

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Sdr. Z DENGAN Susp.MENINGITIS

DIRUANG RAWAT INAP NEUROLOGI RSUD Dr.ACHMAD

MOCHTAR KOTA BUKITTINGGI

TAHUN 2019



OLEH :

DHELLA NERA

NIM : 1614401007

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

STIKES PERINTIS PADANG

TAHUN 2019
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Sdr. Z DENGAN Susp.
MENINGITIS DI RUANG RAWAT INAP NEUROLOGI
DI RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI
TAHUN 2019

LAPORAN STUDI KASUS

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan
Program Diploma III Keperawatan Di STIKES Perintis Padang*



OLEH :

DHELLA NERA

NIM : 1614401007

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
STIKES PERINTIS PADANG

TAHUN 2019

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

Karya Tulis Ilmiah, Laporan Studi Kasus, Juli 2019

DHELLA NERA

1614401007

Asuhan Keperawatan Pada Sdr. Z Dengan Suspek Meningitis Di Ruang Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.

89 halaman + 8 tabel + 1 gambar

ABSTRAK

Meningitis merupakan radang pada meningen (membrane yang mengelilingi otak dan medulla spinali) yang disebabkan oleh virus, bakteri atau organ-organ jamur. Tanda dan gejala yang dialami biasanya adalah nafas sesak. Insiden di RSAM meningitis ditandai dengan angka kejadian 10% tiap bulannya. Tujuan dari penulisan laporan ini adalah mampu melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien Meningitis Di Ruang Neurologi RSAM Bukittinggi Tahun 2019. Hasil laporan kasus ditemukan data pada Sdr. Z yaitu pasien mengalami penurunan kesadaran, nafas sesak, lemah anggota gerak, serta adanya penumpukan sekret. Dari hasil pengkajian tersebut didapatkan masalah keperawatan pada Sdr. Z adalah perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan infeksi otak, bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan dibuktikan dengan batuk tidak efektif, ronchi, pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas dibuktikan dengan pola nafas abnormal, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan kekuatan otot menurun serta defisit perawatan diri b.d kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri. Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka disusunlah rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan serta evaluasi yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil. Oleh karena itu untuk mencegah meningitis disarankan kepada institusi rumah sakit untuk melakukan perawatan intensif dan memberikan informasi mengenai meningitis.

Kata kunci : Meningitis, Asuhan Keperawatan

Daftar Pustaka : (2005-2017)

HIGH SCHOOL HEALTH SCIENCE PERINTIS BUKITTINGGI

D III STUDY NURSING PROGRAM

Scientific Paper, July 2019 Case Study Report

DHELLA NERA

1614401007

Nursing Care Client Sdr. Z With Suspected Meningitis In the room Inpatient Neurology Hospital DR. Achmad Mochtar Bukittinggi 2019.

89 pages + 8 tables + 1 picture

ABSTRACT

Meningitis is an inflammation of the meninges (the membrane that surrounds the brain and spinal cord) caused by viruses, bacteria or fungi organisms. Signs and symptoms are usually experienced shortness of breath. The incidence of meningitis in RSAM Bukittinggi marked by the incidence 10% per month. The purpose of this report is able to perform nursing care to patients meningitis in the inpatient neurology RSAM Bukittinggi in 2019. The results of the report are found Sdr. Z decreased consciousness, shortness of breath, weak limbs, accumulation of secretions. From the results of the study obtained nursing problems at Sdr. Z ineffective cerebral perfusion associated with brain infection, ineffective airway clearance associated with evidence of ineffective cough secretions, ineffective breathing patterns associated with resistance to breathing efforts as evidenced by resistance to breathing effort, impaired physical mobility associated with reduced muscle strength as evidenced by decreased muscle strength, and self care deficits are associated with proven weaknesses by not being able to carry out self care independently. Therefore to prevent meningitis it is recommended that hospital institutions do intensive care and provide information about meningitis.

Keywords : Meningitis, Nursing Care

Reading list : (2005-2017)

LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : Dhella Nera
NIM : 1614401007
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Sdr. Z Dengan Susp. Meningitis Di
Ruangan Neurologi RSUD Dr. Achamad Mochtar Bukittinggi
Tahun 2019.

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan
Penguji Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 19 Juli 2019

Pembimbing,



Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep
NIK : 1420114098511072

Mengetahui,

Ka Prodi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang



Ns. Endra Amalia, M.Kep
NIK : 1420123106993012

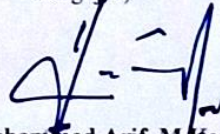
LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : Dhella Nera
NIM : 1614401007
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Sdr. Z Dengan Susp. Meningitis Di Ruang Neurologi RSUD Dr. Achamad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 19 Juli 2019
Dosen Penguji

Penguji I,



Ns. Muhammad Arif, M.Kep
NIK : 1420114098409051

Penguji II



Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep
NIK : 1420114098511072

KATA PENGANTAR



Segala puji dan syukur bagi Allah SWT, yang dengan namaNya bumi hamparkan, dan dengan namaNya langit ditinggikan. Segala puji bagi Allah SWT sang Maha Cahaya penguat hidayah, dan semua jiwa digenggamnya, kasih sayang Mu yang mulia, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Sdr. Z dengan Suspek Meningitis Di Ruang Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019”

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis mendapatkan banyak bantuan dan masukan dari berbagai pihak, dan kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns. Endra Amalia, M.Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang
3. Ibu Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep selaku Pembimbing yang telah banyak memberikan bimbingan arahan dan petunjuk sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

4. Ibu Ns. Wettriati, S.Kep selaku Pembimbing Klinik yang telah banyak memberikan bimbingan dan arahan dan petunjuk sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Direktur RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi beserta staf yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan ujian akhir Program studi D III Keperawatan.
6. Seluruh staf Dosen jurusan Keperawatan yang telah membantu dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
7. Ayah, ibu, dan adik tercinta atas dukungan moril dan materil serta doa yang tulus sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Rekan-rekan mahasiswa/i Progran Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang yang telah memberikan dukungan dan motivasi serta masukan untuk terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini, serta semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan namanya satu persatu.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kata sempurna, oleh sebab itu penulis mengharapkan saran dan masukannya untuk perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhirnya kepada-Nya juga kita berserah diri. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua khususnya profesi keperawatan.

DAFTAR ISI

ABSTRAK

LEMBAR PERSETUJUAN

LEMBAR PENGESAHAN

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR GAMBAR	v
DAFTAR SKEMA	vi
DAFTAR TABEL	vii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1.Latar Belakang	1
1.2.Tujuan	3
1.3.Manfaat	4
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
2.1.1. Pengertian	6
2.1.2. Anatomi Fisiologi	7
2.1.3. Etiologi	12
2.1.4. Manifestasi Klinis	13
2.1.5. Patofisiologi	15
2.1.6. Pemeriksaan Penunjang	18
2.1.7. Penatalaksanaan	18
2.1.8. Komplikasi	20
2.1.9. Asuhan Keperawatan	21

BAB III TINJAUAN KASUS

3.1.1. Pengkajian	45
3.1.2. Diagnosa Keperawatan	61
3.1.3. Intervensi	62
3.1.4. Implementasi dan Evaluasi	68

BAB IV PEMBAHASAN

4.1. Pengkajian Keperawatan	78
4.2. Diagnosa Keperawatan	80
4.3. Intervensi Keperawatan	81
4.4. Implementasi Keperawatan	84
4.5. Evaluasi Keperawatan	86

BAB V PENUTUP

5.1. Kesimpulan	88
5.2. Saran	89

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 2.2. Anatomi otak 7

DAFTAR SKEMA

Halaman

Gambar 2.5. WOC 17

DAFTAR TABEL

Tabel 2.3. Etiologi	12
Tabel 2.11. Rencana Asuhan Keperawatan Teoritis.....	29
Tabel V Data Biologis	53
Tabel X Data Penunjang	55
Tabel XI Data Pengobatan	56
Tabel A. Analisa Data	59
Tabel C. Rencana Asuhan Keperawatan	62
Tabel D. Implementasi dan Evaluasi	68

LAMPIRAN

Lembar Absensi

Lembar Konsultasi Bimbingan

Lembar Konsultasi Revisi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berdasarkan pada perikemanusiaan, pemberdayaan, dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamaan dan manfaat dengan perhatian khusus pada penduduk usia rentan, antara lain ibu, bayi, anak, lanjut usia, dan keluarga miskin.

Diantara penyakit infeksi yang perlu mendapat perhatian adalah penyakit meningitis, karena penyakit ini sangat mempengaruhi pertumbuhan anak. Selain itu penyakit meningitis merupakan salah satu penyebab kematian anak di banyak negara di dunia.

Meningitis adalah peradangan yang terjadi pada meningen, yaitu membran atau selaput yang melapisi otak dan medulla spinalis, dapat disebabkan berbagai organisme seperti virus, bakteri ataupun jamur yang menyebar masuk kedalam darah dan berpindah kedalam cairan otak (Black & Hawk, 2005).

Data WHO (2009) memperkirakan jumlah kasus meningitis dan kasus kecacatan neuro lainnya sekitar 500.000 dengan Case Fatality Rate (CFR) 10% di seluruh dunia.

WHO (2005) melaporkan pada tahun 1996, Afrika mengalami wabah meningitis yang tercatat sebagai epidemik terbesar dalam sejarah dengan lebih dari 250.000 kasus dan 25.000 kematian (CFR=10%) yang terdaftar. Dari masa krisis tersebut hingga tahun 2002 terdapat 223.000 kasus baru, daerah yang telah terkena dampak tersebut adalah Burkina Faso, Chad, Ethiopia dan Nigeria. Pada tahun 2002, terjadi wabah meningitis di Burkina Faso dan Ethiopia dengan Insidens Rate 65%.

Di Negara Amerika Serikat (2009) terdapat sekitar 3000 kasus penyakit meningokokkus dan sekitar 7.700 kasus di Eropa bagian Barat setiap tahunnya. Insidens Rate di Amerika berkisar 0,5 – 1,5 kasus per 100.000 penduduk pertahun.

Diantaranya dipengaruhi oleh faktor-faktor resiko seperti Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA), infeksi HIV, kepadatan penduduk, dan status sosial ekonomi yang rendah. Sedangkan Insidens Rate meningitis karena virus di Amerika Serikat 10 per 100.000 penduduk pertahun.

Data South East Asian Medical Information Center (SEAMIC) Health Statistic (2002) melaporkan bahwa pada tahun 2000 dan 2001 di Indonesia, terdapat masing-masing 1.937 dan 1.667 kasus kematian karena meningitis dengan CSDR 9,4 dan 8 per 1000.000 penduduk.¹⁰ Pada tahun 1997, khususnya di Jakarta, meningitis purulenta merupakan penyakit yang masih banyak ditemukan pada bayi dan anak-anak yaitu pada umur 2 bulan – 2 tahun dengan mortalitas 47,8%.

Ditemukan di RSAM Bukittinggi sekitar 10% pasien menderita penyakit meningitis dan termasuk kedalam 10 penyakit terbanyak pada 5 tahun belakangan ini.

Selama perawatan pasien meningitis mengalami berbagai masalah keperawatan, sehingga membutuhkan proses keperawatan, proses keperawatan dilakukan untuk mengidentifikasi masalah, mencegah, dan mengatasi masalah keperawatan yang dialami pasien baik masalah keperawatan actual maupun potensial untuk meningkatkan kesehatan.

Maka dari itu muncul gagasan untuk mengurangi agar tidak muncul penderita meningitis dengan memberikan Asuhan Keperawatan kepada pasien dan keluarga pasien.

Selama perawatan, pasien meningitis mengalami berbagai masalah, sehingga membutuhkan proses keperawatan, proses keperawatan dilakukan untuk mengidentifikasi masalah, mencegah, dan mengatasi masalah keperawatan yang dialami pasien, baik masalah keperawatan actual maupun potensial untuk meningkatkan kesehatan. Asuhan keperawatan yang diberikan perawat sangat mempengaruhi kualitas asuhan keperawatan yang diterima oleh pasien. Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dengan menerapkan berbagai peran perawat. Selama berpraktek penulis menjalankan peran perawat sebagai perawat klini educator dan pemberi asuhan keperawatan sehingga dapat membantu pasien yang mengalami masalah fisik maupun psikologis yang membutuhkan perawatan lebih lanjut.

Dari latar belakang tersebut penulis mengambil kasus tersebut sebagai penyusunan karya tulis ilmiah D III Keperawatan dengan mengambil judul “Asuhan Keperawatan pada Sdr.Z dengan Meningitis di Ruangan Neurologi RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019”.

1.2. Tujuan

1.2.1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan Asuhan Keperawatan pada Sdr.Z dengan Susp.Meningitis di Ruangan Neurologi RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.2.2. Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu memahami konsep dasar Asuhan Keperawatan pada pasien Susp.Meningitis di Ruangan Neurologi RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.
2. Mahasiswa mampu melakukan Pengkajian kepada Sdr. Z dengan Susp.Meningitis di Ruangan Neurologi RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.
3. Mahasiswa mampu merumuskan Diagnosa Keperawatan pada Sdr. Z dengan Susp.Meningitis di Ruangan Neurologi RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.
4. Mahasiswa mampu menetapkan Intervensi Keperawatan pada Sdr.Z dengan Susp. Meningitis di Ruangan Neurologi RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.

