

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Pada bagian ini menjelaskan asuhan keperawatan untuk pasien sesuai tahapan proses keperawatan. Pada penjelasan asuhan keperawatan akan difokuskan pada masalah nyeri dan gangguan integritas kulit pada anak yang mengalami ruam popok dan akan diberikan intervensi inovasi kompres hangat dan *Virgin Coconut Oil (VCO)*.

A. Pengkajian

1. Identitas Klien

Nama : An. K
Umur : 1 tahun 9 bulan
Tgl lahir : 10 Februari 2020
No. MR : 01083013
Tanggal MRS : 8 November 2021
BB : 10,3 Kg
Agama : Islam
Alamat rumah : Jl. Lambung mangkurat Samarinda
Diagnosamedis : Post op EVD atas indikasi Hidrosefalus

2. Keluhanutama

a. Saat masuk rumah sakit

Sebelum masuk rumah sakit klien memiliki riwayat kejang, Klien masuk keruang PICU setelah operasi EVD pada tanggal 8 November 2021'

b. Saat pengkajian

DS :

DO : Kesadaran Composmentis GCS 15 (E4M6V5)

TD 116/60, MAP 78, Nadi 113x/menit, RR 24x/menit, Temp 36,8 c.

Klien terpasang selang drain EVD, Lingkar kepala 52,5 cm

DS : Ibu klien mengatakan anak saya menangis saat di ganti pampers

DO:

P : Ibu klien mengatakan anaknya menangis saat di ganti pampers

Q : FLACC (Face=1, Legs=1, Activity=1, Cry=1, Consobility=1)

R : Pada daerah bokong dan genitalia

S : Skalanyaeri 5 (nyerisedang)

T : Hilang timbul pada saat di ganti pampers

- Terdapat lesi pink di wilayah popok 2 sampai 10% kemerahan wilayah popok,

- Terdapat papula yang tersebar,

- Tidak terdapat skuama,

- Kulit tampak lembab

DS: Ibu klien mengatakan anak saya mengalami kemerahan di area bokong dan genitalia, ibu klien mengatakan mengganti popok saat pampersnya penuh

DO:

- Terdapat lesi pink di wilayah popok 2 sampai 10% kemerahan wilayah popok,

- Terdapat papula tersebar,

- Tidak terdapat skuama,
- Kulit tampak lembab
- Skala *diaper rash* skor 1,0 derajat ringan
- Klien menangis saat di ganti pampers

DS: Ibu klien mengatakan anak saya BAB cair berampas dan berwarna kuning 5x

DO :

- Tercatat dari kardek klien BAB 5x dalam sehari
- Pada saat di ganti pampers terlihat BAB cair berampas dan berwarna kuning
- Produksi urine 720 cc/24 jam
- Turgor kulit <2 detik
- Mukosa bibir lembab
- Peristaltik 15x/menit
- Interlac 1 x 5 tetes

c. Alasan di rawat di ruang PICU

Setelah di lakukan operasi *External Ventricular Drain* (EVD) klien perlu tindakan yang ketat intensif dengan alat sesuai.

a. Brain

Kesadaran composmentis, GCS E4M6V5, terdapat reflek motorik dan terdapat fungsi reflek, reaksi pupil positif, pupil isokir kanan dan kiri (3 mm / 3 mm).

b. Breathing

Klien terpasang O2 nasal kanul 2 Lpm, Saturasi oksigen 100%, RR

24x/menit, pergerakan dinding dada simetris, pola nafas reguler, tidak terdengar bunyi nafas tambahan.

c. Blood

TD 116/60 mmHg, Nadi 103x/menit, MAP 78, irama reguler pada nadi karotis dan radialis, capillary refill < 3 detik, mur-mur tidak ada, bunyi jantung tambahan tidak ada, terapi infus D5 ¼ Ns 360 cc/24 jam drip aminophilin 120 mg/24 jam. Kecepatan 20cc/jam

d. Bladder

Klien terpasang dower cateter, jumlah produksi urine 720 cc selama 24 jam, tidak ada distensi kandung kemih, urine berwarna kuning jernih

e. Bowel

Klien terpasang ngt, klien mendapat diet susu peptamin junior 8x50 cc, tidak terdapat residu sebelum pemberian susu, bising usus 15x/menit, klien riwayat bab cair 5x dalam sehari berampas dan berwarna kuning.

f. Bone

Terdapat pergerakan aktif, terdapat reflek tendon, terdapat reflek babinsky, terdapat respon nyeri. Pada saat pengkajian tidak ditemukan kejang.

5. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum : Lemah

Kesadaran : Composmentis GCS E4 M6 V5

TTV : TD 116/60 mmHg, MAP 78, N 103x/menit, Temp 36,8

Nutrisi dan cairan : Minum susu peptamin junior 8 x 50 cc/ngt (Intake

400 cc/24 jam)

Eliminasi : Selama di RS output klien BAK menggunakan selang *dower cateter* produksi urine 720 cc selama 24 jam. Klien BAB cair 5x dalam sehari berampas dan berwarna kuning

Pola tidur : Klien mulai tidur jam 22.00 dan bangun 07.00 pagi

Aktivitas : Klien mampu membolak balikan badan, dan bergerak pelan.

