncul pada anak dengan meningitis antara lain :

- a. Tidak efektifnya bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukkan sekret di trakeobronkial.

Intervensi ;

- 1) Kaji frekuensi dan jalan nafas anak

Rasional : frekuensi pernafasan yang meningkat sebagai kompensasi menurunnya diameter lumen bronkus dan trakea menyediakan jalan masuknya oksigen dari luar.

- 2) Atur posisi anak dengan kepala miring hiperekstensi

Rasional : membuat jalan nafas lurus sehingga memudahkan oksigen masuk. Posisi miring dapat mencegah aspirasi benda asing seperti muntahan ke saluran pernafasan.

- 3) Keluarkan lendir yang ada pada faring, trakea dengan manual atau suction.

Rasional : mengurangi sputum pada faring atau trakea yang menjadi salah satu penyebab penyempitan jalan nafas.

- 4) Anjurkan orang tua untuk memberi minum pada anak (bila tingkat kesadaran memungkinkan) dengan minuman yang hangat.

Rasional : membantu mengencerkan dahak (terjadi vasodilatasi pada dahak karena kena air hangat) supaya mudah dikeluarkan.

- 5) Kolaborasi pemberian obat mukolitik dan bronkodilator melalui inhalasi atau nebulazer seperti perpaduan flexotid dan ventolin dengan perbandingan 1:1.

Rasional : pemberian inhalasi dapat mempercepat reaksi di saluran pernafasan, membantu pengenceran dahak supaya mudah keluar. Bronkodilator membantu penambahan diameter bronkus.

- b. Resiko gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan asupan oksigen dari luar.

Intervensi :

- 1) Kaji tingkat pemenuhan oksigen jaringan melalui pemantauan capileri reffil, warna kulit, tingkat kesadaran, produksi urin.

Rasional : penurunan oksigen jaringan dapat berakibat pada penurunan respirasi aerobik jaringan yang berfungsi untuk memproduksi energi metabolik yang memungkinkan terjadinya aktivitas sel.

- 2) Tempatkan anak pada ruang dengan ventilasi yang cukup (kurang lebih  $\frac{1}{4}$  dari total luas ruangan).

Rasional : ruangan dengan ventilasi yang baik akan membantu jumlah penyediaan oksigen ruangan yang dapat diambil oleh anak dan meningkatkan jumlah tekanan oksigen ruangan sehingga mudah masuk ke saluran pernafasan.

- 3) Berikan oksigen dengan masker oronasal atau kanul atau tenda (pemberian dengan kanul 3 liter/menit dapat mencapai konsentrasi 35%, pemberian masker 4 liter/menit dapat memberikan konsentrasi 24-28% sedangkan untuk pemberian 8 liter/menit dapat memberikan konsentrasi 35%).

Rasional : oksigen murni yang terdapat dalam tabung mempunyai tekanan yang relatif tinggi dari pada oksigen ruangan sehingga lebih mudah masuk ke saluran pernafasan.

- 4) Batasi aktivitas anak (aktivitas diusahakan di atas tempat tidur)

Rasional : menurunkan kebutuhan oksigen jaringan untuk memproduksi energi. Semakin anak banyak bergerak makin tinggi kebutuhan oksigen jaringan.

- 5) Kolaborasi pemberian obat penenang (bila dianggap sangat perlu) seperti diazepam atau barbiturat.

Rasional : menekan depolarisasi pernafasan yang juga bermanfaat menekan aktivitas sehingga kebutuhan oksigen jaringan terpenuhi.

- c. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan pengeluaran yang berlebihan.

Intervensi :

- 1) Kaji intake dan out put cairan melalui pemantauan balance cairan selama 24 jam.

Rasional : untuk mengetahui pendekatan secara konkrit kebutuhan cairan tubuh.

- 2) Kaji penurunan kesadaran, tanda-tanda vital terutama nadi, tekanan darah, pernafasan.

Rasional : kesadaran yang menurun salah satunya dapat diakibatkan penurunan elektrolit seperti natrium dan kalium.

Nadi yang lemah dan cepat mengindikasikan penurunan cairan ekstra seluler terutama yang terdapat pada pembuluh darah, tekanan darah yang menurun sebagai tanda penurunan tekanan pembuluh darah yang diakibatkan volume cairan dalam darah, pernafasan yang cepat dan dangkal dapat sebagai pertanda munculnya gangguan asam basa oleh elektrolit tubuh yang dapat berdampak pada asidosis dan alkalosis.

- 3) Berikan rehidrasi secara terintegrasi melalui oral, parenteral (memperhatikan intake dan out put cairan). Rehidrasi awal yang diharuskan untuk meningkatkan volume darah. Rehidrasi oral

dilakukan apabila kasus dehidrasi ringan dan anak masih toleransi pada asupan oral.

Rasional : mengganti cairan yang terdapat dalam darah, cairan intra seluler dan interstitial yang mengalami penurunan untuk transportasi zat.

d. Hipertermi berhubungan dengan toksemia

Intervensi ;

1) Monitor suhu tubuh anak.

Rasional : makin meningkatnya suhu tubuh sebagai tanda peningkatan toksik yang dihasilkan oleh mikroorganisme.

2) Lakukan kompres hangat atau dingin pada anyaman kelenjar limfe dan pembuluh darah yang besar seperti daerah ketiak, lipatan paha, leher.

Rasional : panas dari tubuh anak ke media yang suhunya relatif lebih rendah.