5. Mahasiswa mampu melakukan Implementasi kepada Sdr.Z dengan Susp.Meningitis di Ruang Neurologi RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittingi 2019.
6. Mahasiswa mampu melakukan Evaluasi Keperawatan pada Sdr.Z dengan Susp.Meningitis di Ruang Neurologi RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittingi 2019.
7. Mahasiswa mampu melakukan Pendokumentasian Keperawatan pada Sdr.Z dengan Susp.Meningitis di Ruang Neurologi RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittingi 2019.

1.3. Manfaat

1. Bagi Pelayanan Kesehatan

Dapat meningkatkan pelayanan kesehatan dengan memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif, kolaborasi dengan disiplin ilmu kesehatan lainnya serta melibatkan keluarga dalam merawat pasien meningitis.

Dapat digunakan sebagai pedoman dalam upaya peningkatan program keperawatan dalam merawat pasien meningitis.

2. Bagi Pasien dan Keluarga Pasien

Pasien dan keluarga pasien mengetahui penyakit dan perawatan meningitis dan dapat mencegah penyakit meningitis.

3. Bagi Mahasiswa

Memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi mahasiswa dalam memberikan dan menyusun Asuhan Keperawatan pada pasien meningitis, dan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1. Konsep Dasar

2.1.1. Pengertian

Meningitis adalah inflamasi pada meningen atau membrane (selaput) yang mengelilingi otak dan medulla spinalis. Penyebab meningitis meliputi bakteri, virus, dan organisme jamur (Muttaqin,2008).

Otak dan medul spinalis dilindungi oleh lapisan atau selaput yang disebut meningen. Peradangan pada meningen khususnya pada bagian araknoid dan piameter (leptomeningens) disebut meningitis. Peradangan pada bagian durameter disebut pakimeningen. Meningitis dapat disebabkan karena bakteri, virus, jamur, atau karena toksin. Namun demikian sebagian besar meningitis disebabkan bakteri.

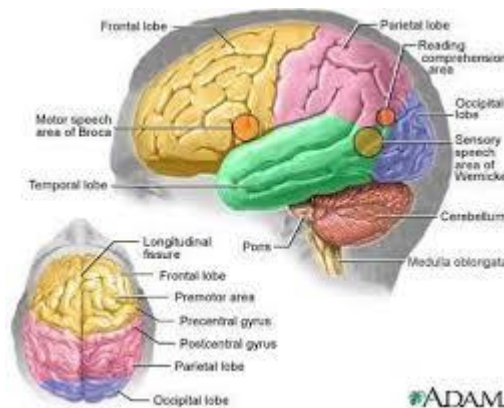
Meningitis adalah peradangan pada meningen yaitu membrane yang melapisi otak dan medulla spinalis (Black,2009).

Dari penjelasan diatas, kesimpulan penulis tentang meningitis adalah suatu reaksi peradangan seluruh selaput otak (meningen) yang ditandai dengan adanya sel darah putih dalam cairan serebrospinalis, yang disebabkan oleh virus, jamur dan bakteri yang menyebar masuk kedalam darah dan berpindah kedalam cairan otak.

2.1.2. Anatomi dan Fisiologi

Otak manusia kira-kira mencapai 2% dari berat badan dewasa. Otak menerima 15% dari curah jantung memerlukan sekitar 20% pemekaaian oksigen tubuh, dan sekitar 400 kilo kalori energy setiap harinya.

Otak bertanggung jawab terhadap kemampuan manusia untuk melakukan gerakan-gerakan yang disadari, dan kemampuan untuk berbagai macam proses mental, seperti ingatan atau memor, perasaan emosional, intelegensi, berkomunikasi, sifat atau kepribadian dan pertimbangan. Berdasarkan gambar dibawah, otak dibagi menjadi lima bagian, yaitu otak besar (serebrum), otak kecil (serebelum), otak tengah (mesensefalon), otak depan (diensefalon), dan jembatan varol (pons varoli) (Russell J. Greene and Norman D.Harris,2008).



Gambar 2.2

Otak diselimuti oleh selaput otak yang disebut meninges yang terdiri dari 3 lapisan yaitu :

1. Durameter

Lapisan paling luar dari otak dan bersifat tidak kenyal. Lapisan ini melekat langsung dengan tulang tengkorak, berfungsi untuk melindungi jaringan-jaringan yang halus dari otak dan medulla spinalis.

2. Araknoid

Lapisan bagian tengah dan terdiri dari lapisan yang berbentuk jarring laba-laba. Ruangan dalam lapisan ini disebut dengan ruang subarachnoid dan memiliki cairan yang disebut cairan serebrospinal. Lapisan ini berfungsi untuk melindungi otak dan medulla spinalis dari guncangan.

3. Piameter

Lapisan paling dalam dari otak dan melekat pada otak. Lapisan ini banyak memiliki pembuluh darah, berfungsi untuk melindungi otak secara langsung.

Bagian-bagian otak :

a. Otak Besar (Serebrum)

Merupakan bagian terbesar dan terdepan dari otak manusia. Otak besar mempunyai fungsi dalam mengatur semua aktivitas mental, yang berkaitan dengan kepandaian (intelejensi), ingatan (memori), kesadaran dan pertimbangan. Otak besar terbagi menjadi empat bagian yang disebut lobus. Bagian lobus yang menonjol disebut gyrus dan bagian lekukan yang menyerupai parit disebut sulcus.

1) Lobus Frontal

Merupakan bagian lobus yang ada di paling depan dari otak besar. Lobus ini berhubungan dengan kemampuan membuat alasan, kemampuan gerak, kognisi, perencanaan, penyelesaian masalah, member penilaian, kreativitas, kontrol perasaan, dan kemampuan bahasa.

2) Lobus Parietal

Berada ditengah berhubungan dengan proses sensor perasaan seperti tekanan, sentuhan, dan rasa sakit.

3) Lobus Temporal

Berada di bagian bawah berhubungan kemampuan pendengaran, pemaknaan informasi dan bahasa bicara atau komunikasi dalam bentuk suara.

4) Lobus Occipital

Bagian paling belakang berhubungan dengan rangsangan visual yang memungkinkan manusia mampu melakukan interpretasi terhadap objek yang ditangkap oleh retina mata.

b. Otak Kecil (Serebelum)

Mempunyai fungsi utama dalam koordinasi terhadap otot dan tonus otot, keseimbangan dan posisi tubuh.

Bila ada rangsangan yang merugikan atau berbahaya maka gerakan sadar yang normal tidak mungkin dilaksanakan. Otak kecil juga berfungsi mengkoordinasikan gerakan yang halus dan cepat.

Otak kecil juga menyimpan dan melaksanakan serangkaian gerakan otomatis yang dipelajari seperti gerakan mengendarai mobil, gerakan tangan saat menulis, gerakan mengunci pintu dan sebagainya. Jika terjadi cedera pada otak kecil dapat mengakibatkan gangguan pada sikap dan koordinasi gerakan otot.

c. Otak Tengah (Mesensefalon)

Terletak di depan otak kecil dan jembatan varol. Otak tengah berfungsi penting pada reflek mata, tonus otot serta fungsi posisi atau kedudukan tubuh.

d. Otak Depan (Diensefalon)

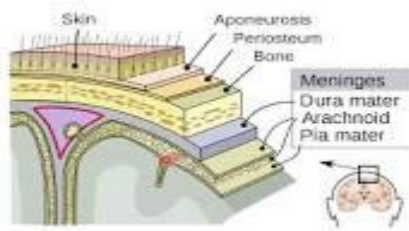
Terdiri dari dua bagian, yaitu thalamus yang berfungsi menerima semua rangsangan dari reseptor kecuali bau, dan hipotalamus yang berfungsi dalam pengaturan suhu, pengaturan nutrient, penjagaan agar tetap bangun, dan penumbuhan sikap agresif.

e. Jembatan Varol (Pons Varoli)

Merupakan serabut saraf yang menghubungkan otak kecil bagian kiri dan kanan. Selain itu, menghubungkan otak besar dan sumsum tulang belakang.

Meningitis atau radang selaput otak adalah radang pada membran yang menyelubungi otak dan sumsum tulang belakang, yang secara kesatuan disebut meningen.

Radang dapat disebabkan oleh infeksi oleh virus, bakteri atau juga mikroorganisme lain, dan walaupun jarang dapat disebabkan oleh obat tertentu. Meningitis dapat menyebabkan kematian karena radang yang terjadi di otak dan sumsum tulang belakang.



Meningen terdiri atas tiga membrane yang bersama-sama dengan likuor serebrospinalis, membungkus dan melindungi otak dan sumsum tulang belakang (sistem saraf pusat). Pia meter merupakan membrane kedap air yang sangat halus yang melekat kuat dengan permukaan otak, mengikuti seluruh liku-liku kecilnya.

Arachnoid meter (disebut demikian karena bentuknya yang menyerupai sarang laba-laba) merupakan suatu kantong longgar di atas pia meter. Ruang subarachnoid memisahkan membrane pia meter dan arachnoid dan terisi dengan cairan likuor serebrospinalis. Membran terluar, dura meter merupakan membrane telan yang kuat, yang melekat ke membrane arachnoid dan ke tengkorak (Torwoto,2013).

f. Limbic System (Sistem Limbik)

Sistem limbic terletak dibagian tengah otak, membungkus batang otak ibarat kerah baju. Bagian otak ini sama dimiliki juga oleh hewan mamalia sehingga sehingga sering disebut dengan otak mamalia.

Bagian terpenting dari limbic sistem adalah hipotalamus yang salah satu fungsinya adalah bagian memutuskan mana yang perlu mendapatkna perhatian dan mana yang tidak.

2.1.3. Etiologi

Penyebab meningitis yang paling sering adalah bakteri, virus, jamur, dan protozoa :

Penyebab	Jenis
Bakteri	<ul style="list-style-type: none">• Streptococcus pneumoniae• Neisseria meningitidis• Listeria monocytogenes• Hemophilus influenza• Streptococcus agalactiae• Escherichia coli• Klebsiella pneumoniae• Pseudomonas aeruginosa• Salmonella spp• Nocardia spp• Mycobacterium tuberculosis
Virus	<ul style="list-style-type: none">• Nonpolio enteroviruses echoviruses• Coxsackieviruses• Mumps virus• Arboviruses• Herpesviruses• Lymphocytic choriomeningitis virus• Human immunodeficiency virus• Adenovirus• Parainfluenza viruses 2 and 3
Jamur	<ul style="list-style-type: none">• Cryptococcus neoformans• Coccidioides immitis• Histoplasma capsulata• Paracoccidioides brasiliensis
Protozoa	<ul style="list-style-type: none">• Naegleria fowleri• Angiostrongylus cantonensis• Strongyloides stercoralis• Toxoplasma gondii• Plasmodium falciparum

Penyebab lain adalah riketsia, penyakit kanker, tumor pada otak, obat-obatan seperti antimikriba, immune globulin, ranitidine, non steroidal anti-inflammatory, penyakit sistemik seperti Systemic lupus erythematosus, Rheumatoid arthritis, Polymyositis.

2.1.4. Manifestasi Klinis

a. Meningitis Bakteri

Meningitis bakteri disebut juga meningitis purulenta atau meningitis septic, penyebabnya adalah bakteri. Bakteri infeksi masuk ke susunan saraf pusat melalui peredaran darah atau langsung dari luar misalnya pada fraktur atau luka terbuka.

Bakteri-bakteri yang sering menimbulkan meningitis diantaranya meningococcus, pneumococcus dan haemophilus influenza. Bakteri-bakteri ini banyak terdapat pada nasopharing.

Ketika organisme pathogen masuk ke ruang subaraknoid, maka reaksi peradangan terjadi dan mengakibatkan :

- Bendungan cairan serebrospinalis
- Penumpukan eksudat
- Perubahan arteri pada subaraknoid
- Perubahan jaringan disekitarnya (edema).

Manifestasi Klinis :

- 1) Demam merupakan gejala awal
- 2) Nyeri kepala

3) Mual dan muntah

4) Kejang umum

5) Fotofobia

6) Pada keadaan lebih lanjut dapat mengakibatkan penurunan kesadaran sampai dengan koma

7) Adanya tanda-tanda iritasi meningeal seperti :

- Kaku kuduk, pasien mengalami kekakuan pada leher sehingga terdapat kesulitan dalam memfleksikan leher karena adanya spasme otot-otot leher.
- Tanda Kernig positif, ketika paha pasien dalam keadaan fleksi lebih dari 135° karena nyeri.
- Tanda Brudzinski positif, bila leher pasien di fleksikan maka dihasilkan fleksi lutut dan pinggul. Bila dilakukan fleksi pasif pada ekstremitas bawah pada salah satu sisi maka gerakan yang sama terlihat pada sisi ekstremitas yang berlawanan.