6. Pemeriksaan Head to Toe

a. Kepala

Terdapat luka post operasi tertutup verban, terpasang selang drain *External Ventricular Drain (EVD)* produksi darah, Kulit kepala bersih, tidak ada ketombe dan tidak ada lesi, penyebaran rambut merata berwarna hitam.

b. Mata

Mata lengkap, kornea kanan dan kiri, kanan dan kiri jernih dan simetris, konjungtiva tidak anemis dan sclera tidak ikterik, kelopak mata atau kelopak mata tidak bengkak, ada pantulan terang di pupil dan kanan. dan isokor kiri 3 mm / 3 mm, iris kanan kiri hitam, tidak ada kelainan

c. Hidung

Lubang hidung tidak bernafas, posisi septum hidung di tengah, lubang hidung bersih, tidak ada sekret, tulang hidung dan septum hidung tidak ada pembengkakan atau polip.

d. Mulut

Kondisi mukosa labial lembab Tonsil uvula berukuran normal terletak

simetris di tengah

e. Telinga

Bentuk telinga kanan dan kiri simetris, saluran telinga bersih, tidak ada serum berlebih, fungsi pendengaran optimal

f. Leher

Kelenjar getah bening itu teraba, tiroid telah teraba, posisi trakea terletak di tengah anomali apa pun

g. Jantung

Di bawah inspeksi inspeksi CRT danlt; 2 detik tidak ada sianosis Pada palpasi, ictus cordis hangat Perkusi jantung: pangkal jantung dari lateral ke medial di ICS II, tidak lebar di sterna sinistra, gelang jantung di ICS III dari garis parasternal kiri, tidak melebar, apeks ada di ICS V dari garis midclavicular kiri, tidak melebar

Pemeriksaan auskultasi:

- Bunyi jantung I saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular.
- Bunyi jantung II saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular
- Bunyi jantung tambahan : tidak ada bunyi jantung tambahan, tidak terdapat kelainan

h. Paru-paru

Tidak ada napas sesak napas, tidak ada batuk, bentuk toraksis simetris, patch pernapasan regular, pola pernapasan alami, lubang tali pernapasan, otot pernapasan, otot pernapasan, suara mendesak dan

ekspansi paru-paru. Paru sebelum dan sebelum napas vesikular Auskular.

i. Punggung

Tidak ada keluhan nyeri, tidak ada kelainan

j. Abdomen

Inspeksi : Bentuk abdomen bulat dan rata, tidak ada benjolan pada abdomen, tidak ada bayangan pembuluh darah di abdomen, tidak ada luka operasi

Auskultasi

Peristaltik usus 15x/m

Palpasi : tidak nyeri, massa, limpa hati tidak ada kelainan

Ginjal tidak sakit atau asites

k. Genitalia : Tidak ada kelainan, terdapat kemerahan di sekitar bokong dan genitalia ruam popok 2%-10% di area popok, terdapat papul, tidak terdapat skuama, kulit tampak lembab

l. Ekstremitas : Mobilitas sendi bebas, tidak ada kelainan anggota gerak, tidak ada kelainan tulang belakang, ada parut BCG, turgor kulit baik.

7. Pemeriksaan penunjang

Tabel 3. Hasil laboratorium tanggal 20 November 2021

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Glukosa sewaktu	108	<200
hB	12,8	14,0-18,0
Leukosit	27.000	4,50-14,50
Hematokrit	32,1	35,0-45,0

Trombosit	176.000	150-450
Natrium	131	135-155
Kalium	3,0	3,6-5,5
Chlorida	100	98-108
Albumin	4,1	3,5-5,5

8. Penatalaksanaan Terapi

Injeksi :

- Cefotaxime 3 x 350 mg
- Ranitidin 2 x 20 mg
- Phenobarbital 1 x 25 mg
- Paracetamol Infus 6 x 125 mg

Obat makan via ngt :

- Captopril 3 x 3 mg
- piracetam 3 x 100 mg
- UrdaFalk 3 x 100 mg
- Nistatin drop 3 x 1 ml
- ctm 0,8 + salbutamol; 0,8 + Nac 3 x 1 bungkus
- Asam valproate 2 x 2 ml
- Kalk syrup 1 x ½
- Cetirizin 1 x 5 tetes
- Interlac 1 x 5 tetes
- B.com 1 x ½ tab

Diet :

Minum susu peptamin junior 8 x 50 cc/ngt

B. Analisa Data

Tabel 4. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
	<p>DS :</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">• kesadaran composmentis (GCS:E4M6V5)• TD 116/60 mmHg• MAP 78• Nadi 113x/menit• RR 24x/menit• Temp 36,8°c• Terapi Obat Piracetam 3 x 100 mg• Captopril 3 x 3 mg• Asam Valproate 2 x 2 ml• Lingkar kepala 52,5 cm• Terdapat selang EVD di kepala tertutup verban		<p>Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan Hidrosefalus</p>
	<p>DS: Ibu klien mengatakan anak saya menangis saat di ganti pampers</p> <p>DO:</p> <p>P: Ibu pasien mengatakan anaknya menangis saat</p>	Inflamasi	Nyeri akut

