

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**GAMBARAN RISIKO JATUH PADA PASIEN ANAK**  
**DENGAN GANGGUAN SISTEM PERSYARAFAN**  
**DI RUANG CENDANA 4 IRNA I**  
**RSUP Dr. SARDJITO**  
**YOGYAKARTA**



**OLEH:**  
**DEWI KRISTYANINGSIH**  
**NIM: 2216009**

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**  
**AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"**  
**YOGYAKARTA**  
**2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**GAMBARAN RISIKO JATUH PADA PASIEN ANAK**  
**DENGAN GANGGUAN SISTEM PERSYARAFAN**  
**DI RUANG CENDANA 4 IRNA I**  
**RSUP Dr. SARDJITO**  
**YOGYAKARTA**

Tugas Akhir Ini Untuk Memenuhi Syarat Menyelesaikan  
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan  
Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

**OLEH:**  
**DEWI KRISTYANINGSIH**  
**NIM: 2216009**

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**  
**AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”**  
**YOGYAKARTA**  
**2019**

### PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dewi Kristyaningsih

NIM : 2216009

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Yogyakarta,  
Dibuat dan ditandatangani pada tanggal .....



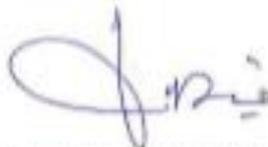
Dewi Kristyaningsih  
NIM : 2216009

**HALAMAN PERSETUJUAN**  
**GAMBARAN RISIKO JATUH PADA PASIEN ANAK**  
**DENGAN GANGGUAN SISTEM PERSYARAFAN**  
**DI RUANG CENDANA 4 IRNA I**  
**RSUP Dr. SARDJITO**  
**YOGYAKARTA**

**OLEH:**  
**DEWI KRISTYANINGSIH**  
**NIM: 2216009**

Telah memenuhi persyaratan  
Dan disetujui pada tanggal  
17 Mei 2019

Pembimbing I



Tri Arini, S.Kep.,Ns.M.Kep  
NIK : 1141 03 052

Pembimbing II



Tri Yuni Rahmanto, S.Kep.,Ns.,MPH  
NIDK : 8868880018

**HALAMAN PENGESAHAN**  
**GAMBARAN RISIKO JATUH PADA PASIEN ANAK**  
**DENGAN GANGGUAN SISTEM PERSYARAFAN**  
**DI RUANG CENDANA 4 IRNA I**  
**RSUP Dr. SARDJITO**  
**YOGYAKARTA**

OLEH:  
DEWI KRISTYANINGSIH  
NIM: 2216009

Telah dipertahankan di Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah Akper "YKY"  
Yogyakarta pada tanggal

18 Mei 2019

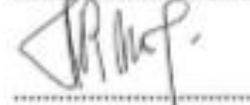
Dewan Penguji :

1. Tri Arini, S.Kep.Ns.M.Kep
2. Tri Yuni Rahmanto, S.Kep.,Ns., MPH
3. Tri Hartati, AhPP. Spd. M.Kes

Tanda Tangan

  
-----

  
-----

  
-----

Mengesahkan  
Direktur Akper "YKY" Yogyakarta

  
Tri Arini, S.Kep.Ns.M.Kep  
NIK: 1141 03 052

## **MOTTO**

*“Maka sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain). Dan hanya Tuhanmulah engkau berharap, “(QS. Al-Insyirah, 6-8)*

## **PERSEMBAHAN**

Karya tulis ilmiah ini penulis persembahkan untuk :

1. Keluargaku dirumah Bapak dan Ibu, yang selalu mendukung ku disetiap langkah dan perjuanganku, dan selalu mendo'akanku. Kakak saya (Evi Marvieni dan Dedy Buyutama) yang selalu mendukung dan memberikan pengarahan menuju hal positif, juga Adek ku (Deandra) yang membuatku semangat dan menghilangkan rasa lelah setiap perjuangan ini.
2. Untuk teman-teman dan sahabat (Fatonah, Atika, Dian, Septi, Titik, Suci) yang turut memberikan semangat dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini.
3. Untuk teman satu stase anak dalam karya tulis ilmiah ini (Dila, Verdina, Yunita, Arif, Mifta, Santoso) semoga kedepannya kalian sukses dan doa yang baik selalu tercurah kepada kalian.
4. Teman-teman seperjuangan Amd. Kepangkatan 22 (kelas 3A dan 3B) sukses untuk kita semua.
5. Almamater kebanggaanku "YKY" Yogyakarta.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT karena telah diberi nikmat sehat sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tugas akhir karya tulis ilmiah untuk memenuhi persyaratan guna menyelesaikan Program Pendidikan D III Keperawatan Akademik Keperawatan “YKY” Yogyakarta dengan judul “Gambaran Risiko Jatuh Pada Pasien Anak Dengan Gangguan Sistem Persyarafan Di Ruang Cendana 4 IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta”.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis banyak mendapat bimbingan, dorongan dan bantuan dari berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terimma kasih kepada :

1. Bapak Dr. dr. Darwito, S.H.,Sp.B(K) Onk selaku Direktur RSUP Dr.Sardjito Yogyakarta yang telah memberi izin untuk praktik di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
2. Ibu Tri Arini, S.kep.,Ns.,M.kep selaku Direktur Akper YKY Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini.
3. Ibu Tri Arini, S.kep.,Ns.,M.kep selaku dosen pembimbing I yang telah memberikan masukan dan arahan kepada penulis, sehingga penulis karya tulis ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktunya
4. Bapak Tri Yuni Rahmanto, S. Kep., Ns., MPH selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan masukan dan arahan kepada penulis, sehingga

penulisan karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktunya.

5. Ibu Tri Hartati, AhPP. Spd. M.Kes selaku dosen penguji dari Rumah sakit umum Pusat Dr. Sardjito Yogyakarta.
6. Ibu Sumartati, AMK selaku pembimbing klinik di Ruang Cendana 4 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
7. Ibu Astiyah, S. ST selaku kepala ruang Cendana 4 yang telah memberikan kesempatan untuk mengambil data di ruang Cendana 4 IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
8. Patisipan yang telah memberikan memberikan izin kepada saya untuk mendapatkan data studi kasus ini.
9. Kedua orangtua, dan kakaku serta seluruh keluarga tercinta yang telah memberikan dorongan baik moril serta doa sehingga penulis dapat menyelesaikan pendidikan di Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta.

Penulis menyadari di dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih banyak terdapat kekurangan, oleh karena itu saya selaku penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Yogyakarta, 30 April 2019

Dewi Kristyaningsih

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN SAMPUL .....	i
HALAMAN SAMPUL DALAM .....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN.....	v
LEMBAR PENGESAHAN .....	vi
MOTTO.....	vii
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	viii
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Studi Kasus .....	7
D. Ruang Lingkup.....	8
E. Manfaat Studi Kasus.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Landasan Teori.....	11
1. Konsep Risiko Jatuh.....	11
a. Definisi .....	11
b. Faktor yang Mempengaruhi.....	12
c. Masalah Yang Terjadi.....	12
d. Batasan Karakteristik.....	13
e. Pengkajian .....	13
f. Teori Risiko Jatuh.....	19
2. Konsep Sistem Persyarafan.....	20
a. Definisi .....	20
b. Faktor Yang Mempengaruhi.....	20
c. Masalah Yang Terjadi.....	21
d. Pengkajian pada Sistem Persyarafan .....	29
3. Gambaran Asuhan Keperawatan Sistem Persyarafan.....	39
a. Asuhan Keperawatan pada Sistem Persyarafan.....	39
b. Pengkajian .....	40
c. Diagnosa Keperawatan .....	41
d. Perencanaan Keperawatan.....	42
e. Pelaksanaan .....	45
f. Evaluasi Keperawatan .....	45
g. Dokumentasi keperawatan.....	46
B. Kerangka Teori .....	50

C. Kerangka Konsep.....	51
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Rancangan Studi Kasus.....	52
B. Subyek Studi Kasus .....	52
C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus .....	53
D. Definisi Operasional .....	53
E. Instrumen Studi Kasus .....	54
F. Teknik Pengumpulan Data.....	54
G. Analisa Data.....	55
H. Etika Penulisan.....	56
<b>BAB IV : HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Hasil.....	59
1. Gambaran Lokasi Studi Kasus .....	59
2. Karakteristik Partisipan .....	60
3. Gambaran Asuhan Keperawatan.....	60
4. Gambaran Partisipan .....	68
B. Pembahasan.....	71
C. Keterbatasan Studi Kasus.....	75
<b>BAB V : PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan .....	76
B. Saran .....	77
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

1. Gambar 2. 1: Gambar pasien dengan *Hidrocefalus* (Allan H. Ropper, 2011).
2. Gambar 2. 2: Gambar Pasien dengan *Spina Bifida*
3. Gambar 2. 3: Kerangka Teori Sistem Persyarafan
4. Gambar 2. 4: Kerangka Konsep Sistem Persyarafan

## DAFTAR TABEL

1. Gambar tabel 2. 1 : Pengkajian Risiko Jatuh *Humpty Dumpty*
2. Gambar tabel 2. 2 : Keterangan pengkajian Risiko Jatuh *Humpty Dumpty*
3. Gambar tabel 4. 1 : Karakteristik Partisipan
4. Gambar tabel 4. 2 : Gambaran data Partisipan

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran : Jadwal pelaksanaan studi kasus
- Lampiran : Informed consent
- Lampiran : Format asuhan keperawatan anak
- Lampiran : Surat izin studi pendahuluan
- Lampiran : Berita acara pelaksanaan bimbingan

Dewi Kristyaningsih.(2019). Gambaran Risiko Jatuh pada Pasien Anak Dengan Gangguan Sistem Persyarafan Di Ruang Cendana 4 IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Karya Tulis Ilmiah. Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta.

Pembimbing I : Tri Arini, S. Kep., Ns., M. Kep

Pembimbing II : Tri Yuni Rahmanto,S. Kep., Ns., MPH

### **ABSTRAK**

Gangguan sistem persyarafan merupakan penyakit yang dapat diderita oleh anak-anak maupun dewasa. Gangguan sistem persyarafan terjadi sekitar 2 dari 1.000 kelahiran anak normal. Di Ruang Cendana 4 IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta tdari bulan Maret 2018 sampai bulan Februari 2019 terdapat 4,3 % atau sekitar 33 pasien anak yang mengalami gangguan sistem persyarafan.

Tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk mendapatkan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan yang diberikan meliputi gambaran gangguan persyarafan pada pasien anak yang rentan mengalami Risiko Jatuh.

Metode penulisan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode studi kasus.Hasil penulisan karya tulis ilmiah ini yaitu Pasien Anak yang mengalami gangguan sistem persyarafan lebih rentan mengalami kejadian jatuh yang dapat disebabkan karena, virus, ataupun kelainan, dan bawaan lahir. Asuhan keperawatanyang dilakukan pada pasien Anak dengan gangguan sistem peryarafan ini dilakukan selama 3 hari mulaidari hari senin tanggal 08 April 2019 sampai dengan hari Rabu tanggal 10 April 2019, dalam melaksanakan asuhan keperawatan ada empat diagnosa yang muncul. Pada pembahasan studi kasus ini didapatkan hasil tercapat dalam 3 x 24 jam karena dalam 3 x 24 jam tersebut kedua pasien tidak mengalami kejadian jatuh dan tujuan telah tercapai.

Kesimpulan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah pada pembahasan evaluasi, satu diagnosa Risiko jatuh dapat teratasi pada kedua pasien. Sedang faktor penghambat yaitu karena partisipan masih berusia kurang dari 2 tahun sehingga peneliti mengalami kesulitan dalam berkomunikasi.

Kata kunci: Asuhan Keperawatan, Gangguan persyarafan, Risiko jatuh.

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Gangguan persyarafan dapat menyerang anak, tetapi masing-masing gangguan tersebut adalah disfungsi muskular. Banyak gangguan persyarafan bersifat kronik, berlangsung seumur hidup anak dan mengakibatkan cacat atau ketunadayaan (Kyle & Carman, 2014).

Gangguan persyarafan pada anak terdiri dari kelainan bawaan, infeksi yang mengenai susunan saraf pusat dan perifer, serta penyakit pada otak atau faktor lain yang dapat mempengaruhi fungsi otak. Kelainan pada susunan saraf antara lain adalah *spina bifida*, *meningokel*, *meningomielokel* dan *ensefalokel*. Gangguan saraf lain dapat sebagai akibat persalinan, gangguan metabolisme dan infeksi pada masa neonatus dengan gejala kejang, juga *hidrosefalus* (Ngastiyah, 2014).

*Hidrosefalus* adalah keadaan patologis otak yang mengakibatkan bertambahnya cairan serebrospinalis (CSS) dengan atau pernah dengan tekanan intrakranial yang meninggi sehingga terdapat pelebaran ruangan tempat mengalirnya CSS. Harus dibedakan dengan pengumpulan cairan lokal tanpa tekanan intrakranial yang meninggi seperti pada *kista porensifali* atau pelebaran ruangan CSS akibat timbulnya CSS yang menempati ruangan sesudah terjadinya atrofi otak (Ngastiyah, 2014).

Prevalensi *hidrosefalus* menurut penelitian *World Health Organization* (WHO) untuk wilayah ASEAN jumlah penderita *hidrosefalus* di beberapa

negara adalah sebagai berikut: di Singapura pada anak 0-9 tahun: 0,5%, Malaysia 5-12 tahun 15% India anak 2-4 tahun 4% di Indonesia berdasarkan penelitian dari fakultas ilmu kedokteran Universitas Indonesia terdapat 3% (WHO, 2013).

Prevalensi di Indonesia tentang penyakit *hidrosefalus* berdasarkan *statistic medikal record of Indonesia*, pada tahun 2014 jumlah pasien menderita *hidrosefalus* berjumlah 115 orang, lalu pada tahun 2015 dari bulan Januari sampai Mei jumlah pasien penderita *hidrosefalus* adalah 210 orang. Pada tahun 2016 meningkat menjadi 311 orang, sementara di Bengkulu pada Rumah Sakit M. Yunus pada tahun 2015 ada 9 orang penderita *hidrosefalus*, dan pada tahun 2016 ada penderita *hidrosefalus*, dan 10 diantaranya tidak bisa diselamatkan dan 3 orang lainnya masih dalam perawatan rujukan di Jakarta (Riset Kesehatan Dasar, 2017).

Gangguan lain yaitu *spina bifida* Anak yang mengalami spina Bifida okulta tidak perlu mendapat intervensi medis segera. Komplikasi jarang terjadi, terapi dapat meliputi abnormalitas medula spinalis yang lebih berat, korda terhambat (*tethered cord*), siringomielia, atau diastematomiela (Kyle & Carman, 2014).

