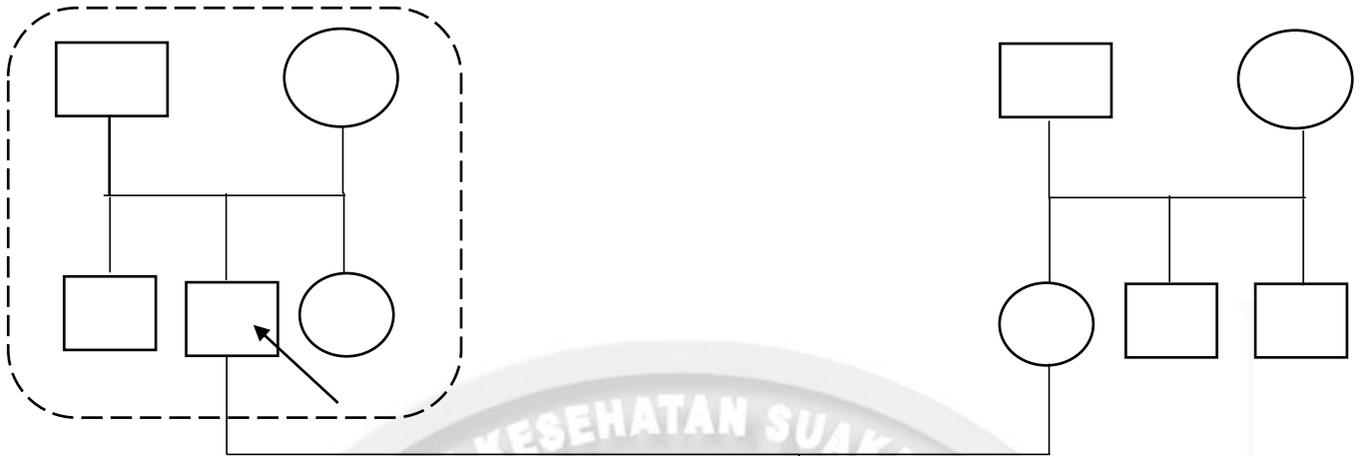


## BAB 3

### STUDI KASUS

#### A. PENGKAJIAN

1. Identitas Pasien
  - a. Nama : Tn.M
  - b. Umur : 47 Tahun
  - c. Jenis kelamin : Laki- Laki
  - d. Pendidikan terakhir : SMA
  - e. Pekerjaan : Bekerja
  - f. Agama : Islam
  - g. Suku/Bangsa : Indonesia
  - h. Alamat : Jl Djok Mentaya Gg.Gawi Sabumi No.40
  - i. Ruangan dirawat : Bangsal Anna
  - j. Tanggal Masuk RS : 25/1/2023
  - k. Penanggung jawab : Ny.H ( Adik pasien )
  - l. Tanggal Pengkajian : 3/2/2023
  - m. No. Register : 33.23.00
  - n. Diagnosa Medis : Meningitis Tb
  - o. Dokter yang merawat : Dr.Ge Aris dan Dr Rudiannor
2. Riwayat Penyakit
  - a. Keluhan Utama : Orang tua mengatakan anaknya tidak sadar dan tubuh tidak bisa di gerakan bila di tepuk/dengan rangsang membuka mata
  - b. Riwayat Penyakit Sekarang : Saat di lakukan pengkajian tanggal 3/2/2023 oleh perawat terhadap orang tua pasien mengatakan anaknya tidak sadar badan kaku di panggil tidak merespon. Pengkajian oleh perawat di dapat pasien kesadaran stupor GCS : 4 E: 2 V: 1 M: 1 badan kaku kuduk akral teraba hangat terdapat luka lecet merah pada punggung dekat ketiak dan bokong sebelah kanan serta daerah kaki kanan dan kiri pasien Bp : 110/70 N: 80x/menit R:22x/menit T:38,2 Spo2 : 100% dengan O2 NRM 10 Lpm
  - c. Riwayat Penyakit Dahulu : Orang tua pasien mengatakan anaknya tidak memiliki penyakit apapun hanya saja dalam 1 bulan ini pasien sering mengeluh sakit kepala dan meminta dirinya untuk membelikan obat Panadol di warung, anaknya juga suka merokok dan ngopi karena bekerja dari pagi sampai malam ( 4am-9pm)
3. Riwayat Penyakit Keluarga : Orang tua pasien mengatakan hanya dirinya yang memiliki Riwayat penyakit TB PARU pengobatan 6 bulan tuntas 4 tahun yang lalu tahun 2019 obat yang di minum 4FDC dan pasien tinggal bersama orang tuanya satu rumah.



Keterangan

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ⊗ ⊗ : Meninggal
- ┌──┐ : Garis Perkawinan
- | : Garis Keturunan
- : Tinggal serumah
- ↖ : Pasien Tn.M



#### 4. Pemeriksaan Fisik

##### A. Keadaan Umum

- a. Kesadaran : Stupor
- b. GCS : E2 V1 M1
- c. TTV :
  - 1) TD : 110/70 mmHg;
  - 2) Nadi : 80 x/m
  - 3) Suhu : 38.2 °C pengukuran melalui ketiak
  - 4) Pernafasan : 24 x/m
  - 5) SpO2 : 100 %, O2 :NRM 10 Lpm

Analisa: Perpusi cerebral tidak efektif

##### B. Sistem Integumen

Inspeksi : Warna kulit coklat, kulit Kembali < 2 detik, turgor kulit tampak luka lecet kemerahan di punggung dekat ketiak dan pada bagian belakang bokong kanan serta daerah kaki.

Persepsi sensori : 2 ( Hanya berespon terhadap rangsangan nyeri )

Kelembaban : 4 ( Kulit tampak kering )

Aktivitas : 1 ( Baring total )

Mobilitas : 1 ( Sepenuhnya tidak dapat menggerakkan tubuh )

Nutrisi : 4 ( Menghabiskan makanan 1 porsi yang di sediakan Rs )

Total Score : 12 ( Resiko Sedang )

Analisa: Kerusakan integritas kulit

##### C. Kepala

Inspeksi : Distribusi rambut : rambut Panjang dan agak keriting

Warna kulit kepala :Coklat

Kebersihan kulit kepala : Bersih

Palpasi : massa abnormal : tidak ada

Analisa: tidak ada masalah keperawatan

##### D. Mata

Visus :tidak terkaji pasien tidak sadar

Lapang pandang : pasien tidak sadar

Inspeksi : Konjungtiva : tidak anemis

Palpebra : normal

Perdarahan : tidak ada tanda perdarahan

Pupil: merespon bila di sentuh dengan tisu

Tanda peradangan : tidak ada peradangan

Fungsi penglihatan : tidak bisa terkaji karena pasien tidak sadar

Penggunaan alat bantu : tidak ada

Analisa : tidak ada masalah keperawatan

#### E. Telinga

Inspeksi : Terdapat luka pada sisi atas kedua telinga pinggiran telinga akibat iritasi tali masker oksigen

Analisa: kerusakan integritas kulit

#### F. Hidung

Inspeksi Bentuk : normal pesek lubang hidung normal terpasang ngt di hidung sebelah kiri dan o2 NRM terpasang 10 Lpm Spo2 100%.

Warna : coklat

Obstruksi: tidak terkaji pasien tidak sadar

Pernafasan cuping : tidak ada

#### G. Mulut dan faring

Inspeksi

Warna bibir : merah agak kecoklatan

Mukosa bibir : tampak lembab

Mukosa dalam : kotor

Gigi : lengkap

Gusi : kotor

Lidah : kotor tampak berwarna putih pada pangkal lidah

Warna lidah : merah dan ada putih

Pembengkakan tonsil : tidak ada

Sakit tenggorok : pasien tidak sadar

Gangguan bicara : pasien tidak sadar

Analisa : Defisit Perawatan Diri

#### H. Leher

Inspeksi

Simetris : Normal , pada leher belakang tampak kaku

Benjolan limphe nodul : tidak terdapat benjolan

Analisa gangguan perpusi cerebral

#### I. Thorax

Inspeksi :

Bentuk dada : simetris

Warna kulit dada : coklat

Kondisi kulit dada : tampak kulit kemerahan

Ekspansi dinding dada : simetris

Tanda peradangan : tidak ada

Otot bantu nafas : tidak ada

Palpasi : Fokal Fremitus kiri dan kanan sama

Perkusi : Sonor

Auskultasi : terdengar suara ronki di paru

Jantung :

Inspeksi : denyutan jantung seirama

Palpasi : ictus teraba 1 jari medial midclavicular sinistra R1C 5

Perkusi : bunyi jantung 1 RIC III kanan dan kiri

Auskultasi : tidak ad amur-mur atau gangguan jantung

J. Payudara dan axila

Inspeksi :

Ukuran & bentuk : normal

Puting susu : normal

Kondisi kulit : Normal

Palpasi : tidak teraba benjolan

Edema : tidak ada

Massa abnormal : tidak ada

Analisa : tidak terjadi masalah keperawatan

K. Abdomen

**Inspeksi :**

Bentuk : normal

Kondisi kulit : bersih

**Auskultasi:**

Bising usus : 15x/menit

**Palpasi :**

Penegangan dinding abdomen : normal

Edema : tidak ada

Nyeri tekan : tidak dapat di kaji karena pasien tidak sadar

Massa abnormal : tidak ada

---

**Perkusi :timpani**

Analisa: tidak terjadi masalah keperawatan

**L. Genitalia**

Inspeksi : tidak ada lecet daerah scrotum dan penis, Dc tampak bersih terpasang produksi 2000cc/24 jam. mulai tanggal 26 Januari 2023 warna urin kemerahan karena efek samping obat tb.

Analisa: tidak terjadi masalah keperawatan

**M. Ekstremitas**

Atas : edema tidak ada , akral hangat, CRT < 2 Detik terpasang infus sebelah kiri

Bawah : Edema tidak ada, akral hangat, CRT < 2 Detik

Punggung belakang : tampak luka lecet kemerahan di punggung dekat ketiak dan pada bagian belakang.

D	S
1	1
1	1

Keterangan :

0: Tidak ada kontraksi otot

1: Kontraksi otot dapat dipalpasi tanpa pergerakan persendian

2: Tidak mampu melawan gravitasi (gerak pasif )

3: Hanya mampu melawan gravitasi

4: Mampu mengerjakan persendian dengan gaya gravitasi , mampu melawan dengan tahanan sedang

5: Mampu mengerjakan persendian dalam lingkup gerak penuh mampu melawan gravitasi, mampu melawan dengan tahanan penuh

Analisa: Gangguan mobilisasi fisik dan Kerusakan integritas kulit

**5. 11 Pola Gordon**

a. Persepsi terhadap kesehatan – manajemen kesehatan

Sebelum Sakit : orang tua mengatakan bila anaknya sakit suka beli obat warung, kebiasaan merokok dan bekerja sampai larut malam.