	<p>diganti pampers</p> <p>Q : FLACC</p> <p>(Face=1,Legs=1,Activity=1,Cry=1,Consolability=1)</p> <p>R : Pada daerah bokong dan genitalia</p> <p>S : Skala 5</p> <p>T : hilang timbul atau pada saat di ganti pampers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat lesi merah muda pada area popok (2%-10%) kemerahan di area popok, -Terdapat papula yang tersebar, -Tidak terdapat skuama 		
4	<p>DS: Ibu klien mengatakan anak saya mengalami kemerahan di area bokong dan genitalia.</p> <p>Ibu klien mengatakan mengganti popok saat pampersnya penuh</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Terdapat lesi merah muda terang pada area popok 2%-10% kemerahan diarea popok, -Terdapat papula tersebar, -Tidak terdapat skuama -Didapatkan dari hasil pengukuran derajat <i>diaper rash</i> skor 1,0 (derajat ringan) 	Kelembaban	Gangguan integritas kulit
4	<p>DS: Ibu klien mengatakan anak saya BAB cair berampas dan berwarna kuning 5x</p> <p>DO :</p>	Iritasi gastrointestinal	Diare

	-Tercatat dari kardek klien BAB 5x dalam sehari -Pada saat di ganti pampers terlihat BAB cair berampas dan berwarna kuning -Produksi urine 720 cc/24 jam -Turgor kulit baik <2 detik -Mukosa bibir lembab -Peristaltik usus 15x/menit		
--	--	--	--

A. DiagnosaKeperawatan

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif D.0017 berhubungan dengan Hidrosefalus
- b. Nyeri akut D.0077 berhubungan dengan Inflamasi
- c. Gangguan integritas kulit D.0129 berhubungan dengan Kelembaban
- d. Diare D.0020 berhubungan dengan Iritasi Gastrointestinal

B. Intervensi Keperawatan

Tabel 5. Intervensi Keperawatan

Tgl/jam	Dx. Keperawatan SDKI	SLKI	SIKI
Sabtu, 20 Nove mber 2021 Jam 14.30	Risiko perfusi serebral tidak efektif D.001	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam diharapkan perfusi serebral L. 02014 meningkat dengan kriteria hasil : Sakit kepala menurun (5) Gelisah menurun (5)	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial I.06194 Observasi 1.1 Identifikasi penyebab peningkatan TIK 1.2 Monitor tanda/gejala

	7	<p>Demam menurun (5)</p> <p>Keterangan :</p> <p>1 Meningkatkan</p> <p>2 Cukup meningkat</p> <p>3 Sedang</p> <p>4 Cukup menurun</p> <p>5 Menurun</p>	<p>peningkatan TIK</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.3 Berikan posisi semi fowler 45° atau posisi headup 30°</p> <p>1.4 Pertahankan suhu tubuh normal</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.5 Kolaborasi pemberian sedasi jika perlu dan anti konvulsan (Asam Valproate 2 x 2 ml)</p>
<p>Sabtu , 20 Nove mber 2021 Jam 15.00</p>	<p>Nyeri akut</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam diharapkan tingkat nyeri L.08066 menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>Keluhan nyeri menurun (5)</p> <p>Meringis menurun (5)</p> <p>Gelisah menurun (5)</p> <p>Keterangan :</p> <p>1 Meningkatkan</p> <p>2 Cukup meningkat</p> <p>3 Sedang</p> <p>4 Cukup menurun</p>	<p>Manajemen nyeri I.08238</p> <p>2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2.2 Identifikasi skala nyeri menggunakan skala nyeri FLACC</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.3 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p>

		5 Menurun	<p>memberikan tindakan kompres hangat menggunakan handuk kecil dalam waktu 10-15 menit.</p> <p>Edukasi</p> <p>2.4 Ajarkan teknik nonfarmakologiskompres hangat selama 10-15 menit kepada orang tua klien untuk mengurangi rasa nyeri</p>
Sabtu, 20 Nove mber 2021 Jam 16.00	Gangguan integritas kulit	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 3 x 7 jam diharapkan Integritas kulit L.14125 meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Kerusakan lapisan kulit menurun</p> <p>Nyeri menurun</p> <p>Kemerahan menurun</p> <p>Keterangan</p> <p>1 Meningkat</p> <p>2 Cukup meningkat</p> <p>3 Sedang</p> <p>4 Cukup menurun</p>	<p>Perawatan Integritas Kulit I.11353</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (misal penurunan kelembapan, penurunan mobilitas)</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.2 Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring (mobilisasi mika-miki)</p>

		5 Menurun	<p>3.3 Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare</p> <p>Edukasi</p> <p>3.4 Anjurkan mengoleskan <i>Virgin Coconut Oil</i> (VCO) untuk mengatasi ruam popok pada anak</p>
Sabtu, 20 Novem ber 2021	Diare	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 3 x 7 jam diharapkan fungsi gastrointestinal L.03019 Membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Frekuensi BAB membaik -Konsistensi feses membaik -Peristaltik usus membaik <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Memburuk 2.Cukup memburuk 3.Sedang 4.Cukup membaik 5.Membaik 	<p>Manajemen diare I.03101</p> <p>Observasi</p> <p>4.1 Identifikasi penyebab diare (iritasi gastrointestinal)</p> <p>4.2 Identifikasi riwayat pemberian makanan</p> <p>4.3 Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja</p> <p>4.4 Monitor tanda dan</p>

			<p>gejala hipovolemia (turgor kulit turun, mukosa mulut kering) Terapeutik 4.5 Pasang jalur intravena Edukasi 4.6 Anjurkan menghindari makanan yang mengandung laktosa</p>
--	--	--	--

C. Intervensi Inovasi SOP Pemberian Kompres Hangat dan Aplikasi *Virgin Coconut Oil* (VCO) untuk mengurangi ruam popok dan menurunkan nyeri pada anak

Tahap persiapan

- a. Persiapan pasien
- b. Mengucapkan salam terapeutik
- c. Menjelaskan pada orang tua pasien tentang tujuan, prosedur, dan tindakan yang akan dilakukan.
- d. Selama komunikasi menggunakan bahasa yang jelas, sistematis dan mudah di pahami.
- e. Klien/keluarga diberi kesempatan untuk bertanya dahulu.