Untuk memastikan meningitis, selain tanda dan gejala maka perlu dilakukan pemeriksaan cairan serebrospinalis. Pada kultur cairan didapatkan 70-80% kasus didapatkan mikroorganisme. Cairan serebrospinalis pada meningitis yang disebabkan tuberkulosa didapatkan :

1. Warna : Jernih atau santokrome
2. Sel : Jumlah sel meningkat
 - Kadar protein meningkat
 - Kadar glukosa meningkat

- Terdapat kuman tuberkulosa

(Ronny Yoes dalam Harsono,2003).

b. Meningitis Virus

Virus penyebab infeksi pada meningitis masuk melalui sistem respirasi, mulut, genetalia atau melalui gigitan binatang. Jenis penyakit virus yang dapat menyebabkan meningitis adalah measles, mumps, herpes simplex dan herpes zoster. Virus lain yang sering menyebabkan meningitis adalah virus HIV.

Manifestasi klinis yang menyertai seperti nyeri kepala, nyeri ketika membuka mata, photofobia dan adanya kaku kuduk. Adanya kelemahan, rash, dan nyeri pada ekstremitas.

Demam dan tanda-tanda iritasi meningeal dijumpai seperti kaku kuduk, tanda bridzinski dan kernig. Pada meningitis virus terapi yang utama adalah menghilangkan gejala (asimtomatik), bedrest pada masa akut, mengurangi rasa nyeri kepala, control dengan demam dan menghilangkan kejang.

2.1.5. Patofisiologi

Otak dan medulla spinalis dilindungi oleh tiga lapisan meningen yaitu pada bagian paling luar adalah durameter, bagian tengah araknoid dan bagian dalam piameter.

Cairan serebrospinalis merupakan bagian dari otak yang berada dalam ruang subarachnoid yang dihasilkan dalam fleksus-fleksus choroid yang kemudian di alirkan melalui sistem ventrikel.

Mikroorganisme dapat masuk ke dalam sistem saraf pusat melalui beberapa cara misalnya hematogen (paling banyak), trauma kepala yang dapat menembus pada CSF dan arena lingkungan. Invasi bakteri pada meningen mengakibatkan respon peradangan. Netropil bergerak ke ruang subarachnoid untuk memfagosit bakteri menghasilkan eksudat dalam ruang subarachnoid. Eksudat ini yang dapat menimbulkan bendungan pada ruang subarkhnoid yang pada akhirnya dapat menimbulkan hidrosepalus.

Selain itu luka atau fraktur terbuka pada kepala dan medulla spinalis, memungkinkan mudahnya bakteri atau kuman masuk ke otak. Infeksi pada telinga seperti otitis media dan mastoiditis meningkatkan resiko meningitis bakteri. Kuman bakteri akan mudah menembus membrane epithelium dan masuk ke ruang subarachnoid, berkembang menimbulkan respon inflamasi.

Radang paru yang paling sering adalah karena tuberkolusis paru mengakibatkan meningitis bakteri atau meningitis TB. Selain itu pembedahan otak dan spinal secara langsung kuman dapat masuk ke lapisan otak. Sepsis atau infeksi sistemik juga beresiko terjadinya meningitis (Arif Muntaqqin,2008).

2.1.6. Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

- Darah : Pemeriksaan darah lengkap, peningkatan sel darah putih (10.000-40.000/mm³), pemeriksaan koagulasi, kultur adanya mikroorganisme patogen.
- Urine : Albumin, sel darah merah, sel darah putih ada dalam urine.

2. Radiografi : Untuk menentukan adanya sumber infeksi misalnya Rongen dada untuk menentukan adanya penyakit paru seperti TBC paru, pneumonia, abses paru. Scan otak untuk menentukan kelainan otak.

3. Pemeriksaan lumbal pungsi : untuk membandingkan keadaan CSF normal dengan meningitis.

2.1.7. Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan umum :

- Pasien di isolasi
- Pasien di istirahatkan/bedrest
- Kontrol hipertermia dengan kompres, pemberian antipiretik seperti parasetamol, asam salisilat
- Kontrol kejang : Diazepam, fenobarbital
- Kontrol peningkatan tekanan intracranial : Manitol, kortikosteroid
- Pemenuhan kebutuhan cairan, nutrisi

2. Pemberian antibiotic

- Diberikan 10-14 hari atau sedikitnya 7 hari bebas panas
- Antibiotik yang umum diberikan : Ampisilin, gentamisin, kloromfenikol, selalosporin.
- Steroid untuk mengatasi inflamasi
- Antipiretik untuk mengatasi demam
- Antikonvulsant untuk mencegah kejang
- Neuroprotector untuk menyelamatkan sel-sel otak yang masih bisa dipertahankan
- Pembedahan : seperti dilakukan VP Shunt (Ventrikel Periton)

3. Pengobatan simtomatis :

- Diazepam IV : 0.2 – 0.5 mg/kg/dosis, atau rectal 0.4 – 0.6/mg/kg/dosis
- Fenitoin 5 mg/kg/24 jam, 3 kali sehari.
- Turunkan panas Antipiretika : parasetamol atau salisilat 10 mg/kg/dosis.
- Kompres air PAM atau es.

4. Pengobatan suportif :

- Cairan intravena.
- Zat asam, usahakan agar konsentrasi O₂ berkisar antara 30 – 50%
- Perawatan pada waktu kejang
 1. Longgarkan pakaian, bila perlu dibuka.
 2. Hisap lender

3. Kosongkan lambung untuk menghindari muntah dan aspirasi.
4. Hindarkan penderita dari rodapaksa (misalnya jatuh).

2.1.8. Komplikasi

- Peningkatan tekanan intrakranial
- Hydrosephalus : Penumpukan cairan pada rongga otak, sehingga meningkatkan tekanan pada otak.
- Infark serebral : Kerusakan jaringan otak akibat tidak cukup suplai oksigen, karena terhambatnya aliran darah ke daerah tersebut.
- Ensefalitis : peradangan pada jaringan otak dan meningen akibat virus, bakteri, dan jamur.
- Syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormon
- Abses otak : Infeksi bakteri yang mengakibatkan penimbunan nanah didalam otak serta pembengkakan.
- Kejang : Gangguan aktivitas listrik di otak. Ditandai dengan gerakan tubuh yang tidak terkendali dan hilangnya kesadaran.
- Endokarditis : Infeksi pada endokardium yaitu lapisan bagian dalam jantung.
- Pneumonia : Infeksi yang menimbulkan peradangan pada kantung udara disalah satu atau kedua paru-paru yang dapat berisi cairan.
- Syok sepsis : Infeksi luas yang menyebabkan kegagalan organ dan tekanan darah yang sangat rendah.

2.1.9. Asuhan Keperawatan

2.10.1. Pengkajian

Anamnesis pada meningitis meliputi keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, dan pengkajian psikososial (pada anak perlu dikaji dampak hospitalisasi) (Arif Muttaqin,2008).

a. Keluhan utama

Hal yang sering menjadi alasan klien atau orang tua membawa anaknya untuk meminta pertolongan kesehatan adalah suhu badan tinggi, kejang, dan penurunan tingkat kesadaran.

b. Riwayat penyakit sekarang

Faktor riwayat penyakit sangat penting diketahui untuk mengetahui jenis kuman penyebab. Disini harus ditanya dengan jelas tentang gejala yang timbul seperti kapan mulai terjadinya serangan, sembuh atau bertambah buruk. Pada pengkajian klien dengan meningitis biasanya didapatkan keluhan yang berhubungan dengan akibat infeksi atau peningkatan tekanan intrakranial.

Keluhan tersebut di antaranya sakit kepala dan demam adalah gejala awal yang sering. Sakit kepala dihubungkan dengan meningitis yang selalu berat dan sebagai akibat iritasi meningen. Keluhan kejang perlu mendapat perhatian untuk dilakukan pengkajian lebih mendalam, bagaimana sifat timbulnya kejang, stimulasi apa yang sering menimbulkan kejang dan tindakan apa yang diberikan dalam upaya menurunkan keluhan kejang.

Adanya penurunan kesadaran dihubungkan dengan meningitis bakteri. Disorientasi dan gangguan memori biasanya merupakan awal adanya penyakit.

Pengkajian lainnya yang perlu ditanyakan seperti riwayat selama menjalani perawatan di RS, pernahkah menjalani tindakan invasive yang memungkinkan masuknya kuman ke meningen terutama tindakan melalui pembuluh darah.

c. Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian penyakit yang pernah dialami klien yang memungkinkan adanya hubungan atau menjadi predisposisi keluhan sekarang meliputi pernahkah klien mengalami infeksi jalan nafas bagian atas, otitis media, mastoiditis, anemia sel sabit dan hemoglobinopatis lain, tindakan bedah saraf, riwayat trauma kepala dan adanya pengaruh immunologis pada masa sebelumnya. Riwayat sakit TB paru perlu ditanyakan kepada klien perlu ditanyakan kepada klien terutama jika ada keluhan batuk produktif dan pernah mengalami pengobatan obat anti tuberculosis yang sangat berguna untuk mengidentifikasi meningitis tuberkulosa.

d. Pengkajian psikososial-spiritual

Pengkajian psikologis klien meningitis meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan perilaku klien.

Sebagian besar pengkajian ini didapat diselesaikan melalui interaksi menyeluruh dengan klien dalam pelaksanaan pengkajian lain dengan member pertanyaan dan tetap melakukan pengawaaan sepanjang waktu untuk

menentukan kelayakan ekspresi emosi dan pikiran. Pengkajian mekanime koping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respon emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam kehidupan sehari-harinya baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat.

e. Pemeriksaan Fisik

- Tanda-tanda vital

Pada klien meningitis biasanya didapatkan peningkatan suhu tubuh lebih dari normal 38-41°C, dimulai pada fase sistemik, kemerahan, panas, kulit kering, berkeringat. Keadaan ini biasanya dihubungkan dengan proses inflamasi dan iritasi meningen yang sudah mengganggu pusat pengatur suhu tubuh. Penurunan denyut nadi berhubungan dengan tanda-tanda peningkatan TIK.

- B1 (Breathing)

Inspeksi apakah klien batuk, produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas dan peningkatan frekuensi nafas yang sering didapatkan pada klien meningitis yang disertai adanya gangguan sistem pernafasan.

Palpasi thorax hanya dilakukan jika terdapat deformitas pada tulang dada pada klien dengan efusi pleura massif.

Auskultasi bunyi nafas tambahan seperti rochi pada klien meningitis tuberkulosa dengan penyebaran primer dari paru.

- B2 (Blood)

Pengkajian pada sistem kardiovaskular terutama dilakukan pada klien meningitis pada tahap lanjut seperti apabila klien mengalami renjatan (syok).

- B3 (Brain)

Pengkajian ini merupakan pemeriksaan focus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya.

- Pengkajian tingkat kesadaran

Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian.

Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien meningitis biasanya berkisar pada tingkat letergi, stupor, dan semikomatosa.

Jika klien sudah mengalami koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberi asuhan.

- Pengkajian Fungsi Serebral

Status mental : observasi penampilan, tingkah laku, nilai gaya bicara, ekspresi wajah, dan aktivitas motorik klien. Pada klien meningitis tahap lanjut biasanya status mental klien mengalami perubahan.

- Pengkajian Saraf Kranial

1. Saraf I : biasanya pada klien meningitis tidak ada kelainan fungsi penciuman.

2. Saraf II : Tes ketajaman penglihatan dalam batas normal
 3. Saraf III, IV, dan VI : Pemeriksaan fungsi dan reaksi pupil pada klien meningitis yang tidak disertai penurunan kesadaran biasanya tanpa kelainan.
 4. Saraf V : Pada klien meningitis umumnya tidak didapatkan paralisis pada otot wajah dan reflek kornea biasanya tidak ada kelainan.
 5. Saraf VII : Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah simetris.
 6. Saraf VIII : Tidak ditemukan adanya tuli konduktif atau tuli persepsi.
 7. Saraf IX dan X : Kemampuan menelan baik
 8. Saraf XI : Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius.
 9. Saraf XII : Lidah simetris, tidak ada deviasi pada satu sisi dan tidak ada fasikulasi. Indra pengecapan normal.
- Pengkajian Sistem Motorik
Kekuatan otot menurun, control keseimbangan, dan koordinasi pada meningitis tahap lanjut mengalami perubahan.
 - Pengkajian Reflek
Pemeriksaan reflek profunda, pengetukan pada tendon, ligamentum atau periosteum derajat reflek pada respon normal.

Reflek patologis akan didapatkan pada klien meningitis dengan tingkat kesadaran koma. Adanya reflek Babinski (+) merupakan tanda lesi UMN.

- Pengkajian Sistem Sensorik

Pemeriksaan sensorik pada meningitis biasanya didapatkan sensasi raba, nyeri, suhu yang normal, tidak ada perasaan abnormal di permukaan tubuh, sensasi propriocepsi, dan diskriminatif normal.

1. Kaku kuduk
2. Tanda Kerniq Positif
3. Tanda Brudzinski

- B4 (Bladder)

Pemeriksaan pada sistem perkemihan biasanya didapatkan berkurangnya volume pengeluaran urine, hal ini berhubungan dengan penurunan perfusi dan penurunan curah jantung ke ginjal.

- B5 (Bowel)

Mual sampai muntah disebabkan peningkatan produksi asam lambung. Pemenuhan nutrisi pada klien meningitis menurun karena anoreksia dan adanya kejang.

