



## Penerapan *Head Up 30°* terhadap Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial pada Pasien dengan Hidrosefalus Post VP Shunting di RSUD Dr. Moewardi Surakarta

Erlena Nur Intan<sup>1\*</sup>, Sri Puguh Kristiyawati<sup>2</sup>

<sup>1-2</sup> Mahasiswi Program Studi Pendidikan Profesi Ners

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Telogorejo Semarang, Indonesia

Corresponding Author: [erlenaintan27@gmail.com](mailto:erlenaintan27@gmail.com)

**Abstract** Hydrocephalus increases cerebrospinal fluid due to either excessive production or impaired absorption, often accompanied by increased intracranial pressure. In Indonesia, hydrocephalus affects 10 out of every 1,000 newborns annually. In adolescents and adults, toxoplasmosis is the most common cause. Among infant cases, 46% result from brain development abnormalities, 50% from subarachnoid hemorrhage and meningitis, and less than 4% from posterior fossa tumors. Central Java reports the highest rate of toxoplasmosis at 10%. Common signs and symptoms of hydrocephalus include increased cerebrospinal fluid, seizures, irritability, headaches, vision problems, and head enlargement. To improve reduced intracranial adaptive capacity caused by cerebrospinal fluid obstruction, nurses can apply a 30° head-up therapy. This intervention helps lower intracranial pressure and improve brain oxygenation. The effectiveness of 30° head-up positioning in addressing decreased intracranial adaptive capacity in post-VP shunting hydrocephalus patients. The nursing intervention was implemented on Mrs. S using the 30° head-up position. As a result, the patient reported reduced headache, and her blood pressure decreased to 135/90 mmHg.

**Keywords :** Head Up 30° Head Up, Hydrocephalus, Decreased Intracranial Adaptive Capacity, Post-VP Shunting

**Abstrak** Hidrosefalus mengakibatkan bertambahnya cairan serebrospinalis, disebabkan produksi berlebihan maupun gangguan absorpsi dengan atau pernah disertai tekanan intrakranial. Kasus hidrosefalus di Indonesia 10 mil pertahun setiap 1000 kelahiran bayi, pada remaja dan dewasa lebih sering disebabkan oleh toxoplasmosis. Hidrosefalus infantil 46% adalah akibat abnormalitas perkembangan otak 50% karena perdarahan subaraknoid dan meningitis, dan kurang dari 4% akibat tumor fossa posterior, toxoplasmosis tertinggi tercatat di Jawa Tengah dengan 10%. Tanda dan gejala hidrosefalus menyebabkan peningkatan cairan serebrospinal, kejang, mudah marah, sakit kepala, gangguan penglihatan, dan dapat mengalami pembesaran kepala. Penatalaksanaan untuk memperbaiki penurunan kapasitas adaptif intrakranial yang disebabkan obstruksi saluran cairan serebrospinal yaitu dengan terapi head up 30 untuk menurunkan tekanan intrakranial dan meningkatkan oksigen ke otak. Tujuan penulisan karya ilmiah akhir ners adalah menganalisa penerapan head up 30° dengan penurunan kapasitas adaptif intrakranial pada hidrosefalus post vp shunting. Intervensi keperawatan yang sudah dilakukan head up 30° dalam mengatasi penurunan kapasitas adaptif intrakranial pada Ny. S. Hasil asuhan keperawatan pasien mengatakan nyeri kepala berkurang, tekanan darah menurun 135/90 mmHg.

**Kata Kunci :** Head Up 30°, Hidrosefalus, Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial, Post VP Shunting

### 1. PENDAHULUAN

Hidrosefalus adalah suatu keadaan patologis otak yang mengakibatkan bertambahnya cairan serebrospinalis, disebabkan baik oleh produksi yang berlebihan maupun gangguan absorpsi dengan atau pernah disertai tekanan intrakranial yang meninggi sehingga terjadi pelebaran ruangan-ruangan tempat aliran cairan serebrospinalis (Anam, 2022). Pada kondisi normal cairan serebrospinalis (CSF) ini harusnya diserap dan digantikan oleh tubuh secara konstan, namun mekanisme penyerapan cairan ini terganggu dan terjadi penumpukan cairan di otak sehingga berdampak pada pembesaran ukuran kepala yang menyebabkan akumulasi cairan menghasilkan tekanan yang dapat merusak jaringan serta fungsi otak individu (Dharmadhyaksa et al., 2024).