- f. Menjaga privasi pasien selama komunikasi
- g. Membuat kontrak (waktu, tempat, dan tindakan yang akan dilakukan)

Persiapan alat dan bahan

- a. Komberisi air hangat
- b. Wash lap/handukkecil
- c. Handscoone bersih
- d. Minyak kelapa murni (Virgin Coconut Oil)
- e. Skala nyeri FLACC
- f. Skala derajat *diaper rash*
- g. Alat dokumentasi (pulpen, kertas, handphone untuk foto ruam)

Tahap kerja

- a. Kaji kesiapan klien
- b. Kaji skala nyeri menggunakan skala FLACC (Face, Legs, Activity, Consolability) untuk anak <3 tahun
- c. Kaji gangguan integritas kulit (adanya kemerahan, lecet, luka pada daerah bokong)
- d. Mencuci tangan dan memakai handscone bersih
- e. Mengatur posisi klien dengan berbaring terlentang tekuk kedua kaki anak
- f. Membuka pampers dan melihat kondisi daerah sekitar bokong (apakah terdapat kemerahan, lecet, luka)
- g. Memberikan kompres air hangat selama kurang lebih 10-15 menit menggunakan wash lap/handuk kemudian keringkan menggunakan handuk kecil yang telah disediakan

- h. Mengoleskan *Virgin Coconut Oil* (VCO) pada daerah bokong yang mengalami kemerahan
- i. Tutup kembali pampers klien
- j. Perawat melepas handscoone kemudian mencuci tangan

Tahap terminasi

- a. Membaca doa bersama klien
- b. Membaca hamdalah
- c. Evaluasi kegiatan yang telah dilakukan sesuai dengan tujuan yang diharapkan
- d. Memberikan reinforcement positif
- e. Mengatur jadwal selanjutnya
- f. Pertemuan diakhiri dengan alhamdulillah dan salam
- g. Merapikan alat yang telah digunakan
- h. Membasuh tangan dengan air mengalir
- i. Evaluasi skala nyeri anak sesudah di berikan implementasi
- j. Evaluasi kemerahan, luka, lecet pada daerah bokong yang mengalami ruam popok
- k. Evaluasi hasil dari pemberian kompres hangat dan *Virgin Coconut Oil* (VCO)
- l. Mencatat semua hasil pemeriksaan dan foto bila perlu sebagai dokumentasi

D. Implementasi Keperawatan

Tabel 6. Implementasi Keperawatan

Tgl	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Sabtu , 20 Nove mber 2021 14.30	1.1 Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK	S: O : Kesadaran composmentis E4 M6 V5 Terapi Obat : Piracetam 3 x 100 mg Asam Valproate 2 x 2 ml Lingkar kepala 52, 5 cm	<i>Shela</i>
14.40	1.2 Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK	S : O : -Terdapat selang drain EVD -Klien tidak ada tanda-tanda kejang	<i>Shela</i>
15.00	1.3 Memberikan posisi semi fowler	S : - O: Posisi tidur semi fowler 45°	<i>Shela</i>
15.15	1.4 Mempertahankan suhu tubuh normal	S : - O : Nadi 113x/menit RR : 24x/menit T : 36,8°C TD 116/60 mmHg MAP 78	<i>Shela</i>

15.30	<p>2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p>	<p>S : Ibu klien mengatakan anak saya menangis saat di ganti pampers</p> <p>O :</p> <p>-Mengukur skala nyeri menggunakan skala FLACC</p> <p>P: Ibu pasien mengatakan anaknya menangis saat diganti pampers</p> <p>Q : FLACC (Face=1,Legs=1,Activity=1,Cry=1,Consolability=1)</p> <p>R : Pada daerah bokong dan genitalia</p> <p>S : Skala 5</p> <p>T : hilang timbul atau pada saat diganti diapers</p>	Shela
16.00	2.3 Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat)	<p>S :</p> <p>O: - Klien terlihat tenang setelah diberikan terapi kompres hangat pada area kemerahan selama 10-15 menit</p>	Shela
16.00	2.4 Mengajarkan teknik nonfarmakologis cara kompres	S : Ibu klien mengatakan setuju untuk di ajarkan cara	Shela

	hangat untuk mengurangi rasa nyeri	mengompres hangat O : Orang tua tampak antusias	
16.15	3.1 Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit	<p>S : Ibu klien mengatakan anak saya mengalami kemerahan di area bokong dan genitalia, ibu klien mengatakan mengganti popok saat pampers penuh</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat lesi merah muda terang pada area popok (2%-10%) • Terdapat kemerahan di area popok • Terdapat papula tersebar • Tidak terdapat skuama • Terlihat kulit lembab • Skor <i>diaper rash</i> skala 1,0 derajat ringan • Di catatan kardek klien bab 5x dalam sehari berampas berwarna kuning • Turgor kulit baik <2 detik 	Shela

