

Lampiran I

UNIVERSITAS ESA UNGGUL



PENGKAJIAN KEPERAWATAN DI RUANG INTENSIF

Nama : Nn.R
Tgl.Lahir : 10-10-2000
JK : Perempuan
No RM : 01550221
Alamat : Kp.Utan RT 002/008 Pasar Minggu Jakarta-Selatan
Pekerjaan: Pegawai Swasta
Pendidikan: SMA

Tgl Pengkajian : 09-08-2023
Jam : 15.00

Sumber data :
() Pasien, () keluarga () Lainnya: Rekam Medik

Ruangan : IW- HCU
Tanggal masuk RS : 30 Juli 2023
1. IGD / poli : 30 Juli 2023
2. Tgl ICU/IW : IW tanggal 01-08-2023

IDENTITAS PASIEN DAN KELUARGA

Agama : () Hindu, () Islam, () Protestan, () Katolik, () Budha, () Kong hu Cu () Lainnya

Pendidikan : () Belum Sekolah, () Paud, () TK, () SD, () SMP () SMA () PT

Kewarganegaraan : () WNI, () WNA

Nama PJ : Ny. M
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Kp. Utan RT 002/008 Pasar Minggu Jakarta-Selatan
Hubungan : kakak kandung

RIWAYAT KESEHATAN

Alasan Masuk Rumah Sakit :

Pasien rujukan dari RSUD Pasar Minggu karena membutuhkan tatalaksana lebih lanjut. Keluarga mengatakan pasien mengeluh nyeri kepala sejak 1 minggu sebelum masuk rumah sakit. Durasi nyeri kepala selama 5 – 10 menit dan terasa memberat bila melakukan aktivitas yang memberat. Pandangan mata kabur dan otot mata terasa berat.

Riwayat kejang tanggal 21 Juli 2023 jam 12.00 WIB , badan mengejang dan mata mendelik ke atas, kemudian kejang lagi pukul 19.00 WIB. Durasi kejang kurang lebih selama 10 menit. Riwayat jatuh dari motor pada bulan Januari 2023, pingsan setelah jatuh ada. Riwayat pingsan sejak SMP tapi tidak pernah periksa ke dokter.

Diagnosa medis saat ini :

- Main Diagnosa : Kejang berulang e.c status epileptikus , Ensefalitis viral dd bacterial
- Secondary Diagnosa : Pneumonia

Riwayat keluhan/penyakit saat ini di ICU/IW: keluhan utama saat itu

Pasien tidak dapat dikaji, mengalami penurunan kesadaran, kesadaran apatis, tampak sesekali kejang, bicara inkoheren (tidak jelas)

Riwayat penyakit terdahulu:

1. Pernah masuk RS? Kalau pernah karena apa?
Keluarga mengatakan sebelumnya belum pernah di rawat di rumah sakit.
2. Penyakit yg sama pernah? Kalau pernah?
Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki penyakit yang sama sebelumnya.

Riwayat penyakit keluarga

1. Keluarga pernah sakit sama?
Keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit seperti klien.
2. Keluarga tidak punya penyakit yang sama tapi punya penyakit parah yg lainnya?
Keluarga mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit yang sama atau parah,

PROSEDUR INVASIF (Ketika kamu menemukan pasien)

- Pasien terpasang kateter urin no.16 (urin kurang lebih 400 cc kuning jernih)
- Pasien terpasang CVC di femoralis dextra (ivfd Ring As 42cc/jam)

- Pasien terpasang NGT no.16

KONTROL RESIKO INFEKSI

Status : () tidak diketahui, () Suspect (√) diketahui : () MRSA, () TB, () Hepatitis B
 Pneumonia : () tidak diketahui (√) diketahui: () HCAP, () HAP, () VAP () Covid-19

KEADAAN UMUM

Kesadaran : () Compos mentis, (√) Apatis, () Delirium () Somnolen, () Soporocoma, () Coma
 GCS : 12 (E4, M6, V2)
 Antropometri : BB = 44 Kg, TB = 158 cm (kategori kurus tingkat ringan)
 IMT : 17, 6 kg/m² (kategori kurus tingkat ringan)
 Skala nyeri : -
 TTV

Jam/TTV	08.00	09.00	10.00	11.00	12.00	13.00	14.00
TD	117/55	113/60	116/89	129/75	120/73	129/102	125/70
HR	120	118	110	129	119	125	123
RR	22	18	20	20	30	27	25
S	37	37	37,4	37,7	37,3	37,2	37,2
SpO2	99	100	100	99	100	100	100
MAP	76	77	98	93	88	111	88

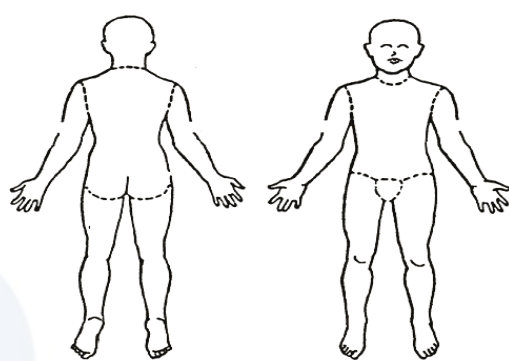
PENGKAJIAN NYERI

CCPOT (Critical Care Pain Observation Tool)

Indikator	Skor	Deskripsi
Ekspresi wajah	Rileks, netral	0 Tidak terlihat adanya ketegangan otot
	Tegang	1 Merengut, menurunkan alis
	Meringis	2 Semua gerakan wajah sebelumnya ditambah kelopak mata tertutup rapat (pasien bisa juga dengan mulut terbuka atau menggigit tabung endotrakeal)
Gerakan tubuh	Adanya gerakan atau posisi normal	0 Tidak bergerak sama sekali (tidak selalu berarti tidak adanya rasa sakit) atau posisi normal (gerakan tidak ditujukan terhadap adanya lokasi nyeri atau tidak dibuat untuk tujuan perlindungan)
	Gerakan perlindungan	1 Lambat, gerakan hati-hati, menyentuh lokasi nyeri, mencari perhatian melalui gerakan
	Gelisah	2 Menarik tabung, mencoba untuk duduk, bergerak badan atau meronta-ronta, tidak mengikuti perintah, mencoba untuk bangun dari tempat tidur
Kepatuhan dengan ventilator (pasien diintubasi)	Toleran terhadap ventilator dan gerakan	0 Alarm tidak aktif, ventilasi mudah
	Batuk tapi masih toleran	1 Batuk, alarm mungkin aktif tapi berhenti secara spontan
	Melawan ventilator	2 Tidak sinkron : blocking ventilasi, alarm aktif secara terus menerus
vokalisasi (pasien diekstubasi)	Berbicara dengan nada normal atau tidak ada suara	0 Berbicara dengan nada normal atau tidak ada suara
	Mendesah, mengerang	1 Mendesah, mengerang
	Menangis terisak-isak	2 Menangis terisak-isak
Ketegangan otot	Rileks	0 Tidak resisten terhadap gerakan pasif
	Tegang	1 Resistan terhadap gerakan pasif
	Sangat tegang	2 Resisten kuat terhadap gerakan pasif

Skor	Intepretasi
0	Tidak Nyeri
1-2	Nyeri Ringan
3-4	Nyeri Sedang
5-6	Nyeri Berat
7-8	Nyeri Sangat Hebat
Interpretasi: nyeri ringan	

Skor	Intepretasi
0	Tidak Nyeri
1-3	Nyeri Ringan
4-6	Nyeri Sedang
7-10	Nyeri Berat
Interpretasi: nyeri ringan	