3) Bedrestkan pasien untuk menghambat perjalanan toksik.

Rasional : aktifitas fisik dapat meningkatkan kontraksi otot dan menaikkan kecepatan aliran darah yang dapat berdampak pada penyebaran toksik. Kontraksi otot juga menaikkan produksi panas tubuh.

4) Kolaborasi pemberian anti piuretik seperti paracetamol. Dosis rata-rata yang dianjurkan adalah usia 1 tahun 60-120 mg, usia 1-5 tahun 120-150 mg, usia 6-12 tahun 250-500 mg.

Rasional : antipeurotik menghambat kenaikan suhu tubuh pada jalur pusat persarafan yang berperan terhadap suhu tubuh yaitu hipotalamus.

5) Kolaborasi pemberian antibiotik.

Rasional : antibiotik dapat merusak dinding mikroorganisme sehingga tidak mampu berkembang dan menghasilkan toksik yang dapat berakibat toksemia.

e. Resiko terhadap cedera fisik berhubungan dengan kejang, penurunan kesadaran.

Intervensi :

1) Kaji tingkat kesadaran anak melalui glasgow coma scale (GCS).

Rasional : nilai glasgow coma scale yang kurang dari 10 terjadi fase kesadaran di bawah komposmentis sehingga anak beresiko jatuh.

2) Tempatkan anak pada bed dengan pengaman di semua sisinya.

Rasional : mencegah anak terjatuh.

3) Tempatkan anak pada bed dengan pengalas dan posisi garis lurus.

Rasional : mencegah injury kulit dan hambatan jalan nafas.

4) Pantau posisi dan keadaan umum anak setiap jam.

Rasional : posisi leher yang fleksi juga dapat beresiko cedera jalan nafas. Keadaan umum yang memburuk sebagai indikasi peningkatan cedera selluler.

- 5) Diskusikan dengan keluarga tentang perkembangan tingkat kesadaran dan jadwal pemantauan pasien.

Rasional : meningkatkan peartisipasi keluarga untuk mencegah timbulnya injuri.

- f. Resiko gangguan perkembangan (retardasi mental) berhubungan dengan kerusakan memori pada otak.

Intervensi :

- 1) Pantau pertumbuhan dan perkembangan anak melalui kartu KMS dan DDST (Denver II).

Rasional : KMS yang berada pada zona merah merupakan indikasi gangguan pertumbuhan. Anak yang tidak melalui tahapan perkembangan pada DDST sebagai tanda keterlambatan perkembangan.

- 2) Bantu anak selama sakit dan kondisi memungkinkan untuk mencapai tumbang sesuai umur dengan bermain.

Rasional : bermain sebagai sarana yang tidak memaksakan anak dalam mencapai pertumbuhan dan perkembangan.

- 3) Anjurkan orang tua untuk berpartisipasi merangsang perkembangan anak tanpa memaksa.

Rasional : keberhasilan dalam mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang baik tergantung pada kemauan anak, dukungan orang tua dan kondisi yang tidak menakutkan.

- 4) Anjurkan keluarga untuk rutin menjalankan program pengobatan dan terapi bermain.

Rasional : pengobatan rutin dapat mencegah kekambuhan meningitis karena mikroorganisme penyebab dapat betul-betul dimatikan. Terapi bermain dapat merangsang pertumbuhan dan perkembangan anak (Riyadi, 2009).



## BAB III

### RESUME KEPERAWATAN

#### A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 09 Februari 2010 pada jam 08.30 di ruang ICU

1. Identitas klien ;

Nama An. W, umur : 8 bulan, jenis kelamin : laki-laki, agama : Islam, suku / Bangsa : Jawa / Indonesia, alamat : Demak, diagnosa medis : meningitis, tanggal dan jam masuk : 06 Februari 2010 jam : 04.30 WIB, no CM : 096645, Sumber informasi : keluarga dan catatan medis (CM)

2. Penanggung jawab ;

Nama Ayah/Ibu : Tn. A/ Ny. M, pekerjaan Ayah : Karyawan, pendidikan Ayah : SMA, pendidikan Ibu : SMP, agama : Islam, alamat : Demak, suku/bangsa : Jawa/Indonesia.

3. Status kesehatan saat ini

Keluhan utama saat pengkajian : Klien sesak.