- B6 (Bone)

Adanya bengkak dan nyeri pada sendi-sendi besar (khususnya lutut dan pergelangan kaki). Petekia dan lesi purpura yang didahului oleh

ruam. Pada penyakit yang berat dapat ditemukan ekimosis yang berat pada wajah dan ekstremitas.

Klien sering mengalami penurunan kekuatan otot dan kelemahan fisik secara umum sehingga mengganggu ADL.

f. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostic rutin pada klien meningitis, meliputi laboratorium klinik rutin (Hb, leukosit, LED, trombosit, retikulosit, glukosa). Pemeriksaan laboratorium yang khas pada meningitis adalah analisa cairan otak. Analisa cairan otak diperiksa untuk jumlah sel, protein, dan konsentrasi glukosa. Pemeriksaan lainnya diperlukan sesuai klinis klien, meliputi foto rontgen paru dan CT scan kepala.

g. Pengkajian penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan medis lebih bersifat mengatasi etiologi dan perawat perlu menyesuaikan dengan standar pengobatan sesuai tempat bekerja yang berguna sebagai bahan kolaborasi dengan tim medis.

2.10. Diagonosa Keperawatan yang mungkin muncul

1. Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan infeksi otak
2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan dibuktikan dengan batuk tidak efektif, ronchi
3. Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas dibuktikan dengan pola nafas abnormal
4. Resiko infeksi b.d penyakit kronis
5. Resiko cidera b.d perubahan fungsi kognitif

6. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan dibuktikan dengan berat badan menurun, otot pengunyah lemah
7. Resiko ketidakseimbangan cairan b.d trauma/perdarahan
8. Hipertermi b.d proses penyakit dibuktikan dengan suhu tubuh diatas normal.
9. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan kekuatan otot menurun
10. Defisit perawatan diri b.d kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri.

2.11. INTERVENSI

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan infeksi otak	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam maka ekspektasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran meningkat - Kognitif meningkat - Tekanan intra cranial menurun - Sakit kepala menurun - Gelisah menurun - Agitasi menurun - Demam menurun - Tekanan darah membaik - Reflek saraf membaik 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis.lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi cairan serebrospinalis, hipertensi intrakranial idiopatik. - Monitor peningkatan tekanan darah - Monitor pelebaran tekanan nadi(selisih TDS dan TDD) - Monitor penurunan frekuensi jantung - Monitor iregularitas irama nafas - Monitor penurunan tingkat kesadaran - Monitor perlambatan atau kesimetrisan respon pupil - Monitor kadar CO₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan - Monitor tekanan perfusi serebral - Monitor jumlah, kecepatan dan karakteristik drainase cairan serebrospinalis - Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK - Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) - Monitor CVP (Central Venous Pressure) - Monitor PAWP, jika perlu - Monitor PAP, jika perlu - Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia - Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) - Monitor gelombang ICP

			<ul style="list-style-type: none">- Monitor status pernafasan- Monitor intake dan output cairan- Monitor cairan serebrospinalis <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none">- Ambil sampel drainase cairan serebrospinalis- Kalibrasi transduser- Pertahankan sterilitas sistem pemantauan- Pertahankan posisi kepala dan leher netral- Bila sistem pemantauan, jika perlu- Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien- Dokumentasi hasil pemantauan- Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang- Berikan posisi semi fowler- Hindari maneuver Valsava- Cegah terjadinya kejang- Hindari penggunaan PEEP- Hindari menggunakan cairan IV hipotonik- Atur ventilator agar PaCO₂ optimal- Pertahankan suhu tubuh <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none">- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan- Informasikan hasil pemantauan, jika perlu . <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan- Kolaborasi pemberian diuretic osmosis- Kolaborasi pemberian pelunak tinja
--	--	--	--

2.	Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan dibuktikan dengan batuk tidak efektif, ronchi	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam maka ekspektasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batuk efektif meningkat - Produksi sputum menurun - Mengi menurun - Wheezing menurun - Dispnea menurun - Ortopnea menurun - Sulit bicara menurun - Ronchi menurun - Sianosis menurun - Gelisah menurun - Frekuensi nafas membaik - Pola nafas membaik 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas - Monitor pola nafas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kassmaul, cheyne-stokes, blot, ataksik) - Monitor kemampuan batuk efektif - Monitor adanya produksi sputum - Monitor adanya sumbatan jalan nafas - Palpasi kesimetrisan ekspansi paru - Monitor saturasi oksigen - Auskultasi bunyi nafas - Monitor nilai AGD - Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) - Monitor bunyi nafas tambahan - Monitor sputum - Identifikasi kemampuan batuk - Monitor adanya retensi sputum - Monitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas - Monitor input dan output cairan <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi klien - Dokumentasi pemantauan - Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head-tilt dan chin-lift - Posisikan semi fowler atau fowler - Berikan minum hangat - Lakukan fisioterapi dada - Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik - Lakukan hipokoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal - Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill
----	--	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Berikan oksigen, jika perlu - Pasang pernak dan bengkok dipangkuan pasien - Buang sekret pada tempat sputum <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan. - Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi - Ajarkan teknik batuk efektif - Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif - Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik - Anjurkan mengulangi tarik nafas dalam hingga 3 kali - Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke-3 <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
3.	Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas dibuktikan dengan pola nafas abnormal	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam maka ekspektasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ventilasi semit meningkat - Kapasitas vital membaik 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) - Monitor bunyi nafas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi) - Monitor sputum - Monitor pola nafas - Monitor kemampuan batuk efektif - Monitor adanya produksi sputum - Monitor adanya sumbatan jalan nafas - Palpasi kesimetrisan ekspansi paru

		<ul style="list-style-type: none"> - Tekanan ekspirasi membaik - Dispnea menurun - Penggunaan otot bantu menurun - Ortopnea menurun - Pernafasan cuping hidung menurun - Frekuensi nafas membaik - Kedalaman nafas membaik 	<ul style="list-style-type: none"> - Auskultasi bunyi nafas - Monitor saturasi oksigen - Monitor nilai AGD - Monitor hasil x-ray thoraks <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head tilt dan chin-lift - Posisikan semi fowlwr atau fowler - Berikan minuman hangat - Lakukan fisioterapi dada - Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik - Lakukan hipokoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal - Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill - Berikan oksigen, jika perlu - Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien - Dokumentasi hasil pemantauan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari - Ajarkan teknik batuk efektif - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Infformasikan hasil pemantauan, jika perlu <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian bronkadilator, ekspektoran, mokolitik, jika perlu
--	--	---	--

4.	Resiko infeksi b.d penyakit kronis	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam maka ekspektasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kebersihan tangan meningkat - Kebersihan badan meningkat - Nafsu makan meningkat - Demam menurun - Kemerahan menurun - Nyeri menurun - Bengkak menurun - Vesikel menurun - Cairan berbau busuk menurun - Sputum berwarna hijau menurun - Drainase purulen menurun - Gangguan kognitif menurun - Kadar sel darah putih membaik 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit pada area edema - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara mencuci tangan yang benar - Ajarkan etika batuk - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi - Ajarkan meningkatkan asupan nutrisi - Ajarkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
----	------------------------------------	--	---

5.	Resiko cidera b.d perubahan fungsi kognitif	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24jam maka ekspektasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toleransi aktivitas menurun - Nafsu makan meningkat - Toleransi makanan menurun - Kejadian cidera menurun - Luka lecet menurun - Ketegangan otot menurun - Fraktur menurun - Gangguan mobilitas menurun - Gangguan kognitif menurun - Tekanan darah membaik - Frekuensi nadi membaik - Frekuensi nafas membaik 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cidera - Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cidera - Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastic pada ekstremitas bawah - Identifikasi kebutuhan keselamatan (mis.kondisi fisik, fungsi kognitif dan riwayat perilaku) - Monitor perubahan status kesehatan lingkungan <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan pencahayaan yang memadai - Gunakan lampu tidur selama jam tidur - Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan rawat inap - Gunakan alas lantai jika beresiko mengalami cidera serius - Sediakan alas kaki antislip - Sediakan pipot atau urinal untuk eliminasi ditempat tidur - Pastikan bel panggilan atau telepon mudah dijangkau - Pertahankan posisi tempat tidur diposisi terendah saat digunakan - Pastikan roda tempat tidur dalam keadaan terkunci - Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan - Pertimbangan penggunaan alarm elektronik pribadi - Diskusikan mengenai latihan dan terapi fisik yang diperlukan - Diskusikan mengenai alat bantu mobilitas yang sesuai - Diskusikan bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien
----	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien - Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan - Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan resiko - Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis. commode chair dan pegangan tangan) - Gunakan perangkat pelindung (mis. pengekangan fisik, rel samping, pintu terkunci, pagar) - Hubungi pihak berwenang sesuai masalah komunitas - Fasilitasi relokasi lingkungan yang aman - Lakukan program skrining bahaya lingkungan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga - Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri - Ajarkan individu dan keluarga atau kelompok resiko tinggi bahaya lingkungan
6.	Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan dibuktikan dengan berat badan menurun, otot pengunyah lemah	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24jam maka ekspektasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Porsi makan yang dihabiskan meningkat - Kekuatan otot pengunyah meningkat - Kekuatan otot menelan meningkat - Pengetahuan tentang makanan sehat 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi - Identifikasi alergi dan intoleransi makanan - Identifikasi makanan yang disukai - Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien - Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik - Monitor asupan makanan - Monitor berat badan - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium - Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang - Monitor adanya mual dan muntah - Monitor jumlah kalori yang dikonsumsi sehari-hari - Monitor berat badan

		<p>meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat - Penyiapan makanan dan penyimpanan yang aman - Perasaan cepat kenyang menurun - Nyeri abdomen menurun - Sariawan menurun - Berat badan membaik - Frekuensi makan membaik - Nafsu makan membaik - Bising usus membaik 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor albumin, limfosit dan elektrolit serum <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan oral hygiene sebelum makan - Fasilitasi menentukan pedoman diet - Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai - Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah kontipasi - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein - Berikan suplemen makanan - Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral ditoleransi - Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien - Berikan pujian pada pasien atau keluarga untuk peningkatan yang dicapai <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemberian nutrisi parenteral - Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi - Jelaskan peningkatan asupan kalori <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemasangan akses vena sentral, jika perlu
7.	Resiko ketidakseimbangan cairan b.d trauma/perdarahan	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24jam maka ekspektasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asupan cairan meningkat - Haluan urin meningkat - Kelembaban membrane mukosa meningkat 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor status hidrasi (mis. frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah) - Monitor berat badan - Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialysis - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium - Monitor status himodinamik - Monitor frekuensi nadi - Monitor frekuensi nafas

		<ul style="list-style-type: none"> - Asupan makanan meningkat - Edema menurun - Dehidrasi menurun - Asites menurun - Tekanan darah membaik - Denyut nadi membaik - Turgor kulit membaik 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor tekanan darah - Monitor berat badan - Monitor jumlah, warna dan berat urine - Monitor kadar albumin dan protein total - Monitor hasil pemeriksaan serum - Identifikasi tanda hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah) - Identifikasi tanda hipervolemia (mis. dispnea, edema perifer, edema anasarka) - Identifikasi faktor resiko ketidakseimbangan cairan (mis. prosedur pembedahan mayor, trauma atau pendarahan) <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Catat intake output dan hitung balance cairan 24 jam - Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan - Berikan cairan intravena - Atur interval waktu pemberian sesuai kondisi pasien - Dokumentasi hasil pemantauan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian diuretic, jika perlu
8.	Hipertermi b.d proses penyakit dibuktikan dengan suhu tubuh diatas normal.	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24jam maka ekspektasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menggigil menurun - Kulit merah menurun - Kejang menurun 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator) - Monitor suhu tubuh - Monitor kadar elektrolit - Monitor haluan urine - Monitor komplikasi akibat hipertermia - Monitor suhu bayi sampai stabil

		<ul style="list-style-type: none"> - Akrosianosis menurun - Pucat menurun - Takikardi menurun - Takipnea menurun - Suhu tubuh membaik - Suhu kulit membaik - Kadar glukosa darah membaik - Pengisian kapiler membaik - Ventilasi membaik - Tekanan darah membaik 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor suhu tubuh anak setiap dua jam. jika perlu - Monitor tekanan darah, frekuensi nafas dan nadi - Monitor warna dan suhu kulit - Monitor tanda dan gejala hipotermia dan hipertermia <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan asupan cairan oral - Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk - Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik - Pasangkan alat pemantau suhu kontinu, jika perlu - Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat - Pertahankan kelembaban incubator 50% atau lebih untuk mengurangi kehilangan panas karena proses evaporasi - Gunakan matras penghangat, selimut hangat dan penghangat ruangan - Sesuaikan suhu lingkungan dengan kebutuhan pasien <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL - Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri - Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga - Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine - Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan) - Jelaskan cara pencegahan heat exhaustion dan heat stroke - Jelaskan cara pencegahan hipotermi karena terpapar udara dingin - Demonstrasikan teknik kangguru
--	--	--	---