SISTEM RESPIRASI DAN OKSIGENASI	<ul style="list-style-type: none"> - Obstruksi jalan nafas : ()Tidak suara paru terdengar vesikuler di kedua lapang paru (√) Ya, penyebab: banyaknya slem yang tidak dapat dikeluarkan oleh pasien. - Sesak nafas : () Tidak (√) Ya <input type="checkbox"/> Apneu - Pemakaian alat bantu nafas: ()Tidak (√) Ya - Oksigen : Nasal Kanul 3 liter/menit - Batuk : () Tidak (√)Ya - Slem: : ()Tidak (√)Ya - Bentuk Dada : () Nomochest <input type="checkbox"/> Barrel Chest <input type="checkbox"/> Pigeon Chest <input type="checkbox"/> Funnel Chest - Nafas Cuping Hidung : ()Tidak (√)Ya - Retraksi dada : ()Tidak ada <input type="checkbox"/> Suprasternal () Substernal (√) Intercostal - Krepitasi: : (√)Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area: - Chest tube thoraks: : (√)Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jumlah : - Jenis cairan : - Warna: -
SISTEM KARDIOVASKULER	<ul style="list-style-type: none"> - Bunyi Nafas : ()Normal (√)Abnormal (Wheezing/rales/ronchi) - Nadi: 111x/menit teraba kuat & teratur - Konjungtiva : (√) Anemis ()Pink <input type="checkbox"/> Hiperemis Perdarahan: (√)Tidak <input type="checkbox"/>Ya - Riwayat pemakaian alat: (√) Tidak <input type="checkbox"/>Ya: - Kulit: () Pucat <input type="checkbox"/> Sianosis (√) Tidak ada masalah - Temperatur: (√)Hangat <input type="checkbox"/> Dingin <input type="checkbox"/>Diaporesis - Iktus Cordis <input type="checkbox"/> Terlihat (√) Tidak Iktus Kordir Teraba (√)Ya <input type="checkbox"/> Tidak - Batas Jantung (√)Normal ()Pembesaran - Bunyi jantung: (√) Normal <input type="checkbox"/> Abnormal (Murmur/Galop S3 / S4)* - Ekstremitas (CRT): ()<2 dtk (√) >2dtk - Akral: (√)Hangat <input type="checkbox"/> Dingin - Edema: (√) Tidak <input type="checkbox"/> Ya - Terpasang NI Chiband/TR Band (√) Tidak <input type="checkbox"/>Ya
SISTEM GASTROINTESTINAL	<ul style="list-style-type: none"> - Makan: () Oral (√) Enteral (NGT) <input type="checkbox"/>Parenteral Frekuensi: 6 x 150 cc (Susu) - Minum: () Oral (√) Enteral Frekuensi : 6 x 150 cc - Mual : (√) Tidak terkaji <input type="checkbox"/>Ya - Muntah: (√) Tidak <input type="checkbox"/>Ya, warna: - BAB: () Diare (√) Normal <input type="checkbox"/> Konstipasi Warna: kuning - Mulut & Faring: Mukosa <input type="checkbox"/> Lembab (√) Tidak Lesi: () Tidak (√)Ya Nodul: () Tidak <input type="checkbox"/> Ya Warna mukosa (√) Pink () Pucat Lidah: <input type="checkbox"/> Bersih (√) Kotor Warna: pink Lesi: () Tidak (√)Ya Nodul: () Tidak <input type="checkbox"/> Ya - Refleks menelan: ()Baik (√) Tidak - Refleks mengunyah: <input type="checkbox"/> Baik (√)Tidak - Abdomen: Bentuk <input type="checkbox"/> Cembung (√) Datar <input type="checkbox"/> Cekung, Nyeri: (√)Tidak <input type="checkbox"/>Ya, area: Bisping usus: 12 x/mnt - Massa abdomen (√) Tidak <input type="checkbox"/>Ya, area: - Stoma: (√) Tidak <input type="checkbox"/>Ya - Drain: (√) Tidak <input type="checkbox"/>Ya, are : Jumlah cairan: cc, Warna
SISTEM MUSKULOSKELETAL	<ul style="list-style-type: none"> - Fraktur: (√) Tidak <input type="checkbox"/>Ya, area - Mobilitas: <input type="checkbox"/> Mandiri (√) Dibantu - Edema : (√)Tidak <input type="checkbox"/> Ya - Konsusio : (√) Tidak <input type="checkbox"/>Ya, area - Laserasi : (√) Tidak <input type="checkbox"/>Ya, area - Abrasi : (√) Tidak <input type="checkbox"/>Ya, area - Dekubitus : (√)Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area - Luka bakar: (√) Tidak <input type="checkbox"/>Ya, area - Sindrom kompartemen/DVT: (√) Tidak <input type="checkbox"/>Ya, area - Drop foot : (√) Tidak <input type="checkbox"/>Ya, area - Kekuatan otot: $\frac{5}{5}$ $\frac{5}{5}$ - Refleks: Bisep <input type="checkbox"/> Tidak ada () Ada Trisep <input type="checkbox"/> Tidak ada ()Ada Brakioradialis <input type="checkbox"/> Tidak ada () Ada, Patella <input type="checkbox"/> Tidak ada ()Ada, kekuatan: Achiles <input type="checkbox"/> Tidak ada ()Ada, kekuatan: Babinski <input type="checkbox"/> Negatif ()Positif <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div>

() Tidak	0
() Ya	1
3. Sakit Berat	
() Tidak	0
() √ Ya	1

PERHITUNGAN KALORI MENGGUNAKAN RUMUS MIFFLIN

Basal Metabolic rate (BMR)

Laki-laki = $(10 \times \text{BB (kg)}) + (6.25 \times \text{TB (cm)}) - (5 \times \text{umur tahun}) + 5 =$ kkal

Perempuan = $(10 \times \text{BB (kg)}) + (6.25 \times \text{TB (cm)}) - (5 \times \text{umur tahun}) - 161 =$ kkal

BMR Perempuan = $(10 \times 46 \text{ kg}) + (6.25 \times 155 \text{ cm}) - (5 \times 44) - 161 =$ kkal

BMR perempuan = $440 + 987,5 - 110 - 161 = 1.156,5$ kkal

Level Aktivitas Fisik	Nilai Level Aktivitas Fisik
Tidak aktif (tidak berolahraga sama sekali)	1.2
Cukup aktif (berolahraga 1-3x seminggu)	1.375
Aktif (berolahraga atau 3-5x seminggu)	1.55
Sangat aktif (berolahraga atau 6-7x seminggu)	1.725

Total Energy Expenditure (TEE)

TEE = BMR x (level aktivitas fisik) = kkal

TEE =

PENILAIAN RESIKO JATUH

SKALA MORSE			
Factor resiko	Keterangan	Nilai	Skor
Riwayat jatuh yang baru atau dalam satu bulan terakhir	Tidak	0	0
	Ya	25	
Diagnosa Medis sekunder >1	Tidak	0	15
	Ya	15	
Alat bantu jalan	Bed Rest atau dibantu perawat	0	0
	Penopang tongkat/ walker	15	
	Berpegangan pada Furniture	30	
Terapi Intravena infus / Lock Heparin	Tidak	0	20
	Ya	20	
Cara berjalan dan berpindah	Normal / Bedrest / Immobilisasi	0	0
	Lemah	10	
	Terganggu	20	
Status Mental	Orientasi sesuai kemampuan diri	0	15
	Lupa / keterbatasan diri	15	
Jumlah Skor Skala Morse			50

Kriteria Skala Morse		
Tingkat Resiko	Nilai MPS	Tindakan
Tidak beresiko	0 – 24	Perawatan dasar
Resiko Rendah	25 – 50	Intervensi jatuh standar
Resiko tinggi	≥ 50	Intervensi jatuh Resiko tinggi

Hasil Interpretasi: Resiko jatuh pasien tinggi

PENGAJIAN PRESSURE ULCER

BRADEN SCALE					
	1	2	3	4	Skor
Persepsi Sensori	Keterbatasan Penuh	Sangat terbatas	Keterbatasan ringan	Tidak ada keterbatasan	1
Kelembaban	Lembab terus menerus	Sangat lembab	Kadang-kadang lembab	Tidak ada lembab	2
Aktivitas	Ditempat tidur	Diatas kursi	Kadang-kadang berjalan	Sering berjalan	1
Mobilisasi	Tidak Dapat bergerak	Pergerakan sangat terbatas	Keterbatasan ringan	Tidak ada keterbatasan	2
Status Nutrisi	Sangat Buruk	Tidak adekuat	Adekuat	Baik sekali	2
Friksi/ Gesekan	Bermasalah	Potensi bermasalah	Tidak ada masalah		2
Total Skor					10

Kesimpulan Tingkat resiko

< 10= resiko sangat tinggi, **10 – 12= resiko tinggi**, 13 – 14 = resiko sedang, 15 – 18= Beresiko, > 19= resiko rendah/ tidak beresiko

ASESMEN FUNSIONAL / BARTHEL INDEKS

No	FUNGSI	KETERANGAN	SKOR	No	FUNGSI	KETERANGAN	SKOR
1	Mengontrol BAB	Inkontinen/tidak teratur (perlu enema)	0	6	Berpindah tempat dari tidur ke duduk	Tidak mampu	0
		Kadang-kadang inkontinen (1x seminggu)	1			Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang)	1
		Kontinen teratur	2			Bantuan minimal 1 orang	2
2	Mengontrol BAK	Inkontinen atau pakai kateter dan tak terkontrol	0	7	Mobilisasi/ berjalan	Tidak mampu	0
		Kadang-kadang inkontinen (max 1x24 jam)	1			Bisa berjalan dengan kursi roda	1
		Mandiri	2			Berjalan dengan bantuan satu	2
3	Membersihkan diri (lap muka, sisir rambut, sikat gigi)	Butuh pertolongan orang lain	0	8	Berpakaian (Memakai baju)	Tergantung orang lain	0
		Mandiri	1			Sebagian di bantu (mis: mengancing baju)	1
4	Penggunaan toilet, pegi ke dalam dari WC (melepas, memakai celana, menyeka, menyiram)	Tergantung pertolongan orang lain	0	9	Naik-turun tangga	Tidak mampu	0
		Perlu pertolongan pada beberapa aktivitas terapi, dapat mengerjakan sendiri beberapa aktivitas yang lain	1			Butuh pertolongan	1
		Mandiri	2			Mandiri	2
5	Makan	Tidak mampu	0	10	Mandi	Tergantung orang lain	0
		Perlu seseorang menolong memotong makanan	1			Mandiri	1
		Mandiri	2			Mandiri	2
TOTAL			0				0
			0				1

Kesimpulan skor :

() Mandiri 20

() Ketergantungan ringan 12-19

() Ketergantungan sedang 9-11

() Ketergantungan berat 5-8 (✓) **Ketergantungan total 0-4**

Hasil Interpretasi : Pasien memiliki tingkat ketergantungan total (0)

EWS

Parameter	3	2	1	0	1	2	3
Usia				<65			>65
Frekuensi Napas	<8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	>25
Saturasi Oksigen	<91	92 - 93	94 - 95	>96			
Suplementasi Oksigen		Ya		Tidak			
Tekanan Darah Sistolik	<90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			>220
Frekuensi nadi	<40		41 - 50	51 - 90	91 - 100	111 - 130	>131
Kesadaran				Alert			Somnolen Letargi Koma Gelisah
Suhu	<35,0		35,1 - 36,0	36,1 - 38,0	38,1 - 39,0	>39,1	