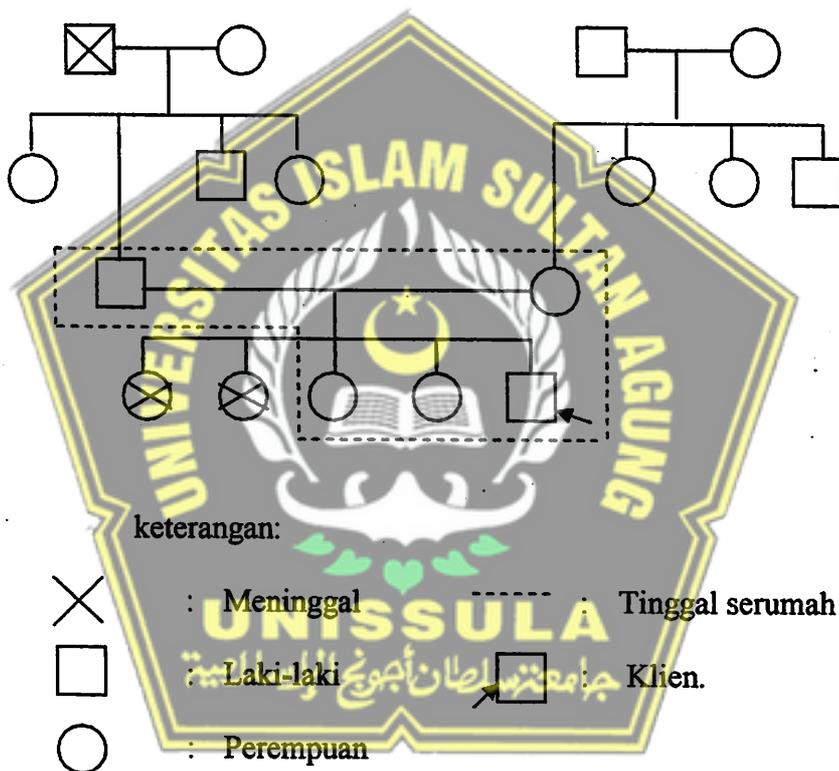
Alasan masuk rumah sakit : ibu klien mengatakan anaknya BAB cair selama 3 hari, dengan frekuensi lebih dari 5 X, kemudian oleh keluarga klien dibawa ke RSI Sunan Kudus, pasien juga mempunyai riwayat kejang dan setelah dirawat di ICU masalah BAB cair dapat teratasi, namun muncul masalah baru, yaitu klien mengalami riwayat kejang yang berulang, kesadaran menurun, dan suhu tubuh meningkat.

4. Riwayat kesehatan masa lalu

Ibu klien mengatakan anaknya tidak pernah mengalami penyakit yang sekarang diderita. Ibu klien mengatakan anaknya tidak mempunyai alergi pada makanan dan obat-obatan. Imunisasi ; BCG, polio dan hepatitis.

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

a. Genogram



Penyakit yang sedang diderita anggota keluarga klien : Ibu klien mengatakan tidak ada keluarganya yang menderita penyakit seperti klien.

b. Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga klien : Ibu klien mengatakan tidak ada keluarganya yang pernah menderita penyakit seperti klien.

## 6. Riwayat kesehatan keluarga

- a. Kebersihan rumah dan lingkungan agak kotor dan sanitasi kurang baik.

## 7. Data Biologi

- a. Jalan nafas : frekuensi ; 34 x/menit, klien sesak, menggunakan otot tambahan dengan irama tidak teratur dan dalam, suara paru ronchi, reflek batuk ada, SPO<sub>2</sub> ; 99%, terpasang kanul O<sub>2</sub> 5 liter/menit
- b. System kardiovaskuler : nadi ; 134 x/menit, irama teratur dengan kekuatan kuat, akral hangat, warna kulit agak kemerahan, capillary reffil < 3 detik, suhu 37,8 °C.
- c. Sistem syaraf pusat : tingkat kesadaran somnolen, dengan riwayat kejang, GCS : 8, E : 2, M : 4, V : 2.
- d. System pencernaan ; tonus otot sedang, lidah kotor, tidak muntah, BAB 1 x/hari dengan konsistensi agak cair, warna kuning kecoklatan dan bau khas.
- e. System musculoskeletal : tidak terdapat luka, fraktur, dislokasi, serta pendarahan (tidak ada masalah)
- f. System perkemihan : BAK 480 cc/hari, dengan warna kuning dan bau khas.

Balance cairan klien

Balan cairan = input – out put

Input = AM + input (infuse + makan dan minum + obat dan air).

AM (air metabolisme) =  $\frac{8 \times BB}{24} \times 24 \text{ jam}$

$$AM = \frac{8 \times 8}{24} \times 24 \text{ jam} = 64 \text{ cc/24 jam}$$

Infuse : 50 tetes x 11 flabot = 550 cc

Makan dan minum : 130 cc

Obat dan air putih : 12 cc

Input = 64 + 550 + 130 + 12 = 756 cc

Output = IWL + output (BAK + BAB)

$$IWL = \frac{30 \text{ cc} - \text{usia anak} \times BB}{24} \times 24 \text{ jam}$$

$$IWL = \frac{30 \text{ cc} - 8 \times 8}{24} \times 24 \text{ jam} = 176 \text{ cc/24 jam}$$

Output = 176 + 480 + 100 = 756

Balance cairan = input - output

Balance cairan = 756 - 756

8. System integument : tidak ada / terdapat eritema, pruritus, luka serta gatal.

9. Pemeriksaan penunjang

Data Laboratorium

Pemeriksaan Tanggal 09 Februari 2010

Hematologi : hemoglobin(Hb) : 10,3 g/dl (13-16), hematokrit (Ht) : 30,5 % (40-48), leukosit : 12.200 mm<sup>3</sup>, trombosit : 95.000 (150.000-500.000).

Kimia darah ; SGOT : 20 U/l (8-37), SGPT : 30 U/l (6-41). Hasil CT-SCAN : gambaran meningitis.

10. Therapy

infuse RL : 20 cc/jam

Injeksi : lapixime : 3 x 250 mg, vitamin C : 1 x 1 ampul, novalgin : 3 x 60 mg, indexone : 3 x 1 ampul

Per oral : pamol sirup : 6 x 1 sendok teh, survit : 2 x ½ sendok teh, imunos 1 x 1 sendok teh, pamol supositoria : 250 mg (kalau suhu lebih dari 38 °C).