			<p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu - Kolaborasi pemberian antipiretik, jika perlu
9.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan kekuatan otot menurun</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24jam maka ekspektasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstremitas meningkat - Kekuatan otot meningkat - Rentang gerak meningkat - Nyeri menurun - Kecemasan menurun - Kaku sendi menurun - Gerakan terbatas menurun - Kelemahan fisik menurun 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 melakukan mobilisasi - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum ambulasi - Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) - Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan - Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk) - Fasilitasi melakukan mobilisasi, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) - Jelaskan tujuan dan prosedur

10.	Defisit perawatan diri b.d kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri.	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24jam maka ekspetasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan mandi meningkat - Kemampuan mengenakan pakaian meningkat - Kemampuan makan meningkat - Kemampuan BAB/BAK meningkat - Verbaliasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat - Minat melakukan perawatan diri meningkat - Mempertahankan kebersihan diri meningkat - Mempertahankan kebersihan mulut meningkat 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia - Monitor tingkat kemandirian - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan - Identifikasi kesulitan BAB/BAK - Monitor integritas kulit - Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian dan berhias - Identifikasi diet yang dianjurkan - Monitor kemampuan menelan - Monitor status hidrasi pasien - Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri - Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan - Monitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku) <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Siapkan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, privasi) - Sediakan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) - Dampingi dalam melakukan perawatan diri - Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan - Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri - Jadwalkan rutinitas perawatan diri - Buka pakaian yang diperlukan untuk eliminasi - Dukung penggunaan toilet
-----	---	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Ganti pakaian pasien setelah eliminasi - Bersihkan alat bantu BAB/BAK setelah digunakan - Latih BAB/BAK sesuai jadwal - Sediakan alat bantu (mis. kateter eksternal, urinal) - Sediakan pakaian yang mudah dijangkau - Sediakan pakaian pribadi - fasilitasi menggunakan pakaian - Fasilitasi berhias (mis. menyisir rambut, merapikan kumis/jenggot) - Jaga privasi - Tawarkan untuk lawndry - Berikan pujian atas kemampuan berpakaian secara mandiri - Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan - Atur posisi yang aman untuk makan/minum - Lakukan oral hygiene sebelum makan - Sediakan makanan dan minuman yang disukai - Berikan bantuan saat makan/minum - Sediakan peralatan mandi - Sediakan lingkungan yang aman - Fasilitasi menggosok gigi - Fasilitasi mandi - Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan - Informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih - Ajarkan mengenakan pakaian
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none">- Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam- Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan- Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi pemberian obat (mis. analgesic, antiemetik) jika perlu
--	--	--	---

1.12.Implementasi

Sasaran utama dapat mencakup eliminasi yang adekuat dari produksi sisa tubuh, reduksi atau peningkatan nyeri, peningkatan toleransi aktivitas, pencapaian tingkat nutrisi, pemeliharaan keseimbangan cairan dn elektrolit serta pemeliharaan kesehatan dan tidak ada komplikasi.

1.13.Evaluasi

Adapun hasil yang ingin dicapai yaitu mencapai masa penyembuhan tepat waktu, mempertahankan tingkat kesadaran, tidak mengalami kejang, melaporkan nyeri berkurang, mencapai kembali atau mempertahankan posisi fungsional optimal kekuatan, serta tampak rileks dan melaporkan ansietas berkurang.

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Keperawatan

3.1.1 Pengkajian

I. Identitas Klien

Nama/inisial	: Sdr.Z	No. MR	: 52-23-00
Umur	: 20 th	Ruang Rawat	: Neurologi
Jenis Kelamin	: Laki-laki	Tgl.Masuk	: 13 Juni 2019
Status	: Belum menikah	Tgl.Pengkajian	: 20 Juni 2019
Agama	: Islam		
Pekerjaan	: Pelajar		
Pendidikan	: SMA		
Alamat	: Pidoli Lombang		

Penanggung Jawab

Nama	: Ny.N
Umur	: 46 th

Hub Keluarga : Ibu

Pekerjaan : IRT

II. Alasan Masuk

Pasien masuk ruangan Neurologi dari IGD RSAM Bukittinggi rujukan dari RS.Panyabungan pada tanggal 13 Juni 2019 dengan keluhan keluarga klien mengatakan klien sakit kepala, sakit perut, batuk berdahak, nafas sesak, klien mual dan muntah, keluarga mengatakan klien gelisah, aktivitas dibantu keluarga, lemah serta penurunan kesadaran sejak 2 hari SMRS. Terapi dan tindakan yang sudah diberikan kepada klien saat berada di IGD RSAM Bukittinggi yaitu klien terpasang IVFD RL 20 tetes/menit, klien terpasang NGT, kateter, O₂ 2 liter/, klien melakukan pemeriksaan labor, kemudian mendapatkan Inj. Ceftriaxone 2gr/ 24 jam, Inj. Dexamethasone 1 amp/8 jam, Inj. Omeprazole 1 vial/12 jam serta drip paracetamol 500 gram/2 jam.

III. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

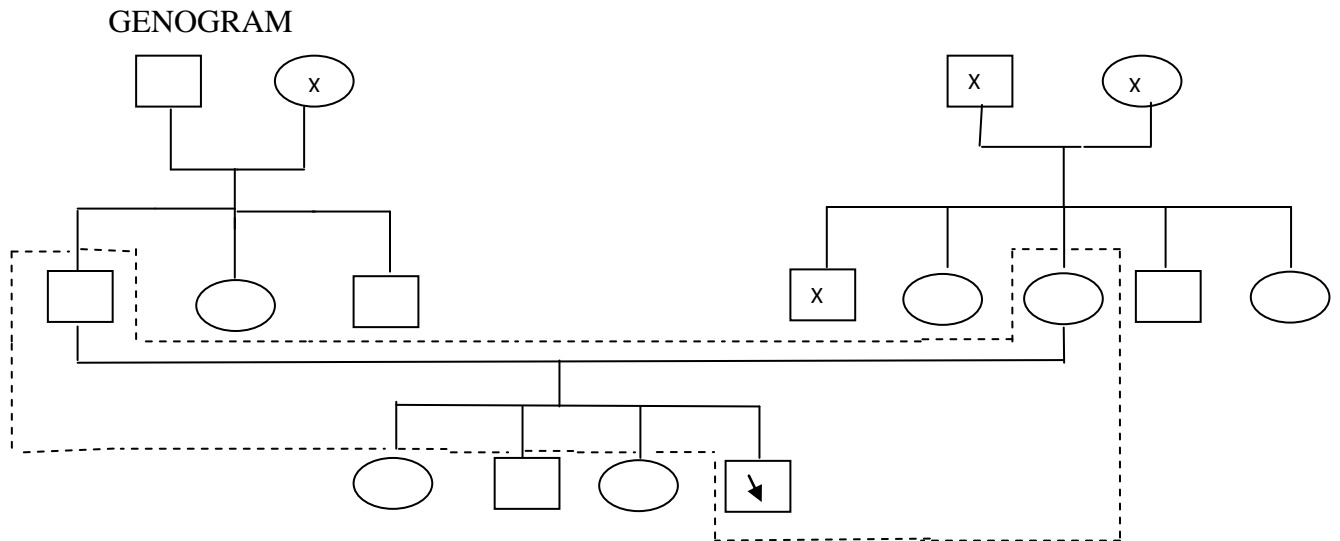
Saat dilakukan pengkajian tanggal 20 Juni 2019 keluarga mengatakan pasien sakit kepala, sakit perut, batuk berdahak, nafas sesak, gelisah, mual dan muntah, lemah, aktivitas dibantu, serta penurunan kesadaran. GCS : 6 (E₂M₂V₂). Klien tampak sesak, terdapat tumpukan sekret, pasien tampak gelisah, dan pasien tampak lemah anggota gerak, pasien tampak mengalami gangguan nervus IX dan X pada fungsi menelan, serta kaku kuduk pasien positif.

b. Riwayat Kesehatan Dahulu







Sebelumnya pasien pernah mengalami penyakit otitis media, pasien juga mengalami batuk berdahak sejak 2 bulan yang lalu, dan demam 2 minggu sebelum masuk RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga mengatakan tidak ada menderita penyakit yang sama dengan klien terhadap gangguan infeksi pada otak.



Keterangan :

-  : Laki-laki yang sudah meninggal
-  : Perempuan yang sudah meninggal
-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Pasien
-  : Tinggal serumah

IV. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran : Sopor (Stupor)

GCS : 6 (E₂M₂V₂)

BB/TB : 40 kg/160

Tanda-tanda vital

TD : 128/76 mmHg P : 47x/menit

N : 98x/menit S : 37,0°C

1. Kepala

- Rambut

Rambut tampak hitam, tidak ada uban, rambut tampak kotor, sedikit berbau,berminyak,terdapat ketombe, tidak teraba benjolan, tidak ada lesi pada kulit kepala, tidak ada luka.

- Mata

Konjungtiva tampak merah, sklera ikterik, pupil unisokor, tidak ada pembengkakan pada mata.

- Hidung

Pasien terpasang NGT, terpasang oksigen NRM, tidak ada polip, terdapat sekret

- Mulut dan Gigi

Mukosa bibir kering, tidak ada gigi palsu, mulut berbau, lidah kotor, terdapat caries gigi.

2. Leher

Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, tidak ada lesi, vena jugularis teraba.

3. Thorak

- Paru-paru

I : Pengembangan dinding dada sama, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, irama nafas ireguler, warna kulit dada pasien kecoklatan, tidak ada pembengkakan pada daerah dada pasien, pasien tampak terpasang elektroda, frekuensi pernafasan 47x/menit.

P : Tidak ada nyeri tekan pada daerah dada pasien, tidak ada pembengkakan pada daerah dada pasien

P : Sonor

A : Vesikuler(-), terdengar ronchi.

- Jantung

I : Ictus cordis tidak terlihat

P : Tidak ada nyeri tekan, ictus cordis teraba pada ICS V di sebelah medial linea midklavikula sinistra

P : Redup, batas jantung kanan atas ICS II linea para sternalis dextra, batas jantung kanan bawah ICS IV linea para sternalis sinistra

dextra, batas jantung kiri atas ICS II linea para sternalis dextra, batas jantung kiri bawah ICS IV linea medio clavicularis sinistra

A : Suara jantung normal, tidak ada suara tambahan seperti Murmur(-), dan gallop(-)

4. Abdomen

I : Bentuk abdomen flat, umbilikus tampak bersih, tidak ada lesi maupun bekas operasi.

A : Bising usus normal 5x/menit (bising usus normal 5-35x/menit).

P : Tidak ada nyeri tekan di empat kuadran, tidak ada pembengkakan

P : Tympani pada keempat kuadran

5. Punggung

I : Tidak ada luka atau jejas, tidak ada kelainan pada tulang punggung seperti skoliosis, kifosis, dan lordosis.

P : Tidak ada nyeri pada daerah punggung

6. Ekstremitas

- Atas

Tangan kiri klien terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, tidak ada edema, tidak ada memar, kulit tampak kering, tidak ada lesi, tidak ada pembengkakan, akral teraba hangat.

- Bawah

Tidak ada edema, tidak ada luka, tidak ada lesi, akral teraba hangat.

Kekuatan otot :

2222	2222
2222	2222

Rangsangan Meningeal :

- Kaku kuduk (+) : Tanda kaku kuduk positif karena didapatkan kekakuan dan tahanan pada pergerakan fleksi kepala disertai rasa nyeri dan spasme otot.
- Kernig Sign (-) : Tanda kernig sign negative karena didapatkan ekstensi sendi lutut dan kaki sempurna.
- Brudzinski 1 (-) : Tanda brudzinski negative karena tidak ada gerakan fleksi dari sendi lutut panggul saat kepala difleksikan hingga menyentuh dada.

7. Genetalia

Terpasang kateter.

8. Integumen

Warna kulit sawo matang, turgor kulit kering, tidak terdapat lesi, tidak ada kemerahan pada sekitar kulit, tidak ada memar

9. Nervus

1. Olfaktorius

Saat dilakukan pemeriksaan pasien tidak bisa diperiksa karena mengalami penurunan kesadaran.

2. Optikus

Saat dilakukan pemeriksaan, pasien tidak bisa diperiksa karena mengalami penurunan kesadaran

3. Okulomotorius

Saat dilakukan pemeriksaan, pasien tidak bisa diperiksa karena mengalami penurunan kesadaran.

4. Troklearis

Saat dilakukan pemeriksaan, klien tidak bisa diperiksa karena mengalami penurunan kesadaran.

5. Trigemini

Saat dilakukan pemeriksaan, pasien tidak bisa diperiksa karena mengalami penurunan kesadaran.

6. Abduksen

Saat dilakukan pemeriksaan, pasien tidak bisa diperiksa karena mengalami penurunan kesadaran.

7. Fasialis

Saat dilakukan pemeriksaan, klien tidak bisa diperiksa karena mengalami penurunan kesadaran.

8. Vestibulococlearis

Pada saat pemeriksaan, pendengaran pasien tidak mengalami gangguan

9. Glosfaringeal

Pada saat pemeriksaan, pasien mengalami gangguan fungsi menelan.

10. Vagus

Pada saat pemeriksaan, pasien mengalami gangguan fungsi menelan, klien terpasang NGT

11. Aksesoris

Saat dilakukan pemeriksaan, pasien tidak bisa diperiksa karena mengalami penurunan kesadaran.