Skor	Tingkat Risiko	Tingkat Kewaspadaan	Frekuensi Monitoring	Respons Klinis	Solusi
0	/		Setiap 12 jam (atau sekali tiap shift)	Monitoring rutin	/
1 – 4	Rendah	Kuning	Setiap 6 jam	Evaluasi oleh perawat	Pertahankan frekuensi monitoring / Tingkatkan frekuensi monitoring / Informasikan dokter
5 – 6 (atau skor 3 pada satu parameter)	Medium	Orange	Setiap 1 – 2 jam	Perawat menginformasikan dokter untuk melakukan evaluasi	Pertahankan terapi/ Sesuaikan rencana terapi/ Konsultasi jarak jauh dengan Rapid Response Team
≥7	Tinggi	Merah	Kontinyu	Perawat menginformasikan dokter untuk evaluasi kegawatan / Konsultasi jarak jauh dengan Rapid Response Team	Konsultasi onsite dengan Rapid Response Team
≥7	Tinggi	Hitam	Kontinyu	Pasien yang mengalami penyakit parah yang ireversibel dan sudah terminal serta menghadapi kematian seperti trauma otak ireversibel, gagal organ multipel ireversibel, penyakit ginjal atau paru kronis terminal, metastase tumor, dan sebagainya. Harus didiskusikan dengan DPJP untuk keputusan masuk ICU	

SKOR EWS = ≥ 7

PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Laboratorium

Hasil Pemeriksaan tanggal 2 Agustus 2023

Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
HEMATOLOGI			
Lengkap + Hitung jenis			
Hemoglobin	11.7	12.0 ~ 14.0	g/dL
Lekosit	17.51 10^3	5.000 ~ 10.000	/uL
Hematokrit	36,2	36.0 ~ 46.0	%
Trombosit	345 10^3	150000 ~ 400000	/uL
Eritrosit	4.02 10^6	4.20 ~ 5.40	juta/uL
MCV	90.0	82.0 ~ 92.0	fL
MCH	29.1	27.0 ~ 31.0	pg
MCHC	32.3	32.0 ~ 37.0	g/dL
Elektrolit			
Natrium (Na)	146	135~150	mEq/L
Kalium (K)	3.3	3.6~5.5	mEq/L
Klorida (CL)	104	94~111	mEq/L

Hasil Pemeriksaan 24 Juli 2023

Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Imuno-Serologi			
Cairan tubuh			
Analisa Cairan Liquor			
Makroskopis			
Warna	Tidak berwarna		
Kejernihan	Jernih		
Bekuan	Negatif		
Test Nonne	Negatif	Negatif	
Test Pandy	Negatif	Negatif	
Mikroskopis			
Jumlah sel	70	0 – 5 sel/ μ L	
a. Hitung jenis MN	21	%	
b. Hitung jenis PMN	79	%	
Kimia			
Glukosa	65	50 -80 mg/dL	
Protein	27.0	15.0 – 45.0 mg/dL	
Chlorida	124	115 – 130 mEq/L	
Kesimpulan	Curiga meningitis bacterial.		

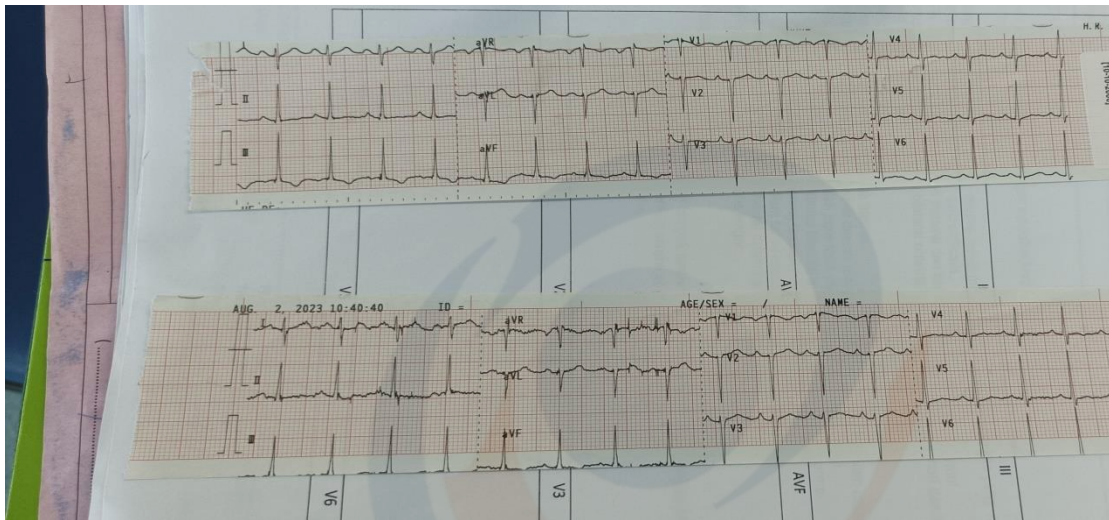
Molecular TB Bahan Hasil	LCS MTB not detected		
--------------------------------	-------------------------	--	--

Hasil pemeriksaan tanggal 22 Juli 2023

Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Imuno-Serologi			
Anti HIV I	Non Reaktif	Non Reaktif	
Anti HIV II	-	Non Reaktif	
Anti HIV III	-	Non Reaktif	

2. EKG

Hasil :



3. Radiologi (X-Ray) Thorax

Hasil radiologi :

Cor tidak membesar

Siunuses dan diafragma normal

Pulmo :

Hili normal

Corakan bronkhovaskuler normal

Tidak tampak infiltrat di kedua lapang paru

Kesan : Cor dan pulmo dalam batas normal

4. MSCT scan kepala dengan memakai kontras media

Hasil :

Jaringan lunak ekstra calvaria, dan calvaria masih memberikan bentuk dan densitas yang normal.

Tampak meningeal enchancement di sulci corticalis.

Sulci dan gyri corticalis, fissure Sylvii bilateral dan fissura interhemisfer tampak normal

Bentuk dan posisi ventrikel lateralis bilateral simetris. Ukuran ventrikel lateralis kanan dan kiri tampak normal.

Ruang subaraknoid tampak normal

Sisterna ambiens dan basalis tampak normal

Daerah sela tursika dan jukstasella serta daerah "cerebello-pontin angle" masih dalam batas normal.

Pada parenkim cerebri, cerebellum dan pons tidak menunjukkan densitas patologis.

Ganglia basalis, kapsula interna, thalamus bilateral dan corpus callosum tampak normal

Mastoid air cell bilateral yang terscanning dalam batas normal

Sinus paranasal yang terscanning dalam batas normal

Bulbus okuli dan ruang retrobulber bilateral dalam batas normal

Tidak tampak pergeseran struktur garis tengah

Kesimpulan :

- Gambaran meningitis, tidak tampak tanda-tanda hidrosefalus
- Tidak tampak lesi intraparenkim cerebri et cerebelle
- Tidak tampak fraktur calvaria.

TERAPI

Nama terapi dan Dosis pemberian (beserta fungsi)

Terapi obat non parenteral

1. KSR 1x600 mg (perawatan dan pencegahan hypokalemia)
2. Citicolin 2x500 mg (mengatasi gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh penuaan, stroke atau cedera kepala)
3. Haloperidol 2x1,5 mg (menangani gangguan mental psikologis, mengurangi halusinasi, rasa gelisah, pikiran negatif, atau keinginan untuk melukai diri sendiri).

Terapi obat parenteral

1. Meropenem 3x1 gram (menghentikan pertumbuhan dan perkembangan bakteri dengan cara menghambat pembentukan dinding sel bakteri).
2. Moxifloxacin 1x400 mg (pengobatan infeksi intraabdominal, antibiotic untuk mengatasi penyakit akibat infeksi bakteri seperti pneumonia, bronchitis kronis, infeksi kulit dan jaringan kulit, sinusitis atau radang panggul)
3. Phentoin 2x100 mg (untuk mengendalikan kejang pada penderita epilepsi)
4. Acyclovir 3x500 mg (mencegah penyebaran virus, mengurangi tingkat keparahan dan lamanya infeksi)
5. Omeperazole 2x1 (mengatasi asam lambung yang berlebih, GERD, sakit maag atau tukak lambung)
6. Pct drip 3x1 (meredakan demam dan nyeri ringan hingga sedang, mis. sakit kepala, nyeri haid, atau pegal-pegal)
7. Resfar 1x12,5 mg (agen mukolitik, pengencer dahak).

KEBUTUHAN EDUKASI

1. Apa yang keluarga ketahui tentang penyakit pasien : tentang penyakit radang selaput otak
2. Informasi apa yang ingin diketahui/ diperlukan oleh keluarga : perawatan dan keadaan pasien saat ini
3. Siapa dari keluarga yang akan ikut terlibat dalam perawatan Pasien selanjutnya : kakak kandung pasien

PERENCANAAN PULANG (DISCHARGE PLANING)

Tempat tinggal Pasien setelah pulang: rumah sendiri

No	Kriteria Pasien	Ya	Tidak	Ket
1	Usia diatas 70 tahun		√	
2	Pasien tinggal sendiri		√	
3	Tempat tinggal Pasien memiliki tangga		√	
4	Memerlukan perawatan lanjutan di rumah	√		
5	Memiliki keterbatasan kemampuan merawat diri	√		
6	Pasien pulang dengan jumlah obat lebih dari 6 jenis/macam obat			
7	Kesulitan gerak/ mobilitas	√		
8	Memerlukan alat bantu	√		
9	Memerlukan pelayanan medis	√		
10	Memerlukan pelayanan keperawatan	√		
11	Memerlukan bantuan dalam kehidupan sehari-hari	√		
12	Riwayat sering menggunakan fasilitas gawat darurat		√	

ORIENTASI PASIEN BARU (diberikan penjelasan mengenai)

Lokasi ruangan : () ya () tidak Keamanan ruangan : () ya () tidak
 Tata tertib ruangan : () ya () tidak Waktu dokter visite : () ya () tidak
 Jam berkunjung : () ya () tidak Administrasi awal : () ya () tidak
 Fasilitas ruangan : () ya () tidak Rencana perawatan : () ya () tidak
 Hak dan kewajiban : () ya () tidak

DATA FOKUS

Data Subyektif	Data Obyektif
-	- Pasien mengalami penurunan kesadaran, kesadaran apatis, tampak sesekali kejang, bicara inkoheren (tidak jelas). - Pasien terpasang alat invasive yaitu kateter urin no.16,

