

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA An.I DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS MENINGITIS, *UNSPECIFIED* DI  
RUANG PICU RSPAL Dr RAMELAN SURABAYA**



Oleh :  
**CHOIRUN NISA', S.Kep**  
**NIM. 2430058**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2025**

## **KARYA ILMIAH AKHIR**

### **ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA An.I DENGAN DIAGNOSA MEDIS MENINGITIS, UNSPECIFIED DI RUANG PICU RSPAL Dr RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk  
Memperoleh Gelar Ners**



**Oleh :  
CHOIRUN NISA', S.Kep  
NIM. 2430058**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA**

### **SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa, karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa ada plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 27 Juni 2025



Choirun Nisa', S.Kep  
NIM. 2430058

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Choirun Nisa'

NIM : 2430058

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Anak Pada An. I dengan diagnosis medis  
Meningitis, *Unspecified* Di Ruang PICU RSPAL Dr. Ramelan  
Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat  
menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan  
untuk memperoleh gelar :

**NERS (Ns.,)**

## PEMBIMBING INSTITUSI



**Qori Ila Saidah, S.Kep., M.Kep., Ns., Sp.Kep.An**  
NIP. 03026

Mengetahui  
**STIKES Hang Tuah Surabaya**  
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners



**Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kes**  
NIP. 03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya  
Tanggal :

## HALAMAN PENGESAHAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Choirun Nisa'  
NIM : 2430058  
Judul : Asuhan Keperawatan Anak Pada An.I dengan diagnosa medis  
Meningitis, Unspecified di Ruang PICU RSPAL Dr. Ramelan  
Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah akhir di STIKES Hang  
Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh gelar "NERS (Ns)" pada program studi Pendidikan Profesi Ners  
STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Dr. Diah Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kes  
NIP. 03003

Penguji II : Astrida Budiarti, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Mat  
NIP. 03025

Penguji III : Qori Ila Saidah , S.Kep.,M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.An  
NIP. 03026

  
.....  
  
.....  
  
.....

**Mengetahui**  
**STIKES Hang Tuah Surabaya**  
**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**



**Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kes**  
**NIP. 03009**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya  
Tanggal :

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah- Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Anak Pada An. I dengan meningitis, Unspecified di Ruang PICU RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA” sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya Ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi mendapat banyak bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana Pertama TNI dr. Mohamad Sulaiman Abidin, Sp.M, selaku Kepala Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti program pendidikan sarjana keperawatan..
3. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.

4. Ibu Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
5. Ibu Dr. Diyah Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kes, selaku Penguji yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners serta terima kasih atas segala arahan dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Ibu Astrida Budiarti, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat selaku penguji yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners serta terima kasih atas segala arahan dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Ibu Qori Ila Saidah, M. Kep., Ns., Sp.Kep.An selaku penguji dan pembimbing Institusi yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
9. Sahabatku sekaligus teman satu pembimbing Putu Okta Candra Dewi yang selalu menemani dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir ini.
10. Cinta pertama dan panutanku, Ayahanda Moehammad ismail Beliau memang memberikan semangat dan motivasi tiada henti hingga penulis dapat menyelesaikan studinya sampai profei ners
11. Pintu surgaku Ibunda Faridah Mursidi, terima kasih sebesar-besarnya penulis berikan kepada beliau atas bentuk bantuan, doa yang diberikan selama

ini. Terima kasih atas nasihat yang selalu diberikan, mesti terkadang pikiran kita tak sejalan. Terima kasih atas kesabaran dan kebesaran hati menghadapi penulis yang keras kepala. Ibu adalah menjadi penguat dan pengingat paling hebat. Terima kasih sudah menjadi tempatku pulang dan cerita bu.

12. Saudara cintaku yang paling berharga Nadiyahul Risqiyah yang telah senantiasa menemani dan mendengarkan keluh kesah penulis.
13. Untuk laki-laki hebatku. Terima kasih atas kesabaran dan kebesaran hati selama ini menghadapi penulis yang begitu keras kepala. Terimakasih sudah memberikan semangat, motivasi dan membantu setiap harinya untuk menyusun karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 27 Juni 2025

**Choirun Nisa', S.kep**  
**NIM.2430058**

## DAFTAR ISI

<b>KARYA ILMIAH AKHIR.....</b>	<b>i</b>
<b>SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN</b> Error! Bookmark not defined.	
<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN.....</b>	<b>xii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan.....	3
1.3.1 Tujuan Umum .....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penulisan.....	4
1.4.1 Secara Teoritis .....	5
1.4.2 Secara Praktis .....	5
1.5 Metode Penulisan .....	5
1.6 Sistematika Penulisan .....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>9</b>
2.1 Konsep Meningitis .....	9
2.1.1 Definisi Meningitis .....	9
2.1.2 Etiologi.....	10
2.1.3 Anatomi Fisiologi .....	12
2.1.4 Patofisiologi .....	16
2.1.5 Manifestasi Klinis .....	17
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang .....	18
2.1.7 Penatalaksanaan .....	19
2.1.8 Komplikasi .....	20
2.2 Konsep Anak .....	22
2.2.1 Definisi Perkembangan Dan Pertumbuhan Anak Usia toddler .....	22
2.3 Konsep Imunisasi .....	26
2.4 Konsep Hospitalisasi Pada Anak.....	27
2.4.1 Definisi Hospitalisasi .....	27
2.4.2 Tahap Respon Perilaku Kecemasan Anak.....	27
2.4.3 Dampak Hospitalisasi .....	28
2.4.4 Tujuan Imunisasi .....	29
2.5 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan .....	29
2.5.1 Pengkajian .....	29
2.5.2 Pemeriksaan Penunjang .....	35
2.5.3 Diagnosa Keperawatan.....	36
2.5.4 Intervensi Keperawatan.....	38

2.5.5	Implementasi Keperawatan.....	44
2.5.6	Evaluasi Keperawatan.....	44
2.6	Pathway.....	45
2.7	Referensi Jurnal.....	50
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS.....</b>		<b>50</b>
3.1	Pengkajian.....	53
3.1.1.	Identitas Pasien.....	53
3.1.2.	Keluhan Utama.....	54
3.1.3.	Riwayat Penyakit Sekarang.....	54
3.1.4.	Riwayat Kehamilan Dan persalinan.....	55
3.1.5.	Riwayat Masa lampau.....	56
3.1.6.	Pengkajian Keluarga.....	57
3.1.7.	Riwayat Sosial.....	58
3.1.8.	Kebutuhan Dasar.....	59
3.1.9.	Keadaan Umum (Penampilan Umum).....	60
3.1.10.	Tanda-Tanda Vital.....	61
3.1.11.	Pemeriksaan Fisik.....	61
3.1.12.	Tingkat Perkembangan.....	64
3.1.13.	Skrinning Risiko Cedera/Jatuh Humpty Dumpty.....	65
3.1.14.	Skrinning Nyeri.....	65
3.1.15.	Kebutuhan Edukasi.....	65
3.1.16.	Perencanaan Pulang (Discharge Planning).....	66
3.1.17.	Perawatan Di Rumah.....	66
3.1.18.	Pemeriksaan Penunjang.....	66
3.1.19.	Pemberian Terapi.....	68
3.2	Analisa Data.....	71
3.2.1	Prioritas Masalah.....	72
3.3	Rencana Keperawatan.....	73
3.4	Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan.....	76
<b>BAB 4 PEMBAHASAN.....</b>		<b>102</b>
4.1	Pengkajian.....	102
4.2	Data Dasar.....	102
4.1.1	Keluhan Utama.....	103
4.1.2	Riwayat Penyakit Sekarang.....	104
4.1.3	Riwayat Masa Lampau.....	106
4.1.4	Kebutuhan Dasar.....	106
4.1.5	Pemeriksaan Fisik.....	108
4.1.6	Tingkat Perkembangan.....	113
4.1.7	Pemeriksaan Penunjang.....	114
4.3	Diagnosa Keperawatan.....	115
4.4	Intervensi Keperawatan.....	119
4.5	Implementasi Keperawatan.....	121
4.6	Keterbatasan Penelitian.....	127
<b>BAB 5 PENUTUP.....</b>		<b>128</b>
5.1	Kesimpulan.....	128
5.2	Saran.....	130
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>		<b>131</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>		<b>134</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2 1 Intervensi Dasar keperawatan .....	38
Tabel 2 2 Referensi jurnal .....	50
Tabel 3. 1 Pola Nutrisi An. I.....	59
Tabel 3. 2 Pola Tidur An.I.....	59
Tabel 3. 3 Laboratorium An. I.....	66
Tabel 3. 4 Terapi Obat An.I.....	68
Tabel 3. 5 Analisa Data An.I .....	71
Tabel 3. 6 Prioritas Masalah An. I.....	72
Tabel 3. 7 Rencana Keperawatan An.I .....	73
Tabel 3. 8 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan An.I.....	76

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2 1 Anatomi Selaput Otak (Akmal Akbar Nuryadin, 2020) .....	12
Gambar 2 2 Pathway Meningitis.....	46
Gambar 3 1 Genogram (sesuai dengan penyakit) .....	57

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae .....	134
Lampiran 2 Motto dan Persembahan .....	135
Lampiran 3 Standar Operasional Prosedur .....	136

## DAFTAR SINGKATAN

ASI	:	Air Susu Ibu
ANC	:	<i>Antenatal Care</i>
AMP	:	Ampul
BCG	:	<i>Bacillus Calmette Guerin</i>
BAB	:	Buang Air Besar
BB	:	Berat Badan
BAK	:	Buang Air Kecil
BB	:	Berat Badan
CAP	:	<i>Community Acquired Pneumonia</i>
CM	:	Centimeter
D5	:	Dextrose
IV	:	Intravena
KB	:	Keluarga Berencana
KG	:	Kilogram
LD	:	Lingkar Dada
LL	:	Lingkar Lengan
LP	:	Lingkar Pinggang
MG	:	Miligram
MmHg	:	Milimeter Merkuri ( <i>Hydrargyrum</i> )
MMR	:	<i>Measles Mumps And Rubella</i>
NS	:	Normal Saline
PVC	:	<i>Pneumococcal Conjugate Vaccine</i>
PPNI	:	Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
PNS	:	Pegawai Negeri Sipil
RR	:	Respiratory Rate
RSPAL	:	Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut
SC	:	<i>Sectio Caesarea</i>
SDKI	:	Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SEAMIC	:	<i>South East Medical Informations Centre</i>
SIKI	:	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	:	Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SPO2	:	<i>Saturation of Peripheal Oxygen</i>
S1-S2	:	Suara 1 - Suara 2
SIKI	:	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
TT	:	Tetanus
TTV	:	Tanda Tanda Vital
UK	:	Usia Kehamilan
UNICEF	:	<i>United Nations Children's Foundation</i>
WHO	:	<i>World Health Organization</i>
WIB	:	Waktu Indonesia Barat

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Meningitis adalah penyakit pada sistem saraf pusat akibat inflamasi dari meningen (selaput otak) yang menimbulkan mortalitas dan morbiditas yang tinggi di dunia. Inflamasi pada meningen dapat disebabkan oleh infeksi virus, bakteri atau mikroorganisme lainnya. Meningitis bakterial merupakan penyakit infeksi yang berat pada meningen. Meningitis merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat global yang disebabkan oleh adanya infeksi cairan serebrospinal dengan peradangan yang mempengaruhi piameter (lapisan paling dalam dari otak) dan araknoid, pada tingkat lebih rendah, otak superfisial dan jaringan sumsum tulang belakang (Fitriati & Gibran, 2021). Meningitis ditandai dengan demam mendadak, lesu, muntah, dan kejang. Pungsi lumbal dapat digunakan untuk memastikan diagnosis dengan memeriksa cairan serebrospinal (CSS). Masalah keperawatan yang biasa muncul pada pasien meningitis yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan otak dimana peradangan meninges yang menyebabkan edema dan peningkatan tekanan intrakranial sehingga mengganggu aliran darah dan oksigen ke otak, pola napas tidak efektif juga termasuk dalam Gangguan neurologis yang memengaruhi pusat pernapasan atau obstruksi jalan napas dan hipotermia disebabkan Respon inflamasi akibat infeksi meninges (Widago, dkk., 2018).

Kementrian Kesehatan (Kemenkes) mengatakan Pada tahun 2019 tercatat 236,000 kematian dari total 2,51 juta kasus meningitis secara global dengan kasus terbanyak pada anak-anak usia dibawah lima tahun. Penyebab terbesar kasus meningitis dikarenakan bakteri N. Meningitidis. Pada zona Asia, mencakup Asia

Tenggara, Asia Timur dan Oseania ditahun yang sama kasus meningitis tercatat 80,600 kasus dengan kematian mencapai 6,500 jiwa. Kasus terbanyak tercatat di Asia Tenggara dengan kasus mencapai 55,600 dan kematian hingga 4,520 jiwa (Wunrow et al., 2023). Di Indonesia, kasus meningitis ditahun 2015 mencapai 339 kasus dan pada tahun 2017 mengalami kenaikan menjadi 353 kasus, suspek meningitis ini dideteksi dengan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR). Angka kejadian meningitis di Jawa Timur yaitu 31 kasus (Risksedas, 2012). Kejadian meningitis di RSPAL dr. Ramelan Surabaya selama periode 6 bulan sebanyak 3 kasus.

Faktor terjadinya meningitis adalah kondisi atau keadaan yang meningkatkan kemungkinan seseorang mengalami peradangan pada selaput pelindung otak dan sumsum tulang belakang tersebut (Masfiah, dkk, 2017). Dampak yang timbul akibat meningitis yaitu peningkatan tekanan intracranial, hyrosephalus, infark serebral, abses otak, dan kejang. Ventrikulitis atau abses intraserebral dapat menyebabkan obstruksi pada CSS dan mengalir ke foramen antara ventrikel dan cairan serebral sehingga menyebabkan penurunan CSS di dalam granulasi araknoid juga dapat mengakibatkan hidrosefalus, Thrombosis septik dari vena sinus dapat terjadi, mengakibatkan peningkatan TIK yang dihubungkan dengan hidrosefalus. Kelumpuhan saraf kranial merupakan komplikasi umum pada meningitis bakterial, stroke dapat mengakibatkan gangguan atau kerusakan hemisfer pada batang otak, dampak lanjutan yang dapat dialami oleh pasien adalah menjadi tuli akibat kerusakan saraf kranial (Batticaca, 2018).

Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien meningitis dapat berupa pengobatan akan kebutuhan fisik serta kebutuhan

psikologis pasien. Perawat dalam merawat pasien dengan meningitis harus memantau kondisi pasien yang lemah mengharuskan pasien untuk menjaga kondisinya agar tidak terjadinya peningkatan tekanan intracranial (TIK) dengan memaksimalkan dan meminimalkannya. Membantu pasien meningitis untuk bisa kembali ke keadaan sebelum hospitalisasi serta memberikan kebutuhan psikologis pasien seperti menghilangkan ansietas memberikan dukungan spiritual dan mendiskusikan masalah yang berhubungan dengan rasa sakit yang dirasakan oleh pasien meningitis merupakan salah satu peran yang bisa dilakukan oleh seorang perawat.

Berdasarkan latar belakang penelitian diatas maka dilakukan pada asuhan keperawatan pada pasien anak dengan meningitis di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tahun 2025. Angka kejadian meningitis serta masih perlunya asuhan keperawatan yang komprehensif untuk kesembuhan pasien.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut : “Asuhan Keperawatan Anak Pada An. I Dengan Diagnosa Medis Meningitis, Unspecified Di Ruang PICU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya”?

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan anak pada An. I dengan diagnosis medis Meningitis, Unspecified di ruang PICU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya”

### 1.3.2 Tujuan Khusus.

1. Melakukan pengkajian pada pasien dengan diagnosis medis Meningitis, *Unspecified* di ruang PICU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
2. Melakukan Analisa masalah, prioritas masalah dan mengakkan diagnosis medis diagnosis Meningitis, *Unspecified* di ruang PICU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosis keperawatan Meningitis, *Unspecified* di ruang PICU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis diagnosis Meningitis, *Unspecified* di ruang PICU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis diagnosis Meningitis, *Unspecified* di ruang PICU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis diagnosis Meningitis, *Unspecified* di ruang PICU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

### 1.4 Manfaat Penulisan

Berdasarkan dari tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat yang baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan terutama di bidang kesehatan , adapun manfaat – manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini :

### 1.4.1 Secara Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan baik secara cepat, tepat dan cermat, sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan hasil keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan pada pasien pasien Anak I. Dengan Diagnosa Medis Meningitis, *Unspecified* Di Ruang PICU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

### 1.4.2 Secara Praktis

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Karya Ilmiah Akhir ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan.

2. Bagi peneliti

Karya Ilmiah Akhir ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya yang akan melakukan karya tulis akhir ini pada asuhan keperawatan anak meningitis.

3. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada anak meningitis.

## 1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Metode yang digunakan dalam karya tulis akhir ini adalah metode deskriptif, dimana penulis menggambarkan asuhan keperawatan anak pada pasien Anak I. Dengan Diagnosa Medis Meningitis, *Unspecified* Di Ruang

PICU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan meliputi 5 langkah, yaitu pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

## 2. Teknik pengumpulan data

### a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan dengan keluarga An.I yaitu orang tua pasien (ibu pasien) maupun tim kesehatan lain.

### b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

### c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnosa pengamatan selanjutnya.

## 3. Sumber Data

### a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari pasien dan perawat memperoleh informasi yang akurat dari pasien.

### b. Data sekunder

Data yang diperoleh dari keluarga An.I atau orang terdekat dengan `pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan, tim kesehatan lain di laboratorium dan di radiologi.

c. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan dilakukan untuk mengumpulkan teori yang mendukung asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis Meningitis

## 1.6 Sistematika Penulisan

Pada penyusunan karya tulis akhir ini secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis akhir ini, yaitu:

1. Bagian awal memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian int ini meliputi lima bab, yang masing – masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi uraian secara teoritis mengenai Konsep Diare , konsepkekurangan cairan , konsep asuhan keperawatan Diare, kerangka masalah keperawatan Diare.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi asuhan keperawatan.

BAB 4 : Berisi tentang analisis masalah yang merupakan kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan.

BAB 5 : Penutup, berisi simpulan dan saran 3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini membahas tujuan Pustaka penulis memasukkan beberapa literatur yang ada keterkaitannya dengan judul Asuhan Keperawatan yang meliputi: 1) Konsep Meningitis, 2) Konsep Anak, 3) Konsep Imunisasi, 4) Hospitalisasi 5) Konsep Asuhan Keperawatan ,

#### **2.1 Konsep Meningitis**

##### **2.1.1 Definisi Meningitis**

Meningitis bakterial atau meningitis piogenik adalah infeksi pada meningen, selaput yang melapisi otak dan sumsum tulang belakang. Meningitis bakterial merupakan salah satu penyakit yang mematikan dan membutuhkan perhatian medis segera. Kejadian dan tingkat fatalitas kasus bervariasi berdasarkan wilayah, negara, patogen, dan kelompok umur. Berdasarkan World Health Organization (WHO), meningitis bakterial merupakan salah satu penyakit yang berkontribusi pada kematian anak, dimana insiden meningitis bakterial lebih tinggi terjadi pada anak-anak, terutama yang berusia < 2 tahun (Rizki dan Purnamawati 2022).

Meningitis adalah infeksi akut yang mengenai selaput meningeal yang dapat disebabkan oleh berbagai mikroorganisme dengan ditandai adanya gejala spesifik dari sistem saraf pusat yaitu gangguan kesadaran, gejala rangsang meningkat, gejala peningkatan tekanan intrakranial dan gejala defisit neurologi. Infeksi meningeal biasanya muncul melalui aliran darah akibat infeksi lain (selulitis) atau melalui perluasan langsung setelah cedera traumatik pada tulang wajah

### 2.1.2 Etiologi

Sebagian besar kasus terjadi akibat infeksi, meskipun zat kimia juga dapat menyebabkan meningitis. Meningitis dapat dibagi menjadi meningitis bakteri dan meningitis aseptik. Meningitis bakteri dan pirogen merupakan inflamasi meninges akut yang disebabkan oleh infeksi bakteri yang dapat menimbulkan respon polimorfonuklear di CSS. Meningitis aseptik merupakan inflamasi meninges tanpa adanya infeksi bakteri patogen pada kultur bakteri. Meningitis aseptik dibagi menjadi dua kategori, yaitu infeksi meninges nonbakteri (termasuk virus dan fungi meningitis), dan inflamasi meninges noninfeksi yang disebabkan gangguan sistemik, gangguan neoplastik, atau obat. meningitis juga dapat disebabkan oleh berbagai macam organisme: *Haemophilus influenza*, *neisseria meningitis* (meningococcus), *diplococcus pneumonia*, *streptococcus group A*, *pseudomonas*, *staphylococcus aureus*, *escherichia coli*, *klebsiella*, *proteus*. Paling sering klien memiliki kondisi predisposisi seperti: fraktur tengkorak, infeksi, pembedahan otak atau spinal, dimana akan meningkatkan terjadinya meningitis (Dhewa and Haryani 2024)

#### 1. Meningitis Tuberkulosis

Meningitis tuberkulosis adalah infeksi pada meninges yang disebabkan *mycobacterium tuberculosis*, meningitis tuberkulosis ditandai dengan gejala sakit kepala, demam, konsentrasi glukosa rendah pada CSS (Akmal, A. N, 2020).

## 2. Meningitis Bakteri

Meningitis bakteri adalah infeksi meningitis yang disebabkan oleh bakteri *Neisseria meningitidis* (meningokokus), *Streptococcus pneumoniae* (pneumokokus), *Haemophilus influenzae*. Gejala yang paling sering dikeluhkan adalah panas 12 badan, nyeri kepala, dan fotofobia. Pada pemeriksaan fisik tanda yang paling khas adalah didapatkannya kaku kuduk (Rahil, 2019)..

## 3. Meningitis Virus

Infeksi virus adalah penyebab yang paling umum dari meningitis aseptik. Virus yang dapat menyebabkan meningitis virus adalah enterovirus, arbovirus, virus herpes simplex (biasanya tipe 2), koriomeningitis limfositik, varicella zoster, virus Epstein-Barr, sitomegalovirus, mumps, adenovirus, human immunodeficiency virus. Meningitis virus ini hadir dengan gejala tiba-tiba mengalami sakit kepala, kaku kuduk, dan fotofobia (Rizky & Purnamawati, 2022)..

## 4. Meningitis Jamur

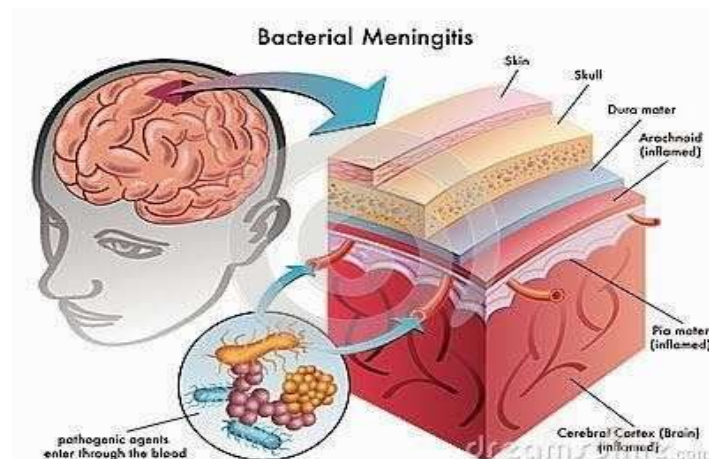
Meningitis jamur terdapat pada pasien dengan sistem kekebalan tubuh yang rendah, namun terkadang individu dengan kekebalan tubuh normal juga dapat terinfeksi. Meningitis jamur ini disebabkan oleh kriptokokus. Selain itu penyebab meningitis jamur ini tergantung pada geografi. e. Meningitis Protozoa Meningitis protozoa disebabkan parasit *Naegleria fowleri*. Protozoa ini ditemukan dalam air hangat, air yang tergenang dari tanah. Biasanya *Naegleria fowleri* menjangkit anak laki-laki atau pria dewasa muda. Selain *Naegleria fowleri*, *Acanthamoeba* dan *Angiostrongylus cantonensis* juga dapat menyebabkan meningitis protozoa. f. Meningitis Non-Infeksi Penyebab dari meningitis non-infeksi adalah infeksi parameningeal (spinal atau intracranial abses, vena trombosis sinus, infeksi occult

pranasal sinus), endokarditis, malignant meningitis (karsinoma, limfoma, leukemia), pendarahan subarakhoid, meningitis kimia, sarkoidosis, penyakit peradangan kronis lainnya, obat, meningitis *C. mollaret* (Rizky & Purnamawati, 2022)..

## 5. Meningitis Berulang

Meningitis berulang berhubungan dengan adanya kelemahan sistem kekebalan tubuh, terutama cacat dari sistem komplemen dan agammaglobulinemia. Biasanya meningitis berulang menunjukkan adanya anatomi ruang CSS dan permukaan kulit atau rongga tubuh yang tidak steril (Akmal, A. N, 2020).

### 2.1.3 Anatomi Fisiologi



Gambar 2 1 Anatomi Selaput Otak (Akmal Akbar Nuryadin, 2020)

#### a. Sistem Saraf

Menurut Nurhidayat (2020) susunan saraf pusat (SSP) dan susunan saraf tepi (SST), SSP terdiri dari otak dan medulla spinalis, sedangkan SST terdiri dari serat-serat saraf yang membawa informasi antara SSP dan bagian tubuh lain. Jaringan saraf pusat bersifat sangat halus, karakteristik ini serta kenyataan bahwa sel saraf yang rusak tidak dapat diganti sehingga menyebabkan bahwa jaringan rapuh yang tak tergantikan ini harus dilindungi dengan baik. Terdapat

empat hal yang membantu melindungi SSP dari cedera, yaitu

- 1) Susunan saraf pusat dibungkus oleh struktur tulang yang keras. Kranium (tengkorak) membungkus otak dan columna vertebralis mengelilingi medulla spinalis.
- 2) Antara tulang pelindung dan jaringan saraf terdapat tiga membran protektif dan nutritif yaitu meninges.
- 3) Otak mengapung dalam suatu cairan khusus, cairan serebrospinal (CSS).
- 4) Terdapat sawar darah otak sangat selektif yang membatasi akses bahan-bahan di dalam darah masuk ke jaringan otak yang rentan.

b. Otak

Otak berkembang dari ektoderm yang diatur dalam struktur tubular yang disebut neural tube. Bagian anterior neural tube mengembang, menimbulkan munculnya konstriksi dan menciptakan tiga bagian yang disebut vesikel otak primer. Vesikel otak primer terdiri dari prosencephalon (otak depan), mesencephalon (otak tengah) dan rhombencephalon (otak belakang). Dinding dari bagian otak ini mengembang menjadi jaringan saraf otak, sedangkan ruang pada tube sebagai ventrikel dalam otak. Prosencephalon dan rhombencephalon membagi diri membentuk vesikel otak sekunder. Prosencephalon membentuk telencephalon dan diencephalon, sedangkan rhombencephalon membentuk metencephalon dan myelencephalon. Telencephalon berkembang membentuk cerebrum dan ventrikel lateral. Diencephalon membentuk talamus, hipotalamus, dan epitalamus. Metencephalon menjadi spons, cerebellum, dan bagian atas ventrikel keempat (Fidia, 2022).

### c. Meningen

Meninges adalah membran yang membungkus susunan saraf pusat (SSP) yang terdiri dari tiga lapisan, yaitu dura mater, arakhnoid mater, pia mater. Dura mater adalah pembungkus inelastik kuat yang terdiri dari dua lapisan. Lapisan-lapisan ini biasanya melekat erat, tetapi di beberapa tempat keduanya membentuk rongga berisi darah (sinus dural) atau rongga yang lebih besar (sinus venosus). Darah vena yang berasal dari otak mengalir ke sinus ini untuk dikembalikan ke jantung. Cairan serebrospinal juga masuk kembali ke darah di salah satu dari sinus-sinus ini.

Lapisan yang kedua adalah arakhnoid mater, merupakan lapisan halus kaya pembuluh darah dengan penampakan seperti sarang laba-laba. Ruang antara lapisan arakhnoid dan pia mater di bawahnya (ruang subarachnoid) terisi oleh CSS. Penonjolan lapisan arakhnoid, vili arakhnoid, menembus celah-celah di dura di atasnya dan menonjol ke dalam sinus dura. CSS direabsorpsi menembus permukaan vilus-vilus ini untuk masuk ke sirkulasi darah di dalam sinus.