Saat Sakit : Pasien dalam minum obat di bantu oleh perawat lewat selang NGT

0: Mandiri, 1: alat bantu, 2 : di bantu orang lain, 3: dibantu orang lain dengan alat, 4 : tergantung total

## b. Pola aktivitas dan latihan

NO	AKTIVITAS	Sebelum Masuk RS (SKOR)	Setelah Masuk RS (SKOR)
1	Makan/Minum	0	4
2	Mandi	0	4
3	Berpakaian/berdandan	0	4
4	Toilet trening	0	4
5	Berpindah	0	4
6	Berjalan	0	4
7	Naik tangga	0	4
Masalah :		Gangguan pemenuhan ADL	
Upaya mengatasi :		Bantu ADL	

## c. Pola istirahat dan tidur

NO	Kegiatan	Sebelum Masuk RS	Setelah Masuk RS
1	Tidur siang	normal	Tidak dapat dikaji karena tidak sadar
2	Tidur malam	10 malam sampai jam 3 subuh	Tidak dapat dikaji karena Pasien tidak sadar
3	Kebiasaan sebelum tidur	Main hp	Tidak dapat dikaji karena Pasien tidak sadar
4	Kesulitan tidur	Tidak ada kesulitan tidur	Tidak dapat dikaji karena Pasien tidak sadar
Masalah : tidak ada masalah keperawatan			
Upaya mengatasi: mengobservasi kesadaran			

## d. Pola nutrisi

NO	Keterangan	Sebelum Masuk RS	Setelah Masuk RS
1	Jenis makanan/diet	BebaS	Bubur saring

2	Frekuensi	3x/hari	Bubur saring/2jam
3	Porsi yang dihabiskan	Habis	habis
4	Komposisi Menu	Bebas	Bubur saring
5	Pantangan	Tidak ada	Makanan sesuai dari RS
6	Nafsu makan	Baik	Tidak terjkaji
7	Fluktuasi BB 6 bln terakhir	Tidak tau karena menurut keluarga berat badannya seperti itu saja	51,3 menggunakan lila
8	Sukar menelan	Tidak masalah	Menggunakan ngt dari tanggal 26/1/2023
9	Riw.penyembuhan luka	Normal	Normal
Masalah :		Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan gizi	
Upaya mengatasi :		Bantu pemenuhan gizi pasien	

## e. Pola eliminasi

NO	Sebelum Masuk RS		Setelah Masuk RS
Buang Air Besar (BAB) :			
1	Frekuensi	1x/hari setiap pagi	Setiap pagi saat memandikan
2	Warna	Tidak tau kata orang tuanya	Kecoklatan berwarna merah
3	Kesulitan BAB	Tidak ada	Normal saja
Masalah : tidak terjadi masalah keperawatan			
Upaya Mengatasi: Bantu ADL			
4	Buang Air Kecil (BAK):		
5	Frekuensi	Orang tua tidak tau	Menggunakan dc ( 2000cc/24jam)
6	Warna	Orang tua tidak tau	Kuning agak kemerahan
7	Kesulitan BAK	Tidak ada	Pasien menggunakan dc

	Masalah : resiko infeksi
	Upaya Mengatasi: Bantu ADL

f. Pola kognitif – perceptual

Sebelum Sakit : orang tua mengatakan anaknya tidak ada gangguan dalam penglihatan dan perabaan hanya mengeluh sakit kepala

Saat Sakit : pasien tidak sadar

g. Pola konsep diri

Sebelum Sakit : orang tua mengatakan anaknya hanya mengeluh sakit kepala 1 bulan ini dan ingin sekali sembuh

Saat Sakit : pasien tidak sadar

h. Pola koping

Sebelum Sakit : orang tua mengatakan anaknya bila ada masalah selalu bercerita ke orang tua untuk meminta solusi di setiap masalahnya

Saat Sakit : pasien tidak sadar

i. Pola seksualitas – reproduksi

Sebelum Sakit : tidak terkaji karena pasien sudah cerai dan memiliki anak 2

Saat Sakit : tidak terkaji karena pasien tidak sadar

j. Pola peran – hubungan

Sebelum Sakit : orang tua mengatakan anaknya masih berhubungan baik dengan mantan istrinya dan anaknya walaupun sudah tidak satu rumah lagi

Saat Sakit : pasien tidak sadar

k. Pola nilai dan kepercayaan

Sebelum Sakit : orang tua mengatakan anaknya selalu sholat sesuai dengan waktunya

Saat Sakit : pasien tidak sadar

l. Pemeriksaan 12 saraf kranial :

Area pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Analisa
N. I (Olfaktorius)/ rangsangan/ sensasi bau	Tidak terkaji	Pasien tidak sadar
N. II (Optikus)/ mata	Tidak terkaji	Pasien tidak sadar

N. III (Okulomotor)/ (kontrol gerak mata, konstriksi pupil & membuka kelopak mata).	Membuka mata dengan rangsangan	Pasien tidak sadar
N. IV (Troklaris)/ (gerakan mata kebawah dan kedalam).	Tidak terkaji	Pasien tidak sadar
N. V (Trigeminus)/ (sensasi kulit kepala, wajah dan leher)	Kaku kuduk	Pasien tidak sadar
N. VI (Abdusen)/ (gerak mata keluar dan kesamping).	Tidak terkaji	Pasien tidak sadar
N. VII (Fasialis)/ gerak tutup mata, ekspresi wajah & rasa pada lidah)	Tidak terkaji	Pasien tidak sadar
N. VIII (Vestibulokloklaris)/ (mendengar & keseimbangan tubuh).	Tidak terkaji	Pasien tidak sadar
N. IX (Glosfaringeus)/ (perasa & menelan).	Tidak terkaji	Pasien tidak sadar
N. X (Vagus)/ (gag refleks).	Tidak terkaji	Pasien tidak sadar
N. XI (Asesorious)/ (gerak otot , kepala, leher & bahu).	Tidak terkaji	Pasien tidak sadar
N. XII (Hipoglosus)/ (gerak lidah).	Tidak terkaji	Pasien tidak sadar

**A. Hasil pemeriksaan penunjang :**

**Tanggal 30/1/23**

**Tabel  
3.1**

Darah Lengkap	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Analisa
<b>HEMATOLOGI</b>				
Hemoglobin	13.0	12-14	g/dl	
Hematokrit	37.6	37-43	%	
Leukosit	17.900	5.500-15.000	/ul	Leukosit
Trombosit	373.000	180.000-320.000	/ul	meningkat
Eritrosit	4.350.000	3.500.000-	Juta/ul	menandakan
MCV	71.0	4.500.000	fl	adanya infeksi
MCH	25.6	81-99	pg	
MCHC	36.0	28-33	g/dL	Trombosit tinggi
		32-36		disebut dengan Trombositosis adalah kondisi ketika jumlah trombosit dalam darah melebihi batas normal. Meski jarang, kondisi ini dapat memicu terjadinya beberapa penyakit serius akibat terbentuknya gumpalan darah yang tidak normal, seperti stroke dan serangan jantung
<b>DIFT COUNT</b>				
Basophil	0	0.0-1.0	%	Masih dalam batas normal
Eosinophil	0	1-3	%	
Stab Cell	0	2-6	%	

<b>Hasil</b>	Segmen	47	50-70	%	
	Limfosit	51	20-35	%	
	Monosit	2	2-6	%	
<b>DARAH LENGKAP</b>					Masih dalam batas normal
Neutrofil					
Limfosit Ratio (NLR)	0.92	< 3,14			
Absolute Limfosit Count (ALC)	5.304	>1.500		/ul	
<b>KIMIA DARAH</b>					Albumin menurun disebut Hipoalbuminemia adalah kondisi ketika kadar albumin dalam darah di bawah normal. Kondisi ini biasanya terjadi pada seseorang dengan penyakit yang berat, baik akut maupun kronis. Hipoalbuminemia dapat menyebabkan berbagai gangguan dalam tubuh dan menghambat
Glikosa Darah Sewaktu	110	<180	mg/dl		
Ureum	16	15-39	mg/dl		
Creatinin	0.7	0.6-1.1	mg/dl		
SGOT	13	<30	u/l		
SGPT	15	<31	u/l		
Protein Total	6.1	6.0-7.8	gr/dl		
Albumin	3.1	3.5-5.0	gr/dl		
Globulin	3.0		gr/dl		

**Pemeriksaan Penunjang**

Hasil				penyembuhan luka
<b>ELEKTROLIT</b>				Masih dalam batas normal
Natrium	132	135-145	mmol/L	
Kalium	4.0	3.5-5.0	mmol/L	
Chloride	97	96-107	mmol/L	

laboratorium terbaru meliputi:

Tanggal 15 januari 2023

Rapid Test Covid 19 Hasil : Negatif

Tanggal 15 januari 2023

Hasil Foto CT scan Kepala dengan Kontras : Pansinusitis bacterial meningitis

Tanggal . 15 januari 2023

Hasil Foto Rontgen Thorax : TB PARU

B. Terapi dan Drug Study

<b>Nama Obat, Frekuensi, Pemberian Dosis, Cara Pemberian</b>	<b>Indikasi</b>	<b>Kontraindikasi</b>	<b>Efek Samping</b>	<b>Cara Kerja Obat</b>	<b>Konsiderasi Perawat</b>
Phenitoin 100mg 3x1 cap oral	Phenytoin adalah obat untuk mengendalikan kejang pada penderita epilepsi. Obat ini juga digunakan untuk mengatasi trigeminal neuralgia, serta mencegah dan menangani	jangan menggunakan phenytoin jika memiliki alergi terhadap phenytoin atau pernah mengalami efek samping yang berat karena obat ini. Beri tahu dokter semua riwayat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sakit kepala, pusing, atau vertigo</li> <li>• Mual</li> <li>• muntah</li> <li>• Sembelit</li> <li>• Kantuk</li> <li>• Sulit tidur</li> <li>• Rasa gugup</li> <li>• Gusi bengkak</li> </ul>	Phenytoin suntik hanya boleh diberikan oleh dokter atau petugas medis di bawah pengawasan dokter	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perhatikan dalam pemberian obat yang benar ( 12 benar obat )</li> <li>2. Observasi tanda – tanda alergi (kaji Riwayat alergi pasien)</li> </ol>

	kejang yang terjadi selama atau setelah prosedur bedah saraf	alergi yang Anda miliki	dan berdarah		terhadap obat sebelum atau sesudah pemberian )
Vip albumin 3x1 capsul oral	Vipalbumin adalah suplemen untuk meningkatkan sistem imun, menambah kadar albumin dan globulin, serta mempercepat penyembuhan luka	1. Tidak ada kontra indikasi	Tidak ada efek samping	Vipalbumin dalam tubuh yaitu sebagai suplemen makanan untuk memenuhi kebutuhan albumin tubuh serta meningkatkan hemoglobin darah serta sebagai tambahan protein dan nutrisi penting lainnya. Albumin pada dasarnya diproduksi secara alami oleh tubuh di organ hati. Albumin berfungsi mengatur tekanan darah dan menjaga cairan pada pembuluh darah agar tidak bocor ke jaringan di sekitarnya. Albumin juga baik digunakan untuk meredakan edema dan peradangan.	1.Perhatikan dalam pemberian obat yang benar ( 12 benar obat )