## B. Analisa data, intervensi, implementasi dan evaluasi

Pada pengkajian yang dilakukan pada tanggal 09 Februari 2010 jam 08.30 didapatkan data fokus sebagai berikut ; data subyektif : tidak terkaji, data obyektif : klien sesak, klien tersengal-sengal dalam bernafas, terpasang kanul O<sub>2</sub> 5 liter/menit, nadi : 134 x/menit, suhu : 37,8 °C, RR : 34 x/menit, SPO<sub>2</sub> : 99%, pada pemeriksaan auskultasi paru terdengar suara tambahan ronchi. Dari data tersebut muncul masalah keperawatan yaitu : ketidakefektifan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sekret di trakheobronkhial. Tujuan yang ingin dicapai setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam jalan nafas menjadi lebih efektif, dengan kriteria hasil : ekspansi dada simetris, tidak terpasang kanul, bunyi nafas vesikuler. Tindakan yang dilakukan adalah : Kaji dan pantau pernafasan (frekuensi dan pola nafas), kaji status pernafasan (auskultasi bunyi nafas), berikan bantuan oksigen sesuai kebutuhan, pantau TTV. Hasil evaluasi yang diperoleh dari implementasi yang telah dilakukan adalah : klien masih sesak, klien menggunakan kanul O<sub>2</sub> 5 liter/menit, nadi : 120 x/menit, RR : 30 x/menit, SPO<sub>2</sub> : 99 %, masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi 1,2,3,4.

Data fokus yang kedua adalah ; data subyektif : tidak terkaji, data obyektif : klien gelisah, nadi : 134 x/menit, suhu : 37,8<sup>0</sup>C, RR : 34 x/menit, leukosit 12.200 mm<sup>3</sup>, kulit agak kemerahan, SPO<sub>2</sub> : 99%. Dari data tersebut muncul masalah keperawatan yaitu hipertermi (peningkatan suhu tubuh) yang berhubungan dengan toksemia. Tujuan yang ingin dicapai setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam klien dapat mempertahankan suhu normal (35,5<sup>0</sup>C - 36,5<sup>0</sup>C), dengan kriteria hasil: suhu tubuh 35,5<sup>0</sup>-36,5<sup>0</sup>C, wajah tidak memerah. Tindakan yang dilakukan adalah : . Pantau suhu tubuh 1 jam sekali, pertahankan suhu ruangan 20 °C, berikan kompres hangat, berikan obat anti piuretik sesuai kebutuhan. Hasil evaluasi yang diperoleh dari implementasi yang dilakukan adalah : klien tampak tenang, nadi : 120 x/menit, suhu : 37,1 °C, masalah teratasi sebagian, lanjutkan intervensi 1,2.



## BAB IV

### PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai asuhan keperawatan yang dilakukan pada An. W dengan meningitis di ruang ICU RSI Sunan Kudus. Pengkajian dilakukan pada tanggal 09 Februari 2010. Pemberian asuhan keperawatan berdasarkan proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi.

#### A. Pengkajian

Pada pengkajian yang dilakukan penulis pada tanggal 09 Februari 2010 jam 08.30 WIB di ruang ICU RSI Sunan Kudus penulis tidak menggunakan pengkajian pola fungsional menurut Gordon tapi menggunakan pengkajian dengan sistem kegawat daruratan, pengkajian dengan sistem kegawat daruratan yaitu pengkajian pada status airway, breathing, dan circulation pada klien, hal ini karena keadaan klien yang berumur 8 bulan dan klien juga mengalami kegawatan daruratan dalam pernafasanya yang harus segera ditangani karena bila tidak klien akan meninggal, serta klien juga mengalami penurunan kesadaran dengan nilani glasco coma scale (GCS) : 8, Eye : 2, Motorik : 4, Verbal : 2 selain itu penulis juga tidak menyertakan data subyektif klien dari hasil pengkajian. Pada saat perawat mengkaji respon verbal, klien hanya merintih pada saat diberikan rangsangan nyeri oleh perawat, serta tidak mampu dilakukan pengkajian pada keluarga klien, karena

pada saat diajukan pertanyaan kepada ibunya, justru didapatkan data yang tidak sesuai dengan kondisi anaknya saat ini, ibunya justru terlihat menolak dengan keadaan anaknya, hal ini karena ibu klien pernah mengalami kehilangan 2 orang anaknya pada saat mereka masih berumur dibawah 1 tahun. Ibunya selalu mengatakan kalau anaknya mengalami diare. Dalam hal ini penulis telah menjelaskan bahwa anaknya menderita meningitis, tapi ibu klien tetap berkeyakinan bahwa anaknya hanya mengalami diare.

Pada awal masuk rumah sakit klien mengalami BAB cair, namun setelah dilakukan perawatan masalah tersebut dapat diatasi, tapi setelah diare dapat diatasi muncul masalah baru yaitu dari hasil pemeriksaan CT-SCAN didapatkan adanya hasil gambaran meningitis positif.

Pada pengkajian status imunisasi didapatkan data : status imunisasi klien tidak lengkap, karena klien belum mendapatkan imunisasi DPT yang seharusnya diberikan pada saat umur lebih dari 6 minggu, sedangkan untuk imunisasi yang lain klien sudah mendapatkan sesuai dengan jadwal imunisasi sampai umur 8 bulan yaitu : BCG, Hepatitis, status imunisasi hepatitis klien lengkap yaitu diberikan pada 12 jam setelah lahir dan dilanjutkan pada umur 1 dan 6 bulan. Polio, imunisasi polio klien lengkap yaitu diberikan secara tiga tahap yang pertama diberikan pada saat lahir, yang kedua diberikan pada saat umur 2 bulan dan yang ketiga diberikan pada saat umur 6 bulan.