Lapisan meninges paling dalam adalah pia mater. Pia mater merupakan lapisan yang paling rapuh karena memiliki banyak pembuluh darah yang melekat erat ke permukaan otak dan medulla spinalis, mengikuti setiap tonjolan dan lekukan. Di daerah-daerah tertentu, lapisan ini masuk jauh ke dalam otak untuk membawa pembuluh darah berkontak dengan sel-sel endim yang melapisi ventrikel (Afifah & Noviani, 2019).

### d. Cairan Serebrospinal

Cairan serebrospinal (CSS) mengelilingi dan menjadi bantalan bagi otak dan medulla spinalis. CSS memiliki berat jenis(densitas) hampir seperti berat jenis

otak itu sendiri, sehingga otak pada hakikatnya mengapung atau tersuspensi di dalam lingkungan cairan khusus ini. Fungsi utama CSS adalah sebagai cairan peredam kejutan untuk mencegah otak menumbuk bagian interior tengkorak yang keras ketika kepala tiba-tiba mengalami benturan.

Selain melindungi otak yang halus dari trauma mekanis, CSS berperan penting dalam pertukaran bahan antara sel-sel saraf dan cairan interstisium di sekitarnya. Cairan interstisium berkontak langsung dengan neuron dan sel glia. Karena cairan interstisium otak langsung membasahi neuron maka komposisinya sangat penting. Komposisi cairan interstisium otak lebih dipengaruhi oleh perubahan dalam komposisi CSS daripada perubahan komposisi darah. Hal ini dikarenakan pertukaran bahan lebih mudah terjadi antara CSS dan cairan interstisium otak daripada darah dan cairan interstisium otak (Akmal, A. N, 2020).

Cairan serebrospinal (CSS) dibentuk terutama oleh pleksus koroideus yang terdapat dibagian-bagian tertentu rongga ventrikel otak. Pleksus koroideus terdiri dari masa piamater kaya pembuluh darah berbentuk kembang kol yang masuk ke dalam kantung-kantung yang dibentuk oleh sel ependim. Cairan serebrospinal terbentuk sebagai akibat dari mekanisme transport selektif menembus membran pleksus koroideus.

Setelah terbentuk, CSS mengalir melewati empat ventrikel yang saling berhubungan di dalam interior otak dan melalui kanalis sentralis sempit di medulla spinalis, yang berhubungan dengan ventrikel terakhir. Cairan serebrospinal keluar melalui lubang-lubang kecil dari ventrikel keempat di dasar otak untuk masuk ke ruang subarahnoid dan kemudian mengalir antara

lapisan-lapisan meninges di seluruh permukaan otak dan medulla spinalis. Ketika mencapai bagian atas otak, CSS direabsorpsi dari ruang subaraknoid ke dalam darah vena melalui vilus arakhnoid.

#### **2.1.4 Patofisiologi**

Otak dan medulla spinalis dilindungi oleh tiga lapisan meningen yaitu pada bagian paling luar adalah duramater, bagian tengah arakhnoid dan bagian dalam piamater. Cairan serebrospinalis merupakan bagian dari otak yang berada dalam ruang subaraknoid yang dihasilkan dalam fleksus choroid yang kemudian dialirkan melalui system ventrikel (Fidia, 2022).

Mikroorganisme dapat masuk ke dalam sistem saraf pusat melalui beberapa cara misalnya hematogen (paling banyak), trauma kepala yang dapat tembus pada CSF dan arena lingkungan. Invasi bakteri pada meningen mengakibatkan respon peradangan. Netropil bergerak ke ruang subaraknoid untuk memfagosit bakteri menghasilkan eksudat dalam ruang subaraknoid. Eksudat ini yang dapat menimbulkan bendungan pada ruang subaraknoid yang pada akhirnya dapat menimbulkan hidrosepalus. Eksudat yang terkumpul juga akan berpengaruh terhadap saraf-saraf kranial dan perifer. Makin bertambahnya eksudat dapat meningkatkan tekanan intracranial (Afifah & Noviani, 2019)..

Otak dan medulla spinalis dilindungi oleh lapis meninges: dura mater, arakhnoid dan piamater. CSF diproduksi di dalam fleksus koroid ventrikel yang mengalir melalui ruang subaraknoid di dalam system ventrikel dan sekitar otak dan medulla spinalis. CSF diabsorpsi melalui arakhnoid pada lapisan arakhnoid dari meninges (Hardiyanti et al., 2020).

Organisme penyebab meningitis masuk melalui sel darah merah pada blood brain barrier. Cara masuknya dapat terjadi akibat trauma penetrasi, prosedur pembedahan atau pecahnya abses serebral. Meningitis juga dapat terjadi bila adanya hubungan antara cairan serebrospinal dan dunia luar. Masuknya mikroorganisme menuju ke susunan saraf pusat melalui ruang subarakhoid dapat menimbulkan respon peradangan pada pia, araknoid, cairan serebrospinal dan ventrikel. Eksudat yang dihasilkan dapat menyebar melalui saraf kranial dan spinal sehingga menimbulkan masalah neurologi. Eksudat dapat menyumbat aliran normal cairan serebrospinal dan menimbulkan hidrosefalus (Widyastuti et al. 2023)

### **2.1.5 Manifestasi Klinis**

Menurut Alam (2020) gejala meningitis diakibatkan dari infeksi dan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) meliputi:

1. Sakit kepala dan demam (gejala awal yang sering)
2. Perubahan pada tingkat kesadaran dapat terjadi letargik, tidak responsif dan koma. C
3. Iritasi meningen mengakibatkan sejumlah tanda sebagai berikut:
  - a. Rigiditas nukal (kaku leher). Upaya untuk fleksi kepala mengalami kesukaran karena adanya spasme otot-otot leher.
  - b. Tanda kernik positif: ketika pasien dibaringkan dengan paha dalam keadaan fleksi kearah abdomen, kaki tidak dapat di ekstensikan sempurna.
  - c. Tanda brudzinki: bila leher pasien di fleksikan maka dihasilkan fleksi lutut dan pinggul. Bila dilakukan fleksi pasif pada ekstremitas bawah

pada salah satu sisi maka gerakan yang sama terlihat pada sisi ekstremita yang berlawanan

4. Mengalami foto fobia, atau sensitif yang berlebihan pada cahaya.
5. Kejang akibat area fokal kortikal yang peka dan peningkatan TIK akibat eksudat purulen dan edema serebral dengan tanda-tanda perubahan karakteristik tanda-tanda vital (melebarnya tekanan pulsa dan bradikardi), pernafasan tidak teratur, sakit kepala, muntah dan penurunan tingkat kesadaran. (Juliana, 2019).
6. Adanya ruam merupakan ciri menyolok pada meningitis meningokokal.
7. Infeksi fulminating dengan tanda-tanda septikimia: demam tinggi tiba-tiba muncul, lesi purpura yang menyebar, syok dan tanda koagulopati intravaskuler diseminata.

#### **2.1.6 Pemeriksaan Penunjang**

Menurut Harahap & Munir (2021) pemeriksaan penunjang meningitis antara lain sebagai berikut:

1. Analisis CSS dari fungsi lumbal :
  - a. Meningitis bakterial : tekanan meningkat, cairan keruh/berkabut, jumlah sel darah putih dan protein meningkat glukosa meningkat, kultur positif terhadap beberapa jenis bakteri.
  - b. Meningitis virus : tekanan bervariasi, cairan CSS biasanya jernih, sel darah putih meningkat, glukosa dan protein biasanya normal, kultur biasanya negatif, kultur virus biasanya dengan prosedur khusus.

## 2. CT-scan

Penggunaannya terbatas, dilakukan bila diagnosis belum pasti dan untuk menyingkirkan penyebab lain (misal, tumor fossa posterior), keputusan untuk melakukan CT scan tidak boleh menunda pemberian antibiotik.

## 3. Kultur darah

Positif pada 40-50% penyakit meningokokus, 80-90% meningitis pneumokokus dan H. Influenza bila belum mendapat antibiotik.

## 4. Pemeriksaan laboratorium

- a. Glukosa serum: meningkat (meningitis).
- b. LDH serum: meningkat (meningitis bakteri).
- c. Sel darah putih: sedikit meningkat dengan peningkatan neutrophil (infeksi bakteri)

### **2.1.7 Penatalaksanaan**

Menurut (Laksono et al 2023.) penatalaksanaan pada pasien meningitis adalah sebagai berikut:

#### a. Penatalaksanaan Farmakologi

##### 1) Pemberian cairan intravena.

Pilihan awal yang bersifat isotonik seperti asering atau ringer laktat dengan dosis yang dipertimbangkan melalui penurunan berat badan anak atau tingkat dehidrasi yang diberikan karena pada anak yang menderita meningitis sering datang dengan penurunan kesadaran karena kekurangan cairan akibat muntah, pengeluaran cairan melalui proses evaporasi akibat hipertermia dan intake cairan yang kurang akibat kesadaran yang menurun.

1) Pemberian antibiotik

Pemberian antibiotik yang sesuai dengan mikroorganisme penyebab. Antibiotik yang sering dipakai adalah ampisilin dengan dosis 300-400 mg/KgBB dibagi dalam enam dosis pemberian secara intravena dikombinasikan dengan kloramfenikol 50 mg/KgBB dibagi dalam empat dosis pemberian. Pemberian antibiotik ini yang paling rasional melalui kultur dari pengambilan cairan serebrospinal melalui pungsi lumbal.

2) Pembebasan jalan napas dengan menghisap lendir.

Pembebasan jalan napas dengan menghisap lendir melalui suction dan memposisikan anak pada posisi kepala miring hiperekstensi. Tindakan pembebasan jalan napas dipadu dengan pemberian oksigen untuk mendukung kebutuhan metabolisme yang meningkat selain itu mungkin juga terjadi depresi pusat pernapasan karena peningkatan tekanan intracranial sehingga perlu diberikan oksigen bertekanan lebih tinggi yang lebih mudah masuk ke saluran pernapasan. Pemberian oksigen pada pasien meningitis dianjurkan konsentrasi yang masuk bisa tinggi melalui masker oksigen (Harahap & Munir, 2021).

### **2.1.8 Komplikasi**

Menurut Yulita (2020) adapun komplikasi yang di dapat pada pasien meningitis yaitu :

### 1. Hidrosefalus

Sebelum menjadi hidrosefalus, penderita meningitis biasanya akan mengalami pembesaran ventrikel otak dengan derajat ringan-sedang. Bila meningitis tidak tertangani dengan baik, peradangan di sekitar lapisan pelindung sistem saraf pusat dapat memicu penumpukan cairan serebrospinal. Pada akhirnya, hidrosefalus pun terbentuk.

### 2. Abses otak

Abses otak merupakan bahaya yang mengintai selanjutnya, meski komplikasi ini masih jarang ditemui. Abses otak banyak dijumpai pada bayi baru lahir yang terinfeksi oleh *Citrobacter koseri* dan golongan *Proteus*. Abses otak biasanya menunjukkan gejala seperti demam, kejang, penurunan kesadaran, adanya kelemahan pada salah satu sisi tubuh. Pada pemeriksaan radiologi, biasanya ditemukan adanya gambaran kapsul abses.

### 3. Kejang

Kejang merupakan gejala yang muncul pada penderita meningitis yang seharusnya dapat dihentikan apabila infeksi sudah tertangani. Akan tetapi, kejang dapat menjadi berkelanjutan pada penderita meningitis. Kejang yang terjadi dapat bersifat keseluruhan (seluruh tubuh kelojotan) atau hanya bersifat fokal (hanya bagian tubuh tertentu saja). Kejang yang terjadi ini berhubungan dengan adanya sekuele di otak akibat adanya infeksi yang terjadi.

#### 4. Syok septik

Syok septik merupakan komplikasi tersering pada kasus meningitis akibat infeksi bakteri. Banyak anak meninggal akibat komplikasi ini. Syok septik adalah keadaan disfungsi organ yang mengancam jiwa akibat adanya abnormalitas sirkulasi dan metabolik. Kondisi ini terjadi karena tubuh tidak mampu merespons infeksi yang terjadi. Keadaan syok ini dapat berlanjut menjadi kondisi yang lebih parah disebut dengan Disseminated Intravascular Coagulation (DIC). Kondisi ini dapat berujung pada perdarahan dan kematian akibat kegagalan organ yang terjadi (Ratna, 2019).

#### 5. Ensefalitis

Pada ensefalitis, peradangan terjadi di jaringan otak akibat serangan virus atau bakteri dan jamur. Seringnya kondisi ini disebabkan oleh infeksi dari jenis virus, seperti virus herpes simpleks, varisela atau cacar air, dan campak. Ensefalitis seringnya terjadi bersamaan dengan meningitis dan dikenal dengan sebutan meningoensefalitis. Gejala yang sering muncul hampir menyerupai radang selaput otak (meningitis). Tapi pada kondisi ini, pengidapnya juga berpotensi mengalami kejang, sulit menggerakkan tubuh, hingga kesulitan bicara. Penyakit ini sering menyerang bayi dan orang tua, atau orang yang memiliki sistem kekebalan tubuh lemah/.

## **2.2 Konsep Anak**

### **2.2.1 Definisi Perkembangan Dan Pertumbuhan Anak Usia toddler**

Perkembangan adalah suatu proses yang terjadi secara simultan dengan pertumbuhan yang dihasilkan melalui proses pematangan dan proses belajar dari

lingkungannya. Perkembangan anak adalah bertambahnya kemampuan (skill) struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks, dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan/maturitas. Disini menyangkut adanya proses diferensiasi dari sel-sel tubuh, jaringan tubuh, organ-organ dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Termasuk juga perkembangan emosi, intelektual dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungannya (Soetjiningsih, 2020).