12. Hipoglosus

Saat dilakukan pemeriksaan, pasien tidak bisa diperiksa karena mengalami penurunan kesadaran.

V. Data Biologis

No.	Aktivitas	Sehat	Sakit
1.	Makanan dan Minuman Makan <ul style="list-style-type: none"> - Menu - Porsi - Makanan Kesukaan - Pantangan Minum <ul style="list-style-type: none"> - Jumlah - Minuman Kesukaan - Pantangan 	Nasi lengkap 3x sehari Nasi goreng Tidak ada	MC+Terpasang NGT ±200 – 500 cc Tidak ada Tidak ada
2.	Eliminasi BAB <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi - Warna - Bau - Konsistensi - Kesulitan 	±8 liter/hari Susu Tidak ada	Terpasang NGT ±300cc Tidak ada Tidak ada
		±1x/hari Kuning Khas Padat	Belum BAB 2 hr Kuning Khas Lembek

	BAK	Tidak ada	Tidak ada
	- Frekuensi		Terpasang Kateter
	- Warna	±8x/hari	±500 cc
	- Bau	Kuning	Kuning pekat
	- Konsistensi	Khas	Khas
	- Kesulitan	Cair	Cair
3.	Istirahat dan Tidur	Tidak ada	Tidak ada
	- Waktu tidur		
	- Lama tidur	Jam 22.00 WIB	Penurunan Kesadaran
	- Kesulitan tidur	±8 jam	Penurunan Kesadaran
4.	Personal Hygiene	Tidak ada	Penurunan Kesadaran
	- Mandi		
	- Cuci rambut	2x/hari	1x/hari
	- Gosok gigi	3x/minggu	1x seminggu
	- Potong kuku	2x/hari	1x/hari
		1x seminggu	Tidak pernah

Tabel. V

VI. Riwayat Alergi

Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki riwayat alergi pada makanan, udara maupun debu. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat alergi pada obat bodreksin, apabila meminum bodreksin pasien akan mengalami gatal-gatal disekitar tubuh.

VII. Data Psikologis

Keluarga berharap pasien bisa cepat sembuh dan kembali kerumah agar bisa berkumpul dengan keluarga .

VIII. Data Sosial Ekonomi

Pasien adalah seorang pelajar SMA yang mudah berinteraksi dengan teman dan tetangganya begitupun keluarganya. Namun semenjak sakit pasien mulai sulit berinteraksi dengan siapapun.

Ayah dari Sdr.Z menjadi tulang punggung keluarga. Penghasilan yang di peroleh untuk membiayai kebutuhan sehari-hari, termasuk biaya sekolah anak-anaknya.

IX. Data Spiritual

Pasien termasuk orang yang taat pada agama. Pasien rajin melakukan sholat 5 waktu, selain itu pasien juga sering mengikuti kegiatan pengajian, serta kegiatan keagamaan lainnya yang dilakukan disekitar lingkungan rumah. Namun semenjak pasien sakit, pasien tampak jarang melakukan sholat serta mengaji.

X. Data Penunjang

Tgl	Hasil	Normal	Ket.Hasil
19 Juni 2019	Hemoglobin : 12,6 g/dl Leukosit : 7.800/mm Trombosit : 170.000/mm Hematokrit : 40,4 %	13-16 g/dl 5000/mm 150.000/mm 40-48%	Normal Meningkat Meningkat Meningkat

20 Juni 2019	Hemoglobin : 15,7 g/dl Leukosit : 12.830/mm Trombosit : 209.000/mm Hematokrit : 44,4%	13-16 g/dl 5000/mm 150.000/mm 40-48%	Meningkat Meningkat Meningkat Meningkat
-----------------	--	---	--

Tabel. X

Keterangan :

- Terjadi peningkatan leukosit karena adanya gangguan sistem kekebalan tubuh yang membuat sel darah putih meningkat, dan reaksi terhadap obat.
- Terjadi peningkatan trombosit karena adanya infeksi dan peradangan.

XI. Data Pengobatan

Tgl	Nama Obat	Dosis	Jam	Manfaat	Efek samping
-----	-----------	-------	-----	---------	--------------

20 Juni 2019	1.Cetirizine	1 x 1	06.00	Mengatasi alergi spt flu, hidung tersumbat.	Efek samping setelah mengkonsumsi obat ini dapat berupa mengantuk, pusing, merasa lelah, dan mulut terasa kering
	2.Alprozolam	1 x 0,5	22.00	Mengatasi kecemasan	Setelah mengkonsumsi obat ini akan ada peningkatan air liur
	3.Haloperidol	2 x 0,5	06.00 12.00	Mengatasi gangguan mental atau perilaku spt gelisah	Efek samping setelah mengkonsumsi obat ini yaitu disfungsi ereksi dan gangguan gerakan otot
	4.CPZ	1 x 2	12.00	Mengatasi skizofrenia, mual muntah, cegukan.	Efek samping dapat berupa tremor, cemas, tubuh lelah, dan kejang
	5.Ceftriaxone	1 x 2	06.00	Mengatasi berbagai infeksi bakteri.	Nyeri tenggorokan, nyeri perut serta mual dan muntah
	6.OMZ	2 x 1	06.00 12.00	Menurunkan kadar asam lambung	Sakit kepala, sakit perut dan nyeri sendi
	7.Bisolvon	3 x 1	06.00 12.00 21.00	Meredakan batuk berdahak	Pusing dan berkeringat
	8.Dexa	3 x 1	06.00 12.00 21.00	Meredakan peradangan, mengatasi mual	Lemas dan gangguan pola tidur.

Tabel. XI

XII. Data Fokus

1. Data Subjektif

- Keluarga mengatakan pasien penurunan kesadaran
- Keluarga mengatakan pasien mengalami sakit kepala
- Keluarga mengatakan pasien sakit perut
- Keluarga mengatakan pasien batuk berdahak
- Keluarga mengatakan nafas pasien sesak
- Keluarga mengatakan pasien mual dan muntah
- Keluarga mengatakan pasien gelisah
- Keluarga mengatakan anggota gerak pasien lemah
- Keluarga mengatakan aktivitas pasien dibantu keluarga

2. -Data Objektif

- Pasien tampak sesak
- Pernafasan 47x/menit
- Pasien tampak terpasang oksigen NRM 5 liter
- Suara nafas ronchi
- Terdapat sekret
- Pasien tampak tidak mampu batuk
- Irama nafas ireguler
- Pernafasan pasien takipnea
- Pasien tampak gelisah
- Pasien tampak lemah anggota gerak
- Aktivitas dibantu

- Pasien tampak penurunan kesadaran
- Pasien tampak gelisah
- Pasien tampak mengalami gangguan nervus IX dan X
- Rangsangan meningeal kaku kuduk positif
- GCS : 6
- Pasien tampak mandi 1x/hari
- Pasien cuci rambut 1x/minggu
- Rambut tampak berminyak
- Rambut tampak berketombe
- Mulut berbau
- Lidah kotor
- Terdapat caries gigi
- Rentang gerak pasien tampak menurun
- Gerakan pasien tampak terbatas
- Tampak kaku sendi
- Fisik pasien tampak lemah
- TD : 128/76 mmHg P : 47x/menit
- N : 98x/menit S : 37,0°C
- Kekuatan otot

2222	2222
2222	2222
- Hasil pemeriksaan labor
 - Hemoglobin : 12,6 g/dl

- Leukosit : 7.800/mm
- Trombosit : 170.000/mm
- Hematokrit : 40,4

A. ANALISA DATA

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien mengalami penurunan kesadaran - Keluarga mengatakan pasien sakit kepala , mual dan muntah - Keluarga mengatakan pasien sakit perut <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mengalami penurunan kesadaran. - GCS : 6 - TD : 128/76 mmhg - P : 47x/menit - N : 98x/menit - S : 37,0°C - Hemoglobin : 12,6 g/dl - Leukosit : 7.800/mm - Trombosit : 170.000/mm - Hematokrit : 40,4 % - Pasien tampak mengalami gangguan nervus IX dan X - Rangsangan meningeal kaku kuduk positif - Klien tampak terpasang O₂ menggunakan NRM - Pernafasan 47x/menit - Suara nafas ronchi - Aktivitas pasien dibantu - Kekuatan otot 2222 2222 	Perfusi serebral tidak efektif	Infeksi otak
	<hr/> 2222 2222		

2.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien penurunan kesadaran - Keluarga mengatakan nafas pasien sesak - Keluarga mengatakan pasien batuk berdahak <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sesak - Pernafasan 47x/menit - Pasien tampak terpasang oksigen NRM - Suara nafas ronchi - Terdapat sekret - Irama nafas ireguler - Pasien tampak takipnea - Pasien tampak tidak mampu batuk 	Bersihan jalan nafas tidak efektif	Sekresi yang tertahan
3.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien penurunan kesadaran - Keluarga mengatakan nafas pasien sesak <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sesak - Pernafasan 47x/menit - Pasien tampak terpasang oksigen NRM - Suara nafas ronchi - Terdapat tumpukan sekret - Irama nafas ireguler - Pasien tampak takipnea - Pasien tampak tidak mampu batuk 	Pola nafas tidak efektif	Hambatan upaya nafas

4.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien penurunan kesadaran <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak penurunan kesadaran - GCS : 6 - TD : 128/76 mmhg - P : 47x/menit - N : 98x/menit - S : 37,0°C - Hemoglobin : 12,6 g/dl - Leukosit : 7.800/mm - Trombosit : 170.000/mm - Hematokrit : 40,4 % 	Infeksi	Penyakit kronis
5.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan anggota gerak pasien lemah - Keluarga mengatakan aktivitas dibantu keluarga <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktivitas pasien dibantu - Pasien lemah anggota gerak - Kekuatan otot $\frac{2222}{2222} \frac{2222}{2222}$ - Rentang gerak pasien tampak menurun - Gerakan pasien tampak terbatas - Tampak kaku sendi - Fisik pasien tampak lemah 	Gangguan mobilitas fisik	Penurunan kekuatan otot
6.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien penurunan kesadaran - Keluarga mengatakan aktivitas pasien dibantu <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mandi 1x/hari - Pasien cuci rambut 1x/minggu - Pasien tampak tidak mampu mengenakan pakaian - Rambut tampak berminyak - Rambut tampak berketombe - Mulut berbau - Lidah kotor 	Defisit perawatan diri	Kelemahan

	- Terdapat caries gigi		
--	------------------------	--	--

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

11. Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan infeksi otak
12. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan dibuktikan dengan batuk tidak efektif, ronchi
13. Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas dibuktikan dengan pola nafas abnormal
14. Infeksi berhubungan dengan penyakit kronis
15. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan kekuatan otot menurun
16. Defisit perawatan diri b.d kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri.

C. INTERVENSI

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Kamis 20 Jumi 2019	Perfusi serebral tidak efektif b.d infeksi otak	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam maka ekspektasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran meningkat - Sakit kepala menurun - Gelisah menurun - Demam menurun - Tekanan darah membaik - Reflek saraf membaik 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis.lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi cairan serebrospinalis, hipertensi intrakranial idiopatik. - Monitor peningkatan tekanan darah - Monitor ireguleritas irama nafas - Monitor penurunan tingkat kesadaran - Monitor perlambatan atau kesimetrisan respon pupil - Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK - Identifikasi pengetahuan tentang pengobatan - Identifikasi penggunaan pengobatan tradisional dan efek samping obat <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan sterilitas sistem pemantauan - Pertahankan posisi kepala dan leher netral

				<ul style="list-style-type: none"> - Bila sistem pemantauan, jika perlu - Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien - Dokumentasi hasil pemantauan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan, jika perlu .
2.	Kamis 20 Juni 2019	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan dibuktikan dengan batuk tidak efektif, ronchi	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam maka ekspektasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Produksi sputum menurun - Ronchi menurun - Frekuensi nafas membaik - Pola nafas membaik 	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas - Monitor pola nafas(seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kassmaul, cheyne-stokes, blot, ataksik) - Monitor kemampuan batuk efektif - Monitor adanya produksi sputum - Monitor adanya sumbatan jalan nafas - Palpasi kesimetrisan ekspansi paru - Monitor saturasi oksigen - Auskultasi bunyi nafas - Monitor nilai AGD <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi klien

				<ul style="list-style-type: none"> - Dokumentasi pemantauan <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan. <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsultasi kesehatan
3.	Kamis 20 Juni 2019	Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas dibuktikan dengan pola nafas abnormal	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam maka ekspektasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi nafas membaik - Kedalaman nafas membaik 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) - Monitor bunyi nafas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi) - Monitor sputum <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head tilt dan chin-lift - Posisikan semi fowler atau fowler - Berikan minuman hangat - Lakukan fisioterapi dada - Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik - Berikan oksigen - Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani

				<p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari - Ajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mokolitik, jika perlu
4.	Kamis 20 Juni 2019	Infeksi b.d penyakit kronis	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam maka ekspektasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kadar sel darah putih membaik - Kultur darah membaik - Kultur sputum membaik 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit pada area edema - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara mencuci tangan yang benar - Ajarkan etika batuk - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi - Ajarkan meningkatkan asupan nutrisi