16.30	3.2 Mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring	<ul style="list-style-type: none"> • Mukosa bibir lembab • Produksi urine 720 cc/24 Jam <p>S : -</p> <p>O : - Posisi tidur miring ke kanan</p>	Shela
16.45	<p>3.3 Membersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare</p> <p>3.4 Menganjurkan menggunakan pelembab/oleskan <i>Virgin Coconut Oil (VCO)</i></p>	<p>S : Klien menangis</p> <p>O : - Klien tampak menangis saat di berikan kompres hangat dan saat dioleskan <i>Virgin Coconut Oil (VCO)</i></p>	Shela
17.00	4.1 Identifikasi penyebab diare	S: Ibu klien mengatakan anak	Shela
17.15	4.2 Monitor warna, volume, frekuensi	<p>saya BAB cair 5x dalam sehari berampas dan berwarna kuning</p> <p>O:</p> <p>-Tercatat dari kardek klien BAB Cair 5x dalam sehari</p> <p>-Pada saat perawat mengganti pampers terlihat BAB berampas dan berwarna kuning</p>	
17.30	4.3 Identifikasi riwayat	S: Ibu klien mengatakan susu	

	pemberian makanan	anak saya sebelum nya SGM sekarang di ganti peptamin junior O: -Klien minun susu peptamin junior 8 x 50 cc/ngt	<i>Shel₃</i>
17.45	4.4 Monitor tanda dan gejala Hipovolemia (turgor kulit turun, mukosa mulut kering)	S: O: -turgor kulit <2 detik -Mukosa bibir lembab -Produksi urine 720 cc/24 jam	<i>Shel₃</i>
18.00	4.5 Memberikan cairan intravena	S: O: -Klien terpasang infus D5 1/4 Ns 360 cc/24 jam drip aminophilin 120 mg/24 jam - Interlac 1 x 5 tetes	<i>Shel₃</i>
Ming gu, 21 Nov 2021 14.30	1.1 Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK	S: O : Kesadaran composmentis E4 M6 V5 Terapi obat Piracetam 3 x 100 mg Asam Valproate 2 x 2 ml Lingar kepala 52,5 cm	<i>Shel₃</i>
15.00	1.2 Memonitor tanda/gejala	S : -	

15.15	<p>peningkatan TIK</p> <p>1.3 Memberikan posisi semi fowler</p> <p>1.4 Mempertahankan suhu tubuh normal</p>	<p>O : terdapat selang drain EVD</p> <p>Produksi selang drain darah 10 cc</p> <p>S : -</p> <p>O: Posisi kepala headup 30°</p> <p>S : -</p> <p>O : Nadi 108x/menit</p> <p>RR : 22x/menit</p> <p>T : 37°c</p> <p>TD : 110/70 mmHg</p> <p>MAP : 83</p>	<p>Shel₃</p> <p>Shel₃</p> <p>Shel₃</p>
15.30	<p>2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p>	<p>S : Ibu klien mengatakan semoga perih di pantat anak nya segera berkurang</p> <p>O :</p> <p>- Mengukur skala nyeri menggunakan skala FLACC</p> <p>- P: Ibu klien mengatakan anak saya menangis saat diganti pampers</p> <p>Q : FLACC (Face=1, Legs=0, Activity=1, Cry=1, Consobility=0)</p> <p>R : Pada daerah bokong dan</p>	<p>Shel₃</p>
15.45			

16.00	2.3 Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat) untuk mengurangi rasa nyeri	<p>genitalia</p> <p>S : Skala 3</p> <p>T : Hilang timbul pada saat di ganti pampers</p> <p>S : -</p> <p>O:</p> <p>-Klien tampak tidak meringis</p> <p>-Klien tampak tenang</p>	Shela
16.15	2.4 Mengajarkan teknik nonfarmakologis cara kompres hangat untuk mengurangi rasa nyeri	<p>S : Ibu klien mengatakan akan memberikan kompres hangat apabila anak nya mengalami ruam popok lagi</p> <p>O : Ibu klien mampu melakukan kompres hangat di depan perawat</p>	Shela
16.30	3.1 Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit	<p>S : Ibu klien mengatakan kemerahan sedikit berkurang</p> <p>O :</p> <p>-Masih terdapat lesi merah muda terang pada area popok 10%</p> <p>-kemerahan diarea popok berkurang,</p> <p>-tampak papul yang tersebar</p>	Shela

16.45	3.2 Mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring	berkurang -tidak tampak skuama - kulit tampak lembab -. Skala <i>Diaper rash</i> Skor 1,0 derajat ringan. -Turgor kulit baik <2 detik -Mukosa Bibir lembab S : O : - Posisi tidur miring ke kanan -Klien terlihat nyaman dengan posisi miring kanan	Shela
17.00	3.3 Membersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare	S : O: - Kemerahan tampak berkurang	Shela
17.15	3.4 Menganjurkan menggunakan <i>Virgin Coconut Oil (VCO)</i> untuk mengatasi ruam popok	-Lesi merah muda memudar/berkurang -Papul tersebar berkurang	
17.30	4.1 Mengidentifikasi penyebab diare	S: O:	Shela
17.45	4.2 Memonitor warna, volume, frekuensi	-tercatat dari kardek klien BAB Cair 3x dalam sehari -pada saat perawat mengganti pampers terlihat BAB berampas	

		dan berwarna kuning	
18.00	4.3 Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan	S: O: -Klien minum susu peptamin junior 8 x 50 cc/ngt	<i>Shela</i>
		S: O: -turgor kulit <2 detik -Mukosa bibir lembab -Produksi urine 600 cc/24 jam	<i>Shela</i>
18.30	4.4 Memonitor tanda dan gejala Hipovolemia (turgor kulit turun, mukosa mulut kering)	S: O: Klien terpasang infus D5 ¼ Ns 360 cc/24 jam drip aminophilin 120 mg/24 jam -Interlac 1 x 5 tetes	<i>Shela</i>
18.45	4.5 Memberikan cairan intravena		
Senin , 22 Nove	1.1 Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK	S: - O : Kesadaran composmentis E4 M6 V5	<i>Shela</i>