Pengkajian pada system pernafasan klien didapatkan data : klien terlihat sesak dan tersengal-sengal saat bernafas, klien juga menggunakan otot tambahan saat bernafas dengan irama yang tidak teratur dan dalam, reflek

batuk ada, klien juga terpasang kanul O<sub>2</sub> 5 liter/menit, SPO<sub>2</sub> : 99%, dan pada auskultasi paru terdengar suara tambahan ronkhi.

Pengkajian pada system kardiovaskuler klien didapatkan data : nadi 134 x/menit dengan irama yang teratur dan kuat, akral terasa hangat dan warna kulit agak kemerahan, capileri reffil < 3 detik, dan suhu tubuh klien 37,8°C.

Pada sistem saraf pusat klien mengalami penurunan kesadaran (somnolen) dengan nilai glasco koma skala (GCS) : 8, Eye : 2, Motorik : 4, Verbal : 2, dan klien juga mempunyai riwayat kejang.

Pada sistem pencernaan klien penulis mendapatkan data : tonus otot sedang dan lidah terlihat kotor, klien BAB 1 x/hari (100 cc/hari) dengan konsistensi agak cair, warna kuning kecoklatan dan bau yang khas.

Pada sistem perkemihan : BAK klien 480 cc/hari, dengan warna kuning kecoklatan dan bau yang khas.

Pada penghitungan balance cairan di resume keperawatan yang dilakukan penulis terdapat kesalahan dalam memasukan data tetesan infuse yaitu 50 cc/jam yang seharusnya adalah 20 tetes /menit. Selain itu pada saat penghitungan jumlah infuse yang masuk selama 24 jam, pada resum dituliskan 50 tetes/jam x 11 flabot = 550, seharusnya jumlah cairan infuse 1920 cc. Dalam hal ini disebabkan karena adanya keterbatasan penulis yaitu penulis kurang teliti saat memasukan data – data pengkajian serta penghitungan pada balance cairan, sehingga penulis mengalami kesalahan

saat memasukan data-data pengkajian ke dalam resume keperawatan. Namun hal tersebut telah penulis perbaiki di pembahasan berikut ini.

Balance cairan klien

Balan cairan = input – out put

Input = AM + input (infuse + makan, minum (susu) + obat dan air).

$$AM \text{ (air metabolisme)} = \frac{8 \times BB}{24} \times 1 \text{ jam}$$

$$AM = \frac{8 \times 8}{24} \times 1 \text{ jam} = 2,6 \text{ cc/jam}$$

$$AM = 2,6 \times 24 \text{ jam} = 64 \text{ cc/jam}$$

Infuse : 1920 cc

Makan dan minum (susu) : 130 cc

Obat dan air putih : 12 cc

$$\text{Input} = 64 + 1920 + 130 + 12 = 756 \text{ cc}$$

Output = IWL + output (BAK + BAB)

$$IWL = \frac{30 \text{ cc} - \text{usia anak} \times BB}{24} \times 1 \text{ jam}$$

$$IWL = \frac{30 \text{ cc} - 8 \times 8}{24} \times 1 \text{ jam} = 7,3 \text{ cc/jam}$$

$$IWL = 7,3 \times 24 \text{ jam} = 176 \text{ cc/24 jam}$$

$$\text{Output} = 176 + 480 + 100 = 756$$

Balance cairan = input – output

$$\text{Balance cairan} = 2126 - 756 = + 1347 \text{ cc}$$

Pada penghitungan balance cairan diatas klien mengalami gangguan keseimbangan cairan yaitu klien terjadi kelebihan cairan.

## B. Diagnose keperawatan

### 1. Ketidakefektifan jalan nafas berhubungan dengan penumpukkan sekret di trakheobronkial.

Pemeriksaan jalan nafas pada pasien dilakukan dengan cara melihat, mendengar, dan merasakan. Pemeriksaan jalan nafas ditujukan untuk segera mengetahui apakah terjadi penyumbatan jalan nafas.

Ketidakefektifan jalan nafas adalah suatu keadaan ketika seorang individu mengalami suatu ancaman yang nyata atau potensial pada status pernafasan sehubungan dengan penumpukkan sekret di trakheobronkial (Carpenito, 2006)

Batasan karakteristik mayor : ketidak mampuan mengeluarkan sekresi jalan nafas, batuk tak efektif atau tidak ada batuk. (Carpenito, 2006).

Batasan karakteristik minor : bunyi nafas abnormal, frekuensi, irama, kedalaman pernafasan abnormal (Carpenito, 2006).

Pada saat pengkajian penulis mendapatkan data : klien terlihat sesak dan tersengal-sengal saat bernafas, klien juga menggunakan otot tambahan(otot perut) saat bernafas dengan irama yang tidak teratur dan dalam, reflek batuk ada, klien juga terpasang kanul O<sub>2</sub> 5 liter/menit, SPO<sub>2</sub> : 99%, dan pada auskultasi paru terdengar suara tambahan ronkhi.