<p>Max 1000mg tab oral</p> <p>d 2x1</p>	<p>Nutrimax™ C Max 1000 mengandung Calcium Ascorbate 1000 mg (Vitamin C bebas asam), yang berperan penting dalam berbagai fungsi tubuh, antara lain sebagai antioksidan, membantu penyerapan zat besi, sintesi karnitin, kolagen dan neurotransmitter serta meningkatkan produksi limfosit (sel darah putih yang berperan dalam sistem imunitas)</p>	<p>1. Tidak ada kontra indikasi</p>	<p>1. Tidak apa efek samping</p>	<p>Iritasi lambung juga menyebabkan kurang tidur padahal tidur yang cukup sangat dibutuhkan untuk mengoptimalkan sistem imun, ditambah lagi dapat meningkatkan risiko terbentuknya batu ginjal.</p> <p>Nutrimax C Max 1000 merupakan pilihan yang tepat karena vitamin C dalam bentuk Calcium Ascorbate yang tidak bersifat asam (aman bagi penderita gangguan lambung) dan diserap lebih baik dibanding Ascorbic Acid (vitamin C</p>	<p>1.Perhatikan dalam pemberian obat yang benar ( 12 benar obat )</p>
---	--	-------------------------------------	----------------------------------	---	---

				biasa) membuat potensi penumpukan oksalatnya lebih rendah sehingga aman bagi ginjal dan tidak menyebabkan pembentukan batu ginjal.	
BD Gard 2x1 tab oral	terapi penunjang untuk menstimulasi sistem imun selama infeksi akut atau kronik. terapi penunjang untuk kanker.	1. Tidak ada kontra indikasi	1. Tidak ada efek samping	Pada setiap kapsul BD Gard mengandung lactoferrin 100mg, colostrum 100mg, echinacea angustifolia 50mg, zinc picolinate 10mg, dan vitamin C 50mg. BD Gard kapsul itu berguna untuk membantu memelihara sistem kekebalan tubuh selama infeksi akut atau kronik, dapat juga digunakan sebagai terapi penunjang untuk kanker.	1.Perhatikan dalam pemberian obat yang benar ( 12 benar obat )
Biocream 2x1 oles	Biocream atau bio cream adalah salah satu jenis obat salep yang memiliki	jangan menggunakan obat ini jika Anda memiliki alergi terhadap biocream atau	Sama halnya dengan penggunaan obat-obatan lain, biocream salep mungkin	untuk menggunakan obat tipikal ini dengan baik, ikuti tata cara penggunaan	1.Perhatikan dalam pemberian obat yang benar ( 12 benar obat )

	<p>kandungan <i>hypoallergenic ambiphilic cream</i>. Zat tersebut merupakan obat-obatan yang digunakan untuk mengatasi masalah kulit, seperti kulit kering</p>	<p>bahan-bahan yang terdapat di dalamnya. Untuk mengetahui kandungan obat ini, tanyakan kepada dokter atau apoteker</p>	<p>dapat menimbulkan efek samping penggunaan. Efek samping yang terjadi mungkin berupa efek samping yang serius. Namun, biasanya efek samping yang lebih sering terjadi adalah efek samping yang lebih ringan</p>	<p>obat yang harus Anda perhatikan, seperti berikut.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gunakan obat ini dengan cara dioleskan pada area kulit yang kering.</li> <li>• Gunakan biocream salep sebanyak 2-3 kali sehari.</li> <li>• Sebelum mengoleskan biocream salep, bersihkan terlebih dahulu area kulit yang kering</li> </ul>	<p>2. Observasi tanda – tanda alergi (kaji Riwayat alergi pasien terhadap obat sebelum atau sesudah pemberian )</p>
<p>Hepa Q 3x1 capsul oral</p>	<p>Membantu membersihkan dan memperbaiki fungsi hati</p>	<p>Ibu hamil dan Laktasi</p>	<p>Tidak ada efek samping</p>	<p>Hepa - Q kapsul dengan komposisi Silybum marianum extract, Curcuma xanthorrhizae extract, Oleum xanthorrhizae, Fructus schisandrae extract memiliki</p>	<p>1. Perhatikan dalam pemberian obat yang benar ( 12 benar obat )</p>

				<p>khasiat membantu membersihkan dan memperbaiki fungsi hati</p>	
<p>Pro TB4 3Tablet-0-0 AC</p>	<p>penanganan tbc dan infeksi mikobakterial tertentu</p>	<p>hipersensitifitas . Riwayat penyakit hepatitis, penyakit hati akut, ikterus. Neuritis perifer, neuritis optik, gangguan ginjal, epilepsi, alkoholisme kronik.</p>	<p>rifampisin : urine kemerahan, gangguan gastrointestina l, gangguan fungsi hati, leukopenia, sindrom flu, manifestasi pada kulit, demam, dispnea, trombositopen ia, purpura, gagal ginjal akut, anemia hemolitik. Isoniazid : gangguan fungsi hati, neuropati peri</p>	<p>antibiotika kombinasi untuk tubekolusis, aktif melawan infeksi mycobacterium tuberculosis</p>	<p>1.Perhatikan dalam pemberian obat yang benar ( 12 benar obat ) 2. Observasi hasil lab terutama sgot dan sgpt dan bun, creat pasien.</p>
<p>Ceftiaxone 2x2gr injeksi iv</p>	<p>Mengobati dan mencegah infeksi bakteri</p>	<p>Ceftriaxone dapat terserap ke dalam ASI. Bila Anda sedang</p>	<p>Beberapa efek samping yang dapat muncul setelah menggunakan</p>	<p>Ceftriaxone hanya tersedia dalam bentuk suntik. Oleh karena itu, obat</p>	<p>1.Perhatikan dalam pemberian obat yang</p>

		<p>menyusui, jangan menggunakan obat ini tanpa berkonsultasi dulu dengan dokter</p>	<p>ceftriaxone adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bengkak, kemerahan, atau nyeri di tempat suntikan</li> <li>• Sakit kepala</li> <li>• Pusing</li> <li>• Mual atau muntah</li> <li>• diare</li> <li>• Gatal pada vagina atau keputihan</li> <li>• Ruam kulit</li> <li>• Kantuk</li> <li>• Sakit perut</li> <li>• Keringat berlebihan</li> </ul>	<p>ini hanya boleh diberikan oleh dokter atau petugas medis di bawah pengawasan dokter. Dokter akan menentukan cara dan jadwal pemberian ceftriaxone sesuai kondisi pasien. Selama menjalani pengobatan dengan ceftriaxone, disarankan untuk banyak minum air putih agar kesehatan ginjal Anda tetap terjaga. Jika Anda menjalani pengobatan ceftriaxone dengan rawat jalan, ikuti jadwal kontrol yang</p>	<p>benar ( 12 benar obat )</p> <p>2. Observasi tanda – tanda alergi</p>
--	--	---	---	--	---

				ditentukan oleh dokter	
Neurosanbe 5000 1x1 drip	gangguan saraf perifer dan defisiensi vitamin B	dapat diberikan bersama makanan untuk mengurangi rasa tidak nyaman pada lambung	penggunaan vit B6 dosis tinggi dan jangka panjang dapat sebabkan sindrom neuropati	Neurosanbe di desain berupa tablet salut gula, hal ini ditujukan agar dapat menutupi rasa kurang enak obat. Neurosanbe 5000 mengandung vitamin B1 100mg, vitamin B12 100mg dan Vitamin B6 5000mcg. Vit B1 pada Neurosanbe berguna untuk mencegah kekurangan vit. B1 yang penting untuk pemecahan karbohidrat dari makanan menjadi produk yang diperlukan tubuh, vit B6 untuk memenuhi kebutuhan vit B6 dan vit B12 penting untuk pertumbuhan, reproduksi sel, pembentukan darah dan protein	Observasi pemberian makanan terlebih dahulu sebelum memberikan obat
Ulcain 1vial/12 jam iv	Ulcain digunakan untuk mengobati sindrom	Hindari penggunaan Ulcain pada pasien yang memiliki	Efek samping yang mungkin terjadi selama penggunaan	Ulcain termasuk dalam golongan obat keras, maka dari itu	1. Perhatikan dalam pemberian obat yang

	<p>Zollinger-Ellison, penyakit refluks gastroesofagus, tukak lambung</p>	<p>indikasi: Tidak boleh digunakan bersamaan dengan rilpivirine dan atazanavir</p>	<p>Ulcan, antara lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gatal</li> <li>• biduran</li> <li>• Arthralgia (nyeri sendi), mialgia nyeri otot)</li> <li>• Sakit kepala, pusing, vertigo</li> <li>• Insomnia</li> <li>• Mual, muntah, diare, konstipasi, perut kembung, sakit perut, pencernaan yang terganggu, mulut kering</li> <li>• Kelelahan, malaise</li> <li>• Peningkatan enzim hati</li> <li>• Ruam, gatal</li> </ul>	<p>penggunaan obat ini harus dengan anjuran resep dokter dan dilakukan oleh tenaga medis profesional.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sindrom Zollinger-Ellison</li> </ul> <p>Dewasa: diberikan dosis 80 mg sekali atau dua kali sehari sebagai injeksi intravena (pembuluh darah) lambat atau infus jangka pendek selama 2-15 menit. Beralihlah ke terapi oral sesegera mungkin.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyakit refluks gastroesofagus, tukak lambung</li> </ul> <p>Dewasa: diberikan dosis 40 mg setiap</p>	<p>benar ( 12 benar obat )</p> <p>2. Observasi tanda – tanda alergi (kaji Riwayat alergi pasien terhadap obat sebelum atau sesudah pemberian )</p> <p>3.Observasi tanda diare dan muntah</p>
--	--	--	--	---	--