Berdasarkan penyebabnya hidrosefalus dapat dibedakan menjadi dua yaitu hidrosefalus kongenital dan hidrosefalus didapat. Hidrosefalus kongenital meliputi neural tube defect, kista arachnoid, sindrom Dandy-Walker dan malforasi Arnold-Chiari. Sedangkan hidrosefalus didapat umumnya disebabkan oleh tumor otak, cedera kepala dan perdarahan intrakranial non-traumatik (Islamy et al., 2021). Pada hidrosefalus, terjadi obstruksi pada aliran cairan serebrospinal. Jika obstruksinya terdapat pada system ventrikuler (43%), maka disebut *noncommunicating* hidrosefalus. Jika obstruksi terjadi pada ruang subaraknoid (38%) atau di ruang araknoid (19%), maka disebut *communicating* hidrosefalus. Selain terjadinya obstruksi, dapat juga terjadi gangguan penyerapan dari cairan serebrospinal ke sistem peredaran darah (Rahayu, 2024).

Berdasarkan prevalensi terjadinya kasus hidrosefalus secara global mencapai sekitar 85 per 100.000 individu (Koleva & Jesus, 2021). Menurut World Health Organization, kasus hidrosefalus paling banyak ditemukan pada daerah yang memiliki penghasilan rendah dan menengah dibandingkan daerah yang berpenghasilan tinggi, WHO juga mengemukakan bahwa akan ada 400.000 kasus baru hidrosefalus pada pediatrik setiap tahunnya yang tersebar di seluruh dunia, dimana daerah yang paling banyak terjadi yaitu Amerika Latin, Afrika dan Asia Tenggara (Pratiwi, Nizam & Agutina., 2023). Di Asia Tenggara sendiri salah satu kawasan yang termasuk negara dengan angka kejadian hidrosefalus tertinggi adalah Indonesia, apabila dibandingkan dengan negara Kanada dan Amerika kasus hidrosefalus di Indonesia sangat tinggi yaitu mencapai 10 mil pertahun, atau 0,24-4% setiap 1000 kelahiran bayi (Kemenkes RI, 2022). Pada remaja dan dewasa lebih sering disebabkan oleh toxoplasmosis. Hidrosefalus infantil 46% adalah akibat abnormalitas perkembangan otak 50% karena perdarahan subaraknoid dan meningitis, dan kurang dari 4% akibat tumor fossa posterior (Ovariola, 2021). Sementara menurut Ismadji & Setyaji (2024) prevalensi toxoplasmosis tertinggi tercatat di Jawa Tengah dengan 10%.

Tanda dan gejala dari hidrosefalus itu sendiri disebabkan akibat peningkatan kadar cairan serebrospinal, dimana kekakuan tulang tengkorak (*fontanel*) menyebabkan peningkatan cairan serebrospinal (Rahayu, 2024). Tekanan yang mengganggu fungsi dan mengiritasi otak akibat perubahan metabolisme yang dapat menyebabkan kejang, mudah marah, sakit kepala. Saat terjadinya kebocoran cairan ke dalam orbit, mengakibatkan papilledema yang bermanifestasi sebagai gangguan penglihatan, dan dapat mengalami pembesaran kepala (Rizki, Sufriani & Agustina., 2024).

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan hidrosefalus yaitu pemberian terapi medikamentosa berupa obat golongan diuretik dan fibrinolisis dengan

mekanisme kerja yang mengurangi produksi cairan serebrospinal yang diproduksi oleh pleksus koroidalis dan untuk penanganan yang lain berupa intervensi bedah saraf yaitu pemasangan VP shunt (Koleva & Jesus, 2021). Tindakan operatif VP shunt/ventriculoperitoneal shunting, yaitu mengalirkan cairan yang berlebih di otak melalui selang langsung ke peritonium untuk mempermudah penyerapan cairan (Pratiwi et al., 2023). Pemasangan VP shunt biasanya dilakukan melalui prosedur bedah kecil di mana tabung silikon atau plastik yang fleksibel ditempatkan dari salah satu ventrikel otak ke rongga perut, tabung ini dilengkapi dengan katup pengatur tekanan yang membantu mengatur aliran CSF (cairan serebrospinal) agar tetap dalam rentang tekanan yang normal. Hal ini membantu mengurangi tekanan intracranial di dalam otak dan mengurangi risiko kerusakan jaringan otak yang bisa timbul akibat hidrosefalus (Sudarsih, 2024).