	<p>terpasang NGT no.16, dan terpasang CVC di femoralis dextra.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Status kontrol resiko infeksi diketahui dan terdapat pneumonia pada klien - Kesadaran apatis, GCS 12 - BB = 44 kg, TB = 158 cm, IMT = 17,6 kg/m² (kategori kurus tingkat ringan) TTV : TD 117/55 mmHg, HR 120x/menit, RR 22x/menit, Suhu 37°C, SPO2 99%, MAP 76 - Skala nyeri = 1 (nyeri ringan) - Adanya obstruksi jalan napas (banyak slem yang tidak dapat dikeluarkan sendiri) - Suara nafas ronkhi - RR : 22-30x/menit - Napas cuping hidung ada - Ada retraksi dada intercostal - Terpasang nasal kanul 3 liter/menit - Konjungtiva anemis - Makan & minum (NGT) susu 6x150 cc - Mulut ada lesi(sariawan) - Lidah kotor dan ada lesi - Tidak ada reflex menelan & mengunyah - Perubahan BAK tidak terkaji (kateter urin) - Kulit tampak kering - Kulit bagian sacrum & lembab dan terpasang warmer blanket - Hasil pemeriksaan cairan tubuh meningitis bacterial - Pasien tampak sesekali kejang - Personal hygiene dibantu oleh perawat - Nilai MST = 2 (resiko sedang) - Nilai barthel indeks 0 ketergantungan total - Nilai braden scale 10 (resiko tinggi) - Hasil pemeriksaan leukosit diatas nilai normal yaitu : 17.510/μL , Hb : 11,7 (12-14 g/dL) - Hasil MCST scan kepala dengan memakai kontra media adalah ruang subaraknoid normal dan gambaran meningeal enhancement di area sulci corticalis.
--	--

ANALISA DATA

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	DS :- DO : <ul style="list-style-type: none"> - Adanya obstruksi jalan napas (banyak slem yang tidak dapat dikeluarkan sendiri) - Suara nafas ronkhi - RR : 22-30x/menit - Ada retraksi dada intercostal - Ada napas cuping hidung 	Sekret yang berlebihan	Ketidakefektifan bersihan jalan napas
2.	DS :- DO : <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran pasien apatis - GCS : 12 - Suhu 37-37,7°C - Pasien tampak sesekali kejang - Pasien berbicara tidak jelas - Hasil CT scan : ruang subaraknoid normal dan gambaran meningeal enhancement di area sulci corticalis. 	Edema serebral	Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak

3.	<p>DS : keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan sekitar 3-5 kg.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - IMT kategorik kurus ringan (17,6) - Tidak ada reflek menelan & mengunyah - Konjungtiva pucat - Mulut tampak sariawan, lesi pada lidah - Skor MST : 2 - Hb kurang dari normal (11,7 dari 12-14) 	Asupan nutrisi kurang	Ketidakeimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh
4	<p>DS :-</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit yang tampak lembab & berkeriat pada punggung & sacrum - Terpasang warmer blanket - Imobilisasi fisik (barthel index : ketergantungan total) - Skor : Braden scale 10 (resiko tinggi) 	Penurunan mobilitas	Risiko kerusakan integritas kulit

MASALAH KEPERAWATAN (Diurutkan berdasarkan prioritas masalah)

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas (kode diagnosis : 00031)
2. Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (kode diagnosis : 00201)
3. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh (kode diagnosis : 00002)
4. Risiko kerusakan integritas kulit (kode diagnosis : 00047)

NAMA DAN TANDA TANGAN PERAWAT YANG MENGAJI DAN MENDIAGNOSIS

Jakarta, 9-8-2023
Perawat yang mendiagnosis
Melissa

Rencana Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan		NOC		NIC	
	Kode	Diagnosis	Kode	Kriteria hasil	Kode	Intervensi
1.	00031	<p>Ketidakefektifan bersihan jalan napas</p> <p>Definisi : Ketidakmampuan membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran napas untuk mempertahankan bersihan jalan napas.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada batuk • Suara napas tambahan • Perubahan pola napas • Perubahan frekuensi napas • Sianosis • Kesulitan verbalisasi • Penurunan bunyi napas • Dyspnea • Sputum dalam jumlah yang berlebihan • Batuk yang tidak efektif • Ortopnea • Gelisah • Mata terbuka lebar <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mukus berlebihan • Terpajan asap • Benda asing dalam jalan napas • Sekresi yang tertahan • Perokok pasif • Perokok <p>Kondisi terkait :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spasme jalan napas • Jalan napas alergik • Asma • Penyakit paru obstruksi kronis • Eksudat dalam alveoli • Hyperplasia pada dinding bronkus • Infeksi • Disfungsi neuromuscular 	0415	<p>Status pernapasan</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, diharapkan pasien menunjukkan keefektifan jalan napas dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kecepatan jalan napas • Frekuensi pernapasan normal • Tidak ada suara napas tambahan • Tidak ada pernapasan cuping hidung • Tidak ada retraksi dinding dada 	3140	<p>Manajemen jalan napas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir (suction) • Monitor status pernapasan dan oksigenasi • Auskultasi suara napas • Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi • Kelola pemberian terapi bronkodilator, sebagaimana mestinya • Kelola nebulizer sebagaimana mestinya

		<ul style="list-style-type: none"> • Adanya jalan napas buatan 				
2.	00201	<p>Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak</p> <p>Definisi : Rentan mengalami penurunan sirkulasi jaringan otak yang dapat mengganggu kesehatan.</p> <p>Faktor risiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penyalahgunaan zat <p>Populasi berisiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baru terjadi infark miokardium <p>Kondisi terkait :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masa tromboplastin parsial (PTT) abnormal • Massa protrombin (PT) abnormal • Segmen dinding ventrikel kiri akinetik • Aterosklerosis aortik • Diseksi arteri • Fibrilasi atrium • Miksoma atrium • Cedera otak • Neoplasma otak • Stenosis carotid • Aneurisma serebral • Koagulapati • Kardiomiopati dilatasi • Koagulasi intravascular diseminata • Embolisme • Hiperkolesterolemia • Hipertensi • Endocarditis infeksi • Katup prostetik mekanis • Stenosis mitral • Agens farmaseutika • Sindrom <i>sick sinus</i> • Program pengobatan 	0909	<p>Status neurologi</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pasien menunjukkan keefektifan perfusi jaringan otak dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada penurunan kesadaran • Tidak ada hipertemia • Tidak ada aktivitas kejang • tidak ada komunikasi yang tidak tepat dengan situasi • Status kognitif meningkat 	2540	<p>Manajemen edema serebral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor status neurologi dengan ketat • Monitor tanda-tanda vital • Posisikan tinggi kepala tempat tidur 30 derajat atau lebih • Berikan anti kejang dan antibiotik.
3.	00002	<p>Ketidakeimbangan nutrisi: kurang dari</p>	1007	<p>Status nutrisi : energi</p>	1160	<p>Monitor nutrisi Pemberian makan</p>

		<p>kebutuhan tubuh</p> <p>Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik.</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kram abdomen • Nyeri abdomen • Gangguan sensasi rasa • Berat badan 20% atau lebih di bawah rentang berat badan ideal • Kerapuhan kapiler • Diare • Kehilangan rambut berlebihan • Enggan makan • Asupan makanan kurang dari recommended daily allowance (RDA) • Bising usus hiperaktif • Kurang informasi <p>Faktor Yang Berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asupan diet kurang <p>Populasi berisiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faktor biologis • Kesulitan ekonomi <p>Kondisi terkait :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient • Ketidakmampuan mencerna makanan • Ketidakmampuan makan • Gangguan psikososial 	1005	<p>Status nutrisi : pengukuran biokimia</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pasien menunjukkan peningkatan status nutrisi sesuai dengan kebutuhan tubuh:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan nilai hemoglobin • Konjungtiva tidak anemis • Penyembuhan jaringan akibat inflamasi 	1056	<p>dengan tabung enteral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi adanya ketidaknormalan dalam rongga mulut (misalnya inflamasi, kenyal, ompong, atau gusi berdarah; kering; bibir pecah-pecah bengkak; merah tua; lidah kasar; dan papilla hiperemi & hipertofi) • Lakukan pemeriksaan laboratorium, monitoring hasilnya (hemoglobin) • Monitor adanya warna pucat, kemerahan, dan konjungtiva • Gunakan teknik yang bersih dalam memberikan makanan lewat selang.
4.	00047	<p>Risiko kerusakan integritas kulit</p> <p>Definisi : Rentan mengalami kerusakan epidermis dan/ atau dermis, yang dapat mengganggu kesehatan.</p> <p>Faktor risiko :</p>	1101	<p>Integritas jaringan : kulit & membrane mukosa)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pasien tidak menunjukkan adanya kerusakan</p>	3590 3540	<p>Pengecekan kulit Pencegahan Luka Tekan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor kulit untuk adanya kekeringan yang berlebihan dan kelembaban

	<p>Eksternal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agens cedera kimiawi • Ekskresi • Kelembapan • Hipertermia • Hipotermia • Lembap • Tekanan pada tonjolan tulang • Sekresi <p>Internal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan volume cairan • Nutrisi tidak adekuat • Faktor psikogenik <p>Populasi berisiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usia ekstrem <p>Kondisi terkait :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan metabolisme • Gangguan pigmentasi • Gangguan sensasi • Gangguan turgor kulit • Pungsi arteri • Perubahan hormonal • Imunodefisiensi • Gangguan sirkulasi • Agens farmaseutika • Terapi radiasi • Trauma vaskular 		<p>integritas kulit dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kulit tampak elastis • Suhu kulit normal • Kelembaban kulit normal • Perfusi jaringan kulit baik • Tidak ada lesi pada kulit • Integritas kulit baik 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor warna dan suhu kulit • Monitor kulit untuk adanya ruam dan lecet • Monitor sumber tekanan dan gesekan • Gunakan alat pengkajian untuk mengidentifikasi pasien berisiko mengalami kerusakan kulit dengan skala braden • Lakukan langkah-langkah untuk mencegah kerusakan kulit. • Memberikan bantalan pada bagian tubuh yang menonjol (mis. siku & tumit)
--	---	--	--	---