				<ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi : <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
4.	Kamis 20 Juni 2019	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan kekuatan otot menurun	Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam maka ekspektasi membaik dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot meningkat - Pergerakan ekstremitas meningkat - Gerakan terbatas menurun - Kelemahan fisik menurun 	Observasi : <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) - Fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini

				<ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).
5.	Kamis 20 Juni 2019	Defisit perawatan diri b.d kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri.	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam maka ekspektasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan mandi meningkat - Kemampuan ke toilet meningkat - Mempertahankan kebersihan diri meningkat - Mempertahankan kebersihan mulut meningkat. 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia - Monitor tingkat kemandirian - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri - identifikasi kebiasaan BAB/BAK - Monitor integritas kulit - Monitor kebersihan rambut, kuku, dan mulut <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang terapeutik - Siapkan keperluan pribadi spt.sabun mandi, sikat gigi - Dampingi dalam melakukan perawatan diri - Latih BAB/BAK - Sediakan alat bantu (mis.kateter eksternal, urinal) - Sediakan peralatan mandi (seperti sabun mandi dan sikat gigi) - Sediakan pakaian pribadi sesuai kebutuhan

				<ul style="list-style-type: none">- Fasilitasi mengenakan pakaian- jaga privasi saat berpakaian- Fasilitai untuk berhias (spt. menyisir rambut, merapikan kumis/jenggot)- Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none">- Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan- Ajarkan BAB/BAK secara rutin- Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan- Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien- Informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih- Ajarkan mengenakan pakaian.
--	--	--	--	--

D. IMPLEMENTASI

No.	Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD Perawat
1.	20 Juni 2019	Perfusi serebral tidak efektif b.d infeksi otak	11.00	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memoonitor peningkatan tekanan darah - Memoonitor ireguleritas irama nafas - Memonitor penurunan tingkat kesadaran - Memonitor perlambatan atau kesimetrisan respon pupil <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan posisi kepala dan leher netral - Mengatur interval pemantauan sesuai kondisi pasien - Mendokumentasi hasil pemantauan. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien penurunan kesadaran - Keluarga mengatakan pasien sakit kepala, mual muntah - Keluarga mengatakan pasien sakit perut <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mengalami penurunan kesadaran. - GCS : 6 - TD : 128/76 mmHg - P : 47x/menit - N : 98x/menit - S : 37,0°C - Irama nafas ireguler - Pupil anisokor - Hemoglobin : 12,6 g/dl - Leukosit : 7.800/mm - Trombosit : 170.000/mm - Hematokrit : 40,4 % <p>A : Perfusi serebral tidak efektif P : Intervensi dilanjutkan</p>	

					<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memoonitor peningkatan tekanan darah - Memoonitor ireguleritas irama nafas - Memonitor penurunan tingkat kesadaran - Memonitor perlambatan atau kesimetrisan respon pupil <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan posisi kepala dan leher netral - Mengatur interval pemantauan sesuai kondisi pasien - Mendokumentasi hasil pemantauan 	
2.	20 Juni 2019	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan dibuktikan dengan batuk tidak efektif, ronchi	11.00	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas - Monitor pola nafas takipnea - Memonitor adanya produksi sputum - Memonitor adanya sumbatan jalan nafas - Monitor saturasi oksigen - Auskultasi bunyi nafas <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengatur interval pemantauan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran - Keluarga mengatakan nafas pasien sesak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pernafasan 47x/menit - Irama nafas ireguler - Pasien tampak takipnea - Terdapat sekret - Klien tampak terpasang O_2 menggunakan NRM 	

				respirasi sesuai kondisi klien - Mendokumentasi pemantauan	- Suara nafas ronchi A : Bersihan jalan nafas tidak efektif P : Intervensi dilanjutkan O bservasi : - Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas - Monitor pola nafas takipnea - Memonitor adanya produksi sputum - Memonitor adanya sumbatan jalan nafas - Monitor saturasi oksigen - Auskultasi bunyi nafas Terapeutik : - Mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi klien - Mendokumentasi pemantauan	
3.	20 Juni 2019	Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas dibuktikan dengan pola nafas abnormal	11.00	Observasi : - Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) - Memonitor bunyi nafas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi) - Memonitor sputum Terapeutik : - Mempertahankan kepatenan jalan nafas dengan head tilt dan chin-lift	S : - Keluarga mengatakan pasien penurunan kesadaran O : - Pernafasan 47x/menit - Irama nafas ireguler - Pasien tampak takipnea - Terdapat sekret - Klien tampak terpasang O ₂ menggunakan NRM - Suara nafas ronchi - Pasien tampak mendapatkan obat	

				<ul style="list-style-type: none"> - Memposisikan semi fowler atau fowler - Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik - Memberikan oksigen - Melibatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani. 	<p>Bisolvon 3x1</p> <p>A : Pola nafas tidak efektif P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memoonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) - Memonitor bunyi nafas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi) - Memonitor sputum <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan kepatenan jalan nafas dengan head tilt dan chin-lift - Memposisikan semi fowler atau fowler - Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik - Memberikan oksigen - Melibatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani. 	
--	--	--	--	--	--	--

4.	20 Juni 2019	Infeksi b.d penyakit kronis	11.00	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mematasi jumlah pengunjung - Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien penurunan kesadaran <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak penurunan kesadaran - GCS : 6 - TD : 128/76 mmhg - P : 47x/menit - N : 98x/menit - S : 37,0°C - Hemoglobin : 12,6 g/dl - Leukosit : 7.800/mm - Trombosit : 170.000/mm - Hematokrit : 40,4 % <p>A : Infeksi b.d penyakit kronis</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mematasi jumlah pengunjung - Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi
----	--------------	-----------------------------	-------	---	--

					Edukasi : - Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar	
5.	20 Juni 2019	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan kekuatan otot menurun	11.00	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) - Memfasilitasi melakukan pergerakan jika perlu - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien penurunan kesadaran - Keluarga mengatakan anggota gerak pasien lemah - Keluarga mengatakan aktivitas dibantu <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktivitas pasien dibantu - Pasien lemah anggota gerak - Kekuatan otot $\frac{2222}{2222} \mid \frac{2222}{2222}$ - TD : 128/76 mmHg - Rentang gerak pasien tampak menurun - Gerakan pasien tampak terbatas - Tampak kaku sendi - Fisik pasien tampak lemah <p>A : Gangguan mobilitas fisik</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Mengidentifikasi toleransi fisik 	

				tempat tidur ke kursi.	<p>melakukan pergerakan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) - Memfasilitasi melakukan pergerakan jika perlu - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi. 	
6.	20 Juni 2019	Defisit perawatan diri b.d kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu melakukan perawatan diri secara	11.00	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia - Memonitor tingkat kemandirian - Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri - Mengidentifikasi kebiasaan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien penurunan kesadaran - Keluarga mengatakan aktivitas pasien dibantu <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mandi 1x/hari - Pasien cuci rambut 1x/minggu - Rambut tampak berminyak 	

		mandiri.		<p>BAB/BAK</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor integritas kulit - Memonitor kebersihan rambut, kuku, dan mulut <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyediakan lingkungan yang terapeetik - Miapkan keperluan pribadi spt.sabun mandi, sikat gigi - Mendampingi dalam melakukan perawatan diri - Latih BAB/BAK - Menyediakan alat bantu (mis.kateter eksternal, urinal) - Menyediakan peralatan mandi (seperti sabun mandi dan sikat gigi) - Memfasilitasi mengenakan pakaian - Menjaga privasi saat berpakaian <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan - Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan kepada keluarga - Mengajarkan kepada keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> - Rambut tampak berketombe - Mulut berbau - Lidah kotor - Terdapat caries gigi - Kulit tampak kering <p>A : Defisit perawatan diri P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia - Memonitor tingkat kemandirian - Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri - Mengidentifikasi kebiasaan BAB/BAK - Monitor integritas kulit - Memonitor kebersihan rambut, kuku, dan mulut <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyediakan lingkungan yang terapeetik - Miapkan keperluan pribadi spt.sabun mandi, sikat gigi - Mendampingi dalam melakukan perawatan diri - Latih BAB/BAK - Menyediakan alat bantu (mis.kateter eksternal, urinal) 	
--	--	----------	--	---	---	--

				<p>cara memandikan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan mengenakan pakaian. 	<ul style="list-style-type: none"> - Menyediakan peralatan mandi (seperti sabun mandi dan sikat gigi) - Memfasilitasi mengenakan pakaian - Menjaga privasi saat berpakaian <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan - Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan kepada keluarga - Mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien - Mengajarkan mengenakan pakaian. 	
--	--	--	--	---	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan meningitis di ruangan Neurologi RS.Ahcmad Mochtar Bukittinggi dari tanggal 20 sampai 22 Juni 2019. Beberapa hal yang perlu dibahas, disini penulis menemukan beberapa faktor penghambat dan dapat pula faktor pendukung dari kasus yang penulis ambil.

Dalam penerapan kasus keperawatan tersebut penulis telah berusaha menerapkan proses asuhan keperawatan pada klien dengan meningitis sesuai dengan teori-teori yang ada untuk melihat lebih jelasnya sejauh mana kegiatan dapat dilakukan serta keberhasilan yang dicapai akan di uraikan sesuai dengan keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

4.1. Pengkajian

Dalam melakukan pengkajian pada tanggal 20 Juni 2019 ditemukan data pasien bernama Sdr. Z berusia 20 tahun.

Pada saat pengkajian ditemukan riwayat kesehatan sekarang pasien dengan keluarga mengatakan pasien masuk ruangan Neurologi dari IGD RSAM Bukittinggi rujukan dari RS.Panyabungan pada tanggal 13 Juni 2019 dengan keluhan keluarga klien mengatakan klien sakit kepala, sakit perut, batuk berdahak, nafas sesak,klien mual dan muntah,keluarga mengatakan klien gelisah, aktivitas dibantu keluarga, lemah serta penurunan kesadaran sejak 2 hari SMRS.

Menurut Arif Mntaqin (2008), pada pengkajian riwayat kesehatan sekarang dengan pasien meningitis biasanya didapatkan keluhan yang berhubungan dengan akibat infeksi atau peningkatan tekanan intrakranial. Keluhan tersebut diantaranya berupa sakit kepala, demam, timbulnya kejang serta adanya penurunan kesadaran.

Pada riwayat kesehatan dahulu ditemukan keluarga mengatakan sebelumnya pasien pernah mengalami penyakit otitis media. Menurut Arif Muntaqqin (2008) pada riwayat kesehatan dahulu dikatakan biasanya pasien mengalami infeksi jalan nafas, otitis media, mastoiditis, penyakit TB paru. Pada saat pengkajian keluarga mengatakan sebelumnya pasien pernah mengalami otitis media.

Pada pemeriksaan fisik pasien mengalami penurunan kesadaran yaitu sopor dengan GCS : 6 ,E : 2 (respon membuka mata dengan rangsangan nyeri), M : 2 (respon motorik hanya mampu bergeser), V : 2 (respon verbal/bicara hanya mengerang). Kondisi kepala dan leher didapatkan pada saat pengkajian rambut tampak hitam, tidak ada uban, rambut tampak kotor, sedikit berbau,berminyak,terdapat ketombe, tidak teraba benjolan, tidak ada lesi pada kulit kepala, tidak ada luka. Keadaan mata pada saat pengkajian konjungtiva anemis, sklera ikterik serta pupil unisokor. Telinga, hidung, mulut, dan tenggorokan Pada saat pengkajian tidak ada gangguan pendengaran, dihidung terdapat sekret, terpasang NGT, mukosa bibir kering, tidak ada gigi palsu, mulut berbau, dan lidah kotor. Pemeriksaan penunjang laboratorium darah lengkap.

Menurut Arif Muntaqqin (2008), pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien meningitis yaitu berupa pemeriksaan TTV, tingkat kesadaran, pengkajian saraf cranial, pengkajian rangsangan meningeal, breathing, blood, bladder, bowel dan bone.

4.2. Diagnosa Keperawatan

Ditemukan 6 diagnosa keperawatan pada saat pengkajian yaitu :

1. Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan infeksi otak ditandai dengan adanya penurunan kesadaran.
2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan dibuktikan dengan batuk tidak efektif, ronchi ditandai dengan adanya sputum yang tertahan.
3. Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas dibuktikan dengan pola nafas abnormal ditandai dengan pola nafas yang takipnea.
4. Infeksi berhubungan dengan penyakit kronis ditandai dengan adanya peningkatan leukosit saat pemeriksaan laboratorium.
5. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan kekuatan otot menurun ditandai dengan lemah nya anggota gerak serta aktivitas pasien dibantu.
6. Defisit perawatan diri b.d kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri ditandai dengan tidak mampu melakukan perawatan diri.

4.3. Intervensi Keperawatan

Tahap perencanaan member kesempatan kepada perawat, pasien, keluarga dan orang terdekat pasien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna mengatasi permasalahan pasien. Perencanaan merupakan suatu petunjuk atau bukti tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap pasien sesuai dengan kebutuhan berdasarkan diagnosa keperawatan.