*Spina bifida* merupakan anomali dalam pembentukan tulang belakang, yaitu defek dalam penutupan saluran tulang belakang. Keadaan ini biasana terjadi pada minggu ke-4 masa embrio. Gangguan penutupan biasanya terjadi pada posterior, dan terbanyak pada vertebra. Adakalanya sebagai akibat eksisi

meningokel terjadi *hidrosefalus* sementara atau menetap, karena permukaan absorpsi cairan serebrospinal (CSS) yang berkurang (Ngastiyah, 2014).

Kelainan saraf pada bayi dan anak relatif sering ditemukan, hampir 20 – 30% pasien rawat inap maupun rawat jalan merupakan kasus gangguan persyarafan. Satu pada umumnya anak dibawa oleh orang tua berobat akibat gangguan fungsional yang dialaminya, gangguan perkembangan, gangguan kesadaran, kelumpuhan ekstremitas, kelumpuhan syaraf otak, kejang dan lain-lain. Anamnesis terarah tentang riwayat penyakit, perkembangan, pemeriksaan fisis pediatrik, pemeriksaan neurologik yang teliti akan sangat membantu menentukan diagnosis fungsional, gangguan anatomik, dan perkiraan etiologik kelainan syaraf yang dihadapi.

Akibat dari adanya gangguan persyarafan maka akan menimbulkan berbagai komplikasi seperti gangguan keseimbangan karena gelisah, kejang dan aktivitas dari tumbuh kembang anak. Oleh sebab itu perlu adanya pengawasan dari orang tua dan perawat. Sehingga dengan adanya komplikasi tersebut berkaitan dengan kejadian jatuh pada anak, dan pengawasan tentang risiko jatuh harus diutamakan.

Gambaran kejadian jatuh di rumah sakit di Indonesia pada tahun 2017 untuk pasien anak didapatkan angka kejadian jatuh sebesar 4 kejadian. Kejadian jatuh tersebut mengakibatkan cedera berat atau kematian tetappi kejadian tersebut merupakan insiden tidak diharapkan. Hal tersebut merupakan suatu masalah karena dala indikator mutu seharusnya 100% tidak ada kejadian jatuh (Trisniawati *et al.*, 2018).

Data yang diperoleh dari buku registrasi di Ruang Cendana 4 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dari bulan Maret 2018 sampai dengan bulan Februari 2019 jumlah pasien 760, pasien dengan *Hidrocefalus* 32 dari 760 pasien atau sekitar 4,2%, *Hipospadia* terdapat 62 kasus atau sekitar 8,1% kasus, *Hichsprung* 36 atau sekitar 4,6% pasien *Atresia Ani* 15 pasien dari 760 atau sekitar 2,6% kasus dan *Spina bifida* ada satu pasien dari 760 pasien.

Begitu pula dengan *spina bifida*. *Spina bifida* adalah defek tuba neural kongenital yang ditandai dengan kegagalan arkus vertebra untuk menutup. Hal ini menyebabkan terbentuknya tonjolan mirip kista pada meninges saja (meningokel) atau pada meninges dan medula spinalis (Corwin, 2009).

Masalah keperawatan yang dihadapi pasien anak dengan gangguan persarafan adalah masalah biologi, psikologi, sosial dan spiritual antara lain penurunan kapasitas adaptif intrakranial, risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak, risiko cedera, gangguan persepsi sensori, risiko infeksi, risiko jatuh (Kyle & Carman, 2014).

Risiko adalah kejadian yang memiliki dampak negatif dan merugikan yang dapat mencegah terciptanya manfaat atau mengikis manfaat yang lebih ada, risiko dapat disimpulkan sebagai kejadian yang belum terjadi dan memiliki dampak negatif dalam berbagai hal (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2014). Oleh sebab itu dari adanya masalah risiko jatuh sangat berpengaruh terhadap keselamatan pasien dengan gangguan persarafan.

Risiko Jatuh pada anak juga termasuk pencegahan jatuh pada anak merupakan upaya yang dilakukan untuk mencegah terjadinya jatuh pada anak (Wilson dan Hockenberry, 2012). Dari pengertian tersebut, risiko jatuh akan menimbulkan beberapa dampak, karena risiko jatuh termasuk dalam sasaran keselamatan pasien, 1) ketepatan identifikasi pasien, 2) peningkatan komunikasi efektif, 3) peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, 4) kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi, 5) pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, 6) pengurangan pasien risiko jatuh. Yang tentunya sangat menjadi perhatian bagi rumah sakit.

Dari pernyataan diatas maka ada beberapa dampak yang timbul dari masalah kejadian jatuh. Dampak tersebut antara lain dapat menimbulkan lecet, memar, luka sobek, cedera kepala, bahkan dalam kasus yang fatal jatuh dapat mengakibatkan kematian (Myake-Lye *et al.*, 2013.)

Dari berbagai masalah yang timbul dari gangguan persarafan maka pasien dengan dengan masalah keperawatan risiko jatuh akan mendapatkan penatalaksanaan keperawatan. Oleh karena itu dari data diatas peran perawat secara umum dalam kasus tersebut adalah memberikan asuhan aman pada pasien dan memberikan perawatan yang dapat mencegah terjadinya jatuh sehingga menciptakan rasa aman bagi pasien, pemenuhan kebutuhan pasien dan keluarga untuk beradaptasi secara fisik dan psikososial demi mencapai kenyamanan dengan menggunakan proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai dengan pendokumentasian asuhan keperawatan.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang dikemukakan diatas, penulis merumuskan masalah Studi Kasus : Gambaran Risiko Jatuh Pada Pasien Anak dengan Gangguan sistem Persyarafan Di Ruang Cendana 4 IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

## **C. Tujuan Studi Kasus**

### 1. Tujuan Umum

Mengetahui Gambaran Risiko Jatuh Pada Pasien Anak dengan Gangguan sistem Persyarafan Di Ruang Cendana 4 IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya karakteristik partisipan pasien anak dengan gangguan persyarafan (*Hidrosefalus* dan *Spina bifida*).
- b. Diketuainya karakteristik masalah risiko jatuh pada pasien anak dengan gangguan sistem persyarafan di ruang Cendana 4 IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dengan pendekatan proses keperawatan.

## **D. Ruang Lingkup**

Laporan studi kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan *hidrosefalus* termasuk dalam mata ajar keperawatan anak, dengan waktu pelaksanaan 3 x 24 jam dimulai dari tanggal 8 April 2019 sampai tanggal 10 April 2019 ada studi kasus asuhan keperawatan ini diberikan kepada pasien anak dengan diagnosa *hidrosefalus* dan *spina bifida* menggunakan metode ilmiah meliputi:

pengkajian, diagnosa, perencanaan, sampai dengan evaluasi serta pendokumentasian yang dilakukan di Ruang Cendana 4 IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

#### **E. Manfaat Studi Kasus**

Studi Kasus ini diharapkan memberikan manfaat:

##### 1. Teoritis

###### a. Bagi Perawat Ruang Cendana 4 RSUP Dr. Sardjito

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan anak khususnya pada pasien dengan Risiko Jatuh yang mengalami gangguan persyarafan.

###### b. Bagi Peneliti Selanjutnya

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan menjadi tambah referensi bagi peneliti selanjutnya, khususnya pada pasien dengan gangguan sistem persyarafan dengan masalah keperawatan risiko jatuh.

###### c. Bagi Penulis

Menerapkan ilmu keperawatan anak yang di dapat saat kuliah, dan mengaplikasikan teori dengan kenyataan.

##### 2. Praktis

###### a. Bagi Perawat di Ruang Cendana 4 RSUP Dr. Sardjito

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan menjadi fokus intervensi pada pasien anak dengan gangguan sistem persyarafan khususnya pada masalah keperawatan risiko jatuh.

b. Bagi Peneliti Selanjutnya

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat memberikan gambaran tentang masalah risiko jatuh pada pasien anak dengan gangguan persyarafan.

c. Bagi Penulis

Mempunyai pengalaman nyata dalam memberikan intervensi sesuai dengan pendekatan proses keperawatan pada pasien anak dengan gangguan sistem persyarafan, khususnya dengan masalah risiko jatuh.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Konsep Risiko Jatuh**

###### **a. Definisi Risiko Jatuh**

Risiko jatuh merupakan kejadian hampir jatuh pada pasien di unit perawatan pada saat pasien istirahat maupun saat pasien terjaga (Nursalam, 2016). Rentan terhadap peningkatan risiko jatuh, yang dapat menyebabkan bahaya fisik dan gangguan kesehatan (NANDA International, 2015-2017).

Risiko jatuh juga termasuk dalam sasaran keselamatan pasien, Sasaran pasien merupakan syarat yang harus diterapkan di semua rumah sakit yang telah terakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Penyusunan sasaran ini mengacu pada *Nine Life-Saving Patient safety Solution* dari WHO *Patient Safety* 2007, yang juga digunakan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI) dan dari *Joint Commission International* (JCI). Maksud dari sasaran keselamatan pasien adalah untuk mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran keselamatan pasien mencakup sasaran Keselamatan Pasien (Kemenkes, 2017), yakni:

1. Mengidentifikasi pasien dengan benar
2. Meningkatkan komunikasi efektif

3. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai
4. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar
5. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan, dan
6. Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh

b. Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Jatuh

Faktor yang mempengaruhi Risiko Jatuh menurut NANDA International (2015-2017):

- 1) Dewasa
- 2) Anak
- 3) Kognitif
- 4) Lingkungan
- 5) Agen Farmaseutikal
- 6) Fisiologis

Sedangkan faktor risiko pada risiko jatuh menurut Setiawati (2017) adalah:

- 1) Usia kurang dari 2 tahun
- 2) Riwayat jatuh
- 3) Penurunan tingkat kesadaran
- 4) Lingkungan tidak aman

c. Masalah yang Terjadi Pada Kejadian Jatuh

Masalah yang terjadi dari kejadian jatuh menurut Myake-Lye *et al*, (2013) adalah:

1) Masalah fisiologis

Masalah fisik yang disebabkan oleh jatuh berupa leet, memar, luka sobek, fraktur, cidera kepala, bahkan dalam kasus yang fatal dapat mengakibatkan kematian.

2) Masalah Psikologis

Jatuh yang tidak menimbulkan masalah fisik dapat memicu masalah psikologis seperti, ketakutan, *anxiety, distress*, depresi, dan dapat mengurangi aktivitas fisik.

3) Masalah Finansial

Pasien yang mengalami jatuh pada unit rawat inap dapat menambah biaya perawatan, hal tersebut karena jatuh dapat menyebabkan luka pada pasien.

d. Batasan Karakteristik

1) Pasien yang mengalami gangguan neurologi.

2) Pasien yang masih anak-anak.

3) Pasien yang ketergantungan total

e. Pengkajian pada Risiko Jatuh

1) Pengkajian Risiko Jatuh menurut Nursalam (2016), menggunakan skala *Humpty Dumpty* yaitu:





Tabel 2. 2 : Keterangan Pengkajian *Humpty Dumpty* (Nursalam, 2016)

KETERANGAN:	
Tingkat Risiko dan Tindakan	
1. Skor 7-11	: Risiko Rendah Untuk Jatuh
2. Skor $\geq$ 12	: Risiko Tinggi Untuk Jatuh
3. Skor Minimal	: 7
4. Skor Maksimal	: 23

2) Intervensi pencegahan pasien jatuh

Tindakan intervensi pencegahan jatuh menurut Pearson & Andrew (2011), melakukan perubahan fisiologis pasien seperti perubahan aktivitas toileting pada pasien dewasa tua dengan gangguan kognitif atau inkontenesia urin; perubahan lingkungan seperti menaikkan batas tempat tidur, menurunkan kasur, melapisi lantai dengan matras, dan restrain pasien secara terbatas berdasarkan keperluan; dilanjutkan pendidikan dan pelatihan staf kesehatan dalam program pencegahan pasien jatuh.

Menurut Ziolkowski (2014), Intervensi pencegahan pasien risiko jatuh dapat dibagi menjadi :

a) Intervensi Risiko Rendah

- (1) Intervensi lanjutan akan dilakukan pada semua pasien rawat inap.
- (2) Orientasi pasien/keluarga dengan lingkungan dan kegiatan rutin.

- (3) Tempatkan lampu panggilan (alarm pemberitahuan) dalam jangkauan dan mengingatkan pasien untuk meminta bantuan.
  - (4) Pastikan tempat tidur pasien dalam posisi rendah dan terkunci.
  - (5) Bed alarm diaktifkan pada semua pasien saat pasien tidur (selain unit kelahiran anak) kecuali pasien menolak.
  - (6) Dekatkan barang-barang pasien dalam jangkauan.
  - (7) Menyediakan alas kaki anti selip yang dibutuhkan pasien untuk berjalan.
  - (8) Minimalkan pasien berjalan atau bahaya tergelincir.
  - (9) Kunjungi pasien lebih sering (setiap jam) dan nilai keamanan dan kenyamanan pasien.
  - (10) Pertimbangkan pencahayaan tambahan.
- b) Intervensi Risiko Tinggi atau Sedang.
- (1) Identifikasi secara visual pasien dengan memasang gelang kuning pada pergelangan tangan.
  - (2) Pertimbangkan penempatan ruangan pasien pada area dengan visibilitas tinggi atau dekat dengan ruang jaga perawat.
  - (3) Monitor pasien dan ruangan untuk keamanan kira-kira setiap satu jam. Tempatkan lampu panggilan dan secara

terus-menerus menempatkan barang pribadi dalam jangkauan pasien.

- (4) Rintis *Fall Risk Care Plan*; Sebuah rencana perawatan yang dikembangkan dengan intervensi tepat sesuai kebutuhan pasien.
- (5) Aktifkan alarm bed sepanjang waktu saat pasien di tempat tidur. Pastikan bed terhubung dengan sistem lampu panggilan juga pasang alarm pada kursi yang sesuai dengan kebutuhan pasien.
- (6) Awasi pasien secara langsung (dengan observasi visual) saat menuju kamar mandi atau kamar kecil.
- (7) Bantu pasien dengan atau pengawasan semua transfer dan *ambulatory* menggunakan *gait belt* dan alat bantu jalan lainnya.
- (8) Jika pasien menunjukkan sikap impulsif, memiliki risiko jatuh sedang atau tinggi atau riwayat jatuh, mungkin dibutuhkan tempat tidur khusus dengan tambahan tikar atau matras pada sisi tempat tidurnya untuk mencegah bahaya sekunder dari jatuh.
- (9) Sediakan dan review (ulangi) edukasi pencegahan jatuh kepada pasien dan keluarga.

f. Teori pencegahan jatuh pada anak menurut Setiawati (2017) adalah:

- 1) Pengkajian
  - a) Kaji mobilitas anak.
  - b) Kaji usia, tingkat perkembangan, kemampuan memahami prosedur dan kemampuan kooperatif.
- 2) Diagnosis keperawatan yang terkait dengan pencegahan jatuh adalah Risiko Jatuh.
- 3) Faktor risiko:
  - a) Usia kurang dari 2 tahun.
  - b) Riwayat jatuh.
  - c) Penurunan tingkat kesadaran.
  - d) Lingkungan tidak aman.
- 4) Perencanaan
  - a) NOC : Ciptakan lingkungan yang aman bagi anak
    - (1) Lantai tidak licin.
    - (2) Hindari benda-benda yang membahayakan.
    - (3) Pencahayaan cukup.
    - (4) Adanya pengaman tempat tidur: *side rail*
    - (5) Bel berfungsi dengan baik.
    - (6) Kondisi diruangan tenang dan aman.
    - (7) Kondisi di ruangan yang bersih.
    - (8) Anak didampingi oleh orangtua/keluarga

### 5) Implementasi

- a) Menjelaskan kepada orangtua tentang pentingnya menciptakan lingkungan yang aman bagi anak.
- b) Menganjurkan orang tua untuk selalu mendampingi anak.
- c) Memasang *side rail* tempat tidur sesuai kebutuhan.
- d) Berdiskusi pada orang tua terkait pencegahan jatuh pada anak.
- e) Memberikan *reinforcement* atas tindakan positif yang sudah dilakukan orangtua.