Implementasi (10/08/2023)

Tgl	Dx	Implementasi	Respon	Paraf
10/8/2023	1.	1. Mengeluarkan slem/sputum pada mulut pasien dengan suction.	DS : - DO : - Sputum dikeluarkan dengan suction, jalan napas tidak ada sumbatan.	
		2. Memonitor status respirasi dan oksigenisasi	DS : - DO : - RR : 20x/menit, irama teratur., SPO2 99%. - Retraksi dada berkurang, napas cuping hidung tidak ada. - Pasien terpasang nasal kanul 3 liter/menit.	
		3. Memonitor suara napas dengan auskultasi	DS : - DO : - Suara napas vesikuler.	
		4. Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi	DS : - DO : - Posisi pasien tidur terlentang dengan posisi head up 30 derajat.	
		5. Mengamati pemberian terapi bronkodilator dan nebulizer yang diberikan perawat ruangan pada pasien.	DS : - DO : - Pasien diberikan terapi bronkodilator (ventolin) dengan nebulizer , saat nebulizer diberikan tidak ada tanda-tanda sesak, masih tampak ada slem setelah di nebulizer.	

Tgl	Dx	Implementasi	Respon	Paraf
10/08/2023	2.	1. Memonitor status neurologi	DS : - DO : - Kesadaran pasien apatis - GCS 12 (E4, M6, V2)	
		2. Memonitor tanda-tanda vital	DS : - DO : - TD : 113/60 mmHg - HR : 118x/menit - RR : 21x/menit - SPO2 : 100%	

			<ul style="list-style-type: none"> - Suhu : 37°C - MAP : 77 	
		3. Memposisikan tinggi kepala tempat tidur 30 derajat	DS : DO : <ul style="list-style-type: none"> - Posisi pasien tidur terlentang dengan posisi kepala up 30 derajat. 	
		4. Memberikan terapi anti kejang dan antibiotik sesuai dengan intruksi medis	DS : - DO : <ul style="list-style-type: none"> - Terapi antibiotik diberikan meropenem 1 gram dalam spuit 10 cc melalui intravena, alergi tidak ada setelah diberikan. - Terapi anti kejang diberikan phenytoin 100 mg dalam Nacl 0,9% 100 cc melalui intravena. 	

Tgl	Dx	Implementasi	Respon	Paraf
10/8/2023	3.	1. Mengidentifikasi inflamasi pada mulut	DS : - DO : <ul style="list-style-type: none"> - Tampak sariawan pada bagian bibir bawah pasien, bibir tampak bengkak. - Lidah tampak kotor dan ada lesi pada bagian samping kiri dan kanan. 	
		2. Memonitor konjungtiva	DS : - DO : <ul style="list-style-type: none"> - Konjungtiva tampak anemis. 	
		3. Memeriksa pemeriksaan laboratorium hemoglobin pada Avicena	DS : DO : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien belum dilakukan pengecekan ulang hemoglobin pada Avicena. 	
		4. Memberikan diit/nutrisi pada pasien melalui selang NGT	DS : - DO : <ul style="list-style-type: none"> - Diit (susu) diberikan setelah dilakukan bilas lambung dan tidak ada residu. Diit diberikan 150 cc dengan air putih untuk membilas 30 cc. 	

Tgl	Dx	Implementasi	Respon	Paraf
10/8/2023	4.	1. Monitor kulit (elastisitas, kelembaban, suhu & adanya luka) pada bagian sacrum yang mengalami penekanan yang cukup lama dan rentan terhadap gesekan. mengkaji skala resiko decubitus (skala braden)	DS : - DO : - Kulit pada bagian sacrum elastis, suhu hangat, tampak sangat lembab dan basah karena penekanan yang cukup lama dan keringat. Resiko tinggi decubitus (skor 10) - Pasien juga terpasang blanket warmer yang membuat kulit bagian belakang pasien sering berkeringat dan lembab.	
		2. Melakukan pemberian silicon foam dressing untuk mencegah terjadinya luka tekan pada bagian sacrum	DS : - DO : - Pasien sudah terpasang silicon foam dressing pada bagian sacrum yang sebelumnya diobservasi terlebih dahulu.	

Implementasi (11/08/2023)

Tgl	Dx	Implementasi	Respon	Paraf
11/8/2023	1.	1. Mengobservasi pasien setelah dilakukan pengeluaran slem/sputum pada mulut pasien dengan suction oleh perawat ruangan.	DS : - DO : - Sputum tampak banyak dikeluarkan dengan suction, jalan napas bersih tidak ada sumbatan.	
		2. Memonitor status respirasi dan oksigenisasi	DS : - DO : - RR : 22x/menit, irama teratur., SPO2 99% - Retraksi dada tidak ada, napas cuping hidung tidak ada. - Pasien terpasang nasal kanul 2 liter/menit.	
		3. Memonitor suara napas dengan auskultasi	DS : - DO : - Suara napas vesikuler.	
		4. Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi	DS : - DO : - posisi pasien tidur terlentang dengan posisi head up 30 derajat.	
		5. Melakukan pemberian terapi bronkodilator dan nebulizer	DS : - DO : - Pasien diberikan terapi bronkodilator (ventolin) dengan	

			nebulizer , saat nebulizer diberikan tidak ada tanda-tanda sesak, slem ada lagi setelah di nebulizer dan di lakukan suction kembali untuk mengeluarkan slem pada mulut pasien.	
--	--	--	--	--

Tgl	Dx	Implementasi	Respon	Paraf
11/08/2023	2.	1. Memonitor status neurologi	DS : - DO : - Kesadaran pasien apatis - GCS 12 (E4, M6,V2)	
		2. Memonitor tanda-tanda vital	DS : - DO : - TD : 106/63 mmHg - HR : 117x/menit - RR : 25x/menit - SPO2 : 100% - Suhu : 36,8°C - MAP : 77	
		3. Memposisikan tinggi kepala tempat tidur 30 derajat	DS : DO : - Posisi pasien tidur terlentang dengan posisi kepala up 30 derajat.	
		4. Memberikan terapi anti kejang dan antibiotik sesuai dengan intruksi medis	DS : - DO : - Terapi antitotik diberikan meropenem 1 gram dalam spuit 10 cc melalui intravena, alergi tidak ada setelah diberikan. - Terapi anti kejang diberikan phenytoin 100 mg dalam Nacl 0,9% 100 cc melalui intravena.	

Tgl	Dx	Implementasi	Respon	Paraf
11/8/2023	3.	1. Mengidentifikasi inflamasi pada mulut	DS : - DO : - Sariawan pada bagian bibir bawah pasien tampak berkurang tidak seperti kemarin, bibir sudah tidak	

			<ul style="list-style-type: none"> - bengkak. - Lidah tampak kotor dan ada lesi pada bagian samping kiri dan kanan. 	
		5. Memonitor konjungtiva	DS : - DO : <ul style="list-style-type: none"> - Konjungtiva tampak anemis. 	
		6. Memeriksa pemeriksaan laboratorium hemoglobin pada Avicena	DS : DO : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien belum dilakukan pengecekan ulang hemoglobin pada Avicena. 	
		7. Memberikan diit/nutrisi pada pasien melalui selang NGT	DS : - DO : <ul style="list-style-type: none"> - Diit diberikan setelah dilakukan bilas lambung dan tidak ada residu. Diit (susu) diberikan 150 cc dengan air putih untuk membilas 30 cc. 	

Tgl	Dx	Implementasi	Respon	Paraf
11/8/2023	4.	1. Monitor kulit (elastisitas, kelembaban , suhu & adanya luka) pada bagian sacrum yang sudah diberikan <i>silicon foam dressing</i> .	DS : - DO : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak alih posisi miring kiri. Kulit tampak lembab, teraba hangat, tidak ada luka/lesi,elastis. 	
		2. Mengobservasi resiko decubitus dengan menggunakan skala braden pada bagian sacrum.	DS : - DO : <ul style="list-style-type: none"> - Pengkajian dengan skor Braden skor 11 (resiko tinggi) 	

Implementasi (12/8/2023)

Tgl	Dx	Implementasi	Respon	Paraf
12/8/2023	1.	1. Mengobservasi pasien setelah dilakukan pengeluaran slem/sputum pada mulut pasien dengan suction oleh perawat ruangan.	DS : - DO : <ul style="list-style-type: none"> - Sputum dikeluarkan dengan suction, jalan napas bersih tidak ada sumbatan. 	

		2. Memonitor status respirasi dan oksigenisasi	DS : - DO : - RR : 24x/menit, irama teratur., SPO2 99% - Retraksi dada tidak ada cuping hidung tidak ada. - Pasien terpasang nasal kanul 2 liter/menit.	
		3. Memonitor suara napas dengan auskultasi	DS : - DO : - Suara napas vesikuler.	
		4. Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi	DS : - DO : - Posisi pasien tidur terlentang dengan posisi head up 30 derajat.	
		5. Mengamati pemberian terapi bronkodilator dan nebulizer	DS : - DO : - Pasien diberikan terapi bronkodilator (ventolin) dengan nebulizer , setelah dilakukan nebulizer pasien mengalami desaturasi. Aliran oksigen diganti dari nasal kanul menjadi NRM 15 liter/menit, tampak napas cuping hidung dan retraksi dada.	