				<p>hari sebagai injeksi intravena (pembuluh darah) lambat atau infus jangka pendek selama 2-15 menit.</p> <p>Beralihlah ke terapi oral sesegera mungkin</p>	
Dexamethason 4x1 ampul iv	Menangani berbagai kondisi peradangan, reaksi alergi, penyakit autoimun, dan multiple myeloma	Jangan menggunakan dexamethasone jika Anda alergi dengan obat ini atau obat golongan kortikosteroid lain. Beri tahu dokter tentang riwayat alergi yang Anda miliki.	<p>Beberapa efek samping dexamethasone yang dapat dialami penggunaannya adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sakit perut</li> <li>• Rasa panas di dada</li> <li>• Sakit kepala</li> <li>• Gangguan tidur, seperti insomia</li> <li>• Nafsu makan meningkat</li> </ul>	Dexamethasone suntikan akan disuntikkan ke dalam pembuluh darah atau langsung ke sendi yang meradang oleh dokter atau petugas medis di bawah pengawasan dokter	<p>1. Perhatikan dalam pemberian obat yang benar ( 12 benar obat )</p> <p>2. Observasi tanda – tanda alergi (kaji Riwayat alergi pasien terhadap obat sebelum atau sesudah</p>

						pemberian )
Painlos vial dalam 100cc	2x1 drip nss	peredan nyeri ini digunakan untuk mengurangi demam, mengobati rasa sakit, atau peradangan yang disebabkan oleh berbagai kondisi.	Orang-orang yang memiliki kondisi berikut tidak disarankan menggunakan Ibuprofen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipersensitivitas (termasuk asma) terhadap Ibuprofen atau NSAID lainnya</li> <li>• Riwayat pendarahan pada saluran cerna atau ulserasi yang berhubungan dengan NSAID</li> <li>• Gagal jantung</li> <li>• Pasien yang menjalani operasi cangkok jantung <i>bypass</i></li> </ul>	Efek samping Ibuprofen yang umum terjadi adalah: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mual</li> <li>• Muntah</li> <li>• Perut kembung</li> <li>• Diare</li> <li>• Konstipasi</li> <li>• Nyeri ulu hati</li> <li>• Pusing</li> <li>• Sakit kepala</li> </ul>	sebelum menggunakan suppositoria, cucilah tangan menggunakan air mengalir menggunakan sabun Ambil suppositoria dari lemari pendingin, buka bungkusnya dan lunakan dengan sedikit air bersih	1. Perhatikan dalam pemberian obat yang benar ( 12 benar obat ) 2. Observasi tanda konstipasi dan muntah

		<p>arteri koroner</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan ginjal atau hati yang parah</li> <li>• Kehamilan trimester ketiga</li> </ul>			
Sanmol fls Drip 2x1	Meredakan demam dan nyeri	<p>ada beberapa hal yang harus Anda perhatikan sebelum menggunakan Sanmol, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jangan menggunakan Sanmol jika memiliki alergi terhadap obat ini. Beri tahu dokter seluruh riwayat alergi yang Anda miliki.</li> <li>• Beri tahu dokter jika Anda</li> </ul>	<p>jika dikonsumsi sesuai anjuran dokter dan petunjuk penggunaan, Sanmol umumnya jarang menimbulkan efek samping. Namun, jika digunakan secara berlebihan, paracetamol dalam Sanmol dapat menyebabkan efek samping berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memar atau perdaraha</li> </ul>	<p>Sanmol bentuk infus akan diberikan oleh dokter atau petugas medis melalui infus ke pembuluh darah vena (intravena/IV). Jika Anda diberikan Sanmol oral (sediaan tablet, sirup, atau tetes), pastikan untuk membaca petunjuk pada kemasan obat dan mengikuti anjuran dokter.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perhatikan dalam pemberian obat yang benar ( 12 benar obat )</li> <li>2. Observasi hasil lab terutama sgot dan sgpt pasien.</li> <li>3. Observasi tanda – tanda alergi (kaji Riwayat alergi pasien terhadap obat sebelum atau</li> </ol>

		<p>pernah atau sedang menderita penyakit liver, termasuk sirosis atau hepatitis, atau penyakit ginjal.</p>	<p>n yang tidak biasa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perut bagian atas kanan terasa sakit</li> <li>• Hilang nafsu makan</li> <li>• Urine berwarna gelap</li> <li>• Feses berwarna seperti tanah liat (abu-abu pucat)</li> <li>• Penyakit kuning yang ditandai dengan mata atau kulit yang menguning</li> </ul>		<p>sesudah pemberian )</p>
<p>Beclove 3x250mg iv</p>	<p>Beclov digunakan untuk pasien yang tidak sadar akibat kerusakan otak</p>	<p>Hindari penggunaan Beclov pada pasien yang memiliki indikasi Hipertonia</p>	<p>Efek samping yang mungkin terjadi selama penggunaan Beclov, antara lain:</p>	<p>Beclov merupakan obat yang termasuk ke dalam golongan obat keras sehingga</p>	<p>1.Perhatikan dalam pemberian obat yang benar ( 12 benar obat )</p>

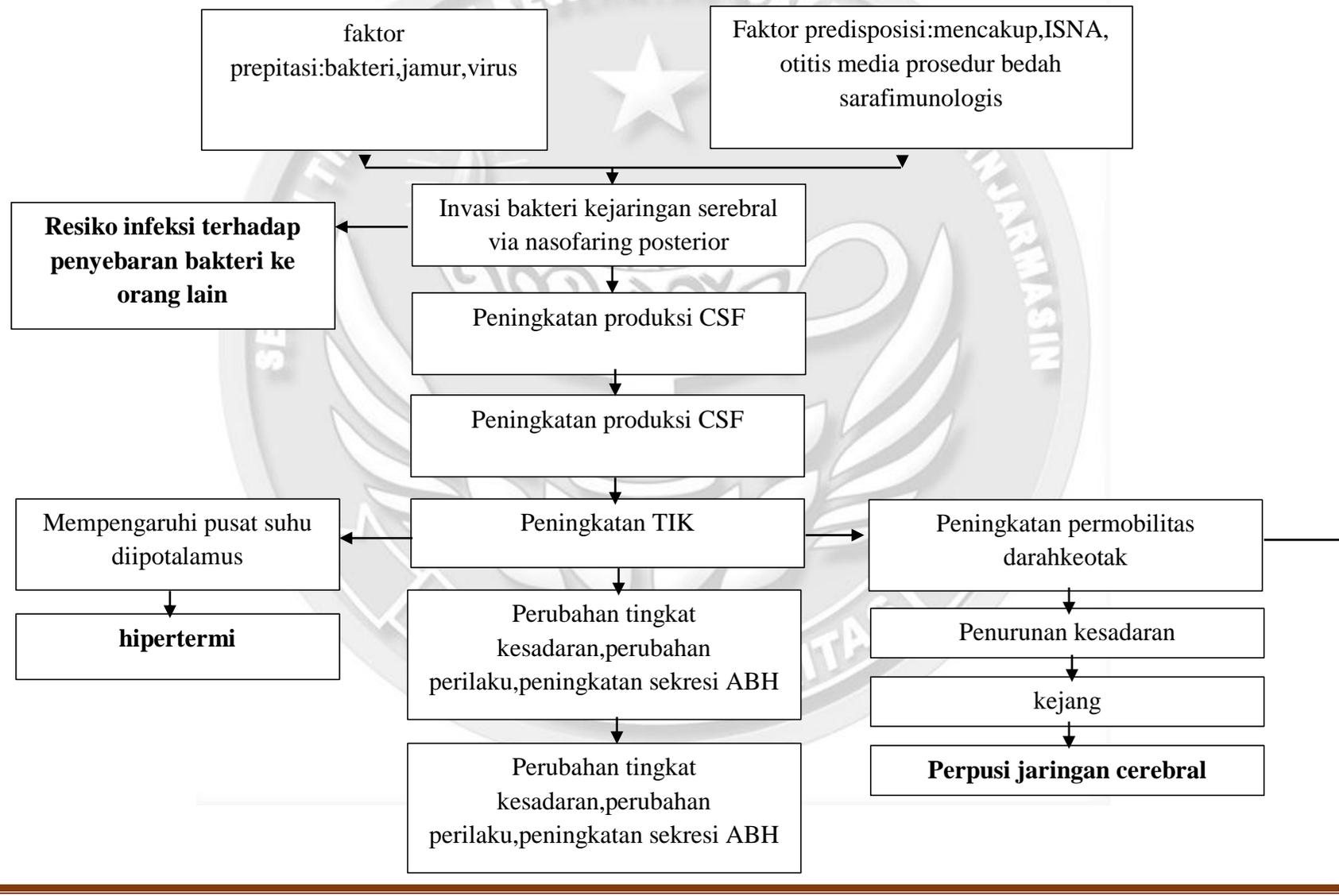
	<p>atau pembedahan, trauma otak dan infark. Bactraz juga dapat digunakan untuk rehabilitasi ekstremitas (kelumpuhan pada kaki) atas pada pasien dengan hemiplegia setelah apnea otak, pasien dengan kelumpuhan yang relatif ringan pada ekstremitas (kelumpuhan pada kaki) bawah</p>	<p>sistem saraf parasimpatis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan jantung: bradikardia, takikardia.</li> <li>• Gangguan gastrointestinal: diare, ketidaknyamanan epigastrium, sakit perut.</li> <li>• Gangguan sistem saraf: pusing, sakit kepala.</li> <li>• Gangguan kulit dan jaringan subkutan: ruam.</li> <li>• Gangguan pembuluh darah: hipotensi.</li> </ul>	<p>pada setiap pembeliannya harus menggunakan resep dokter.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cedera kepala atau operasi otak 100-500 mg IM / IV 1-2 kali sehari.</li> <li>• Gangguan kesadaran pada tahap infark serebral akut 1.000 mg IV sekali sehari selama 2 minggu berturut-turut.</li> <li>• Hemiplegia setelah apoplexy serebral 1.000 mg IV sekali sehari selama 4 minggu berturut-turut, teruskan selama 4 minggu jika pasien menunjukkan perbaikan klinis</li> </ul>	<p>2.Observasi tanda-tanda penurunan tensi</p>
--	--	-----------------------------------	---	---	--