<p>mber</p> <p>2021</p> <p>14.30</p> <p>14.45</p> <p>15.00</p> <p>15.15</p>	<p>1.2 Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK</p> <p>1.3 Memberikan posisi semi fowler</p> <p>1.4 Mempertahankan suhu tubuh normal</p>	<p>HR :</p> <p>-118x/menit,</p> <p>- RR: 20x/menit</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <p>-terdapat selang drain EVD</p> <p>- tidak ada tanda-tanda kejang</p> <p>S : -</p> <p>O: Posisi tidur semi fowler 45°</p> <p>S : -</p> <p>O : Nadi 118x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>T : 36,7°c</p> <p>TD 98/60 mmHg</p> <p>MAP 72</p>	<p><i>Shela</i></p> <p><i>Shela</i></p> <p><i>Shela</i></p>
<p>15.30</p>	<p>2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p>	<p>S : Ibu mengatakan anaknya mulai tenang</p> <p>O :</p> <p>Mengukur skala nyeri menggunakan skala FLACC</p> <p>-P: Pada area bokong dan genitalia</p> <p>Q : FLACC (Face=1, Legs=0, Activity=0, Cry=0,</p>	<p><i>Shela</i></p>

15.45	2.2 Mengidentifikasi skala nyeri	<p>Consobility=0)</p> <p>R : Pada area bokong dan genitalia</p> <p>S : Skala 1</p> <p>T : sewaktu-waktu</p>	
16.00	2.3 Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat)	<p>S : -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tenang -Klien tampak tertidur 	<i>Shela</i>
16.15	2.4 Mengajarkan teknik nonfarmakologis cara kompres hangat untuk mengurangi rasa nyeri	<p>S : Ibu klien mengatakan sudah bisa melakukan kompres hangat</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ibu klien mampu melakukan kompres hangat selama 10-15 menit di depan perawat -Ibu klien tidak bertanya-tanya lagi pada perawat 	<i>Shela</i>
16.30	3.1 Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit	<p>S : Ibu klien mengatakan semenjak di beri VCO kemerahan di area bokong menjadi berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Lesi merah muda terang pada area popok memudar 	<i>Shela</i>


16.45	3.2 Mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring	<p>- tidak disertai papul dan</p> <p>-tidak disertai skuama.</p> <p>- Skala <i>diaper rash</i> 0,5 derajat sangat ringan</p> <p>S : Klien menangis</p> <p>O : - Posisi tidur miring ke kanan</p>	Shela
17.00	3.3 Membersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare	<p>S :</p> <p>O:</p> <p>- Tampak kemerahan di area bokong berkurang sekitar 2%</p>	Shela
17.15	3.4 Menganjurkan menggunakan <i>Virgin Coconut Oil (VCO)</i> untuk mengatasi ruam popok	<p>-tidak terdapat papul</p> <p>-tidak terdapat skuama</p> <p>-derajat <i>diaper rash</i> 0,5 sangat ringan</p>	
17.30	<p>4.1 Mengidentifikasi penyebab diare</p> <p>4.2 Memonitor warna, volume, frekuensi</p>	<p>S: Ibu klien mengatakan anak saya BAB cair 2x dalam sehari berampas dan berwarna kuning</p> <p>O:</p> <p>-tercatat dari kardek klien BAB Cair 2x dalam sehari</p> <p>-pada saat perawat mengganti pampers terlihat BAB berampas dan berwarna kuning</p>	Shela


17.45	4.3 Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan	S: O: -Klien minum susu peptamin junior 8 x 50 cc/ngt	<i>Shela</i>
18.00	4.4 Memonitor tanda dan gejala Hipovolemia (turgor kulit turun, mukosa mulut kering)	S: O: -turgor kulit <2 detik -Mukosa bibir lembab -Peristaltik usus 13x/menit -Produksi urine 580 cc/24 jam	<i>Shela</i>
18.15	4.5 Memberikan cairan intravena	S: O: Klien terpasang infus D5 ¼ Ns 360 cc/24 jam drip aminophilin 120 mg/24 jam -Interlac 1 x 5 tetes	<i>Shela</i>


E. Evaluasi keperawatan (SOAP)

Tabel 7. Evaluasi Keperawatan

Tanggal	Diagnosa	SOAP	Paraf
Sabtu, 20 November 2021	I	S : O : -Kesadaran : Composmentis (GCS E4M6V5) -TD 116/60 mmHg -MAP 78	<i>Shela</i>

		<p>-Nadi 113x/menit</p> <p>-RR 24x/menit</p> <p>-Terapi Obat :</p> <p>Captopril 3 x 3 mg</p> <p>Piracetam 3 x 100 mg</p> <p>Asam valproate 2 x 2 ml</p> <p>Lingkar kepala 52,5 cm</p> <p>Klien tidak terlihat tanda-tanda kejang</p> <p>A : Sakit kepala (Sebelum 2, sesudah 3)</p> <p>Gelisah (sebelum 2, sesudah 3)</p> <p>Demam (sebelum 2, sesudah 3)</p> <p>Keterangan skor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun <p>P : Masalah keperawatan perfusi serebral tidak efektif belum teratasi (Lanjutkan intervensi)</p>	
	II	<p>S : Ibu klien mengatakan anak saya menangis saat di ganti pampers</p> <p>O : - Mengukur skala nyeri menggunakan skala FLACC</p> <p>-P : Ibu klien mengatakan anak saya menangis saat</p>	