### 6) Evaluasi

- a) Mengevaluasi respons anak dan orang tua.
- b) Mengevaluasi pencegahan jatuh yang sudah dilakukan orang tua.

### 7) Dokumentasi

- a) Melakukan pendokumentasian dengan tepat.

## 2. Konsep Sistem Persyarafan

### a. Definisi Gangguan Sistem Persyarafan

Gangguan persyarafan merupakan gangguan saraf yang dapat timbul dari infeksi atau trauma, bahkan masalah kongenital (Kyle dan arman, 2014).

### b. Faktor Yang mempengaruhi gangguan Persyarafan

Faktor yang mempengaruhi gangguan persyarafan menurut Kyle & Carman (2014) adalah :

- 1) Trauma atau hipoksia terhadap otak atau medula spinalis.
- 2) Disfungsi genetik atau abnormalitas struktural.
- 3) Gangguan bersifat autoimun, infeksi virus.

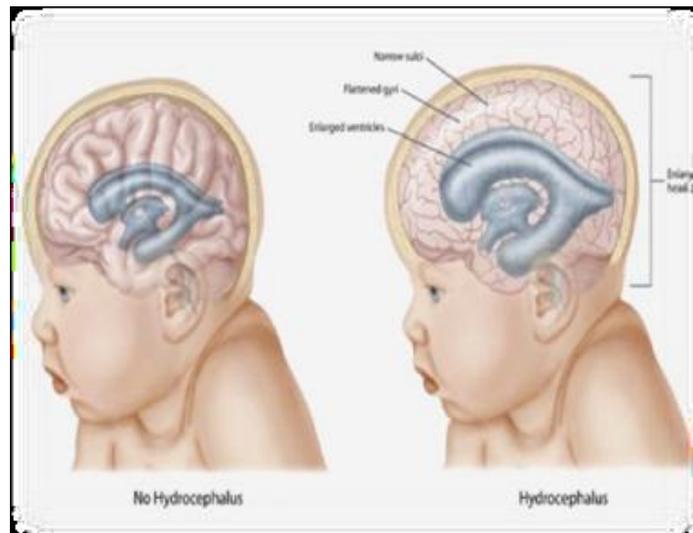
c. Masalah yang terjadi Pada Gangguan Persyarafan

Masalah yang terjadi pada gangguan syaraf termasuk dalam anomali kongenital adalah *spina bifida okulta, mielomeningoel, meningoel, anensefali, ensefalokel, mikrocefali, hidrocefalus, epilepsi, malforasi arnorld-chiari, malforasi arteriovenosus intrakranial, kraniosinostosis, plagiosefali posisional* (Kyle & Carman, 2014). Dalam kasus ini penulis mengambil masalah yaitu *hidrocefalus* dan *spina bifida*.

1) *Hidrocefalus*

a) Definisi *Hidrocefalus*

*Hidrocefalus* terjadi akibat ketidakseimbangan produksi dan absorpsi Cairan Serebrospinal (CSS). Pada *hidrocefalus*, terjadi akumulasi CSS didalam sistem ventrikel dan menyebabkan pembesaran ventrikel serta peningkatan Intrakranial (TIK) (Kyle & Carman, 2014).



Gambar 2.1: Gambar pasien dengan *Hidrosefalus* (Allan H. Ropper, 2011).

b) Etiologi

Etiologi *hidrosefalus* menurut Kyle dan Carman (2014) adalah:

- (1) Perkembangan abnormal didalam rahim sebagaimana pada kasus *mielomeningoel* atau defek tuba neural ataupun infeksi pada *intrauterus*.
- (2) *Hidrosefalus* dapat terjadi pada saat lahir atau sesaat setelahnya.
- (3) *Hidrosefalus* dapat terjadi akibat cedera atau penyakit.
- (4) *Hidrosefalus* terjadi akibat trauma disengaja maupun tidak disengaja, perdarahan *intraventrikel* pada bayi prematur, *neoplasma* (misalnya, tumor otak *fosa posterior*), infeksi (misalnya, *meningitis*), atau malforasi (misalnya, malforasi *Chiari*).

c) Patofisiologi

Cairan *serebrospinal* dibentuk, terutama pada sistem ventrikel oleh *pleksus koroid*. CSS mengalir akibat adanya gradien tekanan antara sistem ventrikel dan saluran vena. CSS diserap, terutama oleh *vili araknoid*. *Hidrosefalus* terjadi ketika terjadi obstruksi pada ventrikel atau obliterasi maupun malfungsi *vili araknoid*. Hal tersebut mengakibatkan gangguan absorpsi atau sirkulasi CSS. Pada kasus yang jarang terjadi, *hidrosefalus* dapat disebabkan oleh produksi CSS yang berlebihan oleh *pleksus koroid* (Kyle & Carman, 2014).

d) Manifestasi klinis

Manifestasi klinis hidrosefalus pada bayi menurut Kyle & Carman (2014) adalah:

- (1) Iritabilitas.
- (2) Letargi.
- (3) Pemberian makan buruk.
- (4) Muntah.
- (5) Keluhan sakit kepala pada anak yang lebih membesar.
- (6) Gangguan, penurunan, atau perubahan tingkat kesadaran.

e) Klasifikasi

Klasifikasi *Hidrocefalus* menurut Ngastiyah (2014) adalah:

(1) *Hidrocefalus obstruktif*, tekanan cairan serebrospinal yang tinggi disebabkan oleh obstruksi pada salah satu tempat antara pembentukan cairan *serebrospinal* oleh *pleksus koroidalis* dan keluarnya dari ventrikel empat melalui *foramen Luschka* dan *Magendie*.

(2) *Hidrocefalus komunikans*, ialah bila tekanan serebrospinal yang meninggi tanpa penyumbatan sistem ventrikel.

Pembagian lainnya adalah hidrocefalus bawaan (*kongenital*).

f) Komplikasi

Menurut Suriadi (2010) komplikasi yang muncul pada *hidrocefalus* adalah:

(1) Peningkatan tekanan intrakranial.

(2) Kerusakan otak.

(3) Infeksi; *septikemia*, *endokarditis*, infeksi luka, *nefritis*, *meningitis*, *ventrikulitis*, abses otak.

(4) Shunt tidak berfungsi dengan baik akibat *obstruksi mekanik*.

(5) *Hematoma subdural, peritonitis, abses abdomen,* perforasi organ dalam rongga abdomen, fistula, hernia, dan ileus.

(6) Kematian.

g) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada *hidrosefalus* menurut Suriadi (2010) adalah:

(1) Non pembedahan

Pemberian *acetazolamide* dan *isosorbide* atau *furosemid* mengurangi produksi cairan *serebrospinal*.

(2) Pembedahan

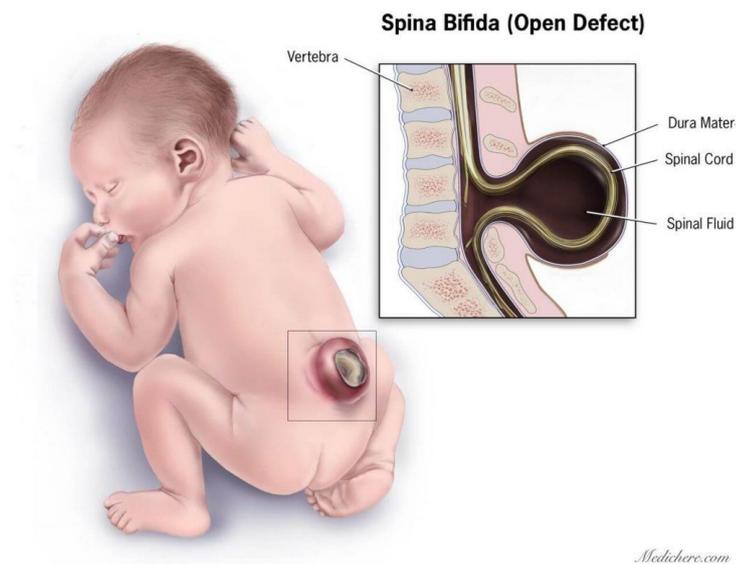
Pengangkatan penyebab obstruksi misalnya, neoplasma, kista, atau hematom: pemasangan *shunt* yang bertujuan untuk mengalirkan cairan *serebrospinal* yang berlebihan dari ventrikel ke ruang ekstra kranial misalnya ke rongga peritoneum, atrium kanan, dan rongga pleural.

2) *Spina Bifida*

a) Definisi *Spina Bifida*

*Spina bifida* merupakan salah satu istilah yang sering kali digunakan untuk merujuk semua gangguan tuba neural yang menyerang medula spinalis. *Spina bifida okulta* merupakan efek badan vertebra tanpa protrusi/penonjolan medula spinalis dan meningen. Defek ini tidak terlihat dari luar dan

pada sebagian besar kasus tidak memiliki efek yang merugikan. *Spina bifida* merupakan anomali umum yang terjadi. Spina bifida okulta diperkirakan terjadi pada 10% sampai 20% individu yang tidak sehat (*Spina Bifida association, 2009*).



Gambar 2.2 : Gambar pasien anak dengan *Spina Bifida* (<http://www.essexmums.com/pregnancy-and-parenting/spina-bifida/>)

b) Etiologi

*Spina bifida* tidak diketahui, predisposisi genetik mungkin ada. Peningkatan risiko gangguan ini terjadi pada defisiensi asam folat maternal. Defisiensi asam folat sering terjadi pada wanita; dengan demikian sangat direkomendasikan bahwa semua wanita yang mengantisipasi kehamilan mulai

mendapat suplemen vitamin asam folat minimal 3 bulan sebelum konsepsi (Corwin, 2009).

c) Patofisiologi

Penyebab dari *spina bifida* tidak diketahui, tetapi faktor risiko sama dengan defek tuba neural lain, seperti penggunaan obat oleh ibu, malnutrisi, dan predisposisi genetik. Pada *mielomeningoel* disebut juga spina bifida, tuba neural gagal menutup pada akhir minggu keempat gestasi. Akibatnya, tonjolan eksternal yang menyerupai kantong yang membungkus meninges, cairan spinal, dan pada beberapa kasus, membungkus syaraf terdapat pada spina. *Spina bifida* dapat terletak dimana saja disepanjang medula spinalis, tetapi 75% terdapat di regio lumbosakral. Tingkat defisit neurologis akan tergantung pada letak lesi. Peningkatan defisit neurologis terlihat ketika *mielomeningoel* meluas hingga ke regiotorakal (Kyle & Carman, 2015).

d) Gambaran Klinis

Gambaran klinis *spina bifida* menurut Corwin, (2009) *spina bifida okulta* dapat asimtomatik atau berkaitan dengan:

- (1) Pertumbuhan rambut disepanjang spina.
- (2) Lekukan digaris tengah, biasanya di area *lumbosakral*.
- (3) Abnormalitas gaya berjalan atau kaki.
- (4) Kontrol kandung kemih yang buruk.

*Meningokel* dapat *asintomatik* atau berkaitan dengan:

- (1) Tonjolan mirip kantong pada *meningens* cairan *serebrospinal* dari punggung.
- (2) *Club foot*.
- (3) Gangguan gaya berjalan.
- (4) *Inkontinensia* kandung kemih.

*Mielomeningokel* berkaitan dengan:

- (1) Tonjolan *meningens*, cairan *serebrospinal* dan *medula spinalis*.
- (2) Defisit neurologis setinggi dan dibawah tempat pajanan.

e) Perangkat diagostik

Peningkatan kadar protein janin, yang disebut alfa-fetoprotein, dalam serum ibu dapat menandakan spina bifida janin. *Ultrasound* dapat mendiagnosis kondisi *in utero*.

f) Komplikasi

*Hidrosefalus* dapat terjadi pada *meningokel* dan *mielomeningokel*.

g) Penatalaksanaan

- (1) Untuk *spina bifida okulta* atau *meningokel* tidak diperlukan pengobatan.
- (2) Perbaikan *mielomeningokel*, dan kadang-kadang *meningokel*, melalui pembedahan diperlukan.

(3) Apabila dilakukan perbaikan melalui pembedahan, pemasangan pirau (*shunt*) untuk memungkinkan drainase cairan *serebrospinal* perlu dilakukan untuk mencegah *hidrosefalus* dan peningkatan tekanan intrakranial selanjutnya.

(4) *Seksio sesarea* terencana sebelum mulainya persalinan dapat penting mengurangi kerusakan neurologis yang terjadi pada bayi dengan defek medula spinalis.

d. Pengkajian pada Sistem Persyarafan

Pengkajian fungsi persyarafan pada anak meliputi riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium diagnostik (Kyle & Carman, 2014). Pengkajian tersebut meliputi:

1) Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan meliputi riwayat medis dahulu, termasuk riwayat kehamilan ibu, riwayat keluarga, dan riwayat penyakit sekarang (saat gejala mulai muncul dan bagaimana perkembangan gejala tersebut) serta terapi yang digunakan dirumah. Riwayat kesehatan dahulu dapat penting untuk mengetahui prematuritas, kelahiran yang sulit, infeksi selama kehamilan, mual, muntah, sakit kepala, perubahan gaya berjalan, jatuh, gangguan visual, atau trauma baru-baru ini. Riwayat keluarga dapat signifikan untuk gangguan neurologis dengan

manifestasi neurologis, gangguan kejang, atau sakit kepala. Saat mengkaji riwayat kesehatan ini, cari tahu mengenai:

- a) Mual.
- b) Muntah.
- c) Perubahan gaya berjalan.
- d) Gangguan penglihatan.
- e) Keluhan sakit kepala.
- f) Trauma baru-baru ini.
- g) Perubahan kognisi.
- h) Perubahan kesadaran, termasuk kehilangan kesadaran.
- i) Pemberian makan buruk.
- j) Letargi.
- k) Peningkatan iritabilitas.
- l) Demam.
- m) Nyeri leher.
- n) Perubahan tonisitas otot.
- o) Keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan.
- p) Ingesti atau inhalasi zat neurotoksik atau zat kimia.