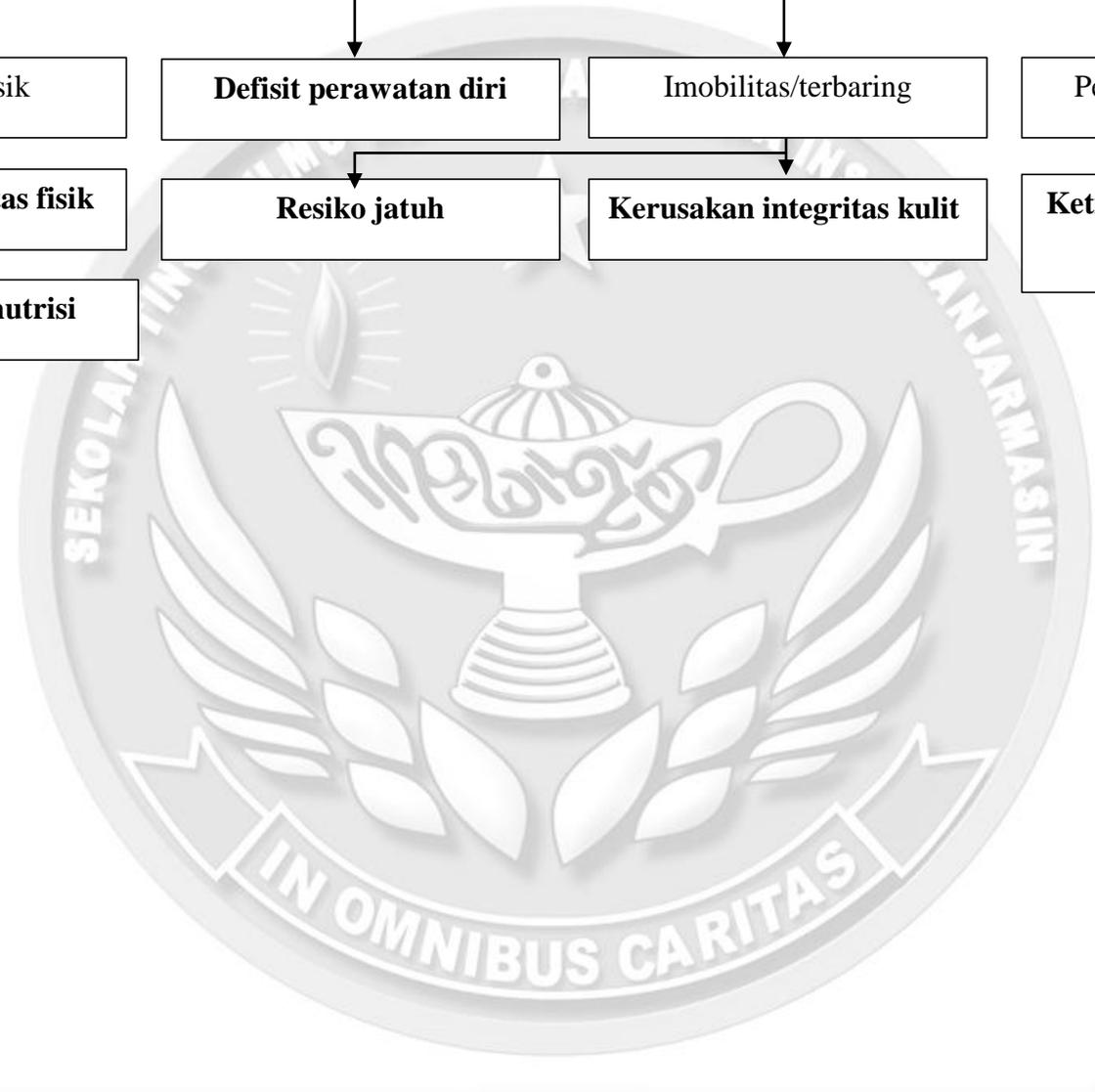
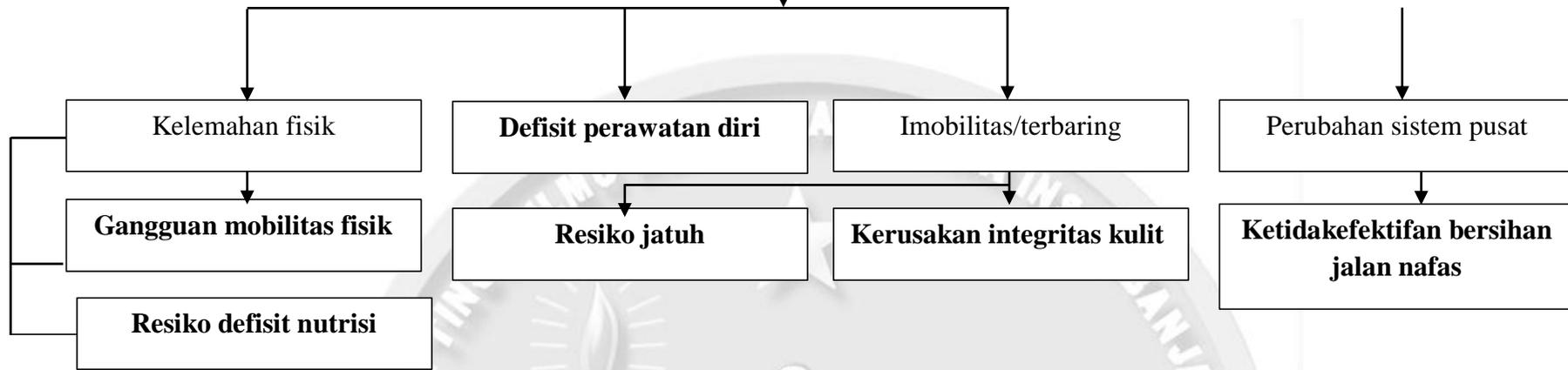
Streptomycin 1x1gr im	Streptomycin digunakan untuk mengobati tuberkulosis dalam kombinasi dengan obat lain, seperti isoniazid, pirazinamide, ethambutol dan rifampicin	Streptomycin tidak boleh digunakan pada kondisi berikut: <ul style="list-style-type: none"> <li>• alergi terhadap streptomycin dan obat golongan aminoglikosida lainnya</li> <li>• gangguan fungsi ginjal atau fungsi ginjal belum sempurna</li> </ul>	Efek samping yang mungkin terjadi selama penggunaan injeksi Streptomycin, antara lain: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ototoksitas (penurunan fungsi dan kerusakan telinga)</li> <li>• nefrotoksitas (disfungsi ginjal akibat paparan obat-obatan)</li> <li>• syok</li> <li>• ruam</li> <li>• mati rasa dan kesemutan di sekitar mulut</li> </ul>	Streptomycin akan diberikan melalui injeksi, biasanya secara intramuskular (melalui otot). Seberapa sering Anda menerima suntikan dan lama perawatan akan tergantung pada jenis infeksi yang Anda alami dan respons Anda terhadap pengobatan	1. Perhatikan dalam pemberian obat yang benar ( 12 benar obat ) 2. Observasi hasil lab terutama bun, creat pasien. 3. Observasi tanda – tanda alergi (kaji Riwayat alergi pasien terhadap obat sebelum atau sesudah pemberian )
--------------------------	--	--	--	--	---

Tabel 3.2. Terapi dan *drug study*



## B. Pathway Meningitis





### C. ANALISA DATA

No	Data	Etiologi	Analisa Problem
1.	Data s : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orang tua pasien mengatakan anaknya tidak sadar</li> </ul> Data O : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien kesadaran stupor GCS : E2 V1 M1</li> <li>- Tubuh kaku</li> <li>- Leher tegang</li> <li>- TTV : Bp : 110/70 N : 80x/menit R: 24x/menit T:38,2 spo2 : 100% dengan o2 NRM 10 Lpm</li> </ul>	Infeksi bakteri pada lapisan meningen Peningkatan ↓ produksi CSF Peningkatan TIK ↓ Peningkatan permeabilitas darah ke otak ↓ Penurunan kesadaran ↓ Kejang ↓ Perpusi jaringan cerebral tidak efektif	Perpusi cerebral tidak efektif
2.	Data S : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orang tua pasien mengatakan anaknya</li> </ul>	Infeksi bakteri pada lapisan meningen ↓ Peningkatan produksi CSF ↓	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) Leukosit : 17,9ribu

	<p>demam naik turun</p> <p>Data O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ku. Sakit berat kesadaran stupor</li> <li>- Akral teraba hangat T:38,2</li> <li>- Leukosit : 17,9ribu</li> </ul>	<p>Peningkatan TIK</p> <p>↓</p> <p>Mempengaruhi pusat pengatur suhu di hipotalamus</p> <p>↓</p> <p>hipertermi</p>	
3.	<p>Data S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orang tua pasien mengatakan tubuh anaknya tidak bisa di gerakan</li> </ul> <p>Data O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tidak sadar kesadaran stupor E2 V1 M1</li> <li>- Tubuh kaku</li> <li>- ADL di bantu sepenuhnya kategori 4 (memandikan, dan membuang dc</li> </ul>	<p>Infeksi bakteri pada lapisan meningen</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan produksi CSF</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan TIK</p> <p>↓</p> <p>Perubahan tingkat kesadaran, perubahan perilaku, potofobia, peningkatan sekresi ADH</p> <p>↓</p> <p>Kelemahan fisik</p> <p>↓</p> <p>Gangguan mobilisasi fisik</p>	<p>Gangguan mobilisasi fisik</p>

	<p>urin di kantung kateter)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV : Bp : 110/70 N : 80x/menit R: 24x/menit T:38,2 spo2 : 100% dengan o2 NRM 10 LPM</li> </ul>		
4.	<p>Data S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orang tua pasien mengatakan anaknya tidak sadar hanya berbaring di tempat tidur</li> </ul> <p>Data O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak luka lecet merah pada punggung daerah ketiak dan bokong kanan , dada dan daerah kaki</li> </ul>	<p>Infeksi bakteri pada lapisan meningen</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan produksi CSF</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan TIK</p> <p>↓</p> <p>Imobilisasi / tirah baring</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan integritas kulit</p>	<p>Kerusakan integritas kulit</p>

5.	<p>Data S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orang tua pasien mengatakan anaknya tidak sadar dan tidak bisa makan lewat mulut hanya di bantu menggunakan selang makan</li> </ul> <p>Data O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tidak sadar kesadaran stupor E2 V1 M1</li> <li>- ADL di bantu untuk makan lewat ngt.</li> <li>- BB hitung lila 51,3 Kg</li> <li>- IMT : 20,85</li> </ul>	<p>Infeksi bakteri pada lapisan meningen ↓ Peningkatan produksi CSF ↓ Peningkatan TIK ↓ Perubahan tingkat kesadaran, perubahan perilaku, potofobia, peningkatan sekresi ADH ↓ Kelemahan fisik ↓ Defisit nutrisi</p>	Resiko defisit nutrisi
6.	Data S : orang tua pasien mengatakan anaknya tidak sadar kencing dan makan menggunakan alat bantu selang kateter dan selang ngt	<p>Infeksi bakteri pada lapisan meningen ↓ Peningkatan produksi CSF ↓ Peningkatan TIK ↓</p>	Resiko infeksi berhubungan dengan penyebaran tb ke orang lain.