Dalam perkembangan anak usia toddler dibagi sebagai berikut :

#### 1. Perkembangan Motorik Kasar

Perkembangan motorik kasar utama pada anak usia toddler ialah perkembangan lokomosi. Toddler mampu berjalan sendiri dengan jalan kaki yang melebar pada jarak tertentu. Selanjutnya toddler mulai berlari akan tetapi masih mudah jatuh pada usia 18 bulan. Di usia dua tahun, koordinasi dan keseimbangan meningkat ditunjukkan dengan mampu berdiri dengan sempurna. Pada usia ini anak mampu menaiki dan menuruni tangga. Kemudian pada usia 30 bulan toddler mampu melompat dengan dua kaki, berdiri dengan satu kaki selama satu hingga dua detik, dan berjalan jinjit beberapa langkah. Memasuki akhir tahun kedua, toddler mampu berdiri dengan satu kaki, berjalan jinjit, dan menaiki tangga dengan kaki kanan dan kiri bergantian (Ratna, 2019).

#### 2. Perkembangan Motorik Halus

Perkembangan motorik halus toddler pun berkembang. Hal ini dilihat dari meningkatnya kemampuan pada usia 12 bulan mampu menggenggam benda sangat kecil tapi tidak mampu melepas sesuai keinginannya. Memasuki usia 15 bulan, toddler dapat menjatuhkan benda kecil ke dalam botol berleher sempit

dan melempar serta menangkap bola. Selanjutnya, di usia 18 bulan toddler mampu melempar bola tanpa kehilangan keseimbangan. (Rantna, 2019).

3. Perkembangan Kognitif Wong (2021) menjelaskan membagi perkembangan dalam tiga tahap, yaitu fase intuisitas, kongkrit operasional, dan formal operasional. Ketika anak memasuki tahap logical concrete, yaitu sekitar usia tujuh tahun, anak 3 akan mampu membangun alasan logis, anak juga akan memulai mengklarifikasi sesuatu, dan membuat keputusan yang kongkrit akan sesuatu. Berdasarkan perkembangan dalam rentang usianya, maka perkembangan kognitif anak akan berkembang sebagai berikut (Hockenberry & Wilson, 2020).\

- a. Sensorimotor (kelahiran hingga dua tahun)

Tahap ini terbagi menjadi enam. Tahap pertama merupakan penggunaan refleks pada bayi berumur 0-1 bulan. Contoh dari refleks ini adalah refleks menghisap ketika bayi lapar atau didekatkan dengan puting susu ibunya. Kemudian, tahap kedua adalah tahap reaksi sirkuler primer. Bayi belajar untuk membuat suatu gerakan bersama dan mengamati gerakan tubuh yang terpisah. Lalu tahap ketiga adalah reaksi sirkuler sekunder, perbedaannya ialah bayi berusaha membuat gerakan dan memanipulasi lingkungan sekitarnya. Misalnya ketika bayi berusaha menggapai boneka atau benda didekatnya. Ketika berhasil, bayi akan merasa senang dan berusaha melakukannya lagi. Bayi pada tahap ini mulai memahami permanensi objek. Selanjutnya di tahap keempat, bayi dapat mengerti urutan suatu kejadian, yang biasa disebut tahap koordinasi skema sekunder. Contohnya adalah bayi yang berusaha menyibakkan penghalang ketika bayi ingin memegang

sesuatu. Tahap kelima kemudian lebih kompleks dimana bayi belajar melakukan koordinasi gerakan tersier. Bayi belajar melakukan hal berbeda untuk mengetahui apa efeknya berbeda, misalnya memukul benda dengan kekuatan bervariasi untuk mengetahui apakah bunyinya akan berbeda. Tahapan terakhir anak akan memulai proses berpikir jika usahanya berkali-kali gagal.(Harahap & Munir, 2021).

b. Preoperasional (dua hingga tujuh tahun)

Anak yang berada pada tahap ini egosentinya telah berkembang. Hal ini berarti anak belum mampu untuk menempatkan diri pada kondisi orang lain. Anak pun baru bisa memandang suatu hal dari sudut pandang mereka sendiri. Pola pikir anak intuitif dan transduktif berkembang pada tahap ini. Selain itu, imaginative thinking juga merupakan ciri khas dari perkembangan ini.

c. Perkembangan bahasa

Kemampuan bicara dan bahasa adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan untuk memberikan respon terhadap suara, bicara, komunikasi, mengikuti perintah, dan sebagainya (Kemenkes,2019). Kemampuan bicara anak dipengaruhi oleh beberapa faktor. Kesiapan fisik melibatkan fungsi pernapasan,pendengaran,dan fungsi otak serta kesiapan kognitif dan neurologis membantu anak untuk dapat mulai berbicara). Lebih dari itu,kemampuan bicara dan bahasa anak dapat menjadi indikator seluruh perkembangan anak yang terdiri dari kemampuan kognitif, motorik, psikologik, dan emosi dari lingkungan anak itu (Apriliana, 2019).

### 2.3 Konsep Imunisasi

Imunisasi untuk anak usia toddler (sekitar 1-3 tahun) sangat penting dan mencakup beberapa vaksin lanjutan seperti MMR/Campak, PCV, DPT booster, dan vaksin lain sesuai rekomendasi seperti Tifoid, Hepatitis A, dan Varicella (cacar air), vaksin konjugat meningokokus (MVC). (Alam, 2020).

. Imunisasi ini memberikan perlindungan jangka panjang terhadap penyakit serius seperti campak, pneumonia, difteri, tetanus, dan polio, serta penting untuk mencapai kekebalan kelompok (herd immunity), vaksin MCV penting untuk melindungi dari infeksi meningitis bakteri yang berbahaya. (willson,2020).

Adapun vaksinasi Wajib dan Lanjutan Untuk Toddler menurut (Nufus et al.2024)

1. MMR (Campak, Gondongan, dan Rubella): Biasanya diberikan pada usia 1 tahun dan kemudian booster pada usia 6 tahun, namun bisa juga diberikan lebih awal pada usia 2 tahun.
2. DPT (Difteri, Pertusis, Tetanus): Setelah DPT dasar diberikan saat bayi, anak akan mendapatkan suntik booster pertama pada usia 18 bulan.
3. PCV (Pneumokokus): Vaksin ini diberikan pada usia 12-24 bulan dan berlanjut hingga usia 5 tahun, dengan jenis dan dosis tergantung pada usia anak.
4. Varicella (Cacar Air): Vaksin ini dapat diberikan setelah anak berusia 1 tahun.
5. Tifoid: Vaksin ini diberikan mulai usia 2 tahun dan dapat diulang setiap 3 tahun untuk mencegah demam tifoid.

6. Influenza: Vaksin ini dapat diberikan untuk mencegah infeksi akibat virus influenza dan bisa diberikan mulai usia 6 bulan
7. Konjugat meningokokus (MVC) yang direkomendasikan untuk anak usia 9-23 bulan sebanyak 2 dosis dan untuk anak 2 tahun ke atas cukup 1 dosis

## **2.4 Konsep Hospitalisasi Pada Anak**

### **2.4.1 Definisi Hospitalisasi**

Hospitalisasi adalah suatu kondisi krisis yang mengharuskan anak yang sedang sakit untuk menjalani perawatan dan terapi di rumah sakit hingga kondisinya memungkinkan untuk pulang ke rumah. Selama proses hospitalisasi, anak harus melewati rangkaian perawatan yang menyakitkan dan berulang (Hidayah, 2022).

Kondisi sakit pada anak membutuhkan hospitalisasi untuk menjalani perawatan. Hospitalisasi merupakan suatu keadaan krisis yang membuat anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulihan. Perawatan anak di rumah sakit berdampak pada krisis kecemasan yang bersumber dari banyak stresor seperti rasa sakit fisik, ketakutan akan prosedur dari orang yang tidak dikenal, makanan, dan lingkungan yang asing (Khamdalah 2024)

### **2.4.2 Tahap Respon Perilaku Kecemasan Anak**

Respon perilaku anak terhadap kecemasan dibagi dalam 3 tahap menurut (Fiteli 2021) sebagai berikut :

1. Tahap protes (*Phase of Protest*)

Pada tahap ini ditandai dengan keadaan anak menangis kuat, menjerit, memanggil orang terdekatnya misalnya ibu. Secara verbal anak akan menyerang

dengan rasa marah seperti anak mengatakan “pergi”. Perilaku protes anak tersebut akan terus berlanjut dan hanya berhenti jika anak merasa lelah dan orang terdekatnya mendampingi.

### 2. Tahap Putus Asa (*Phase of Despair*)

Pada tahap ini keadaan anak tampak tegang, menangis berkurang, anak kurang aktif, kurang minat untuk bermain, tidak ada nafsu makan, menarik diri, tidak kooperatif, perilaku regresi seperti mengompol atau menghisap jari.

### 3. Tahap Menolak (*Phase of Denial*)

Pada tahap ini keadaan anak akan mulai menerima perpisahan, mulai tertarik dengan lingkungan sekitar, mulai membina hubungan dengan orang lain.

## 2.4.3 Dampak Hospitalisasi

Sejumlah faktor resiko membuat anak-anak tertentu lebih rentan terhadap stres hospitalisasi dibandingkan dengan lainnya. Mungkin karena perpisahan merupakan masalah penting seputar hospitalisasi bagi anak-anak yang lebih muda, anak yang aktif dan berkeinginan kuat, cenderung lebih baik ketika hospitalisasi dibandingkan anak yang pasif. Hal ini mengharuskan perawat harus mewaspadai anak-anak yg pasif karena membutuhkan dukungan yang lebih banyak daripada anak yang aktif. Berkembangnya gangguan emosional jangka panjang dapat merupakan dampak dari hospitalisasi. Gangguan emosional tersebut terkait dengan lama dan jumlah masuk rumah sakit, dan jenis prosedur yang dijalani di rumah sakit. Hospitalisasi berulang dan lama rawat lebih dari 4 minggu dapat berakibat gangguan dimasa Reaksi hospitalisasi yang negative diantaranya kecemasan dan stres berpengaruh jangka pendek terhadap adaptasi dan proses perawatan.

Dampak lebih lanjutnya dapat memperpanjang lama perawatan, dan dalam jangka panjang dapat menyebabkan trauma yang akan datang (Sari et al. 2021)

#### **2.4.4 Tujuan Imunisasi**

Pada pemberian imunisasi pada anak mempunyai tujuan agar tubuh anak kebal terhadap penyakit tertentu, kekebalan tubuh juga dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor di antaranya terdapat tingginya kadar antibodi saat dilakukan imunisasi, potensi antigen yang disuntikan, waktu antara pemberian imunisasi (Romyana 2025)

### **2.5 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

#### **2.5.1 Pengkajian**

##### **1. Data umum**

Berisi mengenai identitas pasien yang meliputi nama, umur, No RM, jenis kelamin, agama, alamat, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, jam datang, jam diperiksa, tipe kedatangan dan informasi data .

##### **2. Keluhan Utama**

Hal yang sering alasan orang tua membawa anaknya adalah suhu badan tinggi, kejang dan penurunan tingkat kesadaran (Roos & Tyler, 2019).

##### **3. Riwayat Penyakit Sekarang**

Keluhan yang dirasakan biasanya sakit kepala, demam, kejang dan penurunan kesadaran. Kejang perlu mendapat perhatian untuk dilakukan pengkajian lebih mendalam, bagaimana sifat timbulnya kejang, stimulus apa yang sering menimbulkan kejang dan tindakan apa yang telah

diberikan dalam upaya menurunkan keluhan kejang tersebut (Beek et al., 2020).

#### 4. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien meningitis biasanya memiliki riwayat penyakit infeksi jalan napas bagian atas, otitis media, mastoiditis, tindakan bedah saraf, riwayat trauma kepala, dan adanya pengaruh immunologis pada masa sebelumnya perlu ditanyakan pada pasien.

Riwayat imunisasi pada anak juga perlu diketahui seperti pemberian imunisasi DPT, Hib dan BCG. Karena, pemberian imunisasi dapat sebagai pencegahan dari meningitis. Selain itu pengkajian tentang riwayat kehamilan apakah ibu pernah mengalami penyakit infeksi selama hamil. Pengkajian pemakaian obat-obatan yang sering digunakan pasien, seperti obat kortikostteroid, berbagai jenis antibiotik dan reaksinya (untuk menilai resistensi dalam pemakaian antibiotik) (Nuryadin, A. A , 2020)..

#### 5. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga ada yang pernah menderita kejang demam, penyakit syaraf, meningitis.

#### 6. Pola aktivitas sehari-hari

- a. Nutrisi: menurunnya nafsu makan, mual, muntah dan klien mengalami tidak dapat menelan, dampak dari penurunan kesadaran.
- b. Aktivitas: mengalami kelemahan yang mengakibatkan gerak terbatas serta ketergantungan dalam memenuhi kebutuhan pada keluarga ataupun perawat.

- c. Istirahat: terdapat gangguan akibat nyeri kepala yang dirasakan.
  - d. Eliminasi: terpasang kateter dan memakai pempers karena kelemahan klien.
  - e. Personal hygiene: perawatan diri bergantung pada keluarga ataupun keluarga karena kelemahan maupun penurunan kesadaran.
7. Pengkajian pertumbuhan dan perkembangan anak

Pada pasien meningitis, organ yang sering mengalami gangguan adalah organ yang berdekatan dengan fungsi memori, fungsi pengaturan motorik dan sensorik, maka kemungkinan besar anak mengalami masalah ancaman pertumbuhan dan perkembangan seperti retardasi mental, gangguan kelemahan atau ketidakmampuan menggerakkan tangan maupun kaki (paralisis). Akibat gangguan tersebut anak dapat mengalami keterlambatan dalam mencapai kemampuan sesuai dengan tahapan usia (Nuryadin, A. A, 2020).

8. Keadaan Umum (Penampilan Umum)

a) Keadaan umum

Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling mendasar dan membutuhkan pengkajian. Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien meningitis biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor dan 24 Poltekkes Kemenkes Padang semikoma. Jika klien sudah mengalami koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberian asuhan (Thau et al., 2023).

b) Tanda-tanda vital

Pada klien meningitis biasanya didapatkan peningkatan suhu tubuh lebih dari normal 38-41°C, penurunan denyut nadi, tekanan darah biasanya normal atau meningkat berhubungan dengan tanda-tanda peningkatan TIK dan peningkatan frekuensi napas berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme dan adanya infeksi pada sistem pernafasan sebelum mengalami meningitis

## 9. Pemeriksaan Fisik

### a) Kepala

Ubun-ubun besar atau cembung pada neonatus dan terkadang perlu juga dilakukan pemeriksaan lingkaran kepala untuk mengetahui apakah ada pembesaran kepala pada anak (Beek et al., 2019).