## 2) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik sistem saraf terdiri atas inspeksi dan observasi, palpasi dan auskultasi.

- a) *Inspeksi* dan *Observasi*.

Area khusus yang dilakukan *inspeksi* dan *observasi* meliputi:

(1) Tingkat kesadaran.

Observasi tingkat kesadaran anak, catat penurunan atau perubahan signifikan. Tingkat kesadaran merupakan indikator paling awal perbaikan atau perburukan status *neurologis*. Iritabilitas ekstrem atau letargi dianggap temuan abnormal. Kesadaran meliputi keterjagaan, yaitu status bangun dan meliputi kemampuan untuk berespons terhadap stimulus, dan kognisi yang meliputi kemampuan untuk memproses stimulus dan mendemonstrasikan respons verbal atau respons motorik. Tingkat kesadaran terdiri atas lima status berbeda, yaitu:

- (a) Sadar didefinisikan sebagai kondisi ketika anak terbangun dan terjaga; orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang; dan menunjukkan perilaku sesuai usia.
- (b) *Konfusi* didefinisikan sebagai kondisi ketika terjadi disorientasi. Anak tersebut dapat terjaga, tetapi berespon tidak tepat terhadap pertanyaan.
- (c) *Somnolen* didefinisikan sebagai kondisi ketika anak menunjukkan hanya sedikit respons terhadap lingkungan dan jatuh tidur, kecuali diberi stimulasi.
- (d) *Stupor* terjadi ketika anak hanya berespons terhadap stimulus kuat.

(e) Koma didefinisikan sebagai kondisi ketika anak tidak dapat dibangunkan, sekalipun dengan stimulus nyeri.

(2) Tanda-tanda vital.

Pengkajian tanda-tanda vital dapat memberi informasi mengenai kemungkinan penyebab perubahan tingkat kesadaran, serta mengungkap keadekuatan oksigenasi dan sirkulasi. Masalah *neurologis* tertentu, seperti infeksi otak, peningkatan tekanan intrakranial, koma, cedera batang otak, atau cedera kepala dapat menyebabkan perubahan tanda-tanda vital anak.

(3) Kepala, wajah, dan leher.

Inspeksi observasi kepala terhadap ukuran dan bentuk. Bentuk tengkorak yang abnormal dapat terjadi akibat penutupan prematur atau perubahan sutura. *Inspeksi* dan *observasi* wajah terhadap kesimetrisan. Asimetri wajah dapat terjadi akibat paralisis saraf kranial tertentu, posisi di dalam rahim, atau pembengkakan yang terjadi akibat trauma. Kaji rentang pergerakan leher. Perubahan rentang pergerakan sendi dapat menjadi indikasi infeksi seperti meningitis.

(4) Fungsi saraf kranial.

Teknik pengkajian fungsi saraf kranial sama dengan teknik pengkajian saraf kranial pada individu dewasa.

Metode mendapatkan respon dapat beragam, sesuai usia dan tingkat perkembangan anak. Elemen tertentu pengkajian pada individu dewasa dapat tidak dilakukan. Perubahan pada fungsi saraf kranial dapat terjadi akibat kompresi tertentu, infeksi, atau trauma yang mengakibatkan cedera otak.

(5) Fungsi motorik.

Observasi kekuatan, ukuran, dan tonus otot pada bayi atau anak. Kaji kedua sisi dan bandingkan. Observasi aktivitas spontan, postur dan keseimbangan serta kaji asimetrik. Pada bayi observasi postur saat istirahat yang umumnya postur sedikit fleksi.

(6) Refleks.

Menguji refleks tendon dalam merupakan pengkajian *neurologis*, sebagaimana pengkajian pada individu dewasa. Menguji refleks primitif dan protektif pada bayi sangat penting dilakukan karna bayi tidak melakukan tugas sesuai arahan. *Refleks moro*, leher tonik, dan refleks menarik sangat penting dalam mengkaji *neurologis* bayi.

(7) Fungsi sensorik.

Saat mengkaji fungsi sensorik, anak harus dapat membedakan antara sentuhan ringan, nyeri, getaran,

panas, dan dingin. Saat mengkaji bayi, batasi pemeriksaan terhadap sentuhan atau nyeri. Respon bayi 4 bulan adalah bergerak menjauhi stimulus. Perubahan fungsi sensorik dapat terjadi akibat lesi otak atau medula spinalis.

(8) Peningkatan tekanan intrakranial

Peningkatan TIK dapat terjadi akibat trauma kepala. Trauma kelahiran, hidrosefalus, infeksi dan tumor otak. Saat terjadi peningkatan TIK, terjadi penurunan tingkat kesadaran dan tanda serta gejala menjadi semakin nyata.

b) *Palpasi*

Palpasi tengkorak dan fontanel bayi baru lahir dan bayi merupakan fungsi penting pemeriksaan neurologis. Perubahan ukuran atau ketebalan fontanel dapat terjadi pada kondisi *neurologis* tertentu dan harus dicatat. Fontanel yang cembung dapat menjadi tanda peningkatan TIK dan terlihat pada gangguan neurologis, seperti hidrosefalus dan trauma kepala. Fontanel yang cembung atau penuh saat menangis adalah normal; pertimbangkan hal tersebut saat pengkajian.

Catat penutupan prematur fontanel, yang dapat mengindikasikan deformitas tengkorak, seperti kraniosinostosis. Fontanel posterior biasanya menutup pada usia 2 bulan, sedangkan fontanel anterior biasanya menutup

pada usia 12 hingga 18 bulan. Pada anak yang mengalami hidrosefalus, pelebaran fontanel dapat terlihat dengan penampilan yang tegang dan dampak lingkaran kepala yang membesar.

c) *Auskultasi*

Bruit lembut dan simetris dapat terdengar pada anak dibawah 4 tahun atau pada anaka yang sedang demam akut. Temuan bruit besar atau setempat biasanya signifikan dan harus diperiksa lebih lanjut. Peningkatan TIK, yang terjadi akibat kondisi, seperti hidrosefalus, tumor, atau meningitis, seringkali menghasilkan bruit intrakranial. Malforasi vena arteri juga dapat menghasilkan bruit besar.

3) Pemeriksaan Laboratorium dan Diagnostik

- a) *Pungsi Lumbal* (LP), digunakan untuk mendiagnosis perdarahan, infeksi, atau obstruksi, dapat memperoleh cairan tekanan spinal.
- b) *Radiografi* kepala dan leher, digunakan untuk mendeteksi fraktur tengkorak dan tulang belakang, menunjukkan letak dan penempatan kateter didalam ventrikel, mengungkap informasi tentang tekanan intrakranial dan defek tengkorak.
- c) *Flurosopi*, dapat mengkaji spina servikal terhadap ketidakstabilan selama bergerak.

- d) *Angiografi serebri*, dapat mengkaji defek pembuluh darah atau lesi yang mengisi ruang.
- e) *Ultrasonografi*, digunakan untuk mengkaji perdarahan intrakranial pada bayi baru lahir, dan untuk mengetahui ukuran ventrikel.
- f) *Computed tomografi*, untuk mendiagnosis abnormalitas kongenital, seperti defek tuba neural, perdarahan, tumor, fraktur.
- g) *Elektroensefalogram (EEG)*, untuk mendiagnosis kejang dan kematian otak.
- h) *Magnetik resonance imaging (MRI)*, digunakan untuk mengkaji tumor dan radang, digunakan untuk mendiagnosis abnormalitas kongenital, seperti defek tuba neural, menunjukkan jaringan otak normal, versus abnormalitas.
- i) *Positron emission (PET)*, memberi informasi tentang perkembangan fungsional otak. Dapat membantu mengidentifikasi fokus kejang, mengkaji tumor dan metabolisme otak.
- j) Pemantauan tekanan intrakranial (TIK), digunakan untuk memantau peningkatan tekanan intrakranial, yang terjadi akibat *hidrosefalus*, trauma kepala akut, dan tumor otak. Kateter ventrikel juga memfasilitasi drain cairan *serebrospinal* untuk membantu mengurangi TIK.

k) Video EEG, dapat membantu menentukan lokasi pasti area kejang sebelum pembedahan, membantu diagnosis dan manajemen kejang dengan mengaitkan perilaku dengan aktivitas EEG abnormal.

4) Pengkajian Syaraf Kranial Pada bayi dan Anak

a) I : Olfaktorius : Indra Pembau

Prosedur pengkajian : Tidak dikaji pada bayi dan anak yang masih sangat kecil. Pada anak yang lebih tua, kaji kemampuan anak untuk mengidentifikasi aroma dalam keadaan mata tertutup.

b) II: Optikus : penglihatan

III : okulomotor : kendali motorik dan sensasi otot mata

VI : Abdusen : pergerakan otot besar mata

Prosedur pengkajian : kaji kemampuan okulomotor dengan meminta anak untuk mengikuti objek. Kaji lapang pandang dan ketajaman penglihat pada anak yang lebih tua.

c) V : Trigeminus : otot mengunyah dan sensasi wajah

Prosedur pengkajian : catat kekuatan mengisap bayi terhadap empeng, ibu jari pemeriksa, atau botol susu. Pada anak, kaji kekuatan menggigit dan kemampuan untuk mengenali perbedaan sentuhan ringan pada wajah.

d) VII : Fasialis : otot wajah, salivasi dan pengecapan

Prosedur pengkajian : catat kesimetrisan ekspresi wajah, pada bayi, pantau saat bayi menangis spontan atau tersenyum. Pada anak yang lebih tua kaji prosedur yang sama dengan prosedur pengkajian individu dewasa, kaji rasa dengan meminta anak membedakan rasa.

e) VII : Akustikus : pendengaran

Prosedur pengkajian : pada bayi kaji respons terhadap suara, pada anak gunakan uji bisik atau uji weber dan Rinne.

f) IX : Glosofaringeus : impuls motorik ke jantung dan organ lain

X : Vagus : menelan, refleks muntah

Prosedur pengkajian : reflek muntah dan menelan diuji sebagaimana prosedur pengkajian pada individu dewasa, kaji waktu pemberian makan terakhir, terutama pada bayi untuk menghindari muntah saat dilakukan uji refleks muntah.

g) XI : Aksesorius: impuls ke otot bahu dan faring

Prosedur pengkajian : pada bayi, kaji kesimetrisan posisi kepala saat bayi duduk. Pada anak, prosedur pengkajian sama dengan prosedur pengkajian pada individu dewasa.

h) XII : Hipoglosus : impuls motorik ke lidah dan otot skeletal

Prosedur pengkajian: pada bayi, catat pergerakan spontan lidah. Pada anak, prosedur pengkajian sama dengan prosedur pengkajian pada individu dewasa.

### **3. Gambaran Asuhan Keperawatan pada Sistem Persyarafan**

#### **a. Asuhan Keperawatan pada Sistem Persyarafan**

Asuhan keperawatan anak yang mengalami gangguan neurologis meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, intervensi, dan evaluasi. Ada banyak konsep umum yang terkait proses keperawatan yang dapat diterapkan pada manajemen gangguan neurologis. Dari pemahaman umum mengenai berbagai perawatan yang diberikan kepada anak yang mengalami disfungsi neurologis, perawat dapat menyesuaikan asuhan tersebut sesuai kondisi anak (Kyle & Carman, 2014).

Proses Keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis berkesinambungan, yang meliputi tindakan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan individu atau kelompok, baik yang aktual maupun potensial kemudian merencanakan tindakan untuk menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan. Tahap-tahap proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi kemudian didokumentasikan (Rohmah & Walid, 2012).

## b. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. (Rohmah & Walid, 2012).

Macam macam data menurut Rohmah & Walid (2012) adalah sebagai berikut:

### 1) Data dasar

Data dasar adalah seluruh informasi tentang status kesehatan klien. Data dasar ini meliputi data umum, data, demografi, riwayat keperawatan, pola fungsi kesehatan dan pemeriksaan.

### 2) Data fokus

Data fokus adalah informasi tentang status kesehatan klien yang menyimpang dari keadaan normal. Data fokus dapat berupa ungkapan klien maupun hasil pemeriksaan langsung oleh perawat. Data ini nantinya mendapat porsi lebih banyak menjadi dasar timbulnya masalah keperawatan. Segala penyimpangan yang berupa keluhan hendaknya dapat divalidasi dengan data hasil pemeriksaan. Sedangkan untuk bayi atau klien yang tidak sadar banyak menekankan pada data fokus yang berupa hasil pemeriksian.

### 3) Data Subjektif

Data yang merupakan ungkapan keluhan klien secara langsung dari klien maupun tak langsung dan menyampaikan masalah yang

terjadi kepada perawatan berdasarkan keadaan yang terjadi pada klien. Untuk mendapatkan data subjektif, dilakukan anamnesis.

#### 4) Data Objektif

Data yang diperoleh oleh perawat secara langsung melalui observasi dan pemeriksaan pada klien. Data objektif harus dapat diukur dan diobservasi, bukan merupakan interpretasi atau asumsi dari perawat menggali informasi mengenai status kesehatan klien dan membantu menyelesaikan masalah yang terjadi dalam melakukan anamnesis atau komunikasi ini perawat harus mempunyai kemampuan yang baik karena perawat dalam berinteraksi dengan klien harus memperhatikan aspek verbal dan perilaku non verbal.

#### c. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penelitian klinis tentang respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil tempat perawat bertanggung jawab (Rohmah & Walid, 2016).

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien anak dengan gangguan sistem persyarafan menurut Kyle & Carman (2014) adalah:

- 1) Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan kompresi jaringan otak akibat peningkatan cairan serebrospinal.

- 2) Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan (otak) yang berhubungan dengan peningkatan TIK.
- 3) Risiko cedera berhubungan dengan perubahan tingkat kesadaran.
- 4) Gangguan persepsi sensori yang berhubungan dengan atau tekanan adanya lesi neurologis.
- 5) Risiko infeksi berhubungan dengan intervensi pembedahan.

d. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan atau perencanaan merupakan pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah-masalah yang diidentifikasi dalam diagnosa keperawatan (Rohmah & Walid, 2012).

Intervensi keperawatan pada pasien anak dengan gangguan persarafan menurut Kyle & Carman (2014) adalah:

- 1) Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan kompresi jaringan otak akibat peningkatan cairan serebrospinal.

NOC: anak tetap menunjukkan tanda dan gejala peningkatan tekanan intrakranial: tidak mengalami sakit kepala, muntah, gangguan penglihatan mampu mempertahankan pola nafas efektif, memiliki lingkaran kepala dalam batas normal.

NIC: meningkatkan kapasitas adaptif intrakranial yang adekuat.