	<p>Data O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tidak sadar kesadaran stupor E2 V1 M1</li> <li>- Terpasang dc dan ngt pada tanggal 26/1/2023</li> <li>- TTV : Bp : 110/70 N : 80x/menit R: 24x/menit T:38,2 spo2 : 100% dengan o2 NRM 10 LPM</li> </ul>	<p>Perubahan tingkat kesadaran, perubahan perilaku, potofobia, peningkatan sekresi ADH ↓ Kelemahan fisik ↓ Dilakukan pemasangan selang bantu kencing dan makan/ minum ↓ Resiko infeksi</p>	
7.	<p>Data S : Orang tua mengatakan tubuh anaknya kaku dan tidak bisa di Gerakan kumis Panjang dan mulut kotor</p> <p>Data O : Pasien tampak tidak sadar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tubuh kaku</li> <li>- ADL kategori 4 di bantu sepenuhnya ( mencukur kumis dan membersihkan mulut</li> </ul>	<p>Infeksi bakteri pada lapisan meningen ↓ Peningkatan produksi CSF ↓ Peningkatan TIK ↓ Perubahan tingkat kesadaran, perubahan perilaku, potofobia, peningkatan sekresi ADH ↓ Kelemahan fisik ↓ Defisit Perawatan diri</p>	Defisit Perawatan diri

	<p>menggunakan tonspatel + kassa menggunakan cairan nss serta memandikan pasien.</p>		
8.	<p>Data S : Orang tua mengatakan anaknya hanya tidur dan berbaring ditempat tidur</p> <p>Data O : Pasien tidak sadar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terpasang Label resiko jatuh di dekat tempat tidur pasien</li> <li>- Pasien mendapatkan obat sedasi ( Phenotoin 3x100mg ) oral</li> </ul>	<p>Infeksi bakteri pada lapisan meningen</p> <p>↓ Peningkatan produksi CSF</p> <p>↓ Peningkatan TIK</p> <p>↓ Peningkatan permeabilitas darah ke otak</p> <p>↓ Penurunan kesadaran</p> <p>↓ Kejang</p> <p>↓ Resiko Jatuh</p>	Resiko Jatuh
9.	<p>Data S : Orang tua mengatakan ada dahak di mulut anaknya</p> <p>Data O : Tampak secret pada mulut pasien</p>	Hipersekresi jalan napas	Bersihan jalan napas tidak efektif

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Terdengar suara napas tambahan saat auskultasi</li></ul>		
--	--	--	--





#### D. Asuhan Keperawatan

**Nama / Umur** : Muh iqbal

**Kamar** : Anna 3

**Dokter** : Dr. Ge Aris dan Dr. Rudianor

**Hari/ Tanggal** : Jumat, 3/2/2023

**Diagnosa keperawatan 1** : Perpusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan aliran arteri dan vena di tandai dengan perubahan perilaku dan perubahan respon motorik

STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA (SLKI)	STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA (SIKI)	IMPLEMENTASI	Evaluasi
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan ketidak efektifan perpusi jaringan cerebral teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Tekanan darah systole dan diastole dalam rentang yang di harapkan</p>	<p>1. Monitor TTV</p> <p>2. monitor ukuran pupil, ketajaman, kesimetrisan dan reaksi</p> <p>3. monitor tonus otot pergerakan</p> <p>4. Tinggikan Kepala 0-45 tergantung pada kondisi pasien dan order medis</p>	<p>Jam 8am</p> <p>1. mengobservasi TTV : Bp : 110/70 T:37,8</p> <p>2. Memberikan posisi 30 Derajat dengan menggunakan bantal di kepala pasien</p>	<p>Jam 2 PM</p> <p>S : orang tua pasien mengatakan anaknya masih tidak sadar dan tidak ada respon sama sekali</p> <p>O : pasien kesadaran stupor e2 v1 m1. Tubuh kaku kuduk</p> <p>TTV : Bp : 110/70 N : 80x/menit R: 24x/menit</p>

<p>2. tidak ada ortostatik hipertensi 3. Komunikasi jelas 4. pupil seimbang dan reaktif 5. bebas dari aktivitas kejang</p>	<p>5. Terapkan tehnik head up 30 Derajat ( jurnal NSJ 2020)</p>		<p>T:38,2 spo2 : 100% dengan o2 NRM 10 LPM  A : Masalah perpusi cerebral belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi</p>
--	---	--	---

**Nama / Umur** : Muh iqbal  
**Kamar** : Anna 3  
**Dokter** : Dr. Ge Aris dan Dr. Rudianor  
**Hari/ Tanggal** : Jumat, 3/2/2023

**Diagnosa keperawatan 2** : Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas di tandai adanya bunyi ronci pada paru

<p><b>STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA (SLKI)</b></p>	<p><b>STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA (SIKI)</b></p>	<p><b>IMPLEMENTASI</b></p>	<p><b>Evaluasi</b></p>
---	---	----------------------------	------------------------

<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batuk efektif meningkat</li> <li>2. Produksi sputum menurun</li> <li>3. Mengi menurun</li> <li>4. Ronchi menurun</li> </ol>	<p>Management Jalan Napas</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)</p> <p>Terapiutik</p> <p>1. Berikan oksigen</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. kolaborasi pemberian Bronkodilator</p>	<p>Jam 8am</p> <p>1. mengobservasi TTV : Bp : 110/70 T:37,8</p> <p>2. Mendengarkan suara napas dengan stetoskop</p> <p>Terdengar ronki pada thorak pasien</p> <p>3. Memberikan Oksigen Nrm 10 Lpm</p>	<p>Jam 2 PM</p> <p>S : orang tua pasien mengatakan dahak anaknya sudah tidak ada lagi</p> <p>O : pasien kesadaran stupor e2 v1 m1. Tubuh kaku kuduk</p> <p>TTV : Bp : 110/70 N : 80x/menit R: 24x/menit T:38,2 spo2 : 100% dengan o2 NRM 10 LPM tidak terdengar adanya sumbatan jalan napas/ sekret</p> <p>A : Masalah Bersihan jalan napas teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>
---	---	---	---

**Nama / Umur** : Muh iqbal

**Kamar** : Anna 3

**Dokter** : Dr. Ge Aris dan Dr. Rudianor

**Hari/ Tanggal** : Jumat, 3/2/2023

**Diagnosa keperawatan 3** : Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) di tandai dengan leukosit 17,9 ribu

STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA (SLKI)	STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA (SIKI)	IMPLEMENTASI	Evaluasi
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam di harapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu tubuh membaik 36-37,5</li> <li>2. suhu kulit membaik tidak panas</li> <li>3. tidak ada kejang</li> </ol>	<p>Management hipertermia</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor suhu tubuh terapeutik</li> </ol> <p>1. penerapan kompres hangat (jurnal Nova Ari Pangesti (2022)</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kolaborasi pemberian cairan intravena atau obat golongan ibuprofen</li> </ol>	<p>Jam 8am</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengobservasi TTV : Bp : 110/70 T:37,8</li> <li>2. Memberikan pakaian longgar ( pakaian Rs yang belakangnya pake tali )</li> <li>3. memberikan kompres hangat di daerah kepala.</li> <li>4. memberikan obat painlos</li> </ol> <p>ivial jam 12 Pm</p>	<p>Jam 2 PM</p> <p>S : orang tua pasien mengatakan anaknya masih demam naik turun</p> <p>O : pasien kesadaran stupor e2 v1 m1. Tubuh kaku kuduk</p> <p>TTV : Bp : 110/70 N : 80x/menit R: 24x/menit T:38,2 spo2 : 100% dengan o2 NRM 10 LPM</p> <p>A : Masalah Hipertermi belum teratasi</p>

			P : Lanjutkan intervensi
--	--	--	--------------------------

**Nama / Umur** : Muh iqbal  
**Kamar** : Anna 3  
**Dokter** : Dr. Ge Aris dan Dr. Rudianor  
**Hari/ Tanggal** : Jumat, 3/2/2023

**Diagnosa keperawatan 4** : Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan di tandai dengan pasien tidak bisa mandi sendiri, berpakaian, makan dan ke wc sendiri ( ADL di bantu sepenuhnya oleh perawat Skala 4 )

<b>STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA (SLKI)</b>	<b>STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA (SIKI)</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>	<b>Evaluasi</b>
Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil :	Dukungan Perawatan diri  <b>Observasi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor tingkat kemandirian</li> </ul> <b>Terapeutik</b>	Jam 8am 1. mengobservasi TTV : Bp : 110/70 T:37,8 2. membantu ADL ( mencukur janggut dan kumis pasien , memandikan	Jam 2 PM S : Orang tua mengatakan anaknya tampak bersih setelah di cukur jenggot dan di mandikan.

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi meningkat</li> <li>2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat</li> <li>3. Kemampuan makan meningkat</li> <li>4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat</li> <li>5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat</li> <li>6. Minat melakukan perawatan diri meningkat</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi)</li> <li>• Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</li> </ul>	<p>dan memberikan makan lewat ngt per2jam membantu membuang urin pasien ketika mau penuh).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. memiringkan pasien</li> <li>4. Mengajarkan keluarga untuk membantu perawat dalam membantu ADL terhadap pasien.</li> </ol>	<p>O : pasien kesadaran stupor e2 v1 m1. Tubuh kaku kuduk</p> <p>TTV : Bp : 110/70 N : 80x/menit R: 24x/menit</p> <p>T:38,2 spo2 : 100% dengan o2 NRM 10 LPM</p> <p>A : Masalah Defisit Perawatan diri belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>
---	---	--	---

**Nama / Umur** : Muh iqbal

**Kamar** : Anna 3

**Dokter** : Dr. Ge Aris dan Dr. Rudianor

**Hari/ Tanggal** : Jumat, 3/2/2023

**Diagnosa keperawatan 5** : Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan gangguan neuromaskular d/d pasien kaku kuduk dan tidak sadar

STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA (SLKI)	STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA (SIKI)	IMPLEMENTASI	Evaluasi
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan mobilisasi fisik akan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstermitas meningkat</li> <li>2. kekuatan otot meningkat</li> <li>3. rentang gerak room meningkat</li> </ol>	<p>Dukungan mobilisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. terapi range of motion ( ROM) dan terapi ambulasi ( jurnal seminar nasional penelitian dan pengabdian masyarakat 2021)</li> </ol> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan</li> </ol> <p>terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. fasilitasi melakukan pergerakan jika ada</li> <li>2. libatkan keluarga dalam ADL pasien</li> </ol> <p>Edukasi</p>	<p>Jam 8am</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengobservasi TTV : Bp : 110/70 T:37,8</li> <li>2. membantu ADL ( mencukur janggut dan kumis pasien , memandikan dan memberikan makan lewat ngt per2jam membantu membuang urin pasien ketika mau penuh).</li> <li>3. memiringkan pasien</li> <li>4. mengajarkan keluarga untuk sering mika/miki per2jam dan menjelaskan cara memberikan makan</li> </ol>	<p>Jam 2 PM</p> <p>S : orang tua pasien mengatakan anaknya masih tidak respond dan tubuh kaku dan tidak ada gerakan sama sekali hanya nmembuka mata bila di cubit</p> <p>O : pasien kesadaran stupor e2 v1 m1. Tubuh kaku kuduk TTV : Bp : 110/70 N : 80x/menit R: 24x/menit T:38,2 spo2 : 100% dengan o2 NRM 10 LPM</p> <p>A : Masalah gangguan mobilisasi belum teratasi</p>