### b) Mata

Inspeksi: lihat konjungtiva anemis atau subanemis, warna sclera tidak kuning, pupil menunjukkan refleksi terhadap Cahaya (Maimaiti et al., 2021).

### c) Hidung

Inspeksi: apakah ada sputum, terdapat pernapasan cuping hidung (Maimaiti et al., 2021)..

### d) Mulut

Inspeksi: bibir berwarna pucat, mukosa bibir kering akibat kehilangan cairan melalui proses evaporasi (Maimaiti et al., 2021).

### e) Telinga

Inspeksi: Lihat kebersihan telinga, adanya serumen pada telinga. Terkadang di temukan keluarnya cairan dari telinga pada anak

dengan meningitis pneumokokus dan sinus dermal kongenital terutama di sebabkan oleh infeksi E.colli (Lucas, 2019).

f) Leher

Inspeksi: kaku kuduk (+), perhatikan kebersihan leher karena leher neonatus pendek. Adanya pembesaran kelenjar tiroid atau tidak.

Palpasi: ada pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis tidak.

(Lucas, 2019).

g) Thorak

Inspeksi: bentuk dada simetris atau tidak, biasanya akan nampak penggunaan otot bantu napas.

Palpasi: palpasi thorak jika terdapat deformitas pada tulang dada pada klien dengan efusi pleura massif (jarang terjadi pada klien dengan meningitis). Auskultasi: biasa terdapat bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan meningitis tuberkulosa dengan penyebaran primer dari paru. Penurunan kesadaran pada anak akan di ikuti dengan denyut jantung yang terkesan lemah < 100x/menit. (normal 100- 140x/i) (Young & Thomas, 2020).

h) Abdomen

Inspeksi: perut buncit atau cekung, kebersihan tali pusat, perhatikan apakah ada tanda infeksi pada tali pusat.

Palpasi: apakah ada massa atau tidak.

Auskultasi: adanya bising usus atau tidak, bising usus timbul 1-2 jam setelah kelahiran bayi. d) Perkusi: apakah suara timpani atau tidak

(Young & Thomas, 2020).

## i) Kulit

Inspeksi: turgor kulit mengalami penurunan akibat peningkatan kehilangan cairan. Pada kulit akan ditemukan ruam petekie dengan lesi purpura sampai ekimosis pada daerah luas (Griffiths et al., 2021).

## j) Ekstermitas

Kekuatan otot menurun dan mengalami opistotonus. Pada tahap lanjut anak mengalami gangguan koordinasi dan keseimbangan pada alat gerak. Ekstremitas bawah akan ditemukan tanda kernig dan brudzinski positif (Griffiths et al., 2021).

## k) Genitalia, jarang ditemukan kelainan.

## l) Pengkajian saraf kranial

- 1) Saraf I Biasanya tidak ada kelainan pada indra penciuman.
- 2) Saraf II Pemeriksaan papil edema mungkin didapatkan terutama pada meningitis supuratif disertai abses serebri dan efusi subdural yang menyebabkan terjadinya peningkatan TIK berlangsung lama.
- 3) Saraf III, IV, dan VI Pemeriksaan fungsi dan reaksi pupil pada klien tanpa disertai penurunan kesadaran biasanya normal. Pada tahap lanjut yang telah mengganggu kesadaran, tandatanda perubahan dari fungsi dan reaksi pupil akan didapatkan.
- 4) Saraf V Tidak ditemukan kelainan pada otot wajah dan refleks kornea. e)
- 5) Saraf VII Indra pengecap normal, wajah simetris.

- 6) Saraf VIII Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.
  - 7) Saraf IX dan X Kemampuan menelan baik.
  - 8) Saraf XI Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius. Adanya usaha dari klien untuk melakukan fleksi leher dan kaku kuduk.
  - 9) Saraf XII Lidah simetris, tidak ada deviasi pada satu sisi dan tidak ada fasikulasi, indra pengecap normal.
- m) Pengkajian sistem motorik Kekuatan otot menurun, kontrol keseimbangan dan koordinasi pada meningitis tahap lanjut mengalami perubahan.

### **2.5.2 Pemeriksaan Penunjang**

#### **1. Pemeriksaan Darah**

Dilakukan pemeriksaan kadar hemoglobin, jumlah leukosit, laju endap darah (LED), kadar glukosa, kadar ureum, elektrolit dan kultur. Pada meningitis bakterial didapatkan polimorfonuklear leukositosis. Meningitis yang disebabkan oleh TBC akan ditemukan peningkatan LED. Pada kasus immunosupresi dapat ditemukan leukopenia (Niemelä et al., 2023).

#### **2. Pemeriksaan pungsi lumbal**

3. Diagnosis pasti meningitis adalah pemeriksaan cairan serebrospinal melalui pungsi lumbal. Pungsi lumbal biasanya dilakukan untuk menganalisa jumlah sel dan protein cairan serebrospinal, dengan syarat tidak ditemukan adanya peningkatan tekanan intra kranial.

- a. Pada meningitis serosa terdapat tekanan yang bervariasi, cairan jernih, sel darah putih PMN meningkat, glukosa dan protein normal, kultur (-).
- b. Pada meningitis purulenta terdapat tekanan meningkat, cairan keruh, jumlah sel darah putih dan protein meningkat, glukosa menurun, kultur (+) beberapa jenis bakteri.

#### 4. Pemeriksaan radiologis

Pemeriksaan foto X-ray thoraks, foto kepala (sinus/mastoid), dapat diusulkan untuk mengidentifikasi fokus primer infeksi (Griffiths et al., 2021).

#### 5. Pemeriksaan EEG

Pada pemeriksaan EEG dijumpai gelombang lambat yang difus di kedua hemisfer, penurunan voltase karena efusi subdural atau aktivitas delta fokal bila bersamaan dengan abses otak (Fauci et al., 2022).

#### 6. CT SCAN dan MRI

Dapat mengetahui adanya edema otak, hidrosefalus, atau massa otak yang menyertai meningitis (Fauci et al., 2022).

### **2.5.3 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), diagnosis keperawatan yang mungkin muncul:

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan infeksi pada otak.
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan di otak, penurunan energi.

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi pada otak).
4. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi pada otak), peningkatan laju metabolisme.
5. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi jalan yang tertahan, proses infeksi.
6. Risiko ketidakefektifan elektrolit dibuktikan dengan ketidakseimbangan cairan, anemia sel sabit.
7. Risiko cedera dibuktikan dengan hipoksia jaringan
8. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

## 2.5.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 2 1 Intervensi Dasar keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Keperawatan
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan infeksi pada otak	<p><b>Perfusi Serebral</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran meningkat</li> <li>2. Tekanan intra kranial menurun</li> <li>3. Sakit kepala menurun</li> <li>4. Gelisah menurun</li> <li>5. Demam menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (seperti edema serebral, gangguan metabolisme)</li> <li>2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK</li> <li>3. Monitor status pernapasan</li> <li>4. Monitor intake dan output cairan</li> <li>5. Monitor cairan serebrospinalis</li> <li>6. Pertahankan posisi kepala dan leher netral</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan posisi semi fowler</li> <li>2. Cegah terjadinya kejang</li> <li>3. Pertahankan suhu tubuh normal</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan.</li> </ol>
2.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan di otak, penurunan energi	<p><b>Pola Napas</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen jalan napas Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman usaha napas)</li> <li>2. Monitor bunyi napas tambahan (gurgling, mengi, wheezing, ronchi)</li> <li>3. Monitor sputum (jumlah, warna aroma)</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Penggunaan otot bantu napas menurun.</li> <li>3. Pernapasan cuping hidung menurun</li> <li>4. Frekuensi napas membaik</li> <li>5. Kedalaman napas membaik</li> </ol>	<p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posisikan semifowler atau fowler</li> <li>2. Berikan minum hangat</li> <li>3. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>4. Berikan oksigen</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari</li> <li>2. Ajarkan teknik batuk efektif</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi pada otak)</li> </ol>	<p><b>Tingkat Nyeri</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Gelisah menurun</li> <li>4. Kesulitan tidur menurun</li> <li>5. Anoreksia menurun</li> <li>6. Mual menurun</li> <li>7. Muntah menurun</li> <li>8. Frekuensi nadi membaik</li> <li>9. Pola napas membaik</li> <li>10. Tekanan darah membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen nyeri</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik frekuensi, durasi, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>

4. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi pada otak), peningkatan laju metabolisme	<p><b>Termoregulasi</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggigil menurun</li> <li>2. Kulit merah menurun</li> <li>3. Kejang menurun</li> <li>4. Pucat menurun</li> <li>5. Suhu tubuh membaik</li> <li>6. Takikardi menurun</li> <li>7. Hipoksia menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen hipertermia Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab hipertermia</li> <li>2. Monitor suhu tubuh</li> <li>3. Monitor kadar elektrolit</li> <li>4. Monitor haluaran urine</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan yang dingin</li> <li>2. Ganti linen setiap hari jika mengalami hyperhidrosis</li> <li>3. Berikan oksigen, jika perlu</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu.</li> </ol>
5. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi jalan yang tertahan, proses infeksi	<p><b>Bersihan Jalan Napas</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Produksi sputum menurun</li> <li>2. Mengi menurun</li> <li>3. Wheezing menurun</li> <li>4. Mekonium (pada neonatus) menurun</li> <li>5. Dispneamenurun</li> <li>6. Frekuensi napas membaik</li> <li>7. Pola napas membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen jalan napas Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman usaha napas).</li> <li>2. Monitor bunyi napas tambahan (gurgling, mengi, wheezing, ronchi)</li> <li>3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posisikan semifowler atau Fowler</li> <li>2. Berikan minum hangat</li> <li>3. Lakukan penghisapan endir kurang dari 15 detik</li> <li>4. Berikan oksigen</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p>

---

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml\hari jika tidak kontraindikasi.</li> <li>2. Ajarkan batuk efektif</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</li> </ol>
6. Risiko cedera dibuktikan dengan hipoksia jaringan	<p><b>Tingkat Cedera</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toleransi meningkat</li> <li>2. Kejadian cedera menurun</li> <li>3. Ketegangan otot menurun</li> <li>4. Ekspresi wajah kesakitan menurun</li> <li>5. Gangguan kognitif menurun</li> <li>6. Tekanan darah membaik</li> <li>7. Frekuensi nadi membaik</li> </ol>	<p><b>Pencegahan cedera</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan pencahayaan yang memadai.</li> <li>2. Gunakan lampu tidur ketika tidur</li> <li>3. Sediakan pispot atau urinal untuk eliminasi di tempat tidur.</li> <li>4. Pertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah saat digunakan</li> <li>5. Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci</li> <li>6. Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dankeluarga</li> <li>2. Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit usia sebelum berdiri</li> </ol>

---

7. Risiko ketidakseimbangan elektrolit	<p><b>Keseimbangan Elektrolit</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan keseimbangan elektrolit pada pasien teratasi Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keseimbangan elektrolit</li> <li>2. serum natrium</li> <li>3. serum kalium</li> <li>4. serum klorida</li> <li>5. serum kalium</li> </ol>	<p><b>Pemantauan elektrolit Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit</li> <li>2. Monitor mual, muntah, diare</li> <li>3. Monitor tanda dan gejala hipokalemia (mis kelemahan otot, kelelahan)</li> <li>4. Monitor tanda dan gejala hiperkalemia (mis peka rangsang, gelisah, mual, muntah).</li> <li>5. Monitor tanda dan gejala hiponatremia (disorientasi, sakit kepala, kejan, penurunan kesadaran)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</li> <li>2. Dokumentasi hasil pemantauan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan pemantau</li> </ol>
8. Intoleransi aktifitas	<p><b>Toleransi Aktifitas</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan intoleransi aktifitas pada pasien teratasi Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari</li> <li>2. kekuatan tubuh bagian atas</li> <li>3. kekuatan tubuh bagian bawah</li> <li>4. perasaan lemah</li> <li>5. aritmia saat aktivitas</li> </ol>	<p><b>Terapi aktifitas Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi defisit tingkat aktivitas</li> <li>2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</li> <li>3. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas</li> <li>4. Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan</li> <li>5. Monitor respons emosional, fisik, sosial dan spiritual terhadap aktivitas</li> </ol>

---

**Terapeutik**

1. Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang di alami
2. Koordinasikan pemilihan aktivitas
3. Fasilitasi pasien dan keluarga dalam meyesuaikan lingkungan
4. Fasilitasi aktivitas rutin
5. Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot
6. Libatkan keluarga dalam aktivitas
7. Jadwalkan aktifitas dalam rutinitas sehari-hari
8. Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas

**Edukasi**

1. Ajarkan cara melakukan
-

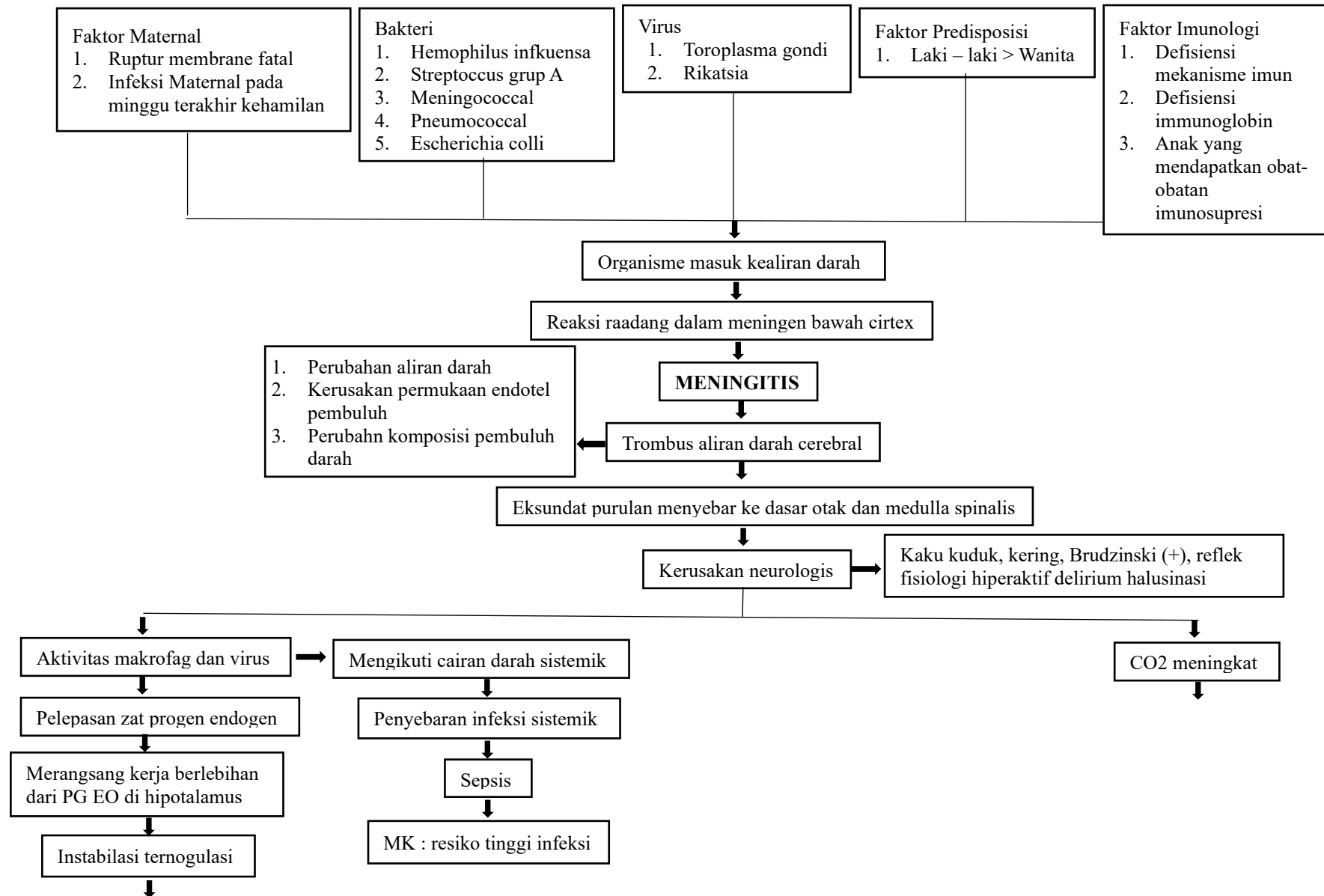
### **2.5.5 Implementasi Keperawatan**

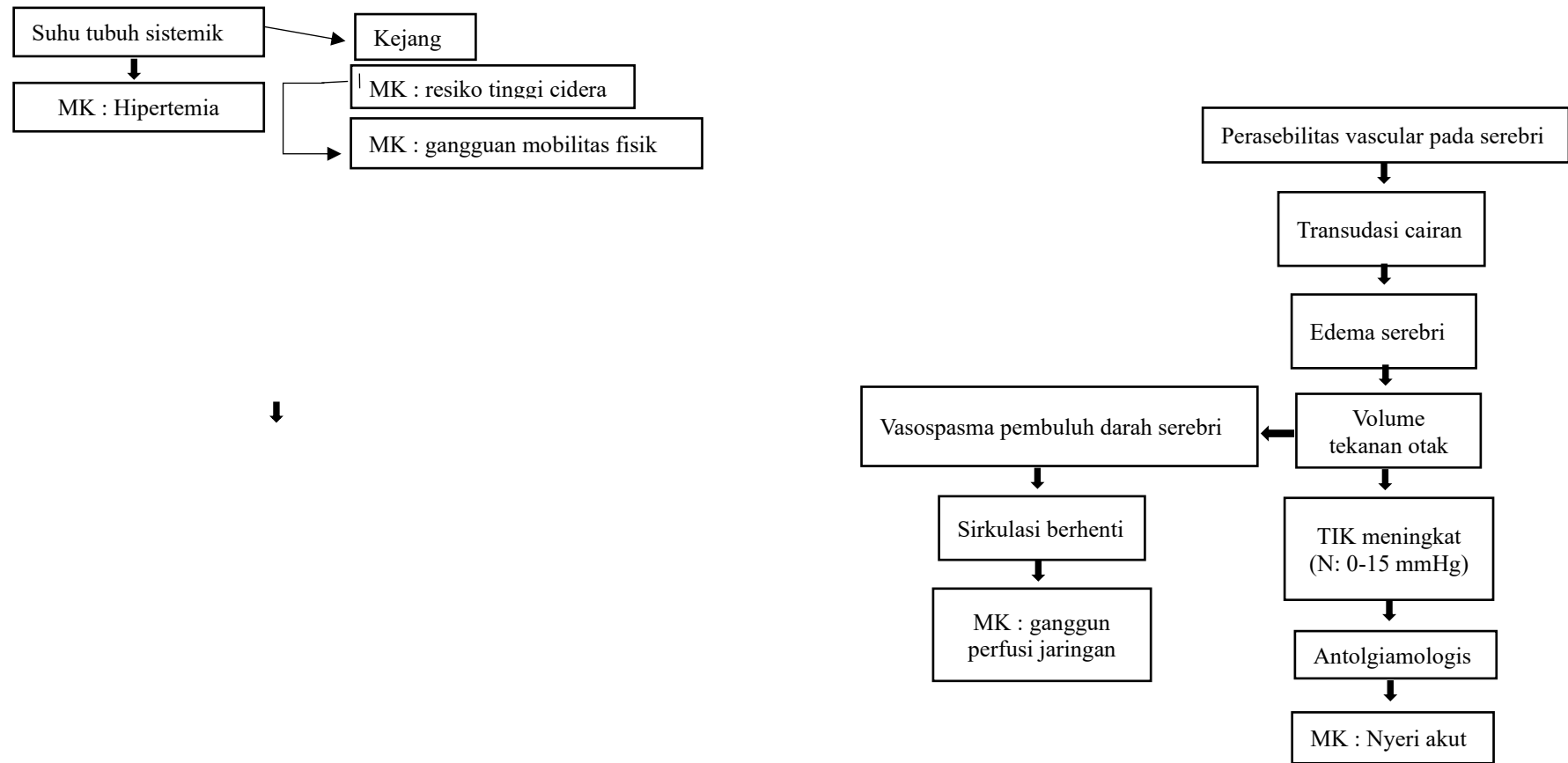
Implementasi Keperawatan Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil. Dalam pelaksanaan implementasi keperawatan terdiri dari tiga jenis yaitu independent implementations, interdependen/collaburatif dan dependent implementations (Sherly. I, 2019).

### **2.5.6 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan taha akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Sherly. I, 2019).

## 2.6 Pathway





Gambar 2 2 Pathway Meningitis

## 2.7 Referensi Jurnal

Tabel 2 2 Referensi jurnal

No.	Judul, Penulis, Penerbit, Tahun	Metode	Hasil
1.	Asuhan Keperawatan pada Anak dengan kasus meningitis diruang rawat anak irna kebidanan dan anak RSUP DR. M. Djamil Padang  Penulis: Tisnawati, Alfinia Yulita  Penerbit: Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Padan  Tahun: 2017	Desain: Studi kasus  Populasi: Anak dengan Pasien Meningitis  Sampel & Teknik Sampling: 1 pasien (An. A) dengan teknik purposive sampling  Variabel: Kondisi klinis pasien, intervensi keperawatan, dan respons terhadap terapi  Instrumen: Observasi, wawancara, dan studi dokumentasi	An.Z mengalami penurunan kesadaran, tampak lemah, nafas sesak, demam, batuk berdahak dan hanya mengerang. Sedangkan By.F tampak spastik, otot kaku, kelopak mata sebelah kiri tidak simetris, demam dan hanya mampu merintih. Diagnosa utama adalah Resiko ketidakfektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan proses inflamasi di selaput otak. Rencana keperawatan terapi oksigen, manajemen edema serebral dan monitor PTIK. Hasil evaluasi, masalah teratasi sebagian. intervensi tetap dilanjutkan dengan didelegasikan kepada perawat ruangan..
2.	Analisa : Diagnosis dan tatalaksana meningitis bacterial pada anak  Penulis: Cindy Adityoputri  Penerbit: Fakultas Kedokteran, Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya, Indonesia  Tahun: 2022	Desain: Penelitian deskriptif  Populasi: Anak balita dengan meningitis bacterial pada anak  Sampel & Teknik Sampling: 50 pasien dengan teknik total sampling  Variabel: Usia, jenis kelamin, penyakit penyerta, penggunaan antibiotik, kadar leukosit, dan gambaran radiologi	ini bertujuan untuk mengetahui gejala yang terjadi dalam meningitis pada anak. Hasil dari penelitian ini menyatakan bahwa meningitis menunjukkan keterlibatan primer dari meninges. Manifestasi klinis meningitis pada bayi dan anak-anak dapat bersifat tidak spesifik. Pada bayi, gejala klinis yang sering ditemukan adalah demam, hipotermia, lesu, irritability, nafsu makan yang buruk, muntah, diare, gangguan pernapasan,

No.	Judul, Penulis, Penerbit, Tahun	Metode	Hasil
		Instrumen: Rekam medis dan dokumentasi rumah sakit	kejang, atau fontanel yang menggebung
3.	<p data-bbox="395 421 671 521">Meningitis pada Anak</p> <p data-bbox="395 566 671 701">Penulis: Nadya Gratia Juliawan, Ida Ayu Putu Purnamawati</p> <p data-bbox="395 745 671 992">Penerbit: Departemen Ilmu Kesehatan Anak, Rumah Sakit Umum Daerah Buleleng, Singaraja, Bali, Indonesia</p> <p data-bbox="395 1037 555 1070">Tahun: 2023</p>	<p data-bbox="699 421 1062 488">Desain: Studi kasus deskriptif</p> <p data-bbox="699 533 1062 600">Populasi: Anak Meningitis TB pada anak</p> <p data-bbox="699 645 1062 745">Sampel &amp; Teknik Sampling: 2 pasien dengan teknik purposive sampling</p> <p data-bbox="699 790 1062 891">Variabel: Status pernapasan, frekuensi napas, dan kemampuan batuk</p> <p data-bbox="699 936 1062 1037">Instrumen: Observasi, wawancara, dan rekam medis</p>	<p data-bbox="1094 421 1449 1953">Penelitian ini melibatkan 2 pasien anak dengan bronkopneumonia yang dirawat di PICU, dengan usia masing-masing 8 bulan dan 10 bulan. Intervensi fisioterapi dada diberikan selama 5 hari berturut-turut, dengan frekuensi 3 kali sehari, mencakup teknik perkusi, postural drainage, dan latihan batuk efektif. Hasil pengukuran menunjukkan peningkatan signifikan dalam status pernapasan pasien, dengan frekuensi napas menurun dari rata-rata 50 kali/menit menjadi 32 kali/menit pada pasien pertama, dan dari 48 kali/menit menjadi 30 kali/menit pada pasien kedua. Kemampuan batuk efektif meningkat, ditandai dengan ekspektorasi mukus yang lebih lancar, volume sputum yang keluar mencapai 15 ml/hari pada pasien pertama dan 12 ml/hari pada pasien kedua. Selain itu, saturasi oksigen pasien meningkat dari 88% menjadi 97% dan 89% menjadi 98% secara berturut-turut, menunjukkan bahwa intervensi fisioterapi dada efektif dalam meningkatkan oksigenasi, membersihkan jalan napas, dan memperbaiki pola</p>

No.	Judul, Penulis, Penerbit, Tahun	Metode	Hasil
4.	<p>Meningitis Bakterial: Epidemiologi, Patofisiologi, dan Penatalaksanaan</p> <p>Penulis : Puji Widyastuti<sup>1*</sup>, Herdiana Nurul Utami<sup>1</sup>, M. Fardi Anugrah<sup>1</sup>, Rohadi<sup>2</sup></p> <p>Penerbit: OVUM: Journal of Midwifery and Health Sciences</p> <p>Tahun: 2023</p>	<p>Desain: Studi kasus deskriptif</p> <p>Populasi: Anak dengan Meningitis Virus</p> <p>Sampel &amp; Teknik Sampling: 1 pasien dengan teknik purposive sampling</p> <p>Variabel: Kondisi klinis pasien, intervensi keperawatan, dan respons terhadap terapi</p> <p>Instrumen: Observasi, wawancara, dan studi dokumentasi</p>	<p>napas pada anak dengan bronkopneumonia.</p> <p>Penelitian Meningitis bakterial merupakan penyakit peradangan pada selaput meninges otak yang disebabkan oleh infeksi bakteri. Penyebab terbanyak dari meningitis bakterial adalah Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis, dan Haemophilus influenzae tipe B. Ketika bakteri sudah mampu menembus sawar darah otak, maka akan timbul reaksi inflamasi serta gejala trias berupa demam, kekakuan leher, dan perubahan status mental. Penderita meningitis bakterial biasanya diberikan antibiotik yang dikombinasikan dengan kortikosteroid..</p>
5.	<p>Laporan Kasus : Meningitis Bakterial</p> <p>Penulis: I Gusti Ngurah Kurnia Ary Wiartika<sup>1</sup>, Luh Putu Lina Kamelia</p> <p>Penerbit: TRILOGI: Jurnal Ilmu Teknologi, Kesehatan, dan Humaniora</p> <p>Tahun: 2022</p>	<p>Desain: Studi kasus</p> <p>Populasi: Anak dengan Meningitis Bakterial</p> <p>Sampel &amp; Teknik Sampling: 2 pasien dengan teknik purposive sampling</p> <p>Variabel: Kemampuan batuk, frekuensi napas, dan status oksigenasi</p> <p>Instrumen: Observasi, wawancara, dan rekam medis</p>	<p>Meningitis bakterial merupakan salah satu kasus kegawatdaruratan di bidang neurologi dengan mortalitas dan morbiditas yang tinggi. Oleh karena itu, diagnosis dan terapi yang cepat dan tepat perlu dilakukan untuk mencegah terjadinya luaran (prognosis) yang buruk. Diagnosis meningitis bakteri ditegakkan</p>

**BAB 3**  
**TINJAUAN KASUS**

**3.1 Pengkajian**

**3.1.1. Identitas Pasien**

Ruangan	: Picu	Anamnesa diperoleh dari :
Diagnosa medis	: Meningitis, Unspecified	1.Orang Tua/Keluarga
No register	: 35-27-03-xx-xx	2. Rekam Medis
Tgl/jam MRS	: 22 Januari 2024, 11.00 Wib	
Tgl/jam pengkajian	: 04 Februari 2025, 13.00 Wib	