- (a) Kaji status neurologis secara cermat, dan pantau terhadap tanda dan gejala peningkatan tekanan intrakranial: perubahan tingkat kesadaran, tanda iritabilitas atau letargi, dan

perubahan reaksi pupil dapat mengindikasikan perubahan TIK.

- (b) Pantau tanda-tanda vital
  - (c) Ukur lingkaran kepala pada anak dibawah 3 tahun.
  - (d) Elevasi kepala tempat tidur 15-30 derajat untuk memfasilitasi aliran balik vena dan membantu menurunkan TIK.
  - (e) Minimalkan stimulus lingkungan dan bisingan, serta hindari prosedur yang menimbulkan nyeri.
  - (f) Siapkan dan sediakan peralatan kedaruratan.
- 2) Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan (otak) yang berhubungan dengan peningkatan TIK.

NOC: anak menunjukkan perfusi jaringan otak yang adekuat selama sakit: anak tetap sadar, tanda-tanda vital dalam parameter normal, lingkaran kepala tetap dalam parameter normal.

NIC: meningkatkan perfusi jaringan yang adekuat.

- (a) Kaji status neurologi.
  - (b) Pantau tanda vital.
  - (c) Siapkan dan sediakan peralatan kedaruratan.
  - (d) Beri tahu dokter dan ketua tim segera jika ditemukan perubahan dalam pengkajian.
- 3) Risiko Cedera berhubungan dengan perubahan tingkat kesadaran.
- NOC: anak akan tetap tidak mengalami cedera, tidak menunjukkan tanda aspirasi atau cedera traumatik.

NIC: mencegah cedera

- (a) Pastikan anak memiliki jalan nafas paten.
  - (b) Lindungi anak dari mencederai diri sendiri ketika kejang atau mengalami perubahan tingkat kesadaran.
  - (c) Lakukan kewaspadaan kejang untuk semua anak yang berisiko kejang.
  - (d) Saat terjadi kejang jangan memasukkan spatel lidah.
  - (e) Beri obat anti konvulsan.
  - (f) Bantu anak ambulasi untuk mencegah cedera pada anak yang masih lemah.
  - (g) Beri periode istirahat untuk mencegah kelelahan dan menurunkan risiko cedera.
- 4) Gangguan persepsi sensori yang berhubungan dengan atau tekanan adanya lesi neurologis.

NOC: anak tidak mengalami perubahan sensori, tidak mengeluhkan penglihatan ganda, tidak mengalami perubahan gaya berjalan, tidak mengalami pemburukan kehilangan respons terhadap stimulus.

NIC: mengelola gangguan persepsi sensori.

- (a) Kaji perubahan pada persepsi sensori.
- (b) Pantau anak terhadap risiko cedera sekunder, perubahan penglihatan dan gangguan gaya berjalan.
- (c) Beri bunyi musik untuk mencegah ansietas.

5) Risiko infeksi berhubungan dengan intervensi pembedahan.

NOC: anak tidak menunjukkan tanda dan gejala infeksi, gejala infeksi berkurang, tidak tertular infeksi

NIC: mencegah infeksi

(a) Pantau tanda-tanda vital, peningkatan suhu dan menandakan adanya infeksi.

(b) Pantau area insisi terhadap infeksi.

(c) Pertahankan teknik aseptik, mencuci tangan yang baik.

(d) Anjurkan diet makan yang bergizi.

e. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatannya meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan (Rohmah & Walid, 2016).

f. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah & walid, 2016).

Tujuan evaluasi menurut Rohmah & Walid (2012) adalah untuk mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan, dan meneruskan rencana tindakan keperawatan.

Menurut Rohmah & Walid (2012) evaluasi ada 2 macam, yaitu:

- 1) Evaluasi Proses (Formatif)
  - a) Evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan.
  - b) Berorientasi pada etiologi.
  - c) Dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah dilakukan tercapai.
- 2) Evaluasi Hasil (Sumatif)
  - a) Evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna.
  - b) Berorientasi pada masalah keperawatan.
  - c) Menjelaskan keberhasilan/tidak berhasil.
  - d) Rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan.

g. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang diberikan, yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan perawat yang berguna untuk kepentingan klien, perawat dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab perawat (Hidayat, 2011).

Kegunaan dokumentasi menurut Hidayat (2011) adalah:

- 1) Sebagai alat komunikasi antar anggota perawat dan anggota tim lainnya.

- 2) Sebagai dokumentasi resmi dalam system pelayanan kesehatan.
- 3) Dapat digunakan sebagai bahan peneliti dalam bidang keperawatan.
- 4) Sebagai alat yang digunakan dalam bidang keperawatan.
- 5) Sebagai alat pertanggung jawaban asuhan keperawatan yang diberikan terhadap pasien.

Standar dokumentasi merupakan keterampilan untuk dapat memenuhi dan melaksanakan standar dokumentasi yang telah ditetapkan dengan tepat. Keterampilan tersebut antara lain keterampilan dalam memenuhi standar dokumentasi pengkajian, diagnosa, rencana, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan (Hidayat, 2011).

- 1) Dokumentasi pengkajian

Dokumentasi pengkajian merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari klien, dan membuat catatan tentang respon kesehatan klien (Hidayat, 2011).

- 2) Dokumentasi diagnosis keperawatan

Menurut Hidayat (2011) dalam melakukan pencatatan diagnosa keperawatan digunakan pedoman yaitu:

- a) Gunakan format masalah, penyebab, tanda dan gejala untuk semua masalah aktual dan masalah dan etiologi untuk masalah resiko.

- b) Catat diagnosa keperawatan resiko dan resiko tinggi kedalam masalah atau format diagnosa keperawatan.
- c) Gunakan istilah diagnosa keperawatan yang dibuat dari sumber-sumber diagnosa keperawatan.
- d) Gunakan diagnosa keperawatan sebagai pedoman untuk pengkajian, perencanaan, intervensi, dan evaluasi.

### 3) Dokumentasi Rencana Keperawatan

Dokumentasi rencana keperawatan merupakan catatan keperawatan tentang penyusunan rencana tindakan keperawatan yang dilakukan (Hidayat, 2011).

### 4) Dokumentasi Implementasi

Dokumentasi implementasi merupakan catatan tentang tindakan yang diberikan oleh perawat. Dokumentasi intervensi mencatat pelaksanaan rencana keperawatan, pemenuhan kriteria hasil dari tindakan keperawatan mandiri dan tindakan kolaborasi (Hidayat, 2011).

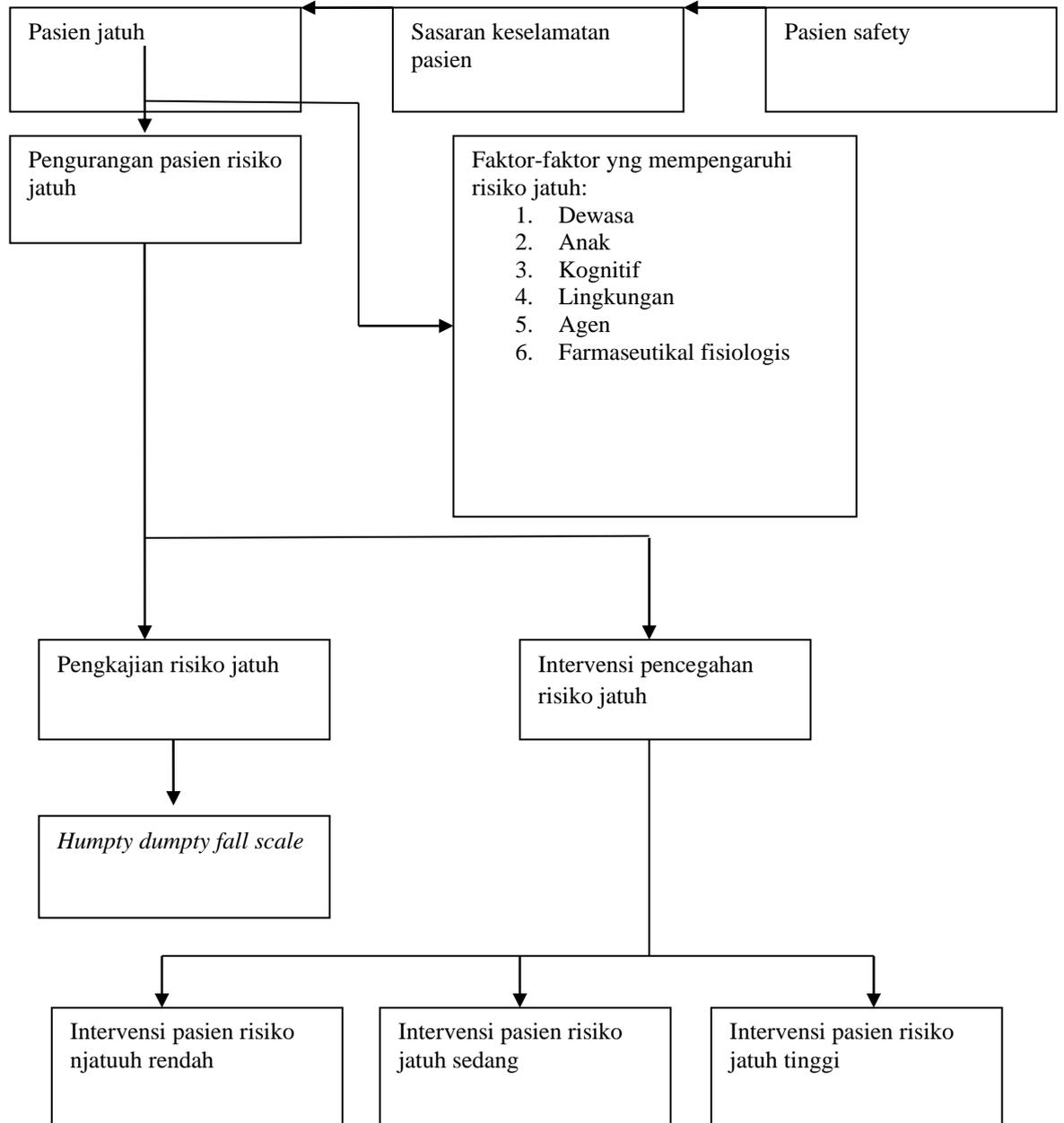
### 5) Dokumentasi Evaluasi

Dokumentasi evaluasi merupakan catatan tentang indikasi kemajuan pasien terhadap tujuan yang dicapai. Evaluasi bertujuan untuk menilai keefektifan perawat dan untuk mengkomunikasikan status pasien dari hasil tindakan keperawatan. Dokumentasi evaluasi berisikan perkembangan tiap-tiap masalah yang telah dilakukan tindakan. Acuan dalam

penulisan menggunakan *Subyektif, Obyektif, Analisa* dan *Plannning* (SOAP) (Hidayat, 2011)

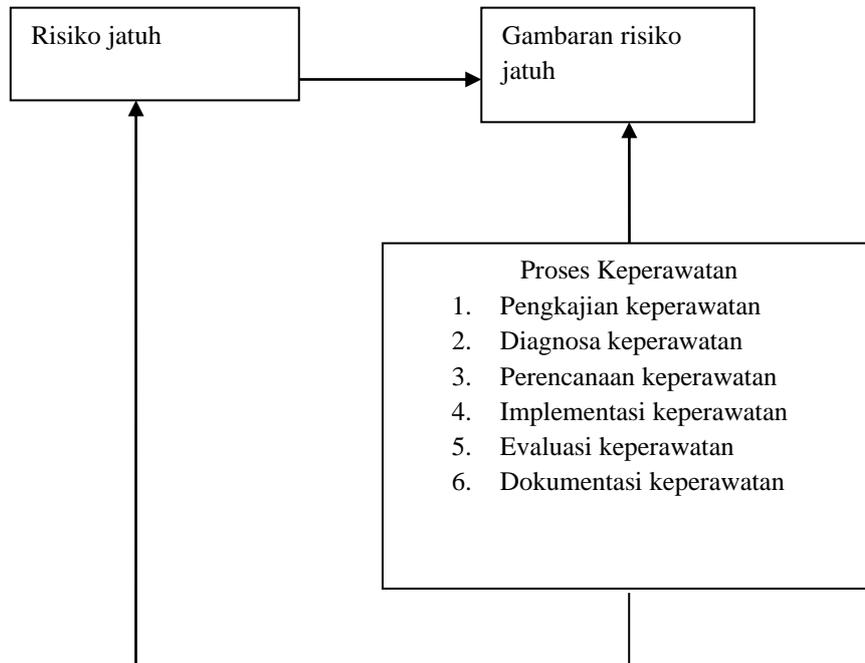
## B. Kerangka Teori

Gambar 2. 3: Kerangka Teori Sistem Persyarafan



### C. Kerangka Konsep

Gambar 2. 4 : Gambar Kerangka Konsep



### **BAB III**

#### **METODE STUDI KASUS**

##### **A. Rancangan Studi Kasus**

Rancangan studi kasus ini adalah studi yang menggambarkan dan mengeksplorasi masalah Gambaran Risiko Jatuh Pada Pasien Anak dengan Gangguan Sistem Persyarafan yang diobservasi selama 3 x 24 jam di Ruang Cendana 4 IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

##### **B. Subyek Studi Kasus**

Subjek penelitian merupakan subyek yang dituju untuk diteliti oleh peneliti atau subyek yang menjadi pusat perhatian atau sasaran penelitian (Arikunto, 2013).

Subyek studi kasus ini adalah 2 orang pasien dengan kriteria inklusi:

1. Anak yang menderita gangguan sistem persyarafan (*Hidrosefalus dan Spina Bifida*).
2. Dirawat di ruang Cendana 4 IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
3. Bersedia menjadi responden atau partisipan.

Dan kriteria eksklusi:

1. Pasien *hidrosefalus* yang berumur lebih dari 18 tahun.
2. Tidak menderita gangguan sistem persyarafan (*Hidrosefalus dan Spina Bifida*).
3. Tidak bersedia menjadi responden.
4. Tidak dirawat di ruang Cendana 4 IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

### C. Lokasi Dan Waktu Studi Kasus

Lokasi penelitian adalah tempat yang dilakukan oleh peneliti dalam melaksanakan kegiatan penelitian (Hidayat, 2011). Waktu penelitian adalah rencana tentang jadwal yang dilakukan oleh peneliti dalam melaksanakan kegiatan penelitian (Hidayat, 2011).

#### 1. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian studi kasus ini dilakukan di Ruang Cendana 4 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

#### 2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian studi kasus ini adalah sejak pasien pertama kali dirawat sampai pasien pulang minimal 3 hari, jika sebelum 3 hari pasien sudah pulang maka dicarikan pasien pengganti yang sejenis.

### D. Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan penjelasan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional sehingga akhirnya mempermudah pembaca dalam mengartikan makna penelitian (Setiadi, 2013).