	1. jelaskan kekeluarga tujuan dan prosedur mobilisasi	lewat ngt dan membuang urin di kantong urin	P : Lanjutkan intervensi
--	---	---	--------------------------

**Nama / Umur** : Muh iqbal  
**Kamar** : Anna 3  
**Dokter** : Dr. Ge Aris dan Dr. Rudianor  
**Hari/ Tanggal** : Jumat, 3/2/2023

**Diagnosa keperawatan 6** : Resiko Jatuh berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran dan efek agen farmakologis ( sedasi )

<b>STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA (SLKI)</b>	<b>STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA (SIKI)</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>	<b>Evaluasi</b>
Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil:	Pencegahan Jatuh  <b>Observasi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hitung risiko jatuh dengan</li> </ul>	Jam 8am 1. Menghitung resiko jatuh menggunakan morse fall	Jam 2 PM S : orang tua pasien mengatakan anaknya masih

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh dari tempat tidur menurun</li> <li>2. Jatuh saat berdiri menurun</li> <li>3. Jatuh saat duduk menurun</li> <li>4. Jatuh saat berjalan menurun</li> </ol>	<p>menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</li> <li>• Pasang handrail tempat tidur</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> </ul>	<p>scale pada lembar status pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. memastikan roda dan pagar tempat tidur pasien terkunci</li> <li>3. menganjurkan keluarga untuk memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk pasien berpindah</li> </ol>	<p>tidak bisa bergerak hanya berbaring saja di tempat tidur</p> <p>O : pasien kesadaran stupor e2 v1 m1. Tubuh kaku TTV : Bp : 110/70 N : 80x/menit R: 24x/menit T:38,2 spo2 : 100% dengan o2 NRM 10 LPM terpasang tanda resiko jatuh di dekat tempat tidur pasien dan pagar terkunci kanan dan kiri</p> <p>A : Masalah Resiko jatuh belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>
--	--	--	---

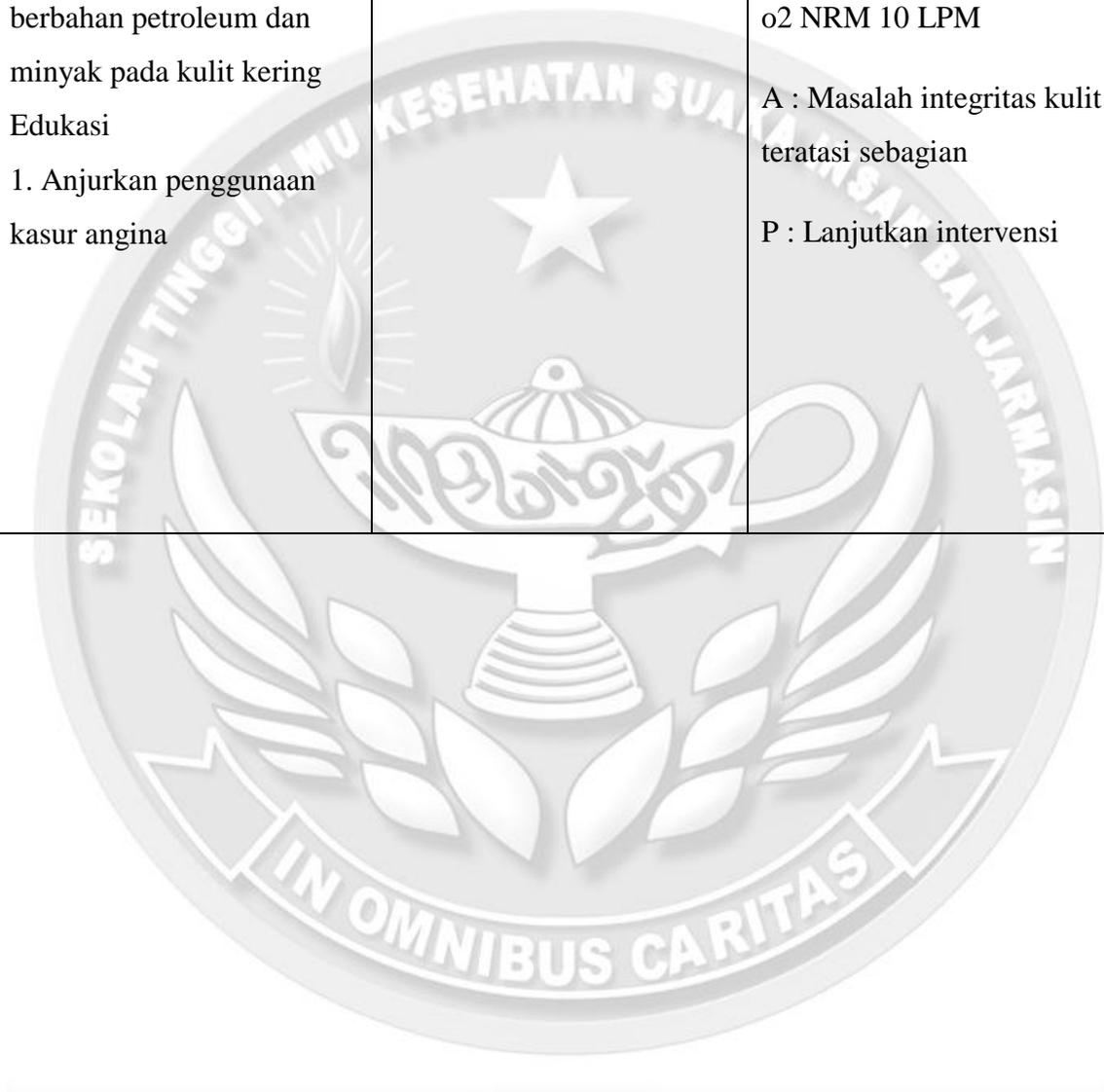
**Nama / Umur** : Muh iqbal  
**Kamar** : Anna 3  
**Dokter** : Dr. Ge Aris dan Dr. Rudianor

**Hari/ Tanggal** : Jumat, 3/2/2023

**Diagnosa keperawatan 7** : Gangguan integritas jaringan kulit berhubungan dengan neuropati perifer ditandai dengan kerusakan lapisan kulit, kemerahan

STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA (SLKI)	STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA (SIKI)	IMPLEMENTASI	Evaluasi
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka integritas jaringan kulit akan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kerusakan integritas jaringan menurun</li> <li>2. kemerahan menurun</li> <li>3. hematoma menurun</li> </ol>	<p>Perawatan integritas kulit</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.pemberian minyak zaitun untuk mengurangi masalah kerusakan kulit ( jurnal sentani nursing 2022)</li> </ol> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. identifikasi penyebab gangguan integritas kulit ( misal penurunan kelembaban / tirah baring ) terapeutik</li> <li>1. ubah posisi pasien tiap 2 jam</li> </ol>	<p>Jam 8am</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengobservasi TTV : Bp : 110/70 T:37,8</li> <li>2. memberikan bantalan pada area yang mengalami penekanan di sela baha dan tangan.</li> <li>3. Memberikan minyak zaitun pada kulit pasien</li> <li>4. memberikan salep pada luka lecet di punggung belakang dan bokong dengan biocream salep.</li> </ol>	<p>Jam 2 PM</p> <p>S : orang tua pasien mengatakan luka pada punggung dan bokong sudah mulai kering</p> <p>O : pasien kesadaran stupor e2 v1 m1. Tubuh kaku kuduk , luka pada punggung dan bokong sudah mulai kering</p> <p>TTV : Bp : 110/70 N : 80x/menit R: 24x/menit</p>

	<p>2. gunakan produk berbahan petroleum dan minyak pada kulit kering</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan penggunaan kasur angin</p>		<p>T:38,2 spo2 : 100% dengan o2 NRM 10 LPM</p> <p>A : Masalah integritas kulit teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>
--	---	--	--



**Nama / Umur** : Muh iqbal  
**Kamar** : Anna 3  
**Dokter** : Dr. Ge Aris dan Dr. Rudianor  
**Hari/ Tanggal** : Jumat, 3/2/2023

**Diagnosa keperawatan 8** : Resiko Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan di tandai dengan kerusakan neuromuskular

<b>STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA (SLKI)</b>	<b>STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA (SIKI)</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>	<b>Evaluasi</b>
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan nutrisi akan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. berat badan meningkat</li> <li>2. Nafsu makan meningkat tanpa selang ngt</li> <li>3. status menelan membaik</li> </ol>	<p>Management nutrisi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. identifikasi diet yang di anjurkan</li> </ol> <p>Terapiutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. atur posisi yang nyaman untuk mkan dan minum</li> </ol> <p>Edukasi</p>	<p>Jam 8am</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengobservasi TTV : Bp : 110/70 T:37,8</li> <li>2. membantu ADL (memberikan makan dan minum lewat ngt per2jam jus buah serta bubur saring).</li> <li>4. mengajarkan keluarga untuk sering memberikan makan dan minum per2jam</li> </ol>	<p>Jam 2 PM</p> <p>S : Orang tua pasien mengatakan anaknya tidak sadar makan hanya menggunakan selang lewat hidung dan keluarga masih belum bisa memberikan makan lewat ngt</p> <p>O : pasien kesadaran stupor e2 v1 m1. Tubuh kaku kuduk TTV : Bp : 110/70 N : 80x/menit R: 24x/menit T:38,2 spo2 : 100% dengan o2 NRM 10 LPM berat badan menggnakan pengukuran lila 51,3kg</p>

	<p>1. jelaskan kekeluarga cara pemberian makan dan jam pemberian makan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. konseling nutrisi penerapan manajemen nutrisi ( jurnal aisyiyah medika 8 2023)</p>	<p>5. Menghitung BB menggunakan lila</p> <p>BB : 51,3</p> <p>IMT BB : 20,85 ( Normal 18,5-25,0)</p> <p>menurut klasifikasi nasional</p>	<p>A : Resiko deficit nutrisi teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>
--	---	---	--

**Nama / Umur** : Muh iqbal

**Kamar** : Anna 3

**Dokter** : Dr. Ge Aris dan Dr. Rudianor

**Hari/ Tanggal** : Jumat, 3/2/2023

**Diagnosa keperawatan 9** : Resiko infeksi berhubungan dengan penyebaran bakteri tb ke orang lain di tandai dengan hasil lab 17.9 ribu

<b>STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA (SLKI)</b>	<b>STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA (SIKI)</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>	<b>Evaluasi</b>
--	--	---------------------	-----------------