Tgl	Dx	Implementasi	Respon	Paraf
12/08/2023	2.	1. Memonitor status neurologi	DS : - DO : - Kesadaran pasien apatis - GCS 12 (E4, M6, V2)	
		2. Memonitor tanda-tanda vital	DS : - DO : - TD : 133/75 mmHg - HR : 98x/menit - RR : 22x/menit - SPO2 : 100% - Suhu : 37,2°C - MAP : 94	
		3. Memposisikan tinggi kepala tempat tidur 30 derajat	DS : - DO : - Posisi pasien tidur terlentang dengan posisi kepala up 30	

			derajat.	
		4. Memberikan terapi anti kejang dan antibiotik sesuai dengan intruksi medis	DS : - DO : - Terapi antitotik diberikan meropenem 1 gram dalam spuit 10 cc melalui intravena, alergi tidak ada setelah diberikan. - Terapi anti kejang diberikan phenytoin 100 mg dalam Nacl 0,9% 100 cc melalui intravena.	

Tgl	Dx	Implementasi	Respon	Paraf
12/8/2023	3.	1. Mengidentifikasi inflamasi pada mulut	DS : - DO : - Sariawan pada bagian bibir bawah pasien sudah tidak ada, bibir tidak bengkak. - Lidah bersih dan ada lesi pada bagian samping kiri dan kanan berkurang.	
		2. Memonitor konjungtiva	DS : - DO : - Konjungtiva tidak anemis.	
		3. Memeriksa pemeriksaan laboratorium hemoglobin pada Avicena	DS : DO : - Pasien belum dilakukan pengecekan ulang hemoglobin pada Avicena.	
		4. Memberikan diit/nutrisi pada pasien melalui selang NGT	DS : - DO : - Diit (susu) diberikan 150 cc dan dibilas air putih 30cc.	

Tgl	Dx	Implementasi	Respon	Paraf
12/8/2023	4.	1. Monitor kulit (elastisitas, kelembaban , suhu& adanya luka) pada bagian sacrum yang terpasang <i>silicon foam dressing</i> .	DS : - DO : - Kulit tampak lembab, teraba hangat, tidak ada luka/lesi,elastis, pasien dioleskan minyak zaitun pada bagian atas sacrum.	
		2. Mengobservasi resiko decubitus dengan menggunakan skala braden pada bagian sacrum.	DS : - DO :	

			- Pengkajian dengan skor Braden skor 13(resiko sedang)	
--	--	--	---	--

Implementasi tanggal 14/08/2023

Tgl	Dx.	Implementasi	Respon	Paraf
14/8/2023	1.	1. Mengobservasi pasien setelah dilakukan pengeluaran slem/sputum pada mulut dan selang ETT pasien dengan suction oleh perawat ruangan.	DS : - DO : - Jalan napas bersih, slem sudah dikeluarkan.	
		2. Memonitor status respirasi dan aliran oksigen	DS : - DO : - RR : 18x/menit, irama teratur., SPO2 99% - Retraksi dada tidak ada cuping hidung tidak ada. - Pasien terpasang ventilator mode SIMV fiO2 60%.	
		3. Memonitor suara napas dengan auskultasi	DS : - DO : - Suara napas vesikuler.	

Tgl	Dx	Implementasi	Respon	Paraf
14/08/2023	2.	1. Memonitor status neurologi	DS : - DO : - Kesadaran pasien apatis - GCS 12 (E4, M6, V2)	
		2. Memonitor tanda-tanda vital	DS : - DO : - TD : 122/64 mmHg - HR : 98x/menit - RR : 22x/menit - SPO2 : 100% - Suhu : 37°C - MAP : 83	

Tgl	Dx	Implementasi	Respon	Paraf
14/8/2023	3.	1. Mengidentifikasi inflamasi pada mulut	DS : - DO : - Tampak lesi pada bagian pinggir bibir karena terpasang ETT intubasi. - Lidah tidak ada lesi.	
		2. Memonitor konjungtiva	DS : - DO : - Konjungtiva tidak anemis.	
		3. Mengobservasi pemberian diit/nutrisi pada pasien melalui selang NGT oleh perawat ruangan.	DS : - DO : - Diit diberikan melalui NGT susu 150 ml dibilas air putih 30 cc.	

Tgl	Dx	Implementasi	Respon	Paraf
14/8/2023	4.	1. Monitor kulit (elastisitas, kelembaban, suhu & adanya luka) pada bagian sacrum yang terpasang <i>silicon foam dressing</i> .	DS : - DO : - Posisi pasien dilakukan miring ke kanan. Kulit tampak lembab, teraba hangat, tidak ada luka/lesi, elastis.	
		2. Mengobservasi resiko decubitus dengan menggunakan skala braden pada bagian sacrum.	DS : - DO : - Pengkajian dengan skor Braden skor 13 (resiko sedang)	

Implementasi tanggal 15/08/2023

Tgl	Dx.	Implementasi	Respon	Paraf
15/08/2023	1.	1. Memonitor status respirasi dan oksigenisasi	DS : - DO : - RR : 22x/menit, irama teratur., SPO2 99% - Retraksi dada tidak ada cuping hidung tidak ada. - Pasien terpasang ventilator mode SIMV fiO2 50%.	

		2. Memonitor suara napas dengan auskultasi	DS : - DO : - Suara napas vesikuler.	
--	--	--	--	--

Tgl	Dx	Implementasi	Respon	Paraf
15/08/2023	2.	1. Memonitor status neurologi	DS : - DO : - Kesadaran pasien apatis - GCS 13 (E4, M6, V3)	
		2. Memonitor tanda-tanda vital	DS : - DO : - TD : 101/58 mmHg - HR : 96x/menit - RR : 22x/menit - SPO2 : 100% - Suhu : 36.5°C - MAP : 72	

Tgl	Dx	Implementasi	Respon	Paraf
15/8/2023	3.	1. Mengidentifikasi inflamasi pada mulut	DS : - DO : - Lesi pada bagian pinggir bibir karena terpasang ETT intubasi berkurang. - Lidah tidak ada lesi.	
		2. Memonitor konjungtiva	DS : - DO : - Konjungtiva tidak anemis.	
		3. Mengobservasi pemberian diit/nutrisi pada pasien melalui selang NGT oleh perawat ruangan.	DS : - DO : - Diit diberikan melalui NGT susu 150 ml dibilas air putih 30 cc.	

Tgl	Dx	Implementasi	Respon	Paraf
15/8/2023	4.	1. Monitor kulit (elastisitas, kelembaban , suhu& adanya luka) pada bagian sacrum yang <i>silicon foam dressing</i> nya sudah dilepas.	DS : - DO : - Kulit tampak kering, kelembaban cukup, teraba hangat, tidak ada luka/lesi,elastis.	
		2. Mengobservasi resiko decubitus dengan menggunakan skala braden pada bagian sacrum.	DS : - DO : - Pengkajian dengan skor Braden skor 14 (resiko sedang)	

Evaluasi tanggal 11/08/2023

No.Dx	Catatan Perkembangan	TTD
1	<p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Slem/sputum berkurang - RR : 22x/menit, irama teratur - Tidak ada napas cuping hidung dan retraksi dada - Suara napas vesikuler - Pasien terpasang oksigen 2 liter/menit <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pengeluaran slem dengan suction - Memonitor status respirasi dan aliran oksigen - Monitor suara napas dengan auskultasi - Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi - Melakukan pemberian terapi bronkodilator dan nebulizer 	
2	<p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran apatis (GCS : 12) - TD : 106/63 mmHg - HR : 117x/menit - RR : 25x/menit - SPO2 : 100% - Suhu : 36,8°C - MAP : 77 - Posisi pasien tidur terlentang dengan posisi kepala up 30 derajat. - Pasien diberikan terapi antibiotik diberikan meropenem 1 gram dalam spuit 10 cc melalui intravena, alergi tidak ada setelah diberikan. - Pasien diberikan terapi anti kejang diberikan phenytoin 100 mg dalam Nacl 0,9% 100 cc melalui intravena. <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor status neurologi - Monitor tanda-tanda vital - Memposisikan tinggi kepala tempat tidur 30 derajat - Memberikan terapi anti kejang dan antibiotik 	
3	<p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sariawan pada bagian bibir bawah pasien tampak berkurang, bibir sudah tidak bengkak - Lidah tampak kotor, dan ada lesi pada bagian samping kiri dan kanan. - Konjungtiva tampak anemis - Belum dilakukan pemeriksaan haemoglobin ulang pada Avicena - Diit susu 150 cc diberikan melalui NGT <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi inflamasi pada mulut - Memonitor konjungtiva - Memeriksa pemeriksaan haemoglobin pada Avicena - Memberikan diit pasien melalui NGT 	
4	<p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak alih posisi miring kiri - Kulit tampak lembab, teraba hangat, elastis , tidak ada luka/lesi - Pengkajian skor braden 11 (resiko tinggi) <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kulit (elastisitas, kelembaban, suhu & adanya luka) pada bagian sacrum - Mengobservasi resiko decubitus dengan skala braden 	
--	--	--