Studi kasus asuhan keperawatan pada pasien anak dengan hidrosefalus:

1. Studi kasus dalam penelitian ini adalah studi yang digunakan dalam penelitian dengan dua kasus pada pasien dengan gangguan sistem persyarafan (*Hidrosefalus dan Spina Bifida*).
2. Risiko Jatuh yang diambil dalam kasus ini adalah pasien anak yang mengalami gangguan sistem persyarafan yang rentan mengalami kejadian jatuh.

3. *Hidrocefalus* merupakan kasus dimana pasien mengalami pembesaran pada kepala karena adanya gangguan perubahan perfusi pada jaringan serebral.
4. *Spina Bifida* adalah kelainan bawaan lahir atau kongenital dengan adanya benjolan pada tulang belakang dari lahir dan semakin membesar.

#### **E. Instrumen Studi Kasus**

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmodjo, 2010). Instrumen penelitian dalam studi kasus ini adalah:

1. Lembar asuhan keperawatan anak
2. *Thermometer*
3. Kertas
4. Pulpen
5. *Stetoskop*
6. Timbangan
7. *Medline*
8. Jam tangan

#### **F. Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data (Sugiyono 2013). Metode pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus pendahuluan ini adalah sebagai berikut:

1. Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang - dahulu - keluarga) sumber data adalah dari pasien, keluarga, dan perawat.
2. Observasi dan pemeriksaan fisik dengan menggunakan pendekatan *Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi*. *Inspeksi* : observasi dengan cara melihat, *palpasi* : pemeriksaan fisik dengan cara perabaan, *perkusi* : pemeriksaan fisik dengan cara mengetuk, *auskultasi* : pemeriksaan fisik dengan cara mendengar) pada sistem tubuh pasien.
3. Studi dokumentasi dan angket (hasil dari pemeriksaan fisik dan data lain yang relevan)

#### **G. Analisa Data**

Analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari wawancara, catatan lapangan, dan bahan-bahan lain, sehingga dapat mudah dipahami, dan temuannya dapat diinformasikan kepada orang lain (Sugiyono, 2013).

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya melakukan triangulasi data. Teknik analisa data yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang telah diperoleh dari hasil interpretasi data dengan wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis data digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh

peneliti dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut, berikut urutan dalam analisis data adalah:

1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumen dan dibuat laporan asuhan keperawatan.

2. Triangulasi data

Teknik triangulasi menurut Sugiyono (2013) adalah triangulasi teknik berarti peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber data yang sama. Peneliti menggunakan observasi partisipatif, wawancara mendalam, serta dokumentasi untuk langkah yang serempak. Data dikonfirmasi ke pihak lain selain responden/partisipan (keluarga dan tim medis lainnya).

3. Penyajian data

Penyajian data dapat berupa tabel, gambar, diagram, bagan ataupun teks naratif. Sesuai dengan data yang diperoleh.

4. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data diinterpretasi, dibahas, dan dibandingkan dengan teori-teori yang mendukung tentang pasien dengan gangguan persyarafan khususnya pada masalah risiko jatuh, dan didukung dengan penelitian-penelitian yang relevan.

## H. Etika Penulisan

Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain adalah sebagai berikut:

1. *Informed Consent* (lembar persetujuan menjadi responden)

*Informed Consent* merupakan bentuk persetujuan antara penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Tujuan *informed consent* adalah agar subyek mengerti maksud dan tujuan penelitian. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antara lain: partisipasi pasien, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain (Hidayat, 2009).

2. *Anonymity* (Tanpa nama hanya inisial yang dicantumkan)

Masalah etika studi kasus *anonymity* (tanpa nama) merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek studi kasus dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang disajikan (Hidayat, 2009). Untuk menjaga kerahasiaan ini, penulis hanya menuliskan nama inisial responden saja, bukan nama lengkap.

3. *Confidentially* (Kerahasiaan)

*Confidentially* (kerahasiaan) merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok tertentu data

tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2009). Pada tahap ini penulis tidak lupa memberikan penjelasan pada responden bahwa penulis akan merahasiakan keadaan pasien dan tidak menceritakan keadaan pasien kepada siapapun.

4. *Autonomy* (otonomi)

Suatu bentuk respek terhadap seseorang dan berbagai persetujuan tidak memaksa dan bertindak secara rasional. Otonomi juga diartikan sebagai kemandirian dan kebebasan individu untuk menuntut perbedaan diri (Nasrullah, 2014).

5. *Beneficence* (Berbuat baik)

Suatu bentuk wujud kemanusiaan dan juga memerlukan pencegahan dari kesalahan atau kejadian yang disebabkan oleh diri sendiri dan orang lain (Nasrullah, 2014).

6. *Veracity* (Kejujuran)

Merupakan suatu nilai yang menjunjung tinggi untuk menyapaikan kebenaran apa yang sebenarnya terjadi (Nasrullah, 2014). Kejujuran yang penulis lakukan seperti nama inisial, persetujuan yang ditanda tangan oleh keluarga partisipan, dan kerahasiaan.

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil

##### 1. Gambaran Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta yang merupakan Rumah Sakit Tipe A dan merupakan Rumah Sakit Rujukan DIY dan Jawa Tengah. Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito Yogyakarta terdiri dari: Instalasi Gawat Darurat (IGD), Instalasi Rawat Jalan (IRJ), Poli, Instalasi Rawat Inap I, Instalasi Rawat Inap II, Instalasi Rawat Inap III, Instalasi Rawat Inap IV, dan Instalasi Rawat Inap V. Adapun yang kami gunakan untuk lahan studi kasus adalah Instalasi Rawat Inap I.

- a. Lantai dasar : Unit Stroke, Bangsal Syaraf, Dan Bangsal Penyakit THT.
- b. Lantai I : Obstruksi Dan Ginekologi, Bangsal Mata, Bangsal Kulit Kelamin.
- c. Lantai II : Bangsal Bedah
- d. Lantai III : Bangsal Penyakit Dalam.

Dalam kesempatan ini, peneliti mengambil studi kasus di Ruang Cendana 4 (Bangsal Bedah Anak) IRNA I. Yang dilaksanakan mulai hari Senin sampai dengan Rabu tanggal 08 April 2019 sampai dengan 10 April 2019. Studi kasus ini dilaksanakan selama 3 x 24 jam.

## 2. Karakteristik Partisipan

Tabel 4.1 Karakteristik Partisipan

No	Karakteristik	Pasien An. R	Pasien An. T
1	Umur	1 tahun 3 bulan 20 hari	1 tahun 7 bulan 0 hari
2	JenisKelamin	Perempuan	Laki-laki
3	Agama	Islam	Islam
4	Pendidikan	Belum sekolah	Belum sekolah
5	Pekerjaan	Belum bekerja	Belum bekerja
6	Status Perkawinan	Belum kawin	Belum kawin
7	Diagnosis Medis	<i>Vestingeal tail post resecti</i>	<i>Hidrocephaly post VP Shunt</i>

Sumber : Rekam Medik Pasien 2019

## 3. Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak Risiko Jatuh Dengan Gangguan Sistem Persyarafan

### a. Pasien An. R

Hasil pengkajian dari An. R tentang risiko jatuh, pasien berusia 1 tahun 3 bulan 20, berjenis kelamin perempuan dengan dianogsa medis *Vestingeal tail post resecti*. Keluhan utama keluarga pasien, ibu pasien mengatakan mengatakan anaknya saat lahir terdapat benjolan ditulang belakang dan semakin lama semakin membesar dan saat ini pasien menangis karena ada luka bekas operasi dibagian tulang belakang, *side rail* pada tempat tidur pasien tidak digunakan. Hasil pengkajian *humpty dumpty*: 16. Pasien belum pernah mengalami kejadian jatuh dari tempat tidur. Segala aktivitas pasien dibantu oleh keluarganya. Pasien An. R tampak aktif sesuai dengan perkembangan dan sesuai dengan usianya saat ini. Dalam keluhan yang katakan oleh Ibu pasien tersebut. Riwayat keadaan sebelumnya Ibu pasien mengatakan saat lahir benjolan hanya kecil dan selalu dibawa kontrol benjolan semakin membesar. Dari

pengkajian riwayat ibu saat hamil ibu mengatakan bahwa ia mengalami gangguan irama jantung, dan tidak diobati karena sedang hamil. Penulis merumuskan diagnosis keperawatan yang terkait dengan keluhan pada An. R. Pada keluhan yang dialami pasien, penulis mengangkat diagnosis

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik ditandai dengan data subyektif yang diperoleh dari hasil pengkajian yaitu keluarga pasien mengatakan anaknya menangis karena habis operasi, data obyektif yang diperoleh dari hasil pengkajian adalah pasien tampak menangis, tanda-tanda vital suhu 36°C nadi 104 kali per menit.
- 2) Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur pembedahan ditandai dengan data subyektif yang diperoleh dari hasil pengkajian yaitu keluarga pasien mengatakan anaknya menangis karena habis operasi, dan ada verban di bagian tulang ekor, data obyektif yang diperoleh dari hasil pengkajian adalah terpasang infus Makro, Ringer Lactat 20 tetes per menit , tampak ada luka balutan habis operasi dibagian tulang ekor, balutan tampak bersih.
- 3) Risiko Jatuh yang berhubungan dengan penyakit persyarafan atau persyarafan dan faktor usia dan ditandai dengan keluarga pasien mengatakan anaknya aktif ditempat tidur, keluarga pasien mengatakan anaknya baru saja menjalani operasi spina bifida.

An. R tampak aktif ditempat tidur, skor risiko jatuh 16. Sehingga dalam diagnosa keperawatan ini peneliti berfokus pada pengawasan agar tidak terjadi kejadian jatuh. Dan akan melakukan berbagai rencana tindakan yang akan dilakukan.

Perencanaan yang dilakukan pada kasus tersebut penulis mengambil tujuan dan pelaksanaan menggunakan teori Setiawati (2017). Dalam perencanaan keperawatan ini NOC label yang digunakan adalah perilaku pencegahan jatuh, dan NIC label yang digunakan manajemen lingkungan. Dalam perencanaan ini penulis merencanakan tindakan yang akan dilakukan dan menetapkan tujuan sesuai dengan yang diharapkan selama 3 kali 24 jam. Dalam perencanaan pada diagnosa Risiko Jatuh penulis menegakkan tujuan atau kriteria hasil pasien tidak jatuh dari tempat tidur, dan pasien berada dalam pengawasan. Perencanaan yang akan dilakukan pada masalah keperawatan ini adalah observasi dan kaji risiko jatuh menggunakan pengkajian *Humpty Dumpty*, lakukan pemasangan *side rail* pada tempat tidur pasien dan pasang stiker risiko jatuh pada gelang tangan pasien, menganjurkan pada keluarga tentang pentingnya pengawasan pada anak, kolaborasi dengan tim lingkungan untuk memberikan tanda risiko jatuh pada lantai yang licin. Dalam tujuan tersebut penulis akan melaksanakan tindakan sesuai dengan tindakan yang akan mencapai tujuan tersebut.

Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan penulis selama 3 kali 24 jam, yaitu pada hari pertama, hari senin tanggal 08 April 2018, penulis melakukan pengkajian pada pasien dan keluarga pasien dan didapatkan data bahwa pasien telah selesai menjalani operasi *Vestingel tail post resecti*. Dan skala risiko jatuh pada An. R adalah 16 pada hari pertama. Dan memberikan edukasi untuk selalu menggunakan *side rail* tempat tidur pasien saat pasien istirahat maupun beraktivitas pada tempat tidur.

Pelaksanaan yang dilakukan oleh penulis pada hari kedua pada hari selasa tanggal 09 April 2019, penulis kembali mengkaji risiko jatuh pada An. R dengan hasil, ibu pasien mengatakan bahwa An.R sangat aktif bermain di tempat tidur. Dan hasil pengkajian risiko jatuh menggunakan skala *Humpty Dumpty* adalah 14. Dan An. R sudah terpasang stiker risiko jatuh berwarna kuning pada gelang tangan pasien. Keluarga pasien mengatakan An. R tidak mengalami jatuh dirumah sakit selama tidur di rumah sakit selalu diawasi Ibunya.

Pelaksanaan yang dilakukan oleh penulis pada hari rabu tanggal 10 April 2019 penulis kembali menanyakan dan mengkaji Risiko jatuh menggunakan skala *Humpty Dumpty* dengan hasil skor risiko jatuh 14 dan ibu pasien mengatakan bahwa anaknya tidak mengalami jatuh dalam semalam. Pasien tampak aktif ditempat tidur dan saat pasien bermain dan beristirahat selalu diawasi oleh ibunya.

Pada pelaksanaan tersebut akan menghasilkan evaluasi yang mengacu pada tujuan. Evaluasi yang di dapatkan pada hari senin tanggal 08 April 2019 adalah evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi pada hari senin belum tercapai sehingga dilanjutkan pada evaluasi hari kedua yaitu hari selasa tanggal 09 April 2019 dengan hasil yang berbeda, ibu pasien telah menggunakan *side rail* pada tempat tidur anaknya saat anaknya istirahat maupun bermain.

Pelaksanaan yang dilakukan pada hari Rabu, 10 April 2019 adalah mengkaji kembali skor risiko jatuh, skor risiko jatuh adalah 14, dan menanyakan kepada keluarga pasien tentang kejadian jatuh, keluarga pasien mengatakan anaknya tidak jatuh. Dan menganjurkan pada keluarga untuk mengawasi anaknya dirumah. Dari pelaksanaan yang dilakukan akan menghasilkan evaluasi.

Evaluasi yang diperoleh pada An. R yaitu didapatkan masalah teratasi, hal ini dari kriteria hasil ada indikator lantai tidak licin, hindari benda-benda yang membahayakan, pencahayaan cukup, adanya pengaman tempat tidur: *side rail*, bel berfungsi dengan baik, kondisi diruangan tenang dan aman, kondisi di ruangan yang bersih, anak didampingi oleh orang tua.

b. Pasien An. T

Hasil pengkajian yang diperoleh dari An., An. T berusia 1 tahun 7 bulan 0 hari dengan diagnosa *Hidrocephalus post Vp Shunt*, keluhan utama yang diungkapkan oleh keluarga pasien yaitu ibu

pasien mengatakan bahwa anaknya saat ini mengalami *hidrosefalus* dan diketahui pada usia 3 bulan setelah lahir. Ibu pasien mengatakan bahwa selang yang dipasang pada kepala pasien mengalami penurunan dan kepala pasien An. T kembali membesar dengan ukuran lingkaran kepala 60 cm. Riwayat kesehatan dahulu dari ibu, ibu mengatakan bahwa saat hamil An. T, ibu seriuang mengkonsumsi ragi. Data yang didapat dalam pengkajian risiko jatuh menggunakan skala *Humpty Dumpty* skor yang diperoleh adalah 17, saat pasien terbaring ditempat tidur pasien hanya diganjal dengan bantal dan *side rail* tidak digunakan. Dan saat ini pasien hanya terbaring ditempat tidur, segala aktivitas kebutuhan An. T dibantu oleh ibu dan keluarganya. Dalam keluhan yang dikatakan oleh Ibu pasien tersebut, penulis merumuskan diagnosa yang terkait dengan risiko yang akan terjadi pada An. T.