**I. IDENTITAS**

Nama	: An I
tgl lahir	: 01 September 2023
Umur	: 1 Tahun 5 Bulan
Jenis kelamin	: Laki- Laki
Agama	: Islam
Golongan darah	: O
Bahasa yang dipakai	: Madura.
Anak ke	: 3
Jumlah saudara	: 3
Alamat	: Sampang, Pajudan 1

**II. IDENTITAS ORANG TUA**

Nama ayah	: Tn A	Nama ibu	: Ny. S
Umur	: 46Tahun	Umur	: 35 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku/bangsa	: Madura/Indonesia	Suku/bangsa	: Madura/Indonesia
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMP

Pekerjaan	: Wiraswasta	Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Penghasilan	: 500.000	Penghasilan	: Tidak bekerja
Alamat	: Sampang	Alamat	: Sampang

### 3.1.2. Keluhan Utama

Pasien mengalami penurunan kesadaran

### 3.1.3. Riwayat Penyakit Sekarang

Keluarga Pasien mengatakan jika pasien awalnya mengalami demam selama 2 hari, mual dan muntah sejak 4 hari, pasien dibawa ke rumah sakit madura RS M.Zayn dan mendapatkan penanganan diruangan ICU selama 26 hari pada tanggal 28 Desember 2024 s/d 20 Januari 2025 dengan kondisi pasien menurun dengan ditandai tubuh kaku dan demam naik turun. Setelah itu dapat rujukan dari RS M.Zayn ke RSPAL dr. Ramelan Surabaya, keluarga membawa ke IGD pada tanggal 22 Januari 2025 pada jam 11.00 Wib dengan keluhan kejang 1x di rumah 1x di IGD mendapatkan Tindakan pemasangan infus CVC D5 ¼ Ns 700 cc/24jam, mendapatkan terapi injeksi cefobactam 3x650mg, antrain 3x150mg. Tanda vital : suhu 39.2°C, nadi 112x/menit, SPO2 98%, GCS 4/21, RR 20x/menit, dilakukan pengambilan sampel darah lengkap dengan hasilnya sebagai berikut : Leukosit H 15.97, Neutrofil L 45.10, Monosit H 1.85, IMG% H 1.400, Hemoglobin L 9.10, Hematokrit L 28.70, Trombosit H 496.00, PCT H 0.55, SGOT H 186, Natrium (Na) L 134.00, Kalium (K) LL 2.40.

Pada tanggal 22 Januari 2025 pukul 15.00 Wib pasien dipindahkan di ruang PICU karena pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS E4 V2 M1 = Somnolen dan pasien terpasang infus CVC D5 ¼ Ns 700 cc/24jam, Pasien terpasang O2 Nasal 3 lpm lepas pasang, Pasien terpasang NGT dengan sonde 8x100

dan terapi injeksi Injeksi Meropenem 3x250mg, sibal 30mg 2x1, Ceftriaxone 1g, Injeksi Cefoperazon Sulbactam 3x650mg, Diazepam 10mg 3x2, injeksi pamol 3x150mg. Tanda vital : suhu 37.5°C, nadi 151x/menit, SPO2 98%, GCS 421, RR 20x/menit,

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 04 Februari 2025 jam 13.00 WIB didapatkan kondisi pasien masih dengan demam naik turun, tubuh pasien kaku pada seluruh tubuh, dengan tanda-tanda Vital : suhu 38.1°C, nadi 143x/menit, SPO2 98%, GCS 421, RR 20x/menit dengan terpasang O2 Nasal 3lpm lepas pasang, Pasien terpasang NGT, pasien mendapatkan fisioterapi, berat badan awal 13kg dan turun 12kg, pasien juga rencana PRC 1 bag dengan hasil laboratorium Hemoglobin L 9.5. Pasien mendapatkan terapi injeksi antrain 3x150mg, Injeksi Diazepam 3x2mg, Injeksi Meropenem 4x250mg, Nebul Ventolin 3xperhari.

#### 3.1.4. Riwayat Kehamilan Dan persalinan

##### I. Prenatal Care:

Pemeriksaan : Rutin kontrol di Penggunaan : Obat penambah  
kehamilan : bidan Pasien tidak obat darah  
(ANC) mengalami sakit Gangguan  
hanya saja mual kehamilan : Tidak gangguan  
dan muntah karena pada kehamilam  
bawaan hamil  
Konsumsi Fe : Konsumsi Vitamin

##### II. Natal Care:

Lahir secara	: Normal	PB	: 49 cm
BBL	: 2,800 gram	LK	: 36 cm
LD	: 48 cm	LL	: 13 cm
AS	: Tidak Terkaji	Ketuban	: Jernih
	: Tidak Terkaji		: Tidak Kesulitan

Keadaan tali : Tidak Terkaji Penyulit  
pusat persalinan : Menangis kuat  
Obat-obat yang Reflek  
digunakan selama  
persalinan

### III. Post Natal Care:

Pemberian ASI : Ibu Pasien mengatakan hanya dapat memebrikan  
ASI sampai usia 6 bulan saja  
Penyakit yang : Tidak ada  
pernah diderita  
saat neonatal

#### 3.1.5. Riwayat Masa lampau

##### a. Penyakit-Penyakit Waktu Kecil

Ibu pasien mengatakan pasien beberapa kali masuk RS karena kejang dan suhu tubuh tinggi

##### b. Pernah Dirawat Di Rumah Sakit

Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya mengalami kejang dan sering opname di RS Madura.

##### c. Penggunaan Obat-Obatan

Ibu pasien mengatakan pasien hanya minum obat yang diberikan oleh dokter

##### d. Tindakan (Operasi Atau Tindakan Lain)

Ibu pasien mengatakan pasien tidak pernah dilakukan tindakan operasi.

##### e. Alergi

Ibu pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi makanan ataupun obat - obatan.

## f. Kecelakaan

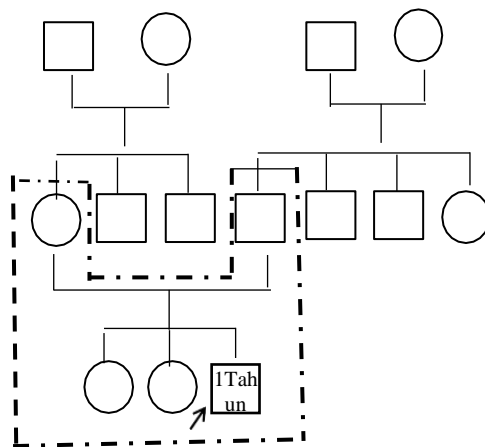
Ibu pasien mengatakan bahwa pasien tidak mempunyai riwayat jatuh (kecelakaan) sebelumnya.

## g. Imunsasi

BCG	: pada usia 1 bulan	DPT	: pada usia 2 bulan, 3 bulan, dan 4 bulan
Hepatitis	: pada hari ke 0		
B	: pada usia 9 bulan.	Polio	: polio 1 usia 1 bulan, polio 2 usia 2 bulan, polio 3 usia 3 bulan, polio 3 bulan, polio
Campak		HIB	: usia 2, 3, 4 bulan

## 3.1.6. Pengkajian Keluarga

Gambar 3 1 Genogram (sesuai dengan penyakit)



Keterangan: :

□	: Laki-laki	○	: Perempuan
↗	: Pasien	—	: Tinggal Serumah

## h. Psikososial keluarga :

Ibu pasien khawatir dan merasa gelisah terhadap kondisi pasien saat ini. pasien diasuh oleh orang tua kandung sendiri, hubungan dengan anggota

keluarga. baik, hubungan dengan teman sebaya juga baik pembawaan secara umum juga baik dan lingkungan rumah bersih.

### **3.1.7. Riwayat Sosial**

a. Yang Mengasuh Anak\

Ibu mengatakan bahwa yang mengasuh pasien adalah ibunya sendiri.

b. Hubungan Dengan Anggota Keluarga

Ibu mengatakan bahwa hubungan anak dengan anggota keluarga baik, pasien sangat dekat dengan anggota keluarga lain dan dekat dengan kakaknya.

c. Hubungan Dengan Teman Sebaya

Ibu mengatakan saat dirumah anak dapat berinteraksi dengan saudara yang juga seumuran dengan pasien.

d. Pembawaan Secara Umum

Pembawaan secara umum kondisi pasien hanya dapat berbaring. Saat dikaji kesadaran pasien somnolen, dengan GCS 4/2/1

### 3.1.8. Kebutuhan Dasar

#### a. Pola Nutrisi

Tabel 3. 1 Pola Nutrisi An. I

<b>Parameter Penilaian</b>	<b>Di Rumah</b>	<b>Di Rumah Sakit</b>
Makan / Minum		
Jumlah :	2x1 hari	8x100
Jenis :	Bubur	Susu
Nasi :	Di Haluskan	
Lauk :	Tidak suka	
Sayur :	Sayur apa saja mau	
Minum :	Susu dan air putih	
Kesulitan makan/minum	Pasien tidak dapat makan yang berstektur dan harus duhaluskan, pasien juga tidak terlalu suka makan namun suka minum susu.	Pasien terpasang ngt dengan restensi berwarna hijau jernih $\pm 20\text{cc}/\text{perhari}$
Usaha untuk mengatasi	Tidak Ada	Tidak Ada
Batasan Makanan	Tidak Ada	Tidak Ada

#### b. Pola Tidur

Tabel 3. 2 Pola Tidur An.I

<b>Parameter Penilaian</b>	<b>Di Rumah</b>	<b>Di Rumah Sakit</b>
Durasi Tidur		
Siang :	$\pm 4$ jam	
Malam :	$\pm 8$ jam	
Suasana ruang :	Tenang	
Gangguan Tidur	Pasien terbangun pada malam dikarenakan haus	Pasien mudah terlelap
Usaha untuk mengatasi	Tidak Ada	Tidak Ada

#### c. Pola Aktivitas/Bermain

SMRS : Pasien sering bermain dengan kakaknya rumah, pasien tampak aktif ketika dengan kakaknya.

MRS : Pasien hanya dapat terbaring

d. Pola Eliminasi

SMRS : Pasien BAK di pampers 3x/hari ganti, warna kuning, bau khas.

BAB 1x/hari, warna kecoklatan, bau khas, konsistensi lembek-padat

MRS : Pasien terpasang kateter, BAK  $\pm$  700cc/hari, warna kuning, bau khas. BAB 1xhari, warna kecoklatan, bau has, konsistensi lembek-padat.

e. Pola Kognitif Perseptual

SMRS : pasien masih belum bisa melakukannya sendiri dan jika haus, laper, dan mengantuk hanya bisa menangis.

MRS : Pasien memakai bantuan dan tidak dapat melakukannya sendiri

f. Pola Koping Toleransi Stress

Pasien hanya dapat merintih. Pasien tidak dapat mengekspresikan dengan baik.

### 3.1.9. Keadaan Umum (Penampilan Umum)

a. Cara Masuk

Pasien dibawa oleh orang tuanya ke RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan menggunakan kendaraan ambulance pada tanggal 22 Januari 2024 pukul 15.00 WIB, kemudian pengkajian pasien pada tanggal 04 Februari 2025 pukul 13.00 WIB, klien dibawa ke Ruang PICU dengan diagnosis medis Meningitis, Unspecified

b. Keadaan Umum

Kondisi Pasien seluruh badan kaku, pandangan tidak fokus, kesadaran somnolen dengan GCS = 4-2-1 = 7

### 3.1.10. Tanda-Tanda Vital

Tensi	:		RR	:	20x/menit
Suhu	:	38, 1°C	TB	:	79 cm
Nadi	:	143 x/menit	BB	:	13 Kg
			Penambahan	:	
			BB		
			Penurunan	:	Ya, 1kg
			BB		

### 3.1.11. Pemeriksaan Fisik

#### a. Pemeriksaan Kepala Dan Rambut

Kulit kepala bersih, tidak terdapat ketombe dan lesi, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam, dan tidak ada kelainan, pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS E4 V2 M1.

#### b. Mata

Konjungtiva anemis, gerakan bola mata nistagmus, letak bola mata simetris, reflek cahaya pada kedua bola mata negatif, pupil isokor, reaksi terhadap cahaya +/-, sensitif pada cahaya/fotofobia, sklera putih, mata nampak sembab

#### c. Hidung

Bentuk hidung simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak terdapat polip, frekuensi 20x/menit. Pasien terpasang O2 nasal 3 lpm lepas pasang.

#### d. Telinga

Bentuk simetris antara kanan dan kiri, keadaan bersih, pendengaran tidak normal, tidak dapat mendengar intruksi, tidak ada lesi, dan tidak ada cairan yang keluar dari lubang telinga.

e. Mulut Dan Tenggorokan

Mulut bersih, bibir simetris, tidak ada sianosis, mukosa bibir kering, tidak ada perdarahan di gusi, tidak terdapat radang tenggorokan, terpasang NGT, tidak terdapat sariawan

f. Tengkuik Dan Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada kelainan pada leher, nadi karotis teraba, pasien mengalami kaku kuduk.

g. Pemeriksaan Thorax/Dada

Betuk dada normocesht

Paru :

Pada pemeriksaan paru-paru tidak terdapat suara tambahan ronchi saat ekspirasi

Jantung :

Pada pemeriksaan jantung tidak ada kelainan, bunyi jantu S1 S2 tunggal

h. Punggung

Tidak adanya kelainan pada tulang belakang dan tidak ada lesi

i. Pemeriksaan Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen saat pengkajian tidak terdapat nyeri face rating scale, perut nampak kembung dan nampak keras, tidak terdapat pus, Distensi abdomen destended, terpaang NGT retensi warna hijau jernih dengan mual, tidak muntah, suara bising usus tidak terdengah

j. Pemeriksaan Kelamin Dan Daerah Sekitarnya (Genetalia Dan Anus)

Integritas kulit baik, tidak ada masa atau pembengkakan, tidak ada pengeluaran pus atau darah, tidak ada luka atau lesi.

k. Pemeriksaan Muskuloskeletal

Kemampuan tangan dan kaki lemah, serta kemampuan gerak sendi kaku dan tidak dapat bergerak bebas, pasien mengalami kaku kuduk tonus otot menurun,

l. Pemeriksaan Neurologi

N I: Pasien mengalami penurunan kesadaran GCS E4 V2 M1 =7  
Somnolen

N II: Pasien reflek Cahaya negatif,, adanya papil edema infeksi pada selaput otak,

N III: Pada pasien gerakan bola mata nistagmus (tidak focus)

N IV: Pasien tidak mampu menggerakkan bola matanya keatas dan kebawah,

N V: Pasien tidak mampu menggerakkan rahangnya,

N VI: Pasien tidak mampu menggerakkan bola matanya ke lateral,

N VII: pasien mengalami kelemahan motorik wajah (tidak dapat berekspresi),

N VIII: Pasien mengalami pendengaran tidak normal, tidak dapat mendengar intruksi,

N IX: Pasien tidak mampu menelan makanan (terpasang ngt)

N X: Reflek muntah pasien ada,

N XI: Pasien tidak mampu menggerakkan bahu dengan tahanan diatasnya,

N XII: Pasien dapat tidak dapat menjulurkan lidah/lemah

m. Pemeriksaan Integumen

Warna kulit normal, tidak terdapat edema dan akral teraba hangat.