Evaluasi tanggal 12/08/2023

No.Dx	Catatan Perkembangan	TTD
1	<p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jalan napas bersih, sputum/slem sudah dikeluarkan - RR : 24x/menit, irama teratur, SPO2 99% - Tampak napas cuping hidung dan retraksi dada - Terpasang NRM 15 liter/menit - Suara napas vesikuler <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pengeluaran slem dengan suction - Memonitor status respirasi dan aliran oksigen - Monitor suara napas dengan auskultasi - Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi - Melakukan pemberian terapi bronkodilator dan nebulizer 	
2	<p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran somnolen - GCS 9 (E2M5V2) - TD : 133/75 mmHg - HR : 98x/menit - RR : 22x/menit - SPO2 : 100% - Suhu : 37,2°C - MAP : 94 - Posisi pasien tidur terlentang dengan posisi kepala up 30 derajat. - Pasien diberikan terapi antibiotik diberikan meropenem 1 gram dalam spuit 10 cc melalui intravena, alergi tidak ada setelah diberikan. - Pasien diberikan terapi anti kejang diberikan phenytoin 100 mg dalam Nacl 0,9% 100 cc melalui intravena. <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor status neurologi - Monitor tanda-tanda vital - Memposisikan tinggi kepala tempat tidur 30 derajat - Memberikan terapi anti kejang dan antibiotik 	
3	<p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sariawan pada bagian bibir bawah pasien sudah tidak ada, bibir tidak bengkak. - Lidah bersih dan ada lesi pada bagian samping kiri dan kanan berkurang. - Konjungtiva tidak anemis. - Belum dilakukan pengecekan ulang hemoglobin pada Avicena. - Diit (susu) diberikan 150 cc dan dibilas air putih 30cc <p>A : Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi inflamasi pada mulut - Memonitor konjungtiva - Memeriksa pemeriksaan haemoglobin pada Avicena - Memberikan diit pasien melalui NGT 	
4	S :-	

	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit tampak lembab, teraba hangat, tidak ada luka/lesi, elastis, pasien dioleskan minyak zaitun pada bagian atas sacrum. - Pengkajian dengan skor Braden skor 13(resiko sedang) <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kulit (elastisitas, kelembaban, suhu & adanya luka) pada bagian sacrum - Mengobservasi resiko decubitus dengan skala braden 	
--	---	--

Evaluasi tanggal 14/08/2023

No.Dx	Catatan Perkembangan	TTD
1	<p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jalan napas bersih, slem sudah dikeluarkan. - RR : 18x/menit, irama teratur., SPO2 99% - Retraksi dada tidak ada cuping hidung tidak ada. - Pasien terpasang ventilator mode SIMV fiO2 60%. - Suara napas vesikuler <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi pengeluaran slem/sputum pada mulut dan selang ETT pasien dengan suction - Memonitor status respirasi dan aliran oksigen - Memonitor suara napas dengan auskultasi 	
2	<p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran apatis - GCS 12 (E4, M6, V2) - TD : 122/64 mmHg - HR : 98x/menit - RR : 22x/menit - SPO2 : 100% - Suhu : 37°C - MAP : 83 <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor status neurologi - Monitor tanda-tanda vital 	
3	<p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak lesi pada bagian pinggir bibir karena terpasang ETT intubasi. - Lidah tidak ada lesi - Konjungtiva tidak anemis - Diit diberikan melalui NGT susu 150 ml dibilas air putih 30 cc. <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi inflamasi pada mulut - Memonitor konjungtiva - Mengobservasi pemberian diit/nutrisi pada pasien melalui selang NGT. 	
4	<p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posisi pasien dilakukan miring ke kanan. Kulit tampak lembab, teraba hangat, tidak ada luka/lesi, elastis. - Pengkajian dengan skor Braden skor 13(resiko sedang) <p>A : Masalah teratasi sebagian</p>	

	<p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kulit (elastisitas, kelembaban , suhu& adanya luka) pada bagian sacrum yang terpasang <i>silicon foam dressing</i>. - Mengobservasi resiko decubitus dengan menggunakan skala braden pada bagian sacrum. 	
--	---	--

Evaluasi tanggal 15/08/2023

No.Dx	Catatan Perkembangan	TTD
1	<p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR : 22x/menit, irama teratur., SPO2 99% - Retraksi dada tidak ada cuping hidung tidak ada. - Pasien terpasang ventilator mode SIMV fiO2 50%. - Suara napas vesikuler <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor status respirasi dan aliran oksigen - Memonitor suara napas dengan auskultasi 	
2	<p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran apatis - GCS 13 - TD : 101/58 mmHg - HR : 96x/menit - RR : 22x/menit - SPO2 : 100% - Suhu : 36.5°C - MAP : 72 <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor status neurologi - Monitor tanda-tanda vital 	
3	<p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lesi pada bagian pinggir bibir karena terpasang ETT intubasi berkurang. - Lidah tidak ada lesi. - Konjungtiva tidak anemis. - Diit diberikan melalui NGT susu 150 ml dibilas air putih 30 cc. <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi inflamasi pada mulut - Memonitor konjungtiva - Mengobservasi pemberian diit/nutrisi pada pasien melalui selang NGT. 	
4	<p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit tampak kering, kelembaban cukup, teraba hangat, tidak ada luka/lesi,elastis. - Pengkajian dengan skor Braden skor 14 (resiko sedang) <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan.</p>	

Lampiran II Dokumentasi.

Observasi sebelum pemasangan *silicon foam dressing*/



Penerapan EBP : pemasangan *silicon foam dressing* pada bagian sacrum pasien.



Hari pertama observasi dan evaluasi.



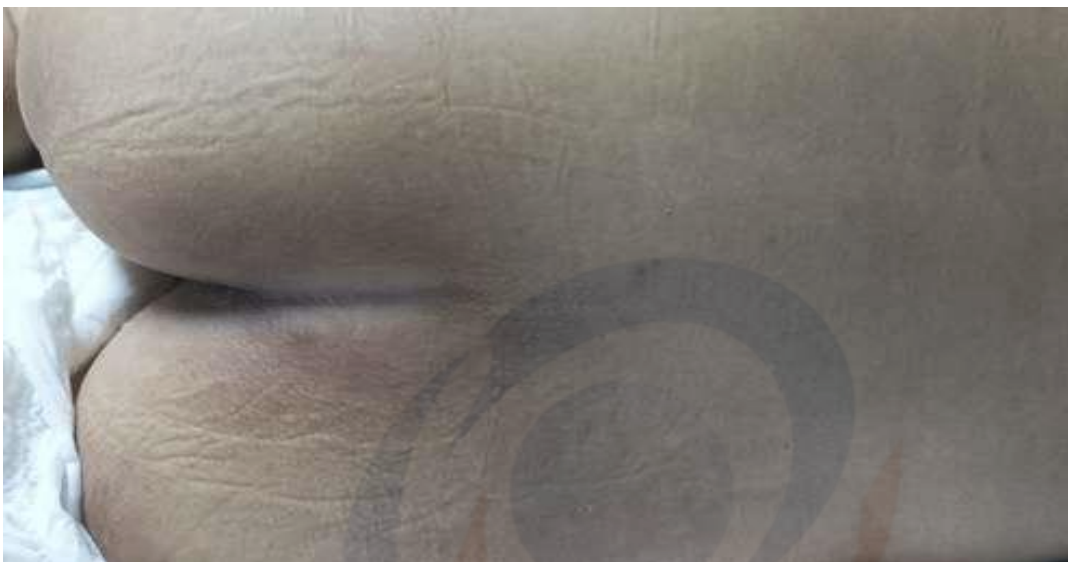
Hari kedua observasi dan evaluasi.





Hari ketiga observasi dan evaluasi.



Hari ke empat hasil observasi terakhir.



 RSU IMANUEL Waingapu - Sumba Timur - NTT	PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN DEKUBITUS		
	No. Dokumen ...	No. Revisi ...	Halaman 1 dari 4
PROSEDURE TETAP	Tanggal Terbit ...	Ditetapkan Oleh Direktur RSU Imanuel Sumba <u>Dr. Danny Christian</u>	
PENGERTIAN	Kerusakan struktur anatomis dan fungsi kulit normal akibat dari tekanan eksternal yang berhubungan dengan penonjolan tulang dan tidak sembuh dengan urutan dan waktu biasa.		
TUJUAN	Mencegah terjadinya kerusakan struktur anatomi dan fungsi kulit normal sehingga menjadi dekubitus.		
KEBIJAKAN	Dilakukan pada semua pasien yang mempunyai penyakit dan resiko terjadinya dekubitus/perawatan tirah baring lama (5 hari)		
PROSEDUR	P	<p>Pencegahan ulkus dekubitus adalah hal yang utama karena pengobatan ulkus dekubitus membutuhkan waktu dan biaya yang besar. Tindakan pencegahan dapat dibagi atas</p> <p>1) Umum :</p> <p style="margin-left: 20px;">a) Pendidikan kesehatan tentang ulkus dekubitus bagi staf medis, penderita dan keluarganya.</p> <p style="margin-left: 20px;">b) Pemeliharaan keadaan umum dan higiene penderita.</p> <p>2) Khusus :</p> <p style="margin-left: 20px;">a) Mengurangi/menghindari tekanan luayang berlebihan pada daerah tubuh tertentu dengan cara : perubahan posisi tiap 2 jam di tempat tidur sepanjang 24 jam. melakukan push up secara teratur pada waktu duduk di kursi roda. pemakaian berbagai jenis tempat tidur, matras, bantal anti dekubitus seperti circoelectric bed, tilt bed, air-matras; gel flotation pads, sheepskin dan lain-lain.</p>	

PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN DEKUBITUS			
 RSU IMANUEL Waingapu - Sumba Timur - NTT	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	2 dari 4
PROSEDUR	<p>b). Pemeriksaan dan perawatan kulit dilakukan dua kali sehari (pagi dan sore), tetapi dapat lebih sering pada daerah yang potensial terjadi ulkus dekubitus. Pemeriksaan kulit dapat dilakukan sendiri, dengan bantuan penderita lain ataupun keluarganya. Perawatan kulit termasuk pembersihan dengan sabun lunak dan menjaga kulit tetap bersih dari keringat, urin dan feces. Bila perlu dapat diberikan bedak, losio yang mengandung alkohol dan emolien.</p> <p>Pengobatan</p> <p>Pengobatan ulkus dekubitus dengan pemberian bahan topikal, sistemik ataupun dengan tindakan bedah dilakukan sedini mungkin agar reaksi penyembuhan terjadi lebih cepat.</p> <p>Pada pengobatan ulkus dekubitus ada beberapa hal yang perlu diperhatikan antara lain.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengurangi tekanan lebih lanjut pada daerah ulkus. Secara umum sama dengan tindakan pencegahan yang sudah dibicarakan di atas. Pengurangan tekanan sangat penting karena ulkus tidak akan sembuh selama masih ada tekanan yang berlebihan dan terus menerus. 2) Mempertahankan keadaan bersih pada ulkus dan sekitarnya. Keadaan tersebut akan menyebabkan proses penyembuhan luka lebih cepat dan baik. Untuk hal tersebut dapat dilakukan kompres, pencucian, pembilasan, pengeringan dan pemberian bahan-bahan topikal seperti larutan NaCl 0,9%, larutan H₂O₂ 3% dan NaCl 0,9%, larutan plasma dan larutan Burowi serta larutan antiseptik 		

PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN DEKUBITUS

No. Dokumen

No. Revisi

Halaman

...