Adapun penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk memperbaiki penurunan kapasitas adaptif intracranial yaitu berbasis evidence based. Evidence based tersebut seperti terapi head up 30° (Tri, 2022). Head Up 30° merupakan posisi menaikkan kepala dari tempat tidur dengan sudut sekitar 30° dan posisi badan sejajar dengan kaki. Posisi head up 30° memiliki manfaat untuk menurunkan tekanan intrakranial. Selain itu posisi tersebut juga dapat meningkatkan oksigen ke otak (Fita, 2023). Posisi head up 30° menyebabkan perfusi dari dan ke otak meningkat sehingga kebutuhan oksigen dan metabolisme meningkat ditandai dengan peningkatan status kesadaran diikuti oleh tanda-tanda vital yang lain (Wahidin & Supraptini, 2020).

Hasil penelitian yang dilakukan Pratiwi et al., (2023) setelah dilakukan intervensi head up 30° tanda peningkatan TIK sudah teratasi seperti gelisah menurun, tidak terdapat muntah proyektil, keluhan pusing dan sakit kepala tidak ada, serta kejang tidak terjadi. Hasil yang sama pada study kasus yang dilakukan Agika (2023) menunjukkan bahwa posisi kepala 30 derajat dapat membantu mengurangi TIK, dan menghindari posisi kepala yang rendah. Menurut Wahyudin & Dwi (2023) pemberian posisi 30 derajat dapat meningkatkan venous drainage aliran darah balik yang berasal dari intracranial sehingga dapat mengurangi tekanan intracranial dengan memaksimalkan oksigenasi jaringan otak.

Penatalaksanaan komprehensif dibutuhkan dalam penanganan hidrosefalus terutama pada masalah penurunan kapasitas adaptif intracranial. Penatalaksanaan non farmakologis head up 30 dapat mengatasi masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial, sehingga perlu dilakukan study kasus terkait “Penerapan Head Up 30 Dengan Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial Pada Hidrosefalus Post Vp Shunting Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta”

## **2. METODE PENELITIAN**

Metode penelitian menggunakan studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien dengan penurunan kapasitas adaptif intrakranial pada hidrosefalus *post vp shunting* menggunakan intervensi head up 30. Jenis penelitian ini adalah diskriptif dengan menggunakan metode pendekatan studi kasus. Pada studi kasus ini, subjek penelitian yang diteliti sebanyak satu orang. Tempat pengambilan studi kasus ini dilakukan di ruang Mawar 2 RSUD dr. Moewardi Surakarta yang dilaksanakan selama 3 hari di mulai dari 14 -16 oktober 2024. Adapun pengumpulan data yang digunakan pada studi kasus ini yaitu dengan metodi studi kasus meliputi pengkajian sampai evaluasi.

## **3. PENGKAJIAN**

Penulis melakukan analisis kasus asuhan keperawatan hidrocephalus dengan meningioma tentorium cerebelli pada Ny. S diruang Mawar 2 RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Kasus ini diambil pada tanggal 14 oktober 2024 pukul 08:00 WIB. Pasien mengeluh sudah 1 bulan dari bulan september sampai oktober tanggal 13 pasien mengatakan ketika berjalan seringkali terjatuh dan mengalami nyeri kepala hebat sudah dirasakan 2 hari. Ketika di rumah pasien hanya tertidur untuk mengurangi rasa sakit kepala dan pasien hanya bedrest ketika dirumah dikarenakan ketika berjalan pasien terjatuh, karena keluhan tidak kunjung hilang pasien datang ke IGD RSUD dr. Moewardi Surakarta pada tanggal 13 Oktober 2024 Jam 21.00 WIB dengan keluhan nyeri kepala semakin memberat dan tidak bisa berjalan hanya bisa menggeserkan kedua kaki dan tangan kirinya, TTV didapatkan hasil TD: 155/ 70 mmHg.

Kemudian pasien dipindahkan ke ruang Mawar 2 pada tanggal 13 oktober 2024 pukul 01:15 untuk dilakukan perawatan lebih lanjut, saat dilakukan pengkajian pada tanggal 14 Oktober 2024 WIB Jam 08.00 WIB . Hasil pengukuran TTV TD: 165/80 mmHg, MAP: 108mmHg . Didapatkan hasil laboratorium pada tanggal 13 oktober 2024 didapatkan hasil MCH 27.6 Pg, MCHC 31,5g/dL, PDW 16%, Limfosit 15,20%, PT 20.0 detik.