Diagnosa yang penulis angkat yaitu ketidakefektifan jalan nafas berhubungan dengan penumpukkan sekret di trakheobronkial sudah

sesuai antara batasan mayor dan minor pada teori dengan data-data yang penulis dapatkan dari klien saat dilakukan pengkajian.

Pada etiologi ketidakefektifan jalan nafas yaitu penumpukan secret di trakheobronkhial sudah sesuai antara konsep dasar teori dengan etiologi yang penulis angkat yaitu penumpukan secret di trakheobronkhial, hal ini dibuktikan dengan adanya suara tambahan (ronkhi) pada pemeriksaan paru.

Dengan melihat data-data yang ada penulis memprioritaskan diagnosa ini menjadi diagnosa utama karena menurut Hierarki Maslow merupakan masalah yang ada pada kebutuhan fisiologis yang merupakan prioritas tertinggi yang mencerminkan situasi yang mengancam hidup dan akan menyebabkan gangguan fungsi fisiologis yang mengarah ke kematian. Selain itu, secara *triage concept* bersihan jalan nafas tidak efektif merupakan masalah yang tergolong *immediately* yang jika tidak segera ditangani akan menyebabkan kematian.

Untuk mengatasi masalah ketidakefektifan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan secret di trakheobronkhial, Penulis menegakan intervensi : kaji dan pantau pernafasan (frekuensi dan pola nafas), serta status pernafasan (auskultasi bunyi nafas), memiliki alasan yaitu frekuensi pernafasan yang meningkat sebagai kompensasi menurunnya diameter lumen bronkus dan trachea menyediakan jalan masuknya oksigen dari luar. Berikan bantuan oksigen sesuai kebutuhan rasionalnya untuk membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan oksigen

dalam tubuh. Pantau tanda-tanda vital rasionalnya untuk mengetahui status dan keadaan tanda-tanda vital pasien.

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan ketidakefektifan jalan nafas berhubungan dengan penumpukkan secret di trakhebronkhiäl, penulis melakukan : pengkajian serta memantau pernafasan (frekuensi dan pola nafas) dan juga status pernafasan (auskultasi bunyi nafas) klien; frekuensi 34 x/menit, klien sesak dengan irama tidak teratur dan dalam, terdapat bunyi nafas tambahan ronkhi. Melakukan pemberian bantuan O<sub>2</sub> sesuai kebutuhan, klien terpasang kanul O<sub>2</sub> 5 liter/menit. memantau tanda-tanda vital klien per jam, nadi : 134 x/menit, RR : 34 x/menit, suhu : 37,8 °C, SPO<sub>2</sub> : 99 %.

Evaluasi dari rencana keperawatan yang telah penulis lakukan didapatkan hasil ; klien masih terlihat sesak, klien terpasang kanul O<sub>2</sub> 5 liter/menit, bunyi nafas ronkhi, nadi : 120 x/menit, RR : 30 x/menit, suhu 37,1°C, SPO<sub>2</sub> 99%, masalah belum teratasi, untuk masalah ini penulis mendelegasikan untuk mempertahankan intervensi.

## 2. **Hipertermi (peningkatan suhu tubuh) yang berhubungan dengan toksemia.**

Hipertermi (peningkatan suhu tubuh) adalah keadaan ketika seorang individu mengalami atau beresiko untuk mengalami kenaikan suhu tubuh terus menerus lebih tinggi dari 37,8°C per oral atau 38,8°C per rectal karena factor eksternal (Carpenito, 2006).

Batasan karakteristik mayor : suhu tubuh lebih tinggi dari  $37,8^{\circ}\text{C}$  per oral atau  $38,8^{\circ}\text{C}$  per rectal, kulit hangat, takikardi (Carpenito.L.J, 2006).

Batasan karakteristik minor : kulit kemerahan, peningkatan kedalaman pernafasan, sakit yang spesifik atau umum ( misal sakit kepala), malaise, keletihan, kelemahan, menggigil, perasaan hangat atau dingin, berkeringat (Carpenito, 2006).

Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan data-data : klien terlihat gelisah, nadi : 134 x/menit dengan irama teratur dan kuat, suhu tubuh :  $37,8^{\circ}\text{C}$ , pada pemeriksaan laboratorium leukosit  $12.200\text{ mm}^3$ , kulit terlihat agak kemerahan.

Diagnosa yang penulis angkat yaitu hipertermi berhubungan dengan toksemia sudah sesuai antara batasan mayor dan minor pada teori dengan data-data yang penulis dapatkan saat dilakukan pengkajian.

Penulis memprioritaskan diagnosa ini menjadi diagnosa kedua karena menurut Hierarki Maslow merupakan masalah yang muncul pada kebutuhan fisiologis. Namun, berdasarkan *triage concept* hipertermi merupakan masalah yang tergolong *urgent* yang jika tidak segera ditangani akan menyebabkan kecacatan.

Untuk mengatasi masalah hipertermi berhubungan dengan toksemia penulis menegakan intervensi : pantau suhu tubuh setiap satu jam sekali, tindakan ini memiliki alasan makin meningkatnya suhu tubuh sebagai tanda peningkatan toksik yang dihasilkan oleh mikroorganisme.

Pertahankan suhu ruangan  $20^{\circ}\text{C}$  rasionalnya antara suhu tubuh dan suhu lingkungan tidak terjadi perbedaan. Berikan kompres hangat tindakan ini bertujuan agar panas dari anak ke media yang suhunya lebih rendah yaitu dengan memberikan kompres panas akan membantu mempercepat respon hipotalamus untuk menghentikan produksi panas tubuh secara konduksi. Berikan obat antipiretik rasionalnya antipiretik menghambat kenaikan suhu tubuh pada jalur pusat persarafan yang berperan terhadap suhu tubuh yaitu hipotalamus.