Diagnosis keperawatan yang diperoleh dari hasil pengkajian An. T oleh penulis dalam studi kasus ini

- 1) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan, data subyektif hasil pengkajian diperoleh keluarga An. T mengatakan An. T batuk sudah 3 hari, ibu pasien mengatakan kalau An. T bernafas berbunyi nggrok-nggrok. Data obyektif yang diperoleh dari hasil pengkajian adalah bunyi auskultasi terdengar suara ronchi, respirasi 47 kali per menit.

- 2) Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan meningkatnya volume cairan serebral ditandai dengan keluarga pasien mengatakan kepala kembali membesar dan selang turun di leher. Data obyektif yang diperoleh kepala pasien tampak membesar, ukuran lingkaran kepala pasien 60 cm, selang VP Shunt teraba ada di leher, tanda-tanda vital Nadi 47 kali per menit, suhu 37,4 °C.
- 3) Risiko Jatuh berhubungan dengan gangguan persyarafan dan faktor usia yang ditandai dengan ibu pasien mengatakan semua aktivitas pasien dibantu dan pasien hanya tidur. Pasien tampak tidak kooperatif, skor risiko jatuh *Humpty Dumpty* 17 dan saat pasien terbaring ditempat tidur pasien hanya diganjal dengan bantal pinggirnya *side rail* tidak digunakan.
- 4) Risiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif ditandai dengan data subyektif tidak ditemukan, data obyektif diperoleh An. T tampak terpasang selang Vp Shunt, hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 06 April 2019 adalah Angka leukosit menunjukkan  $8,96 \times 10^3/uL$ , batas normal angka leukosit  $5.50-17.50 \times 10^3/uL$ .

Perencanaan keperawatan yang akan penulis lakukan selama 3 kali 24 jam tujuan yang diharapkan adalah tidak ada kejadian jatuh pada pasien An. T selama perawatan di rumah sakit. Dan dengan rencana tindakan yang dilakukan adalah observasi dan kaji risiko

jatuh dengan pengkajian *Humpty Dumpty*, lakukan pemasangan *side rail* pada tempat tidur pasien dan pasang risiko jatuh ditempat tidur pasien, edukasikan pada keluarga tentang pengawasan pada anaknya, kolaborasi dengan tim kebersihan untuk memberikan tanda risiko jatuh pada lantai yang licin. Dari perencanaan keperawatan yang dibuat oleh penulis, maka penulis akan melaksanakan perencanaan keperawatan tersebut pada An. T, sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat oleh penulis.

Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan penulis selama 3 kali 24 jam, yaitu pada hari pertama, hari senin tanggal 08 April 2018, penulis melakukan pengkajian pada pasien dan keluarga pasien dan didapatkan data bahwa semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga pasien. Dan skala risiko jatuh pada An. T adalah 17 pada hari pertama. Dan memberikan edukasi untuk selalu menggunakan *side rail* tempat tidur pasien saat pasien istirahat maupun beraktivitas pada tempat tidur.

Pelaksanaan yang dilakukan oleh penulis pada hari kedua pada hari selasa tanggal 09 April 2019, penulis kembali mengkaji risiko jatuh pada An. T dengan hasil, ibu pasien mengatakan bahwa An.T hanya terbaring ditempat tidur. Dan hasil pengkajian risiko jatuh menggunakan skala *Humpty Dumpty* adalah 17. Dan An. T sudah terpasang stiker risiko jatuh berwarna kuning pada gelang tangan pasien. Keluarga pasien mengatakan An. T tidak mengalami

jatuh dirumah sakit selama tidur di rumah sakit selalu diawasi Ibunya. *Side rail* pada tempat tidur pasien sudah terpasang saat pasien tidur.

Pelaksanaan yang dilakukan pada hari Rabu, 10 April 2019 adalah mengkaji kembali skor risiko jatuh, skor risiko jatuh adalah 17, dan menanyakan kepada keluarga pasien tentang kejadian jatuh, keluarga pasien mengatakan anaknya tidak jatuh, Dan menganjurkan keluarga untuk mengawasi anaknya agar tidak jatuh saat dirumah sakit maupun dirumah. Dari pelaksanaan yang dilakukan akan menghasilkan evaluasi.

Evaluasi yang diperoleh pada An. T yaitu didapatkan masalah teratasi, hal ini dari kriteria hasil ada indikator Lantai tidak licin, Hindari benda-benda yang membahayakan, Pencahayaan cukup, Adanya pengaman tempat tidur: *side rail*, Bel berfungsi dengan baik, Kondisi diruangan tenang dan aman, Kondisi di ruangan yang bersih, Anak didampingi

#### 4. Gambaran Partisipan

Tabel 4.2 Gambaran data Partisipan

No	Proses keperawatan	Pasien An. R	Pasien An. T
1	Pengkajian	Keluarga pasien mengatakan anaknya mengalami <i>spina bifida</i> sejak lahir, dan semakin membesar. Keluarga pasien mengatakan bahwa anaknya aktif dalam bergerak di tempat tidur, dan semua aktivitas dibantu.	Keluarga pasien mengatakan anaknya mengalami <i>hidrosefalus</i> sejak usia 3 bulan, dan saat ini segala aktifitas pasien dibantu oleh keluarga. Keluarga pasien mengatakan bahwa semua aktivitas dan semua aktivitas dibantu.
		Side rail tidak pernah dinaikkan. Hasil pengkajian <i>Humpty Dumpty</i> : 16, termasuk dalam	Kaku-kaku dan kalau tidur <i>side rail</i> tidak pernah dinaikkan.

Tabel 4.2: Lanjutan

No	Proses keperawatan	Pasien An. R	Pasien An. T
		risiko jatuh tinggi.	Hasil pengkajian <i>Humpty Dumpty</i> : 17 termasuk dalam risiko jatuh tinggi.
2	Diagnosa keperawatan	<p>Risiko jatuh berhubungan dengan penyakit neurologi dan faktor usia ditandai dengan :</p> <p>Data Subyektif : keluarga pasien mengatakan aktivitas anaknya dibantu oleh keluarga dan pasien hanya Terbaring ditempat tidur dan sangat aktif ketika sedang bermain</p> <p>Data Obyektif : Pasien tampak kooperatif di tempat tidur, skor risiko jatuh pasien An. R adalah 16 termasuk tingkat risiko jatuh tinggi.</p>	<p>Risiko jatuh berhubungan dengan penyakit neurologi dan faktor usia ditandai dengan :</p> <p>Data Subyektif : keluarga pasien mengatakan aktivitas anaknya dibantu oleh keluarga dan pasien hanya berbaring ditempat tidur</p> <p>Data Obyektif : Pasien tampak di tempat tidur, skor risiko jatuh pasien An. T adalah 17 termasuk tingkat risiko jatuh tinggi.</p>
3	Perencanaan	<p>NOC : Perilaku pencegahan jatuh</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kriteria Hasil :</li> <li>Lantai tidak licin</li> <li>Hindari benda-benda yang membahayakan.</li> <li>Pencahayaan cukup.</li> <li>Adanya pengaman tempat tidur: side rail</li> <li>Bel berfungsi dengan baik.</li> <li>Kondisi diruangan tenang dan aman.</li> <li>Kondisi di ruangan yang bersih.</li> <li>Anak didampingi</li> </ol> <p>Oleh orangtua/keluarga</p> <p>NIC : Manajemen Lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menjelaskan kepada orangtua tentang pentingnya</li> <li>Menciptakan lingkungan yang aman bagi anak.</li> <li>Menganjurkan orang tua untuk selalu mendampingi anak.</li> <li>Memasang <i>side rail</i> tempat tidur sesuai kebutuhan.</li> <li>Berdiskusi pada orang tua terkait pencegahan jatuh pada anak.</li> <li>Memberikan <i>reinforcement</i> atas tindakan positif yang sudah dilakukan orangtua</li> </ol>	<p>NOC : Perilaku pencegahan jatuh</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Lantai tidak licin</li> <li>Hindari benda-benda yang membahayakan.</li> <li>Pencahayaan cukup.</li> <li>Adanya pengaman tempat tidur: <i>side rail</i></li> <li>Bel berfungsi dengan baik.</li> <li>Kondisi diruangan tenang dan aman.</li> <li>Kondisi di ruangan yang bersih.</li> <li>Anak didampingi</li> </ol> <p>Oleh orangtua/keluarga</p> <p>NIC :Manajemen Lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menjelaskan kepada orangtua tentang pentingnya</li> <li>Menciptakan lingkungan yang aman bagi anak.</li> <li>Menganjurkan orang tua untuk selalu mendampingi anak.</li> <li>Memasang <i>side rail</i> tempat tidur sesuai kebutuhan.</li> <li>Berdiskusi pada orang tua terkait pencegahan jatuh pada anak.</li> <li>Memberikan <i>reinforcement</i> atas tindakan positif yang sudah dilakukan orangtua.</li> </ol>

Tabel 4.2 : Lanjutan

No	Proses Keperawatan	Pasien An. R	Pasien An. T
4	Pelaksanaan	a. Mengobservasi dan melakukan pengkajian risiko jatuh pada An. R b. Melakukan pemasangan side rail pada tempat tidur An. R c. Menganjurkan pada keluarga untuk mengawasi anaknya d. Memberikan <i>reinforcement</i> atas tindakan positif yang dilakukan orang tua.	a. Mengobservasi dan melakukan pengkajian risiko jatuh pada An. T b. Melakukan pemasangan side rail pada tempat tidur An. T c. Menganjurkan pada keluarga untuk mengawasi anaknya d. Memberikan <i>reinforcement</i> atas tindakan positif yang dilakukan orangtua
5	Evaluasi	Evaluasi pada didapat pada An. R adalah evaluasi hasil yang telah tercapai pencahayaan cukup, keluarga dapat menghindari benda-benda yang membahayakan untuk pasien, adanya tempat pengaman: <i>side rail</i> , bel berfungsi dengan baik, kondisi diruangan bersih, anak didampingi oleh orang tuanya, dan pasien tidak mengalami kejadian jatuh di Rumah sakit.	Evaluasi pada didapat pada An. T adalah evaluasi hasil yang telah tercapai karena pencahayaan cukup, keluarga dapat menghindari benda-benda yang membahayakan untuk pasien, adanya tempat pengaman: <i>side rail</i> , bel berfungsi dengan baik, kondisi diruangan bersih, anak didampingi oleh orang tuanya, dan pasien tidak mengalami kejadian jatuh di Rumah sakit.

Sumber : Data Pasien 2019

## B. Pembahasan

Data pengkajian An. R didapatkan skor pengkajian jatuh *humpty dumpty* sebanyak 16 pada hari pertama, hari kedua 14, hari ketiga skor risiko jatuh sebanyak 14, sedangkan pada An. T didapatkan skor pengkajian risiko jatuh *humpty dumpty* pada hari pertama sebanyak 17, hari kedua 17, hari ke tiga 17. Dari hasil pengkajian risiko jatuh dari pasien An. R dan An. T juga didapatkan data dari masing-masing keluarga pasien, bahwa pada pasien An. R keluarga mengatakan bahwa anaknya aktif dan *side rail* pada tempat tidur pasien An. R tidak pernah digunakan. Begitu pula dengan data yang diperoleh dari keluarga An. T bahwa keluarga An. T mengatakan anaknya dalam

beraktivitas selalu dibantu oleh orangtua dan terkadang An. T mengalami kaku pada semua badannya saat An. T menangis, juga *side rail* pada tempat tidur tidak digunakan dan An. T hanya diganjal dengan bantal. Hal ini menunjukkan bahwa pasien anak dengan gangguan persyarafan dapat mengalami risiko jatuh.

Hal ini sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh Setiawati (2017) bahwa hal yang harus dikaji dalam pencegahan kejadian jatuh pada anak adalah mobilitas anak, usia, tingkat perkembangan, kemampuan memahami prosedur dan kemampuan kooperatif. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Agnes (2017) bahwa responden yang mengalami gangguan persyarafan menunjukkan ada hubungan antara gangguan syaraf terhadap risiko jatuh. Kondisi ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan Budiono *et al* (2014) tentang pelaksanaan manajemen pasien dengan risiko jatuh di rumah sakit bahwa risiko jatuh dapat terjadi karena beberapa hal, diantaranya kehilangan keseimbangan, tidak mengenal lingkungan sekelilingnya, gangguan kesadaran, dan faktor usia.

Diagnosa keperawatan yang di temukan dalam kasus ini adalah Risiko jatuh yang berhubungan dengan gangguan persyarafan pada pasien An. R ditandai dengan keluarga pasien mengatakan aktivitas anaknya dibantu oleh keluarga dan pasien hanya terbaring ditempat tidur, dan data yang diperoleh dari hasil observasi Pasien tampak kooperatif ditempat tidur, skor risiko jatuh pasien 16. Sedangkan pada pasien An. T dengan diagnosa keperawatan risiko jatuh berhubungan dengan gangguan persyarafan ditandai dengan keluarga

pasien mengatakan aktivitas anaknya dibantu oleh keluarga dan pasien aktif ditempat tidur, data yang diperoleh hasil observasi yaitu pasien tampak terbaring ditempat tidur, pasien tidak kooperatif, Skor risiko jatuh 17.

Diagnosa tersebut sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh Setawati (2017) bahwa pada diagnosa keperawatan yang terkait dengan pencegahan jatuh adalah risiko jatuh, dan faktor risiko pada diagnosa keperawatan risiko jatuh adalah usia kurang dari 2 tahun, riwayat jatuh, penurunan tingkat kesadaran, lingkungan tidak aman. Dalam studi kasus ini faktor risiko yang diperoleh adalah usia kurang dari 2 tahun dan penurunan tingkat kesadaran akibat dari gangguan persyarafan.

Perencanaan yang dilakukan oleh peneliti terhadap partisipan An. R dan An. T selama 3 kali 24 jam mengacu pada tujuan yang telah ditetapkan oleh penulis, yaitu pasien tidak mengalami kejadian jatuh dengan. Hal ini juga diungkapkan oleh teori Setiawati (2017) bahwa tujuan dari diagnosa risiko jatuh adalah untuk mencegah terjadinya jatuh pada anak saat dirawat dirumah sakit, dan rencana tindakan yang diungkapkan oleh Setiawati (2017) adalah, adanya *side rail* pada tempat tidur, anak didampingi oleh orang tua atau keluarga. Perencanaan keperawatan yang dibuat oleh penulis adalah observasi dan kaji risiko jatuh, rasionalnya: skala risiko jatuh banyak digunakan tatanan perawatan akut dan tatanan jangka panjang serta mencakup skala penilaian dengan angka untuk riwayat jatuh, diagnosis sekunder, penggunaan alat bantu ambulasi, adanya akses IV, kemampuan berjalan dan berpindah, status mental dan klien berisiko tinggi jatuh sangat membutuhkan intervensi pencegahan

jatuh, (Doenges, 2014). Lakukan pengkajian risiko jatuh, pemasangan *side rail* pada tempat tidur, pasang stiker risiko jatuh digelang tangan pasien, anjurkan keluarga untuk mengawasi anaknya. Pada perencanaan yang dibuat oleh penulis maka akan di lakukan pelaksanaan tindakan.