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan kepada pasien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori ditegakan pada tinjauan kasus karena pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan pasien.

a. Diagnosa pertama

Rencana tindakan yang akan dilakukan monitor ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaktifitas pupil, monitor tingkat kesadaran, monitor tingkat orientasi, monitor tanda-tanda vital, monitor status pernafasan : analisa gas darah, osimetri nadi, kedalaman nafas, pola nafas, dan usaha nafas, monitor reflek kornea, monitor batuk dan reflek muntah, monitor kekuatan pegangan, monitor adanya tremor, monitor kesimetrisan wajah, monitor gangguan visual : diplopia, nistagamus, penglihatan kabur, dan ketajaman penglihatan, monitor keluhan sakit kepala, monitor karakteristik bicara : kelancaran, kehadiran

afasia atau kesulitan mencari kata, monitor respon Babinski, monitor respon terhadap pengobatan.

b. Diagnosa kedua

Rencana tindakan yang dilakukan, monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas, monitor pola nafas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kassmaul, cheyne-stokes, blot, ataksik), monitor kemampuan batuk efektif, monitor adanya produksi sputum, monitor adanya sumbatan jalan nafas, palpasi kesimetrisan ekspansi paru, monitor saturasi oksigen, auskultasi bunyi nafas, monitor nilai AGD.

c. Diagnosa Ketiga

Rencana tindakan yang dilakukan monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas), monitor bunyi nafas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi), monitor sputum, pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head tilt dan chin-lift, posisikan semi fowlwr atau fowler, berikan minuman hangat, lakukan fisioterapi dada, lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, berikan oksigen, libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani, anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, ajarkan teknik batuk efektif, dan olaborasi pemberian bronkadilator, ekspektoran, mokolitik, jika perlu.

d. Diagonosa keempat

Rencana tindakan yang dilakukan, monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan

pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan yang benar, ajarkan etika batuk, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, ajarkan meningkatkan asupan nutrisi, ajarkan meningkatkan asupan cairan, kolaborasi pemberian imunisasi.

e. Diagnosa kelima

Rencana tindakan yang dilakukan, 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 melakukan mobilisasi.

f. Diagnosa keenam

Rencana tindakan yang dilakukan identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, monitor tingkat kemandirian, identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, identifikasi kebiasaan BAB/BAK, monitor integritas kulit, monitor kebersihan rambut, kuku, dan mulut, sediakan lingkungan yang terapeutik, siapkan keperluan pribadi spt.sabun mandi, sikat gigi, dampingi dalam melakukan perawatan diri, latih BAB/BAK, sediakan alat bantu (mis.kateter eksternal, urinal), sediakan peralatan mandi (seperti sabun mandi dan sikat gigi), sediakan pakaian pribadi sesuai kebutuhan, fasilitasi mengenakan pakaian, jaga privasi saat berpakaian, fasilitasi untuk berhias (spt. menyisir rambut, merapikan kumis/jenggot), berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian, anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan, ajarkan BAB/BAK secara rutin, jelaskan manfaat mandi

dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan, ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih
Ajarkan mengenakan pakaian.

4.4. Implementasi

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

- a) Pada masalah keperawatan yang pertama implementasi yang dilakukan memonitor peningkatan tekanan darah, memonitor iregularitas irama nafas, memonitor penurunan tingkat kesadaran, memonitor perlambatan atau kesimetrisan respon pupil, mempertahankan posisi kepala dan leher netral, mengatur interval pemantauan sesuai kondisi pasien, mendokumentasi hasil pemantauan, menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.
- b) Pada masalah keperawatan yang kedua implementasi yang dilakukan memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas, monitor pola nafas takipnea, memonitor adanya produksi sputum, memonitor adanya sumbatan jalan nafas , monitor saturasi oksigen, auskultasi bunyi nafas, mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi klien, mendokumentasi pemantauan, dan menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.
- c) Pada masalah keperawatan yang ketiga implementasi yang dilakukan, memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas), memonitor bunyi

nafas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi), memonitor sputum, mempertahankan kepatenan jalan nafas dengan head tilt dan chin-lift, memposisikan semi fowler atau fowler, melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, memberikan oksigen, melibatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani, menganjurkan asupan cairan 2000ml/hari.

- d) Pada masalah keperawatan keempat implementasi yang dilakukan memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, mematasi jumlah pengunjung mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara mencuci tangan yang benar, mengajarkan meningkatkan asupan cairan.
- e) Pada masalah keperawatan kelima implementasi yang dilakukan, mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur), memfasilitasi melakukan pergerakan, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).
- f) Pada masalah keperawatan keenam implementasi yang dilakukan, mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, memonitor tingkat kemandirian, mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri,

mengidentifikasi kebiasaan BAB/BAK, monitor integritas kulit, memonitor kebersihan rambut, kuku, dan mulut, menyediakan lingkungan yang terapeutik, menyiapkan keperluan pribadi spt.sabun mandi, sikat gigi, mendampingi dalam melakukan perawatan diri, latih BAB/BAK, menyediakan alat bantu (mis.kateter eksternal, urinal), menyediakan peralatan mandi (seperti sabun mandi dan sikat gigi), memfasilitasi mengenakan pakaian , menjaga privasi saat berpakaian, menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan, melaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan kepada keluarga, mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien.

4.5. Evaluasi

Setelah dilakukan asuhan keperawatan kepada pasien, hasil yang penulis dapatkan yaitu :

- a. Pada masalah keperawatan pertama belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan karena pasien mengalami penurunan kesadaran.
- b. Pada masalah keperawatan kedua belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan karena suara nafas pasien masih ronchi dan masih adanya penumpukan sekret.
- c. Pada masalah keperawatan ketiga belum teratasi sehingga intervensi masih dilanjutkan karena irama nafas pasien masih ireguler dan pasien tampak takipnea.

- d. Pada masalah keperawatan keempat belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan karena adanya peningkatan leukosit pada pemeriksaan darah lengkap pasien.
- e. Pada masalah keperawatan kelima, belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan karena pasien mengalami penurunan kesadaran, lemahnya anggota gerak sehingga aktivitas dibantu keluarga.
- f. Pada masalah keperawatan keenam, belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan karena pasien belum mampu melakukan perawatan diri secara mandiri.

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Dari penjelasan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Sdr. Z dengan Suspek Meningitis di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019 dapat disimpulkan :

1. Penulis mampu memahani Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Meningitis seperti pengertian, anatomi dan fisiologi, etiologi, manifestasi klinis, patofisiologi, dan WOC, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan dan komplikasi dapat dipahami dengan baik oleh penulis maupun membaca.
2. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Sdr. Z dengan Suspek Meningitis di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019. Pada pengkajian penulis tidak menemukan beberapa perbedaan, serta hambatan.
3. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan dengan pasien Meningitis di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019.
4. Penulis mampu menetapkan intervensi keperawatan pada pasien Meningitis di Ruang Rawat Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi 2019.
5. Pada Implementasi asuhan keperawatan pasien dengan Meningitis di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019 hampir

semua dapat dilakukan namun ada beberapa rencana tindakan yang penulis tidak lakukan tetapi dilakukan oleh perawat ruangan tersebut.

6. Evaluasi pada pasien dengan Meningitis di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019 masih belum teratasi karena kondisi pasien yang masih belum membaik.

5.2. Saran

5.2.1. Bagi Mahasiswa

Diharapkan bagi mahasiswa agar dapat mencari informasi dan memperluas wawasan mengenai pasien dengan Meningitis. Dengan adanya pengetahuan dan wawasan yang luas mahasiswa akan mampu mengembangkan diri dalam masyarakat dan memberikan pendidikan kesehatan bagi masyarakat mengenai Meningitis, faktor-faktor pencetusnya serta bagaimana pencegahan untuk kasus tersebut.

5.2.2. Bagi Institusi Pendidikan

Peningkatan kualitas dan pengembangan ilmu mahasiswa melalui studi kasus agar dapat menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Meningitis secara komprehensif.

5.2.3. Bagi Rumah Sakit

Bagi institusi pelayanan kesehatan memberikan pelayanan dan mempertahankan hubungan kerja yang baik antara tim kesehatan dan pasien yang ditujukan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang optimal.

DAFTAR PUSTAKA

Anatomi fisiologi 2015.Otak <http://fadilkaryosuwito.blogspot.com/2015/05/v-behaviorurldefaultvmlo.html?m=1>

Burke,M Karen,dkk.2016. Buku Ajar Keperawatan Bedah. Jakarata

Depkes RI,2007, Riset Kesehatan Dasar Badan Penelitian dan Pembangunan Kesehatan, Kementrian Kesehatan RI

Depkes RI. (2009). Profil Kesehatan Indonesia 2008. Jakarta. Diperoleh dari <http://depkes.go.id>.

Depkes , RI 2010, Capaian Pembangunan Kesehatan Tahun 2011, Jakarta

Muttaqin,Arif 2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan*.Jakarta : Salemba Medika

Tarwoto.(2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : CV Sagung Seto

Tarwoto, Wartonah & Suryati, E.S. (2007). *Keperawatan Medikan Bedah Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta : CV Sagung Seto

Smeltzer, Suzanne C & Bare, Brenda G(2001).*Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* Brunner & Suddarth.Alih bahasa, Agung Waluyo,dkk Editor edisi bahasa Indonesia, Monica Ester.Ed.8.Jakarta : EGC

Doenges, M.E, Moorhouse, dan A.C. Geissler.1999. Rencana Asuhan Keperawatan. Edisi ke-3 Jakarta : EGC

Ackley, B. J, Ladwig G.B &Makie M.B.F.(2017) *Nursing Diagnosis Handbook, An Evidence-Based Guide to Planning Care*. 11th Ed. St. Louis: Elsevier

Berman, A. Snyder, S & Fradsen, G.(2016). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing* (10th ed).USA: Pearson Education.

Black, M. J. & Hawks, H. J. 2009. *Medical Surgical nursing : clinical management for continuity of care*, 8th ed. Philadephia : W.B. Saunders Company

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



I. IDENTITAS PENULIS

Nama : DHELLA NERA
Tempat/Tanggal Lahir : Muaro Sijunjung, 2 Agustus 1997
Agama : Islam
Alamat : Jorong Ilie Pasar Jumat, Muaro Sijunjung
Jumlah Bersaudara : 3 (Tiga)
Anak ke : 1 (Satu)

II. NAMA ORANG TUA

Ayah : ERION
Ibu : ELVIA NORA

III. PENDIDIKAN

1. TK Kartika : Tahun 2004
2. SDN 31 Muaro Sijunjung : Tahun 2009-2010
3. SMPN 7 Sijunjung : Tahun 2012-2013
4. SMAN 2 Sijunjung : Tahun 2015-2016
5. Program Studi D III Keperawatan STIKES Perintis Padang Tahun 2016 sampai sekarang.

**DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS
PRODI D III KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG
TA 2019/2019**

NAMA MAHASISWA : Dheila Nera
 NIM : 1614401007
 RUANGAN : Neurologi
 JUDUL STUDI KASUS : Asuhan Keperawatan pada Sdr. Z dengan
 Susp. Meningitis Di Ruang Neurologi RSUD Dr.
 Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019

NO	HARI/TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
1.	Kamis, 20 Juni 2019	07.30	<i>[Signature]</i>	14.30	<i>[Signature]</i>	
2.	Jumat, 21 Juni 2019	07.30	<i>[Signature]</i>	14.30	<i>[Signature]</i>	
3.	Sabtu, 22 Juni 2019	07.30	<i>[Signature]</i>	14.30	<i>[Signature]</i>	

Bukittinggi, 20 Juni 2019

Ka Ruangan

[Signature]
 (Nc. Beni Mulyanti, S.kep...)

Pembimbing

[Signature]
 (Nc. Lisa Murtika Sari, M.kep...)

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

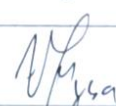
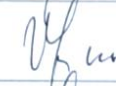

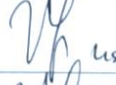
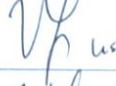


LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama : Dhella Nera

Nim : 1614401007

Pembimbing : Ns.Lisa Mustika Sari, M.Kep

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Sdr.Z dengan Suspek Meningitis di Unit Rawat Inap Neurologi RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019.



Hari/Tanggal	Isi Bimbingan	Tanda tangan Pembimbing
24/06-2019	Revisi Sesuai Saran.	 Lisa
24/06-2019	Perbaiki Sesuai Saran / teori ditambahkan.	 Lisa
26/06-2019	Perbaiki kata dan ditambal kan pusing	 Lisa
6/07-2019	Diagnosa, skk, sck di tambahkan.	 Lisa
8/07-2019	Perbaiki Intercom, lampu netes	 Lisa
10/07-2019	Maaf Perbaiki per Saran.	 Lisa
12/7 2019.	Acc di Vulkan	 Lisa

LEMBAR KONSUL

Nama : DhellaNera

NIM : 1614401007

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Sdr. Z dengan Suspek Meningitis Di Ruang
Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.

Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
Sabtu 22 Juni 2019	Perfianan Bab III	
Selasa 9/07-2019	Perfianan bab, I, II, III	
Senin 15/07-2019	Acc	