		<p>di ganti pampers</p> <p>Q : FLACC (Face=1, Legs=1, Activity=1, Cry=1, Consobility=1)</p> <p>R : Pada daerah bokong dan genitalia</p> <p>S : Skala 5</p> <p>T : Hilang timbul saat di ganti pampers</p> <p>- Terdapat kemerahan di daerah bokong dan genitalia</p> <p>A :</p> <p>Keluhan nyeri (sebelum 2, sesudah 3)</p> <p>Meringis (sebelum 2, sesudah 3)</p> <p>Gelisah (sebelum 2, sesudah 3)</p> <p>Keterangan skor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun <p>P : Masalah nyeri akut belum teratasi (Lanjutkan Intervensi Inovasi kompres hangat)</p>	
	III	<p>S : Ibu klien mengatakan anak saya mengalami kemerahan di area bokong dan genitalia, ibu klien mengatakan mengganti popok saat pampersnya penuh</p>	


		<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Terdapat lesi merah muda terang pada area popok (2%-10) - Tampak kemerahan didaerah popok, -terdapat papul, -Tidak terdapat skuama - kulit tampak lembab -Skor <i>Diaper rash</i> 1,0 derajat ringan <p>A :</p> <p>Kerusakan lapisan kulit (sebelum 2, sesudah 3)</p> <p>Nyeri (sebelum 2, sesudah 3)</p> <p>Kemerahan (sebelum 2, sesudah 3)</p> <p>Keterangan skor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun <p>P : Masalah integritas kulit belum teratasi</p> <p>(Lanjutkan Intervensi Inovasi pemberian <i>Virgin Coconut Oil (VCO)</i> untuk mengatasi ruam popok</p>	
	IV	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ibu klien mengatakan anak saya BAB cair 5x dalam sehari berampas dan berwarna kuning 	

		<p>-Ibu klien mengatakan susu anak saya sebelum nya SGM sekarang di ganti peptamin junior</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tercatat dari kardek klien BAB Cair 5x dalam sehari -pada saat perawat mengganti pampers terlihat BAB berampas dan berwarna kuning -Klien minum susu peptamin junior 8 x 50 cc/ngt -Turgor kulit <2 detik -Mukosa bibir lembab -Peristaltik usus 15x/menit -Produksi urine 720 cc/24 jam -Klien terpasang infus D5 ¼ Ns 360 cc/24 jam drip Aminophilin 120 mg/24 jam -Interlac 1 x 5 tetes <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Frekuensi BAB (Sebelum 2, Sesudah 3) -Konsistensi feses (Sebelum 2, Sesudah 3) -Peristaltik Usus (Sebelum 2, Sesudah 3) <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Memburuk 2.Cukup memburuk 3.Sedang 4.Cukup membaik 	
--	--	--	--

		<p>5.Membaik</p> <p>P: Masalah keperawatan Diare belum teratasi</p> <p>lanjutkan intervensi</p>	
<p>Minggu, 21 November 2021</p>	I	<p>S :</p> <p>O :</p> <p>-Kesadaran : Composmentis (GCS E4M6V5)</p> <p>-TD 110/70 mmHg</p> <p>-MAP 83</p> <p>-N 108x/menit</p> <p>-RR 22x/menit</p> <p>-Temp 37°c</p> <p>-Terapi Obat :</p> <p>Captopril 3 x 3 mg</p> <p>Piracetam 3 x 100 mg</p> <p>Asam Valproat 2 x 2 ml</p> <p>-Klien tidak terlihat tanda-tanda kejang</p> <p>A : Sakit kepala (Sebelum 3, sesudah 4)</p> <p>Gelisah (sebelum 3, sesudah 4)</p> <p>Demam (sebelum 3, sesudah 4)</p> <p>Keterangan skor</p> <p>1.Meningkat</p> <p>1. Cukup meningkat</p> <p>2. Sedang</p> <p>3. Cukup menurun</p>	<p>Shela</p>

		<p>4. Menurun</p> <p>P : Masalah keperawatan perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian (Lanjutkan intervensi)</p>	
	II	<p>S : Ibu klien mengatakan semoga perih di sekitar pantat anaknya sedikit berkurang</p> <p>O : - Mengukur skala nyeri menggunakan skala FLACC</p> <p>-P : Ibu klien mengatakan kemerahan di bokong dan genitalia</p> <p>Q : FLACC (Face=1, Legs=0, Activity=1, Cry=1, Consobiliy=0)</p> <p>R : area bokong dan genitalia</p> <p>S : Skala 3</p> <p>T : Hilang timbul Saat di ganti pampers</p> <p>A :</p> <p>Keluhan nyeri (sebelum 3, sesudah 4)</p> <p>Meringis (sebelum 3, sesudah 4)</p> <p>Gelisah (sebelum 3, sesudah 4)</p> <p>Keterangan skor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	Shels