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada hipertermi berhubungan dengan toksemia, penulis melakukan tindakan : melakukan pemantauan suhu tubuh per jam, suhu ;  $37,8^{\circ}\text{C}$ . mempertahankan suhu ruang perawatan  $20^{\circ}\text{C}$ , suhu ruangan  $20^{\circ}\text{C}$ . melakukan tindakan kompres hangat. Berkolaborasi dengan dokter ; memberikan antipiretik, yaitu pemberian pamol supositoria.

Evaluasi dari rencana keperawatan yang telah penulis lakukan didapatkan hasil ; klien tampak tenang, dengan tanda-tanda vital, nadi : 120 x/menit, RR : 30 x/menit, suhu  $37,1^{\circ}\text{C}$ ,  $\text{SPO}_2$  99%, masalah teratasi sebagian. Untuk masalah ini penulis mendelegasikan untuk mempertahankan intervensi.

Pada diagnosa hipertermi dalam evaluasi dikatakan masalah teratasi sebagian, namun pada data-data yang didapat saat evaluasi data belum sesuai dengan kriteria hasil yang ingin dicapai, hal tersebut karena penulis kurang teliti saat melakukan evaluasi, penulis hanya melihat pada

penurunan suhu saja, tapi tidak membandingkannya antara data-data evaluasi dengan kriteria hasil yang ingin dicapai.

**C. Diagnose yang ada pada teori, tetapi tidak penulis angkat pada asuhan keperawatan yang penulis lakukan, yaitu :**

**1. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit (kekurangan volume cairan) berhubungan dengan pengeluaran yang berlebihan**

Kekurangan volume cairan adalah keadaan dimana seorang individu yang tidak menjalani puasa mengalami atau beresiko mengalami dehidrasi vaskuler, interstisial atau intravaskuler (Carpenito, 2006).

Batasan karakteristik mayor : ketidakecukupan masukan cairan oral, keseimbangan negative antara masukan dan haluaran, penurunan berat badan, kulit/membrane mukosa kering (Carpenito, 2006).

Batasan karakteristik minor : peningkatan natrium serum, penurunan haluaran urin atau haluaran urin berlebihan, urine memekat atau sering berkemih, penurunan turgor kulit, haus/mual/anoreksia (Carpenito, 2006).

Penulis tidak mengangkat diagnose ini dikarenakan pada saat pengkajian klien tidak mengalami tanda-tanda kekurangan cairan, hal ini didukung dengan data-data : klien BAB 1x/hari dengan konsistensi agak cair, warna kuning kecoklatan dan bau khas, serta BAK klien 480 cc/hari (400 – 500 cc) /hari, membrane mukosa klien lembab, serta turgor kulit yang baik. Selain itu karena pada saat penghitungan balance cairan

penulis mengalami kesalahan pada saat memasukan data – data serta penghitungan jumlah cairan maka pada hasilnyaapun mengalami kesalahan, namun hal tersebut telah penulis perbaiki di pembahasan dan didapatkan hasil klien mengalami gangguan keseimbangan cairan yaitu klien mengalami kelebihan cairan + 1370 cc.

## **2. Resiko gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan asupan oksigen dari luar.**

Perubahan perfusi jaringan adalah keadaan dimana individu mengalami atau beresiko mengalami suatu penurunan dalam nutrisi dan pernapasan pada tingkat seluler disebabkan suatu penurunan dalam suplai darah kapiler (Carpenito, 2006).

Batasan karakteristik mayor : kludikasi (arteri), nyeri istirahat (arteri), penurunan atau tidak ada denyut nadi arteri, perubahan warna kulit (pucat, sianosis), perubahan suhu kulit, penurunan tekanan darah, pengisian kapiler kurang dari 3 detik (Carpenito, 2006).

Batasan karakteristik minor : perubahan dalam fungsi sensori (arteri), perubahan dalam fungsi motorik (arteri), perubahan jaringan trofik, kuku keras, tebal, kehilangan rambut, luka yang tidak sembuh (Carpenito, 2006).

Pada diagnosa gangguan perfusi jaringan penulis tidak mengangkatnya karena penulis kurang teliti saat menentukan diagnosa yang prioritas, dalam hal ini penulis melihat dari data-data yang didapat saat pengkajian yaitu : nadi 134 x/menit dengan irama teratur dan kuat, akral hangat serta capilery reffil kurang dari 3 detik dan tidak

memperhatikan kesadaran klien yang menurun yaitu somnolen yang merupakan salah satu tanda dari terjadinya gangguan perfusi jaringan.

### 3. Resiko terhadap cedera fisik berhubungan dengan kejang

Resiko terhadap cedera adalah keadaan dimana seorang individu beresiko untuk mendapat bahaya karena deficit perceptual atau fisiologis, kurang kesadaran tentang bahaya, atau usia lanjut (Carpenito, 2006).

Data obyektif; kesadaran anak apatis atau kesadaran di bawahnya, terdapat kaku kuduk, terdapat spasme pada otot ekstremitas. (Riyadi, 2009).