Pelaksanaan yang dilakukan pada partisipan An. R dan An. T adalah mengobservasi dan melakukan pengkajian risiko jatuh pada An. R dan An. T, melakukan pemasangan *side rail* pada tempat tidur An. R dan An.T, menganjurkan pada keluarga An. T dan An. R untuk mengawasi anaknya, memberikan reinforcement atas tindakan yang dilakukan orang tua. Pelaksanaan ini sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh Setiawati (2017) bahwa pelaksanaan keperawatan pada pasien anak dengan risiko jatuh adalah melakukan pemasangan *side rail* tempat tidur sesuai kebutuhan, menganjurkan orang tua untuk selalu mendampingi anak, dan menjelaskan kepada orang tua tentang pentingnya menciptakan lingkungan yang aman bagi anak yang sudah dilakukan orang tua, dan memberikan reinforcement atas tindakan positif. Didukung oleh dengan penelitian yang di lakukan oleh Widyaningsih (2014) bahwa ada hubungan perilaku ibu dalam mencegah cedera dengan kejadian cedera di Sarangan Yogyakarta. Diharapkan ibu memahami bagaimana cara mencegah jatuh yang sering terjadi pada balita.

Dalam studi kasus ini juga dapat diberikan edukasi kepada orang tua untuk mengawasi anaknya rasionalnya, walaupun pencegahan jatuh penting, pentingnya melindungi pasien dari bahaya harus seimbang dengan mempertahankan kemandirian pasien, jika pasien sangat takut jatuh, kurang

aktivitas sangat mengakibatkan penurunan fungsi dan risiko jatuh yang bahkan lebih besar lagi. Seperti penelitian lain dari Kuschithawati (2007) mengungkapkan bahwa menjelaskan faktor dominan kecelakaan pada anak adalah faktor lingkungan rumah. Faktor yang lainnya adalah usia. Diharapkan petugas kesehatan dapat menjelaskan kepada orangtua pentingnya kewaspadaan sebagai upaya untuk mencegah terjadinya jatuh pada anak.

Evaluasi yang diperoleh dari pasien An. R dan pasien An. T adalah masalah teratasi, yaitu pada kriteria hasil lantai tidak licin, hindari benda-benda yang membahayakan, pencahayaan cukup, adanya pengaman tempat tidur: *side rail*, bel berfungsi dengan baik, kondisi diruangan tenang dan aman, kondisi di ruangan yang bersih, anak didampingi oleh orang tua, dan kedua pasien tidak mengalami kejadian jatuh di rumah sakit.

### **C. Keterbatasan Studi Kasus**

Dalam melakukan studi kasus di ruang Cendana 4 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta selama 3 x 24 jam, peneliti mengalami hambatan meliputi partisipan masih berusia kurang dari 2 tahun, dan partisipan ke dua belum bisa diajak berkomunikasi.

## BAB V

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

Dari hasil karya tulis ilmiah tersebut didapatkan kesimpulan seperti yang disebutkan dibawah ini :

1. Karakteristik partisipan An. R adalah seorang anak perempuan ber usia 1 tahun 3 bulan 20 hari beragama islam, pendidikan masih dibawah umur, dengan diagnosa medis *Vestigeal tail post resecti*. Karakteristik partisipan An. T adalah partisipan seorang anak laki-laki berusia 1 tahun 7 bulan 0 hari beragama islam, pendidikan masih dibawah umur, dengan diagnosa medis *Hidrocephaly post VP Shunt*.
2. Dari pengkajian yang dilakukan, didapatkan karakteristik partisipan dan ada perbedaan pada kedua partisipan tersebut antara lain, jenis kelamin, diagnosa medis, hasil skor pengkajian risiko jatuh pada An. R adalah 16, dan skor pengkajian risiko jatuh pada An. T adalah 17, pada An. R diperoleh tiga masalah keperawatan dan pada An. T diperoleh empat masalah keperawatan. Adapun kesamaan yang muncul pada pengkajian yaitu adalah masalah risiko jatuh pada An. R menjadi prioritas ke tiga dan pada An. T juga menjadi prioritas ke tiga.
3. Hasil yang diperoleh dari kedua pasien dengan gangguan persyarafan, khususnya pada masalah keperawatan risiko jatuh adalah masalah teratasi, dan setelah teratasi risiko jatuh tetap menjadi masalah karena selalu dinilai.

## **B. Saran**

Berdasarkan uraian pembahasan sebelumnya dan kesimpulan diatas yang dapat disampaikan oleh penulis melakukan studi kasus pada Gambaran Risiko Jatuh Pada Pasien Anak Dengan Gangguan Sistem Persyarafan Di Ruang Candana 4 IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, maka ada beberapa saran yang akan penulis sampaikan diantaranya :

### **1. Bagi Perawat di Ruang Candana 4 RSUP Dr. Sardjito**

Diharapkan lebih fokus pada pasien anak dengan gangguan persyarafan khususnya tentang pencegahan jatuh yang harus di edukasikan kepada orangtua dan diharapkan dapat mempertahankan asuhan keperawatan dan proses keperawatan khususnya pada pasien dengan gangguan persyarafan dengan masalah risiko jatuh.

### **2. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Diharapkan banyak mencari referensi-referensi tentang pencegahan jatuh khususnya pada pasien anak dengan gangguan persyarafan dan Diharapkan lebih memahami teori dan mengaplikasikan teori dengan kenyataan khususnya pada intervensi pencegahan jatuh pada anak dengan gangguan persyarafan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Allan H. Ropper (2011) Pain and Other Disorders of Somatic Sensation, Headache, and Backache in: Adams and Victor's Principles of Neurology. 10th ed. McGraw-Hill Companies, Inc. 8: 109
- Agnes, D. (2017). Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Risiko Jatuh Pada Lansia Yang Tinggal Di Rumah. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*. 161-170. Diakses pada tanggal 14 mei 2019 Website: <https://jom.unri.ac.id/index.php/JOMPSIK/article/download/18805/1817>
- American Academy of Pediatrics, (2017). *Prevention and Management of pain in the neonate: update*. Website: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/118/5/2231>. (Diakses 13 Februari 2019).
- Person, K.B., Andrew, F.C. (2011). *Evidence-based Falls Prevention in Critical Acces Hospitals*. Felx mentoring team.
- Arikunto, Suharsimi. (2013). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Budiono, S., et al. (2014). Pelaksanaan program Manajemen Pasien Dengan Risiko Jatuh di Rumah Sakit. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, Vol 28 No. 1, 2014. Diakses tanggal 15 April 2019. Website: <https://jkb.ub.ac.id/index.php/jkb/article/view/519>.
- Corwin, Elizabeth J.(2009). *Buku Saku PATOFISIOLOGI*. Jakarta. EGC.
- Doenges, E. M., Moorhouse, F. M., Murr, C. A. (2014). *Manual Diagnosis Keperawatan: Rencana, Intervensi, & Dokumentasi Asuhan keperawatan*. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Harsono, Editor. (2015). Hidrosefalus: *Buku Ajar Neurologi Klinik Yogyakarta. Perhimpunan dokter spesialis saraf Indonesia*. Gajah Mada University.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. (2011). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- <Http://www.essexmums.com/pregnancy-and-parenting/spina-bifida/>
- Kuschithawati, S., dan Mgetsari, R. (2007). Faktor Risiko Terjadinya Cedera Pada Anak SD. *Berita Kedokteran Masyarakat*: Vol. 23. No. 3. diakses tanggal 04 Mei 2019 Website: <http://id.portalgaruda.org/?ref=browse&mod=viewjournal&journal=5017>

- Kemenkes. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017. *Tentang Keselamatan Pasien*. Diakses dari [www.bprs.kemkes.go.id](http://www.bprs.kemkes.go.id) pada tanggal 21 mei 2019.
- Kyle, T., Carman, S. (2014). *Buku Ajar keperawatan Pediatri. Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Nanda Internasional. (2015-2017). *Diagnosa Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi. Edisi 10*. (B. A. Keliat., H. D. Windarwati., A. Pawirowiyono., M. A. Subu, Penerjemah). Jakarta: EGC. (Buku asli diterbitkan 2015).
- Nasrullah, Dede. (2014). *Etika dan Hukum Keperawan Untuk Mahasiswa dan Praktikan Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Nursalam, (2016). *Manajemen Keperawatan : Aplikasi Dalam Praktik keperawatan Profesional*. Jakarta : Salemba medika—Cetakan Ketiga
- Notoatmojo, Soekidjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ngastiyah. (2014). *Perawatan Anak Sakit. Edisi 2*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Myake-Lye, I.M. et al., (2013). Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 158(5 PART 2), pp.390–396.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). 2017. *Pedoman Pewawancara Pengumpul Data*. Jakarta : Badan Libangkes, Depkes RI. 2017.
- Rosdahl & Kolwalski. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Dasar Edisi 10*. Jakarta. EGC.
- Rohmah, Nikmatur & Walid Saiful. (2012). *Proses Keperawatan & Aplikasi*. Yogyakarta. Ar-Ruzz Medika.
- Ropper, A.H, & Brown, R.H. (2011). *Adams and Victor's principles of neurology*. USA.
- Setiadi. (2013). *Konsep dan Praktik Penulisan Riset keperawatan*. Edisi 2. Yogyakarta: Grha ilmu.
- Setiawati, Santun. (2017). *Keterampilan Khusus Praktik Keperawatan Anak*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sugiono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta CV.

- Suriadi. (2010). *Asuhan Keperawatan pada Anak Edisi 2*. Jakarta: Perpustakaan Nasional RI: Katalog Dalam Terbitan (KDT).
- Tarwoto & Wartonah. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan Edisi 5*. Jakarta: Salemba Medika.
- Trisniawati, D., Richa, N. (2018). *phenomenologi study: risk factors related to faal incidence in hospitaliced pediatric patient with theoryfaye G. Abdellah. NurseLine Journal*. Diakses pada tanggal 4 Mei 2019 dari <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/NLJ/article/download/8249/6159/>
- Widyaningsih, A. (2014). *Hubungan Perilaku Ibu Dalam Pencegahan Cedera Dengan Kejadian Cedera Balita Di Serangan Yogyakarta*. Jurnal Kedokteran dan Kesehatan: Vol 2. No. 2. Diakses tanggal 04 Mei 2019 dari:<http://digilib.unisayogya.ac.id/269/1/Ayu%20Widyaningsih%20%28naskah%20publikasi%29.pdf>
- Wilson, D., & Hockenberry, M. J., (2012.). *Wong's Clinical Manual of Pediatric Nursing*. St. Louis: Elsevier
- Ziolkowski, D. (2014).*Fall Prevention and Indentification of patients at Risk For Falling*. Diakses tanggal 04 mei 2019 dari <http://www.stjoesonoma.org/documens/Students-Instructors/PVHFall-Preevention.pdf>.

**INFORMMED CONSENT**  
**(Persetujuan Menjadi partisipan)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang dilakukan oleh Dewi Krisyaningsih dengan judul Gambaran <sup>Risiko Jatuh</sup> ~~Kebutuhan~~ Nutrisi pada Pasien Anak dengan Gangguan Sistem Persyarafan di Ruang Cendana 4 IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

Saya memutuskan setuju untuk berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama studi kasus saya menginginkan mengundurkan diri, maka dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Yogyakarta, 08 April.....2019

Peneliti



DEWI KRISYANINGSIH

Yang memberi persetujuan



Perawat ruangan/CI



Sunarti, AMK  
PERAWAT

.....

## INFORMMED CONSENT

### (Persetujuan Menjadi partisipan)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang dilakukan oleh Dewi Krisyaningsih dengan judul Gambaran <sup>Risiko Jatuh</sup> ~~Kebutuhan~~ Nutrisi pada Pasien Anak dengan Gangguan Sistem Persyarafan di Ruang Cendana 4 IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

Saya memutuskan setuju untuk berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama studi kasus saya menginginkan mengundurkan diri, maka dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Yogyakarta, <sup>08</sup> April .....2019

Peneliti



DEWI KRISTYANINGSIH

Yang memberi persetujuan



Perawat ruangan/CI



Sumartati, AMK  
PERAWAT



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA  
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

BERITA ACARA PELAKSANAAN BIMBINGAN  
KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Dewi Kristyaningsih  
NIM : 2216009  
Nama Pembimbing 1 : Tri Arini, S.Kep.,Ns.M.Kep  
Nama Pembimbing 2 : Tri Yuni Rahmanto, S.Kep.,Ns., MPH  
Judul KTI : Gambaran Risiko Jatuh Pada Pasien Anak  
Dengan Gangguan Sistem Persyarafan Di Ruang Cendana 4 IRNA I RSUP  
Dr. Sardjito Yogyakarta

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	TANDA TANGAN/NAMA	
			Pembimbing	Mahasiswa
1.	Senin, 4 Februari 2019	Diskusi topik pengajuan judul karya tulis ilmiah		
2.	Senin, 18 Februari 2019	Konsul Bab I		
3.	Rabu, 20 Februari 2019	Konsul Bab I, II, dan III		
4.	Kamis, 21 Februari 2019	Revisi Bab II dan III		
5.	Jumat, 22 Februari 2019	Konsul Bab I, II, dan III		
6.	Jumat, 22 Februari 2019	Acc Seminar Proposal		
7.	Jumat, 12 April 2019	Konsul Askep		
8.	Selasa, 30 April 2019	Konsul Bab I, II, III dan IV		
9.	Kamis, 2 Mei 2019	Konsul Bab I, II, III dan IV		

10.	Selasa, 7 Mei 2019	Konsul Bab IV		
11.	Selasa, 14 Mei 2019	Konsul Bab I, II, III, IV, V		
12.	Rabu, 14 Mei 2019	Konsul I, II, III, IV, V		
13.	Jumat, 24 Mei 2019	Konsul revisi Bab I, II, III, IV, V		
14.	Sabtu, 25 Mei 2019	Konsul revisi KTI		
15.	Rabu, 29 Mei 2019	Konsul bab I, II, III, IV, V		
16.	Rabu, 29 Mei 2019	Konsul bab I, II, III, IV, V		

Yogyakarta, 4 Februari 2019

Penulis



Dewi Kristyaningsih

NIM : 2216009

Pembimbing II



Tri Yuni Rahmanto, S.Kep.,Ns., MPH  
NIDK : 8868880018

Pembimbing I



Tri Arini, S.Kep.,Ns.M.Kep  
NIK : 1141 03 052