		P : Masalah nyeri akut sebagian (Lanjutkan Intervensi Inovasi kompres hangat)	
	III	<p>S : Ibu klien mengatakan kemerahan di pantat anaknya mulai berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Masih terdapat lesi merah muda terang pada area popok (2%-10%) atau kemerahan di area popok, -Terdapat papul tersebar -Tidak terdapat skuama -Terlihat kulit lembab -Skala diaper skor 1,0 derajat ringan <p>A :</p> <p>Kerusakan lapisan kulit (sebelum 3, sesudah 4)</p> <p>Nyeri (sebelum 3, sesudah 4)</p> <p>Kemerahan (sebelum 3, sesudah 4)</p> <p>Keterangan skor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun <p>P : Masalah integritas kulit teratasi sebagian (Lanjutkan Intervensi Inovasi pemberian <i>Virgin Coconut Oil (VCO)</i> untuk mengatasi ruam popok</p>	Shela

	IV	<p>S: Tidak dapat di kaji secara verbal</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tercatat dari kardek klien BAB Cair 3x dalam sehari - Pada saat perawat mengganti pampers terlihat BAB berampas dan berwarna kuning - Klien minum susu peptamin junior 8 x 50 cc/ngt - Turgor kulit <2 detik - Mukosa bibir lembab - Peristaltik usus 14x/menit - Produksi urine 600 cc/24 jam - Klien terpasang infus D5 ¼ Ns 360 cc/24 jam drip aminophilin 120 mg/24 jam - Interlac 1 x 5 tetes <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi BAB (Sebelum 3, Sesudah 4) - Konsistensi feses (Sebelum 3, Sesudah 4) - Peristaltik Usus (Sebelum 3, Sesudah 4) <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	
--	----	---	---

		P: Masalah keperawatan Diare belum teratasi lanjutkan intervensi	
Senin, 22 November 2021	I	<p>S : Tidak dapat di kaji secara verbal</p> <p>O :</p> <p>-Kesadaran : Composmentis (GCS E4M6V5)</p> <p>-TD 98/60mmHg</p> <p>-MAP 72</p> <p>-N 118x/menit</p> <p>-RR 20x/menit</p> <p>-Temp 36,7°c</p> <p>-Terapi Obat :</p> <p>Captopril 3 x 3 mg</p> <p>Piracetam 3 x 100 mg</p> <p>Asam Valproate 2 x 2 ml</p> <p>-Klien tidak terlihat tanda-tanda kejang</p> <p>A : Sakit kepala (Sebelum 4, sesudah 5)</p> <p>Gelisah (sebelum 4, sesudah 5)</p> <p>Demam (sebelum 4, sesudah 5)</p> <p>Keterangan skor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	Shela

		P : Masalah keperawatan perfusi serebral tidak efektif teratasi (Hentikan intervensi)	
	II	<p>S : Ibu klien mengatakan anaknya tenang saat di ganti pampers</p> <p>O :</p> <p>-Mengukur skala nyeri menggunakan skala FLACC</p> <p>P : Ibu klien mengatakan saat di ganti pampres</p> <p>Q : FLACC (Face=1,Legs=0,Activity=0,Cry=0,Consolability=0)</p> <p>R : Pada area bokong dan genitalia</p> <p>S : Skala 1</p> <p>T : Sewaktu-waktu</p> <p>A :</p> <p>Keluhan nyeri (sebelum 4, sesudah 5)</p> <p>Meringis (sebelum 4, sesudah 5)</p> <p>Gelisah (sebelum 4, sesudah 5)</p> <p>Keterangan skor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun <p>P : Masalah nyeri akut teratasi sebagian (Lanjutkan Intervensi Inovasi kompres hangat)</p>	Shela

	III	<p>S : Ibu klien mengatakan pantat anak saya ada perubahan setelah di beri VCO</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Terdapat lesi merah muda memudar -Tidak terdapat papul - Tidak terdapat skuama. -Skala <i>Dipers rash</i> 0,5 derajat sangat ringan. <p>A :</p> <p>Kerusakan lapisan kulit (sebelum 4, sesudah 5)</p> <p>Nyeri (sebelum 4, sesudah 5)</p> <p>Kemerahan (sebelum 4, sesudah 5)</p> <p>Keterangan skor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun <p>P : Masalah integritas teratasi sebagian (Lanjutkan Intervensi Inovasi pemberian <i>Virgin Coconut Oil (VCO)</i> untuk mengatasi ruam popok</p>	Shela
	IV	<p>S: Tidak dapat di kaji secara verbal</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tercatat dari kardek klien BAB Cair 2x dalam sehari 	Shela

		<p>-Pada saat perawat mengganti pampers terlihat BAB berampas dan berwarna kuning</p> <p>-Klien minum susu peptamin junior 8 x 50 cc/ngt</p> <p>-Turgor kulit <2 detik</p> <p>-Mukosa bibir lembab</p> <p>-Peristaltik usus 13x/menit</p> <p>-Produksi urine 580 cc/24 jam</p> <p>-Klien terpasang infus D5 ¼ Ns 360 cc/24 jam drip Aminophilin 120 mg/24 jam</p> <p>-Interlac 1 x 5 tetes</p> <p>A:</p> <p>-Frekuensi BAB (Sebelum 4, Sesudah 5)</p> <p>-Konsistensi feses (Sebelum 4, Sesudah 5)</p> <p>-Peristaltik Usus (Sebelum 4, Sesudah 5)</p> <p>Keterangan</p> <p>1.Memburuk</p> <p>2.Cukup memburuk</p> <p>3.Sedang</p> <p>4.Cukup membaik</p> <p>5.Membaik</p> <p>P: Masalah keperawatan Diare teratasi hentikan intervensi</p>	
--	--	--	--