Walaupun pada sebelumnya klien mengalami riwayat kejang yang berulang serta penurunan kesadaran tapi penulis tidak mengangkat diagnosa resiko cedera fisik berhubungan dengan kejang hal tersebut dikarenakan pada saat pengkajian penulis tidak menemukan klien mengalami kejang, selain itu hal tersebut masih resiko dan belum terjadi sehingga penulis tidak mengangkatnya, penulis hanya mengangkat diagnosa yang aktual dan yang harus segera ditangani.

## BAB V

### PENUTUP

Dari uraian yang sudah penulis paparkan dari bab-bab sebelumnya maka dapat penulis sampaikan bahwa :

#### A. Kesimpulan

Meningitis adalah suatu infeksi cairan otak yang disertai peradangan yang terjadi pada selaput otak (araknoidea dan piameter) serta mengenai jaringan otak dan medula spinalis yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, atau toksin. Meningitis banyak terjadi pada anak dari pada dewasa, dengan angka kematian yang tinggi.

Pada asuhan yang dilakukan penulis didapatkan 2 diagnosa keperawatan yaitu :

1. Ketidakefektifan jalan nafas berhubungan dengan penumpukkan secret di trakheobronkial
2. Hipertermi berhubungan dengan toksemia.

Dari diagnosa pertama diatas penulis melakukan implementasi : Kaji dan pantau pernafasan (frekuensi dan pola nafas), kaji status pernafasan (auskultasi bunyi nafas), berikan bantuan oksigen sesuai kebutuhan, pantau TTV.

Dari tindakan tersebut didapatkan hasil : klien masih sesak, klien menggunakan kanul O<sub>2</sub> 5 liter/menit, nadi : 120 x/menit, RR : 30 x/menit,

SPO<sub>2</sub> : 99 %, masalah belum teratasi, maka penulis mendelegasikan untuk melanjutkan intervensi.

Pada diagnosa pertama hasil evaluasi pada tindakan yang penulis lakukan didapatkan hasil keadaan klien yang tidak mengalami perubahan, yaitu klien masih mengalami sesak, maka penulis mendelegasikan untuk melanjutkan intervensi baik yang secara mandiri atau yang berkolaborasi dengan tim kesehatan yang lain.

Pada diagnosa yang kedua penulis melakukan tindakan : Pantau suhu tubuh 1 jam sekali, pertahankan suhu ruangan 20<sup>0</sup>C, berikan kompres hangat, berikan obat anti piuretik sesuai kebutuhan. Dan setelah dilakukan tindakan didapatkan hasil : klien tampak tenang, nadi : 120 x/menit, suhu : 37,1<sup>0</sup>C, masalah teratasi sebagian, penulis mendelegasikan untuk melanjutkan intervensi.

Pada diagnose kedua hasil evaluasi pada tindakan yang penulis lakukan didapatkan hasil yang sesuai dengan tujuan serta kriteria hasil yang diharapkan, hal ini dibuktikan dengan adanya perubahan suhu tubuh pada klien yaitu dari suhu awal saat pengkajian 37,8<sup>0</sup>C menjadi 37,1<sup>0</sup>C.

## **B. Saran**

Perawat sebaiknya melakukan pengkajian secara menyeluruh, selain itu perawat diharapkan mampu untuk mengerti dan memahami tentang konsep dasar penyakit meningitis, serta perawat diharapkan mampu menangani penyakit meningitis secara menyeluruh, sehingga diharapkan pasien tidak mengalami komplikasi yang dapat menyebabkan kematian.

Perawat juga harus mampu dalam mengidentifikasi dan menentukan masalah yang muncul dari meningitis serta memprioritaskan diagnose keperawatan yang utama, bertujuan untuk memberikan tindakan yang sesuai pada pasien meningitis.



## DAFTAR PUSTAKA

- Betz, L Cecily. Souden A Linda, 2002. *Buku Saku Keperawatan Pediatrik*. Jakarta : EGC.
- Carpenito, L.J, 2006. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan* (terjemahan). Jakarta : EGC.
- Doenges, Marilyn E, *et. al.*, 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Alih Bahasa, I Made Kariasa, N Made Sumarwati. Ed.3. Jakarta : EGC.
- Donna, L. Wong, 2003. *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik* ; alih bahasa, Mania ester : editor edisi bahasa Indonesia Sari Kurnianingsih. edisi 4 . Jakarta : EGC.
- Fakultas Kedokteran, 2005. Universitas Gajah Mada, *Kapita Selekta Neurologi*. edisi kelima. Yogyakarta : Gadjah Mada University press.
- Ngastiyah, 2005. *Perawatan Anak Sakit*. Editor Monica ester. edisi 2. Jakarta : EGC.
- Prabusetyawan, 2009. Pengertian anak. <http://.blogspot.com>. Diunduh pada tanggal 22 april 2010.
- Riyadi, S. & Sukarmin, 2009. *Asuhan Keperawatan pada Anak*, Edisi Pertama Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Rudolp, M Abraham, 2002. *Buku Ajar Pediatrik*, volume 3. Jakarta : EGC.
- Setyo Hadriastuti, 2010. Kematian anak karena meningitis, <http://parentsindonesia.com>. Diunduh pada tanggal 19 Mei 2010.
- Smeltzer, Suzanne C & Bare, Brenda G, 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* Brunner & Suddarth. Alih bahasa, Agung Waluyo, dkk. Ed. 8. Jakarta : EGC.
- Tarwoto, *et.al*, 2007. *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta : Sagung Seto