<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan infeksi akan menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam menurun</li> <li>2. Kemerahan menurun</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Bengkak menurun</li> <li>5. Kadar sel darah putih membaik</li> </ol>	<p>Pencegahan infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. aplikasi rebusan air daun sirih untuk mengatasi resiko infeksi ( jurnal siti amiatin 2019)</li> </ol> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Batasi jumlah pengunjung</li> </ul> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> </ul>	<p>Jam 8am</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengobservasi TTV : Bp : 110/70 T:37,8</li> <li>2. membersihkan daerah muka terutama daerah dekat hidung bekas pemasangan ngt serta daerah genetalia tempat pemasangan selang kencing.</li> <li>3. menganjurkan keluarga atau tamu yang datang untuk selalu memakai masker</li> </ol>	<p>Jam 2 PM</p> <p>S : Orang tua pasien mengatakan anaknya tidak sadar makan hanya menggunakan selang lewat hidung dan keluarga masih belum bisa memberikan makan lewat ngt dan membuang kencing</p> <p>O : pasien kesadaran stupor e2 v1 m1. Tubuh kaku kuduk TTV : Bp : 110/70 N : 80x/menit R: 24x/menit T:38,2 spo2 : 100% dengan o2 NRM 10 LPM berat hasil lab tanggal 30/1/2023 leukosit 17,9ribu.</p> <p>A : Resiko infeksi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>
---	--	--	---



Tanggal	SOAPIE	Paraf
<p>Sabtu tanggal 4/2/2023 Jam 8am</p> <p>Jam 2 PM</p>	<p>S : orang tua pasien mengatakan anaknya masih tidak bisa bergerak hanya berbaring saja di tempat tidur</p> <p>O : pasien kesadaran stupor e2 v1 m1. Tubuh kaku TTV : Bp : 110/70 N : 80x/menit R: 24x/menit T:38,2 spo2 : 100% dengan o2 NRM 10 LPM terpasang tanda resiko jatuh di dekat tempat tidur pasien dan pagar terkunci kanan dan kiri</p> <p>A : Resiko Jatuh berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran dan efek agen farmakologis ( sedasi )</p> <p>P : Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</li> <li>• Pasang handrail tempat tidur</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> </ul> <p>I : 1. Menghitung resiko jatuh menggunakan morse fall scale pada lembar status pasien</p> <p>2. memastikan roda dan pagar tempat tidur pasien terkunci</p> <p>3. menganjurkan keluarga untuk memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk pasien berpindah</p> <p>E : orang tua pasien mengatakan anaknya masih tidak bisa bergerak hanya berbaring saja di tempat tidur</p>	<p>Edwin</p>

Tanggal	SOAPIE	Paraf
<p>Sabtu tanggal 4/2/2023 Jam 8am</p> <p>Jam 2 PM</p>	<p>S : orang tua pasien mengatakan anaknya mulutnya tidak pernah di bersihkan kumisnya panjang</p> <p>O : pasien kesadaran stupor e2 v1 m1. Tubuh kaku kuduk TTV : Bp : 110/70 N : 80x/menit R: 24x/menit T:38,2 spo2 : 100% dengan o2 NRM 10 LPM</p> <p>A : Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan di tandai dengan pasien tidak bisa mandi sendiri, berpakaian,makan dan ke wc sendiri ( ADL di bantu sepenuhnya oleh perawat Skala 4 )</p> <p>P : Dukungan Perawatan diri</p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor tingkat kemandirian</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi)</li> <li>• Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</li> </ul> <p>I :1. mengobservasi TTV : Bp : 110/70 T:37,8 2. membantu ADL ( mencukur janggut dan kumis pasien , memandikan dan memberikan makan lewat ngt per2jam membantu membuang urin pasien ketika mau penuh). 3. memiringkan pasien 4. Mengajarkan keluarga untuk membantu perawat dalam membantu ADL terhadap pasien.</p>	<p>Edwin</p>

	E : Orang tua mengatakan anaknya tampak bersih setelah di cukur jenggot dan di mandikan.	
--	--	--

Tanggal	SOAPIE	Paraf
Sabtu tanggal 4/2/2023 Jam 8am	<p>S : Orang tua mengatakan ada dahak di mulut anaknya</p> <p>O : pasien kesadaran stupor e2 v1 m1. Tubuh kaku kuduk TTV :            Bp : 110/70 N : 80x/menit R: 24x/menit T:38,2 spo2 : 100%            dengan o2 NRM 10 LPM tidak terdengar adanya sumbatan jalan napas/ sekret</p> <p>A : Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas di tandai adanya bunyi ronci pada paru</p> <p>P : Management Jalan Napas</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)</p> <p>Terapiutik</p> <p>1. Berikan oksigen</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. kolaborasi pemberian Bronkodilator</p>	Edwin
Jam 2 PM	<p>I : 1. mengobservasi TTV : Bp : 110/70 T:37,8</p> <p>2. Mendengarkan suara napas dengan stetoskop Terdengar ronki pada thorak pasien</p> <p>3. Memberikan Oksigen Nrm 10 Lpm</p> <p>E : S : orang tua pasien mengatakan dahak anaknya sudah tidak ada lagi</p>	



Tanggal	SOAPIE	Paraf
Sabtu tanggal	S : orang tua pasien mengatakan anaknya masih demam naik turun	Edwin

<p>4/2/2023 Jam 8am</p>	<p>O : pasien kesadaran stupor e2 v1 m1. Akral hangat Tubuh kaku kuduk TTV : Bp : 120/70 N : 89x/menit R: 22x/menit T:36,2 spo2 : 100% dengan o2 NRM 10 LPM</p> <p>A : Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)</p> <p>P : 1. mengobservasi TTV 2. berikan pakaian longgar 3. berikan kompres hangat 4. berikan obat SOD</p> <p>I : 1. mengobservasi TTV : Bp : 110/70 T:37,8 2. Memberikan pakaian longgar 3. memberikan kompres hangat 4. memberikan obat painlos ivial jam 12 Pm</p>	
<p>Jam 2 PM</p>	<p>E : orang tua pasien mengatakan anaknya masih naik turun demamnya TTV : Bp : 110/80 N : 72x/menit R: 22x/menit T:37,2 spo2 : 100% dengan o2 NRM 10 LPM</p>	

Tanggal	SOAPIE	Paraf
Sabtu tanggal	S : orang tua pasien mengatakan anaknya masih tidak respond dan tubuh kaku dan tidak ada gerakan sama sekali hanya nmembuka mata bila di cubit	Edwin

<p>4/2/2023</p> <p>Jam 8am</p>	<p>O : pasien kesadaran stupor e2 v1 m1. Akral hangat Tubuh kaku kuduk tidak terdapat pergerakan sama sekali kecuali dengan rangsang pasien dapat membuka mata TTV : Bp : 120/70 N : 89x/menit R: 22x/menit T:36,2 spo2 : 100% dengan o2 NRM 10 LPM</p> <p>A : Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan gangguan neuromaskular d/d pasien kaku kuduk dan tidak sadar</p> <p>P : 1. observasi TTV 2. bantu ADL 3. miringkan pasien 4. anjurkan keluarga untuk sering mika/miki per2jam</p> <p>I : 1. mengobservasi TTV : Bp : 110/70 T:37,8 2. membantu ADL ( mencukur janggut dan kumis pasien , memandikan dan memberikan makan lewat ngt per2jam membantu membuang urin pasien ketika mau penuh). 3. memiringkan pasien 4. menganjurkan keluarga untuk sering mika/miki per2jam</p>	
<p>Jam 2 PM</p>	<p>E : orang tua pasien mengatakan anaknya masih tidak bergerak sama sekali dan tidak respon bila di panggil TTV : Bp : 110/80 N : 72x/menit R: 22x/menit T:37,2 spo2 : 100% dengan o2 NRM 10 LPM</p>	

Tanggal	SOAPIE	Paraf
Sabtu tanggal	S : orang tua pasien mengatakan luka pada punggung dan bokong sudah mulai kering	Edwin



<p>Sabtu tanggal 4/2/2023 Jam 8am</p>	<p>S : Orang tua pasien mengatakan anaknya tidak sadar dan tidak bisa makan lewat mulut hanya di bantu menggunakan selang makan</p> <p>O : pasien kesadaran stupor e2 v1 m1. Akral hangat Tubuh kaku kuduk, terpasang ngt . TTV : Bp : 120/70 N : 89x/menit R: 22x/menit T:36,2 spo2 : 100% dengan o2 NRM 10 LPM BB : 49kg di ukur melalui lila</p> <p>A : Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan di tandai dengan kerusakan neuromuskular</p> <p>P : 1. identifikasi diet yang di anjurkan 2. atur posisi yang nyaman untuk makan dan minum 3. jelaskan kekeluarga cara pemberian makan dan jam pemberian makan 4. konseling nutrisi</p> <p>I : 1. mengobservasi TTV : Bp : 110/70 T:37,8 2. membantu ADL (memberikan makan dan minum lewat ngt per2jam jus buah serta bubur saring). 3. memberikan posisi kepala lebih tinggi 4. menganjurkan keluarga untuk sering memberikan makan dan minum per2jam 5. mengkonsultasi kan pasien dan keluarga dengan ahli gizi</p>	<p>Edwin</p>
<p>Jam 2 PM</p>	<p>E : Orang tua pasien mengatakan anaknya tidak sadar makan hanya menggunakan selang lewat hidung dan keluarga masih belum bisa memberikan makan lewat ngt</p>	

Tanggal	SOAPIE	Paraf
<p>Sabtu tanggal 4/2/2023 Jam 8am</p> <p>Jam 2 PM</p>	<p>S : Orang tua mengatakan anaknya makan dan kencing menggunakan alat bantu selang makan dan selang kencing ( NGT dan DC)</p> <p>O : pasien kesadaran stupor e2 v1 m1. Akral hangat Tubuh kaku kuduk, terpasang ngt dan dc tanggal 26/1/2023 TTV : Bp : 120/70 N : 89x/menit R: 22x/menit T:36,2 spo2 : 100% dengan o2 NRM 10 LPM</p> <p>A : Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive pemasangan ngt dan dc.</p> <p>P : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>3. Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>4. jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> </ol> <p>I : 1. mengobservasi TTV : Bp : 110/70 T:37,8</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. membantu ADL (memberikan makan dan membuang dc urin).</li> <li>3. membersihkan daerah muka terutama daerah dekat hidung bekas pemasangan ngt serta daerah genetalia tempat pemasangan selang kencing.</li> </ol> <p>E : Orang tua pasien mengatakan anaknya tidak sadar makan hanya menggunakan selang lewat hidung dan keluarga masih belum bisa memberikan makan lewat ngt dan membuang kencing</p>	<p>Edwin</p>