Didapatkan hasil pemeriksaan MSCT kepala pada tanggal 13/10/2024 sebagai berikut: ICH di nucleus lentiformis kiri, Lesi ekstraaxial infratentorial batas tegas tepi irregular pada tentorium cerebelli kanan yang dengan perifocal edema disekitarnya yang meluas hingga region temporalis kanan, midbrain dan pons serta mendesak cisterna ambient kanan, cisterna crural kanan, cisterna quadrigeminal kanan dan ventrikel 4 ke sisi kiri mengarah gambaran primary brain tumor DD/ Meningioma Tentorium, Atherosclerosis pada arteri carotis interna bilateral, Sinusitis ethmoidalis bilateral dan maksilaris kiri, Mucius retension pada sinus

maksilaris kiri, Terpasang VP shunt melalui defek pada os parietal kiri dengan tip berada pada brain parenchym corona radiate kanan, Spondylosis torakalis.

Didapatkan pemeriksaan radiologi pada tanggal 13 oktober 20024 dengan hasil cardiomegaly dan terpasang VP Shunt dari arah cranial dengan tip tak tervisualisasi.

#### **4. DIAGNOSA – EVALUASI**

Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan Obstruksi aliran cairan serebrospinalis (misal: hidrosefalus) dan edema serebral ditandai dengan sakit kepala, tekanan darah meningkat, gelisah, tampak lesu/lemah (D.0066). pada kasus ini ditegakkan diagnosa keperawatan utama penurunan kapasitas adaptif intracranial (D.0066). Dengan data subjektif Pasien mengatakan nyeri kepala dan tubuh terasa lemah. Data objektif didapatkan data sebagai berikut Pasien tampak lemah, wajah tampak pucat dan gelisah, tekanan darah meningkat Hasil TD: 165/80mmHg, MAP: 108, RR: 22 x/menit.

Didapatkan hasil pemeriksaan MSCT kepala pada tanggal 13/10/2024 sebagai berikut: ICH di nucleus lentiformis kiri, Lesi ekstraaxial infratentorial batas tegas tepi irregular pada tentorium cerebelli kanan yang dengan perifocal edema disekitarnya yang meluas hingga region temporalis kanan, midbrain dan pons serta mendesak cisterna ambient kanan, cisterna crural kanan, cisterna quadrigeminal kanan dan ventrikel 4 ke sisi kiri mengarah gambaran primary brain tumor DD/ Meningioma Tentorium, Atherosclerosis pada arteri carotis interna bilateral, Sinusitis ethmoidalis bilateral dan maksilaris kiri, Mucius retension pada sinus maksilaris kiri, Terpasang VP shunt melalui defek pada os parietal kiri dengan tip berada pada brain parenchym corona radiate kanan, Spondylosis torakalis.

Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan penurunan kapasitas adaptif intrakranial (L.06049) meningkat dengan kriteria hasil: sakit kepala menurun, tekanan darah membaik, respon neurologis membaik, tekanan intrakranial membaik, pola nafas membaik dengan intervensi utama manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.09325): identifikasi penyebab peningkatan TIK, monitor tanda dan gejala peningkatan TIK, monitor MAP, monitor status pernafasan, monitor intake dan output cairan, minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semi fowler, cegah terjadinya kejang, hindari pemberian cairan IV hipotonik, pertahankan suhu tubuh normal, Berikan terapi nonfarmakologis head up 30° kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan jika perlu.

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa ini yaitu pemberian terapi nonfarmakologi head up 300 , monitor tanda dan gejala peningkatan TIK. Evaluasi pada diagnosa ini adalah pasien mengatakan nyeri kepala berkurang, pasien nampak lebih bertenaga, tekanan darah

menurun 135/90 mmHg, MAP: 105, nadi 83x/menit, dan RR 18x/menit. penurunan kapasitas adaptif intracranial belum teratasi. Planning: lanjutkan intervensi monitor tanda/gejala peningkatan TIK, berikan terapi nonfarmakologi head up 30, minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot ditandai dengan Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, sendi kaku, gerakan terbatas, fisik lemah (D.0054). diagnosa keperawatan selanjutnya yang dapat ditegakkan yaitu gangguan mobilitas fisik (D.0054) Pada diagnosa ini didapatkan data subjektif Pasien mengatakan tubuh terasa lemah terutama bagian tangan kanan dan kedua kaki hingga tidak bisa berjalan dan di dapatkan hasil data objektif yaitu Pasien tampak lemah, rentang gerak ROM menurun, kekuatan otot menurun: 2222 | 5555, sendi kaku, gerakan terbatas.

Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil: pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang (ROM) meningkat, kaku sendi meningkat dengan intervensi utama dukungan mobilisasi (I.05173): identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum selama mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, fasilitasi melakukan pergerakan, Berikan terapi nonfarmakologis Range of motions (ROM) libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa ini yaitu mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Memberikan terapi nonfarmakologi ROM, Memonitor kemampuan pergerakan. Evaluasi pada diagnosa tersebut adalah Pasien mengatakan tubuh terasa lebih bertenaga, kekakuan pada sendi berkurang, Pasien tampak lebih bertenaga, rentang gerak ROM meningkat, kekuatan otot meningkat 3333 | 5555 sendi kaku masih, gerakan masih terbatas. Gangguan mobilitas fisik belum teratasi. Planning: lanjutkan intervensi mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Memberikan terapi nonfarmakologi ROM, Memonitor kemampuan pergerakan.

Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis ditandai dengan Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit (D.0129). Diagnosa keperawatan selanjutnya yang data ditegakkan yaitu gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129). Data subjektif Pasien mengatakan bahwa terdapat luka bekas operasi di area kepala, luka terasa nyeri.

Didapatkan data objektif yaitu Terdapat kerusakan jaringan/lapisan kulit bekas operasi pada area kepala, luka sekitar sekitar 3-4 cm. Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat (L. 14125) dengan kriteria hasil: hidrasi meningkat, kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, tekstur membaik. Dengan intervensi utama yaitu perawatan integritas kulit/jaringan (I.11353) Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit, Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa ini adalah Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit, Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. Evaluasi pada diagnosa tersebut adalah Pasien mengatakan bahwa terdapat luka bekas operasi di area kepala, luka terasa nyeri, Terdapat kerusakan jaringan/lapisan kulit bekas operasi pada area kepala, luka sekitar sekitar 3-4 cm. Gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi. Planning: lanjutkan intervensi yaitu Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit, Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (misal: keengganan untuk makan) ditandai dengan Nafsu makan menurun, berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal, membrane mukosa pucat (D.0019). Diagnosa keperawatan selanjutnya yang dapat ditegakkan yaitu defisit nutrisi (D.0019). Data subjektif Pasien mengatakan tubuh terasa lemah, nafsu makan menurun, pasien mengalami penurunan berat badan yang awalnya di bulan Agustus 60 kg pada bulan Oktober menjadi 45 kg.

Didapatkan data objektif pasien tampak kurus dan lemah, mukosa bibir tampak pucat, nafsu makan menurun pasien hanya makan 1/4 dari porsi yang diberikan setiap harinya, pasien mengalami penurunan BB Antropometri BB: 45 Kg TB: 160 Cm IMT: 17,6 Kg/m<sup>2</sup> LILA: 24 Cm.

Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik (L.03030) dengan kriteria hasil: porsi makan meningkat, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik. Intervensi utama yaitu manajemen nutrisi (I.03119) yaitu Mengidentifikasi status nutrisi, Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi makanan lunak dan tinggi protein. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, Berikan suplemen makanan, Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan.

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa ini yaitu Mengidentifikasi status nutrisi, Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi makanan lunak dan tinggi protein. Evaluasi pada diagnosa tersebut adalah Pasien mengatakan tubuh masih terasa lemah, nafsu makan mulai meningkat menurun, pasien mengalami penurunan berat badan yang awalnya di bulan Agustus

60 kg pada bulan Oktober menjadi 45 kg. Pasien tampak kurus dan lemah, mukosa bibir tampak lembab, nafsu makan mulai meningkat pasien makan 3/4 dari porsi yang diberikan setiap harinya, pasien mengalami penurunan BB Antripometri BB: 45 Kg TB: 160 Cm IMT: 17,6 Kg/m<sup>2</sup> (BB kurang) LILA: 24 Cm. masalah belum teratasi. Planning: lanjutkan mengidentifikasi status nutrisi dan melakukan kolaborasi dengan ahli gizi makanan lunak dan tinggi protein.

Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh ditandai dengan Mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh, mengungkapkan perasaan negative tentang perubahan tubuh, focus berlebihan pada perubahan tubuh, fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu, hubungan social berubah (D.0083). Diagnosa keperawatan selanjutnya yang dapat ditegakkan yaitu gangguan citra tubuh (D.0083). Data subjektif didapatkan hasil Pasien mengatakan yang awalnya memiliki rambut yang bagus tetapi sekarang botak karena harus terpasang VP shunt, pasien merasa khawatir suaminya tidak menerimanya lagi. Dan didapatkan data objektif yaitu Pasien tampak bersikap berlebihan terhadap perubahan tubuhnya, pasien tampak membatasi untuk berinteraksi dengan orang lain.

Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan citra tubuh meningkat (L.09.067) dengan kriteria hasil: melihat bagian tubuh membaik, mnyentuh bagian tubuh membaik, verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain menurun, hubungan sosial membaik. Dengan intervensi utama yaitu promosi citra tubuh (I.09305): Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan, Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi social, Diskusi perubahan tubuh dan fungsinya, Diskusi perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri, Diskusi kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh (misal: luka, penyakit, pembedahan), Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh,

Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh, Latih peningkatan penampilan diri (misal: berdandan). Implementasi yang dilakukan pada diagnosa ini adalah Mengidentifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi social, Memberikan teknik nonfarmakologis terapi music untuk menghilangkan stress. Evaluasi pada diagnosa tersebut adalah Pasien mengatakan yang awalnya memiliki rambut yang bagus tetapi sekarang botak karena harus terpasang VP shunt, pasien merasa khawatir suaminya tidak menerimanya lagi. Pasien tampak bersikap berlebihan terhadap perubahan tubuhnya, pasien tampak membatasi untuk berinteraksi dengan orang lain. Masalah belum teratasi. Planning: melanjutkan intervensi yaitu Mengidentifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi social, Memberikan teknik nonfarmakologis terapi music untuk menghilangkan stress.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan Hambatan lingkungan ditandai dengan Mengeluh sulit tidur, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh istirahat tidak cukup (D.0055). Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan selanjutnya yaitu gangguan pola tidur (D.0055). Data subjektif Pasien mengeluh sulit tidur dan sering terbangun di malam hari, pasien mengatakan selama sakit hanya tidur 2-4 jam setiap malamnya. Setiap malam pasien seringkali mendengar bunyi langkah kaki orang lain ataupun perawat untuk melakukan pemantauan atau tindakan, pasien juga mengatakan tidak nyaman dengan suhu ruangan yang panas dan pencahayaan yang terang. Pasien juga mengatakan tidak bisa tidur karena nyeri pada kepalanya. Data objektif Pasien tampak lesu, bawah mata tampak hitam, mata tampak sayu, setiap kali ke ruangan pasien tampak belum tidur atau sering terbangun, pasien tidur dari jam 24.00 sampai jam 03.00 WIB.

Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik (L.05045) dengan kriteria hasil kesulitan tidur meningkat, keluhan tidak puas tidur meningkat, keluhan pola tidur meningkat, keluhan istirahat meningkat. Dengan intervensi utama dukungan tidur (I.05174) Identifikasi pola aktivitas dan latihan Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis), Identifikasi makanan atau minuman yang mengganggu tidur (misal: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum, Modifikasi lingkungan (misal: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur), Batasi waktu tidur siang, jika perlu. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misal: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresure, Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur, Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologis lainnya.

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa ini adalah Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan membatasi jumlah pengunjung, Memberikan teknik nonfarmakologis distraksi imajinasi terbimbing untuk memberikan kenyamanan, Memfasilitasi istirahat tidur dengan membatasi penunggu dan mengatur suhu ruangan. Evaluasi pada diagnosa tersebut adalah Pasien mengatakan keluhan sulit tidur sudah tidak dialaminya, pasien mengaku dapat tidur siang dengan lelap dan semalam tidur cukup walaupun terkadang masih terbangun di malam hari, pasien tidur siang 1 jam dan tidur malam 6 jam. Pasien tampak lebih fresh, bawah mata sudah tidak tampak hitam, mata sudah tidak tampak sayu, pasien tidur malam 6 jam dan tidur siang 1 jam. Gangguan pola tidur belum teratasi. Planning: Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan membatasi jumlah pengunjung, Memberikan teknik nonfarmakologis distraksi

imajinasi terbimbing untuk memberikan kenyamanan, Memfasilitasi istirahat tidur dengan membatasi penunggu dan mengatur suhu ruangan.

Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan ditandai dengan Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur, frekuensi nafas meningkat, tekanan darah meningkat, muka tampak pucat (D. 0080). Data subjektif Pasien mengatakan kepala terasa pusing dan pasien merasa khawatir terhadap kondisinya saat ini. Data objektif Pasien tampak gelisah, tegang dan sulit tidur Hasil TD: 165/80 mmHg MAP:108mmHg. RR: 22 x/menit. iagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan selanjutnya yaitu ansietas (D.0080).

Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun (L.09093) dengan kriteria hasil, Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, tekanan darah menurun. Dengan intervensi utama Terapi Relaksasi (I.09326): Identifikasi penurunan energy, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif, Identifikasi teknik relaksasi yang pernah digunakan sebelumnya, Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, suhu, sebelum dan sesudah latihan, Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang yang nyaman, Gunakan pakaian longgar, Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik, Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia, Anjurkan mengambil posisi nyaman, Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi.

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa ini adalah Mengidentifikasi penurunan energy, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif. Evaluasi pada diagnosa tersebut adalah Pasien mengatakan kepala terasa pusing dan pasien merasa khawatir terhadap kondisinya saat ini. Pasien tampak gelisah, tegang dan sulit tidur, Hasil TD: 135/90 mmHg, MAP: 105mmHg RR: 22 x/menit. Masalah ansietas belum teratasi. Planning: Mengidentifikasi penurunan energy, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif.

Risiko jatuh ditandai dengan Kekuatan otot menurun (D. 0143). Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan selanjutnya yaitu risiko jatuh (D.0143). Data subjektif pasien mengatakan hanya bisa menggerakkan kakinya dan tidak mampu berjalan, aktivitas sehari-hari dirumah maupun di rumah sakit dibantu oleh keluarga. Data Objektif pasien mengalami penurunan kekuatan otot pada ekstremitas bawah 2222 | 5555, gerakan terbatas.

Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun (L.14138) dengan kriteria hasil,jatuh ditempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat

berjakan menurun, jatuh saat dikamat mandi menurun. Dengan intervensi utama pencegahan jatuh (I.14540): Identifikasi faktor risiko jatuh (misal: gangguan keseimbangan), Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (misal: lantai licin, penerangan kurang), Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda atau sebaliknya, Pasang handrail tempat tidur, Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah, Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien, Anjurkan memanggil perawat jika berpindah, Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri.

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa ini adalah Mengidentifikasi faktor risiko jatuh, Memberikan terapi nonfarmakologi ROM, Memonitor kemampuan pergerakan. Evaluasi pada diagnosa tersebut adalah Pasien mengatakan tubuh terasa lebih bertenaga, kekuatan pada ekstremitas berkurang, pasien mengaku sudah bisa berdiri tanpa terjatuh. Pasien tampak lebih bertenaga, rentang gerak ROM meningkat, gerakan meningkat pasien sudah dapat berdiri dengan berpegangan tanpa terjatuh, terpasang handrail tempat tidur, bel berada disamping kanan pasien, tempat tidur dengan tinggi yang telah disesuaikan. Masalah risiko jatuh teratasi. Planning: hentikan intervensi.

## **5. SIMPULAN**

Simpulan yang didapatkan pada studi kasus terhadap Ny.S selama 6 hari perawatan di ruang Mawar 2 di RSUD Dr. Moewardi Surakarta didapatkan pasien mengatakan nyeri kepala berkurang, tekanan darah sudah menurun 135/90mmHg. Untuk kekuatan otot pasien sudah meningkat 3333 | 5555. Gangguan integritas kulit/jaringan terdapat luka bekas operasi, untuk berat badan pasien masih tetap di 45kg dan untuk porsi makan pasien sudah meningkat menjadi 3/4 porsi, pasien sudah lebih percaya diri, pasien mulai mau berinteraksi dengan orang lain, pasien mengatakan sudah bisa tidur nampak lebih rileks, pasien tampak lebih bertenaga serta kekuatan otot membaik.

Hasil penerapan head up 30 pada Ny. S yaitu sebelum dilakukan penerapan head up 30 pada hari pertama pasien mengeluh nyeri kepala dan didapatkan TD: 165/80 MAP: 108. Namun setelah dilakukan penerapan head up 300 pada hari ke 3 pemberian intervensi didapatkan hasil data subjektif pasien mengatakan nyeri kepala berkurang, tubuh sudah lebih bertenaga, tekanan darah menurun 135/90 mmHg, MAP:105 mmHg. Sehingga dari hasil diatas penerapan head up 300 efektif untuk mengatasi masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial pada pasien hidrosefalus.

## 6. SARAN

Diharapkan asuhan keperawatan pada karya ilmiah akhir ners ini dapat dijadikan sebagai dasar pengetahuan yang terbaru sehingga dapat dikembangkan dalam melakukan asuhan keperawatan yang baik dalam penanganan pasien hidrosefalus dengan penurunan kapasitas adaptif intrakranial.