..

3 dari 4

PROSEDUR :

lainnya. Mengangkat jaringan nekrotik. Adanya jaringan nekrotik pada ulkus akan menghambat aliran bebas dari bahan yang terinfeksi dan karenanya juga menghambat pembentukan jaringan granulasi dan epitelisasi. Oleh karena itu pengangkatan jaringan nekrotik akan mempercepat proses penyembuhan ulkus. Terdapat 3 metode yang dapat dilakukan antara lain : Sharp debridement (dengan pisau, gunting dan lain-lain). Enzymatic debridement (dengan enzim proteolitik, kolagenolitik, dan fibrinolitik). Mechanical debridement (dengan tehnik pencucian, pembilasan, kompres dan hidroterapi)


3) Menurunkan dan mengatasi infeksi.



Perlu pemeriksaan kultur dan tes resistensi. Antibiotika sistemik dapat diberikan bila penderita mengalami sepsis, selulitis. Ulkus yang terinfeksi harus dibersihkan beberapa kali sehari dengan larutan antiseptik seperti larutan H2O2 3%, povidon iodine 1%, seng sulfat 0,5%. Radiasi ultraviolet (terutama UVB) mempunyai efek bakterisidal.

4) Merangsang dan membantu pembentukan jaringan granulasi dan epitelisasi. Hal ini dapat dicapai dengan pemberian antara lain :

a) Bahan-bahan topikal misalnya : salep asam salisilat 2%, preparat seng (ZnO, Zn SO)

b) Oksigen hiperbarik; selain mempunyai efek bakteriostatik terhadap sejumlah bakteri, juga mempunyai efek proliferasi epitel, menambah jaringan granulasi dan memperbaiki

 RSU IMANUEL Waingapu - Sumba Timur - NTT	PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN DEKUBITUS		
	No. Dokumen ...	No. Revisi ...	Halaman 4 dari 4
PROSEDUR :	<p>keadaan vaskular.</p> <p>c) Radiasi infra merah, short wave diathermy, dan pengurutan dapat membantu penyembuhan ulkus karena adanya efek peningkatan vaskularisasi.</p> <p>d) Terapi ultrasonik; sampai saat ini masih terus diselidiki manfaatnya terhadap terapi ulkus dekubitus</p> <p>5) Tindakan bedah selain untuk pembersihan ulkus juga diperlukan untuk mempercepat penyembuhan dan penutupan ulkus, terutama ulkus dekubitus stadium III & IV dan karenanya sering dilakukan tandur kulit ataupun myocutaneous flap.</p>		
UNIT TERKAIT :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalasi Rawat Inap 2. Instalasi Rawat Jalan 3. UGD 		

	PEMERIKSAAN FISIK INTEGUMEN			
	SOP	Nomo :445/ /IV.03/ /2018		
		No revisi :		
		Tgl diberikan : 2018		
Halaman :1/3				
UPT.Puskesmas Rawat Inap Ketapang	Ditetapkan Kepala UPT Puskesmas Rawat Inap Ketapang		Samsu Rizal NIP.19680728 198812 1 001	
1. Pengertian	Pemeriksaan fisik untuk mengevaluasi sistem integumen yang mencakup tehnik inspeksi dan palpasi.			
2. Tujuan	Sebagai acuan : a. Memeriksa kondisi kulit, rambut, dan kuku serta perubahan-perubahannya sehingga dapat diketahui kondisi kesehatan seseorang secara umum. b. Menegakkan diagnostik suatu penyakit c. Membantu menilai perkembangan perjalanan penyakit sesudah terapi			
3. Kebijakan	SK Kepala UPT Puskesmas RI Ketapang No 445/ / IV.03 / 2018 tentang UPT Puskesmas RI Ketapang			
4. Referensi	Buku Ajar Diagnostik Fisik, Mark H.swartz, Penerbit Buku Kedokteran EGC Cetakan I, Tahun 1995			
5. Prosedur/Langkah-langkah	Persiapan alat a. Sarung tangan/handscoen b. Penggaris c. Bullpen d. Lembar dokumentasi Langkah-langkah : a. Petugas memperkenalkan diri dan memberitahu pasien atas maksud dan tujuan pemeriksaan yang akan dilakukan; b. Petugas menyiapkan posisi yang nyaman pada pasien; c. Petugas cuci tangan dan menggunakan sarung tangan; d. Area yang diperiksa sebaiknya terbuka penuh. Bila area yang hendak diperiksa tidak bersih atau tertutup kosmetik, kulit, rambut atau kuku mungkin perlu dibersihkan untuk memungkinkan inspeksi yang adekuat. e. Petugas melakukan pemeriksaan fisik integumen sebagai berikut: Teknik Pengkajian Kulit Inspeksi :			

- a. Inspeksi warna dan pigmentasi kulit. Bandingkan warna dari bagian simetris tubuh. Beri perhatian lebih pada area seputar pemasangan gips.
- b. Perhatikan bidang atau area kulit di mana terjadi variasi warna.
- c. Kaji adanya hiperemi atau kemerahan pada kulit, pucat, kuning (jaundice), eritema, echimosis, petekchie, mongolian spot;

Palpasi :

- a. Palpasi suhu kulit dengan bagian dorsal atau punggung tangan. Bandingkan bagian tubuh yang simetris. Bandingkan bagian tubuh atas dan bagian tubuh bawah (hangat, sangat hangat, sangat dingin).
- b. Palpasi dengan ujung jari daerah permukaan kulit untuk merasakan kelembapannya (kering, basah, berminyak);
- c. Tekan ringan kulit dengan ujung jari untuk menentukan keadaan teksturnya (lembut, kasar, halus).
- d. Palpasi ringan kulit untuk memeriksa kelembutan, ketegangan, dan kedalaman lesi permukaan. Palpasi lebih dalam pada area yang tampak tidak biasa.
- e. Kaji turgor dengan mencubit kulit pada punggung tangan pada dewasa, bagian dada atau perut pada lanjut usia dan bagian kening pada bayi atau anak usia dibawah dua tahun dan lepaskan. Perhatikan seberapa mudah kulit kembali ke tempat semula. Bila dicubit segera kembali keposisi semula, kembali dalam waktu 2 detik atau lebih
- f. Kaji kondisi kulit, beri perhatian khusus pada bagian yang terpajan terhadap tekanan terutama pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas untuk mendeteksi adanya gejala lesi tekan sampai pada ulkus tekan.
- g. Edema (menekan pada tibia dan ankel selama 5 atau 10 detik) tidak bengkak atau berlubang;

Teknik Pengkajian Rambut

Inspeksi :

- 1) Inspeksi pola penyebaran rambut. Normalnya penyebaran rambut merata, tidak ada lesi/pitak.
- 2) Inspeksi warna rambut, perhatikan kesesuaian antara warna dan usia dan inspeksi adanya warna rambut coklat kemerahan yang mungkin terjadi pada malnutrisi.
- 3) Inspeksi kebersihan kulit kepala dari kutu dan ketombe.

Palpasi:

	<p>1) Lakukan palpasi area rambut dan kepala dengan pola sirkuler. Perhatikan ada/ tidaknya massa atau nyeri tekan</p> <p>2) Perhatikan konsistensi rambut : halus atau kasar, pecah-pecah, atau mudah rontok saat di pegang.</p> <p>Teknik Pengkajian Kuku</p> <p>Inspeksi :</p> <p>Petugas menginspeksi warna bantalan kuku, kebersihan, panjang, ketebalan dan bentuk plat kuku, tekstur kuku, sudut antara kuku dan bantalan kuku, serta kondisi kuku lateral dan proksimal di sekitar kuku.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Warna : merah jambu, pucat, sianosis; - Bentuk : normal, clubbing finger; <p>Palpasi :</p> <p>1) Pegang jari pasien dengan hati-hati dan observasi warna bantalan kuku.</p> <p>2) Beri tekanan yang lembut, kuat, dan cepat dengan ibu jari pada bantalan kuku kemudian lepaskan.</p> <p>3) Pada saat ditekan, bantalan kuku tampak putih dan memucat, tetapi warna merah muda harus segera kembali pada saat tekanan dilepaskan. Jika warna merah muda tersebut tidak segera kembali, maka mengindikasikan adanya insufisiensi sirkulasi. Warna kebiruan atau keunguan pada bantalan kuku memberitahukan terjadinya sianosis, warna putih atau pucat terjadi karena anemia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekstur : keras, lembut, retak, rapuh. <p>6. Petugas melepas sarung tangan kemudian cuci tangan 7 langkah;</p> <p>7. Petugas mendokumentasikan hasil pemeriksaan pada rekam medik pasien</p>			
6. Bagan alur	◀			
7. Hal-hal yang perlu diperhatikan				
8. Unit terkait	UGD, Rawat Inap, Poned, BP, KIA, PUSTU, POSKESDES;			
9. Dokumen terkait	Rekam Medis;			
J. Rekam historis perubahan	No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal mulai diberlakukan