## REFERENCE

- Agika, S. D. P. (2023). *Penerapan head up 30° dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman: Nyeri pada pasien cedera kepala di RSUD Bagas Waras Klaten* (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta).
- Anam, K. (2022). *The hidrosefalus*. Guepedia.
- Ananda, G. (2024). *Laporan kasus asuhan keperawatan pada pasien An. S dengan pneumonia dan hidrosefalus di Ruang Indraprastha 3 RSUP Dr. Sardjito* (Doctoral dissertation, STIKES Notokusumo Yogyakarta).
- Dharmadhyaksa, I. K. O., Khasanah, I. U., Ananda, Y. P., Silka, S. F., Kusrohmaniah, S., & Sulastris, A. (2024). Teratogen sebagai faktor risiko pada hidrosefalus: Sebuah tinjauan literatur. *Psikoislamedia: Jurnal Psikologi*, 9(2), 203–216.
- Fita Dwi Kartikasari, F. I. T. A. (2023). *Penerapan tindakan head up 30° untuk meningkatkan perfusi serebral pada pasien post craniotomy di Ruang ICU RSST Klaten* (Doctoral dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta).
- Islamy, N., Imantika, E., Prasetya, R. D., Zuya, C. S., Husniah, I., & Amanulloh, M. (2021). Wanita 37 tahun P3A0 post-SSTP atas indikasi hidrocephalus dengan polihidramnion dan presentasi bokong. *Medical Profession Journal of Lampung*, 11(3), 291–299.
- Ismadji, I. T., & Setyaji, Y. (2024). Prevalensi seropositif IgG dan IgM Toxoplasma pada kasus wanita hamil di Laboratorium Pramita Matraman. *PlenaryHealth: Jurnal Kesehatan Paripurna*, 1(3), 130–134.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Patofisiologi hidrosefalus*. [https://yankes.kemkes.go.id/view\\_artikel/1598/patofisiologi-hidrosefalus](https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1598/patofisiologi-hidrosefalus)
- Koleva, M., & Jesus, O. D. (2021). *Hydrocephalus*. StatPearls Publishing.
- Meylawati, O. A. (2021). *Asuhan keperawatan pada pasien hidrosefalus dalam pemenuhan kebutuhan aman dan keselamatan* (Doctoral dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta).
- Pratiwi, R. H., Nizami, N. H., & Agustina, S. (2023). Asuhan keperawatan pada anak hidrosefalus di ruang PICU: Studi kasus. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*, 7(3).

- Rahayu, L. M. (2024). *Asuhan keperawatan pada pasien Nn. "A" dengan hidrosefalus obstruktif di Ruang Anggrek 2 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta* (Doctoral dissertation, STIKES Notokusumo Yogyakarta).
- Rizki, S. A., Sufriani, S., & Agustina, S. (2024). Asuhan keperawatan hidrosefalus kongenital pada bayi di ruang NICU: Suatu studi kasus. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*, 8(2).
- Sudarsih, S. (2024). *Asuhan keperawatan pada pasien An. A dengan ventrikulitis dan hidrosefalus di Ruang Indraprastha 3 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta* (Doctoral dissertation, STIKES Notokusumo Yogyakarta).
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnostik* (Edisi 1, Cetakan III [Revisi]). Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar intervensi keperawatan Indonesia: Definisi dan tindakan keperawatan* (Edisi 1, Cetakan II). Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar luaran keperawatan Indonesia: Definisi dan kriteria hasil keperawatan* (Edisi 1, Cetakan II). Jakarta: DPP PPNI.
- Tri, I. (2022). *Efektivitas ROM pasif dan ROM aktif terhadap saturasi oksigen perifer pada pasien post craniotomy meningioma di Ruang Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya* (Doctoral dissertation, STIKES Hang Tuah Surabaya).
- Wahidin, & Supraptini, N. (2020). Penerapan teknik head up 30° terhadap peningkatan perfusi jaringan otak pada pasien yang mengalami cedera kepala sedang. *Nursing Science Journal*, 1(1).
- Wahyudin, N., & Dwi Ningsih, A. R. U. M. (2023). Analisis asuhan keperawatan pada pasien CVA/stroke haemoragik dengan penurunan kapasitas adaptif intrakranial menggunakan penerapan intervensi posisi head up 30° di ruang rawat inap RSUD Prof. Dr. Soekandar Mojokerto (Doctoral dissertation, Universitas Bina Sehat PPNI).