### **3.1.12. Tingkat Perkembangan**

#### **I. Adaptasi sosial**

Ibu pasien mengatakan pasien belum dapat berbicara, pasien bermain di lingkungan sekitar maupun dengan teman sebayanya

#### **II. Bahasa**

Pasien dapat menyimak perkataan orang lain, mengenal suara-suara hewan/benda yang ada disekitarnya, mengerti beberapa perintah secara bersamaan,

#### **III. Motorik halus**

Ibu pasien mengatakan dapat menunjuk gambar yang diarahkan namun belum berbicara dengan jelas.

#### **IV. Motorik kasar**

Pasien belum mampu melakukan berjalan maju pada garis pada garis lurus,, belum mampu berjalan sambil berjinjit, belum mampu berjalan mundur, belum mampu berjalan ke samping pada garis lurus, belum mampu berlari sambil melompat dengan seimbang tanpa jatuh, belum mampu berdiri di atas satu kaki dengan seimbang, melompat tanpa jatuh.

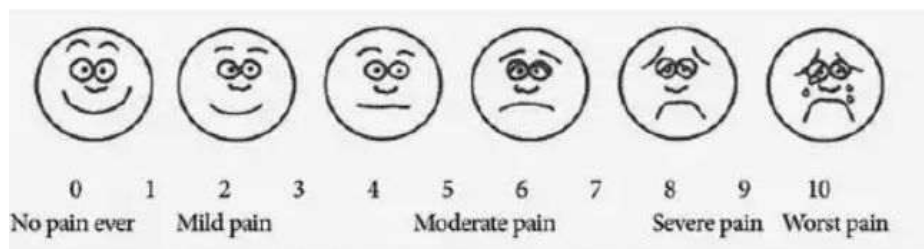
**Kesimpulan Dari Pemeriksaan Perkembangan**

Tumbuh kembang Pasien tidak sesuai dengan usia saat ini.

### 3.1.13. Skrinning Risiko Cedera/Jatuh Humpty Dumpty

Parameter Penilaian	Hasil	Skor
Usia		
Jenis kelamin	:	
Diagnosis		
Gangguan kognitif		
Faktor lingkungan		
Respons terhadap		
Penggunaan medikamentosa		
Total Skor		

### 3.1.14. Skrinning Nyeri



Parameter	Hasil Pengkajian
Provokatif	: .....
Jenis nyeri	: .....
Quality	: .....
Region	: .....
Severity	: .....
Time	: .....
Nyeri hilang apabila	: .....

### 3.1.15. Kebutuhan Edukasi

Parameter Penilaian	Hasil Pengkajian
Hambatan dalam	: Tidak Ada
Kebutuhan Penerjemah	: Tidak Ada
Edukasi	: Keluarga pasien dapat menerima edukasi

### 3.1.16. Perencanaan Pulang (Discharge Planning)

Parameter Penilaian	Hasil Pengkajian
Kriteria Discharge	: Tidak Terkaji
Perencanaan Pulang	: Belum ada rencana pulang

### 3.1.17. Perawatan Di Rumah

- Kenali tanda dan gejala yang perlu dilaporkan
- Pengobatan yang dapat dilakukan di rumah

### 3.1.18. Pemeriksaan Penunjang

- a. Laboratorium  
Tanggal/Hari/Jam: 05 Februari 2025, Pukul 07 : 08 WIB

Tabel 3. 3 Laboratorium An. I

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
<b>Darah lengkap</b>			
<b>Leukosit</b>	<b>14.90</b>	$10^3/ uL$	4.0-12.0
Hitung Jenis Leukosit			
Eosinofil #	0.10	$10^3/ uL$	0.02-0.80
Eosinofil%	0.50	%	0.5-5.0
Basofil#	0.05	$10^3/ uL$	0.00-0.10
Basofil %	<b>40.05</b>	%	0.0-10
Neutrofil #	14.70	$10^3/ uL$	2.00-8.00
Neutrofil %	75.70	$10^3/ uL$	50.0-70.
Limfosit #	3.20	%	0.80-7.00
Limfosit %	16.50	$10^3/ uL$	20.0-60.0
Monosit #	<b>1.75</b>	%	0.12-1.20
Monosit %	7.10	$10^3/ uL$	3.0-12.0
IMG#	0.030	$10^3/ uL$	0.01-0.04
IMG %	<b>1.300</b>	%	0.16-0.62
<b>Hemoglobin</b>	<b>9.5</b>	g/dL	13-17
Hematokrit	<b>27.71</b>	%	35.0-49.0
<b>Eritrosit</b>	3.57	$10^6/ uL$	3.50-5.20
Indeks Eritrosit			
MCV	80.6	fL/cell	72-88
MCH	25.5	Pg	23-31
MCHC	31.7	g/dL	32-36
RDW_CV	<b>17.1</b>	%	11.0-16.0
RDW_SD	48.2	fL	35.0-56.0
<b>Trombosit</b>	<b>485.00</b>	$10^3/ uL$	150-450

<b>Indeks Trombosit</b>			
MPV	11.1	C	6.5-12.0
PDW	15.4	%	15-17
PCT	<b>0.45</b>	10 <sup>3</sup> / uL	0.108-0.282
P_LCC	73.0	10 <sup>3</sup> / uL	30-90
P_LCR	34.8	%	11.0-45.0
<b>Kimia Klinik</b>			
CRP Kuantitatif	3.8	Mg/dL	<10
<b>Fungsi Hati</b>			
SGOT	<b>180</b>	U/L	0.50
<b>Elektrolit &amp; Gas Darah</b>			
Kalsium	9.5	Mg/dL	8.8 – 10.4
Natrium (Na)	<b>132.00</b>	mEq/L	135-147
Kalium (K)	<b>2.33</b>	Mmol/L	3.0-5.0

## B. Rontgen



Foto thorax, hasil : 23 Januari 2025

Cor : Besar dan bentuk baik

Pulmo: Infiltrat/perselubungan Diaphragma dan sinus baik

Tulang – tulang baik

Kesimpulan

Cor normal/Meningitis

### 3.1.19. Pemberian Terapi

Tabel 3. 4Terapi Obat An.I

No	Tanggal Pemberian	Nama Obat	Dosis	Indikasi	Efek Samping
1.	04 – 07 Februari 2025	Injeksi Meropenem	3x250mg	Obat analgetik, antispasmodik, dan antipiretik untuk meringankan rasa sakit dan demam.	Agranulositosis, leukopenia atau trombositopenia, proteinuria, nefritis interstitial.
	04-07 Februari 2025 (jika suhu tubuh tinggi)	Injeks Pamol	3x150mg	ntuk meredakan nyeri dan demam.	<u>Mual</u> , Muntah, <u>Diare</u> , Keringat berlebih, Pucat, Sakit peru
	04-06 Februari (stop) ganti ke amikasin	Injeksi Cefoperazon Sulbactam	3x650mg	Untuk mencegah mual dan muntah yang bisa disebabkan oleh efek samping kemoterapi,radioterapi, atau operasi.	Sakit kepala atau pusing, penglihatan menjadi buram atau penglihatan untuk sementara waktu.
	04007 Februari 2025	Kapsul Diazepam	10mg	Untuk menangani kejang dan melemaskan otot yang kaku atau tegang.	Kantuk, Pusing, Lelah, Penglihatan buram, Limbung, Sakit kepala, Sensasi panas di sekitar wajah dan leher (flushing), Mual, sakit perut, sembelit atau justru diare, Otot kedutan
	Mulai diberikan 07 Februari 2025	Injeksi Amikasin	250mg	antibiotik untuk mengatasi infeksi bakteri	Mual, Muntah, Sakit perut, Tidak nafsu makan, Nyeri atau kemerahan di area bekas suntikan
	Diberikan siang 04-07 Februari 2025	Injeksi Ceftriaxone	2x650mg	untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri seperti infeksi saluran pernafasan, infeksi saluran kemih,	Bengkak, kemerahan, dan rasa nyeri di tempat injeksi, Demam, Panas dingin, Diare, Batuk, Sesak

				infeksi saluran cerna, infeksi kulit, infeksi tulang serta sendi, otitis media, gonorrhoea, profilaksis sebelum operasi, dan meningitis.	napas, Nyeri dada, Sakit tenggorokan, Luka atau sariawan di bibir atau di mulut.
04 – 07 februari 2025	Injeksi Dexametason	5mg		untuk meredakan peradangan pada beberapa kondisi, seperti reaksi alergi, penyakit autoimun, atau radang sendi	Sakit perut, Rasa panas di dada (heartburn), Sakit kepala, Gangguan tidur, seperti insomnia Nafsu makan meningkat
04 Februari 2025 Diberikan karena pasien mual	Injeksi Ondansetron	3x3 mg		untuk mencegah serta mengobati mual dan muntah yang bisa disebabkan oleh efek samping kemoterapi, radioterapi, atau operasi.	Sakit kepala, Pusing atau kepala terasa ringan, Sembelit ( <u>konstipasi</u> ), Tubuh terasa lemah atau lemas, <u>Kantuk</u>
05 Februari 2025 (stop) ganti kapsul sibital	Injeksi Phenytoin	2x30mg		bat untuk mengendalikan kejang pada penderita epilepsi	Otot berkedut, Gerakan, keseimbangan, atau koordinasi tubuh terganggu, Penglihatan kabur, Gerakan mata yang tidak normal
04-07	Kapsul Sibital	30mg		Untuk mengatasi masalah kejang	Kelelahan, Kehilangan nafsu makan, Mual dan muntah, Sakit kepala dan pusing, Kantuk
04 Februari 2025	Injeksi Ranitidine	2x13mg		Untuk mengobati gejala akibat produksi asam lambung berlebih.	sakit kepala (bisa cukup parah), Mengantuk, pusing, Masalah tidur (insomnia), Gairah seks menurun, impotensi, atau kesulitan meraih

---

orgasme, Mual, muntah, sakit perut,  
Diare atau konstipasi.

---

Surabaya 07 Februari 2025

(Choirun Nisa')

### 3.2 Analisa Data

Tabel 3. 5Analisa Data An.I

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	<b>Ds:</b> <b>Do:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penurunan kesadaran GCS : 421 = 7 Somnolen</li> <li>2. Ektermitas atas dan bawah Kaku</li> <li>3. TB : 79 cm</li> <li>4. Tampak merintih</li> </ol>	Infeksi Otak	Resiko Perfusi Selebral Tidak Efektif (SDKI, D.0017) Hal 51
2.	<b>Ds :</b> <b>Do :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Leoukosit 14.90</li> <li>2. Trombosit 485.00 Indeks Trombosit PCT 0.45</li> <li>3. Rontgen : Cor : Besar dan bentuk baik Pulmo Infiltrat/perselubungan Diaphragma dan sinus baik Tulang – tulang baik</li> <li>4. <u>Kesimpulan</u> <u>Cor normal/Meningitis</u></li> </ol>	ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (supresi respon inflamasi)	Resiko Infeksi (SDKI, D.0142) Hal 304
3.	<b>Ds :</b> pasien mengalami demam selama 4 hari dan kejang, suhu tubuh pasien tidak stabil  <b>Do :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu Tubuh naik turun</li> <li>2. Kompres tubuh dengan kain basah</li> <li>3. S: 38, 1°C N : 143 x/menit RR : 20x/menit</li> </ol>	Proses Penyakit (mis. Infeksi,kanker)	Hipertemia (SDKI, D.0130) Hal 284

<p>4. <b>Ds :</b> Pasien tidak mampu mengunyah makanan</p> <p><b>Do :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berat badan menurun BB : 10%</li> <li>2. Bibir Kering</li> <li>3. Penurunan kesadaran</li> <li>4. Hemoglobin : 9.5</li> </ol>	Ketidakmampuan mencerna makanan	Defisit Nutrisi (SDKI D.0019) Hal 56
<p>5.. <b>Ds :</b> Pasien mengalami kejang yang membuat tangan dan kaki lemah untuk digerakkan</p> <p><b>Do :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan Otot menurun</li> <li>2. Fisik lemah</li> <li>3. Sendi kaku</li> <li>4. Gerakan tidak terkoordinasi</li> <li>5. Pasien diberikan fisioterapi</li> </ol>	Penurunan Kendali Otot	Gangguan Mobilitas Fisik (SDKI, D.0054) Hal 124

### 3.2.1 Prioritas Masalah

Tabel 3. 6 Prioritas Masalah An. I

No	Diagnosa keperawatan	TANGGAL		Nama perawat
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Risiko Perfusi Selebral Tidak Efektif d.d Infeksi Otak	04.02.2025	07.02.2025	Nisa'
2.	Resiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (supresi respon inflamasi)	04.02.2025	07.02.2025	Nisa'
3	Hipertemia b.d Proses Penyakit Infeksi	04.02.2025	07.02.2025	Nisa'
.4.	Defisit Nutrisi Berdasarkan Dengan ketidakmampuan mencerna makanan	04.02.2025	07.02.2025	Nisa'
5..	Gangguan mobilitas Fisik b.d Penurunan Kendali Otot	04.02.2025	07.02.2025	Nisa'

### 3.3 Rencana Keperawatan

Tabel 3. 7 Rencana Keperawatan An.I






No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Rencana Intervensi	Rasional
1.	Risiko Perfusi Selebral Tidak Efektif d.d Infeksi Otak (SDKI, 2016 (D.0142)	<p><b>Perfusi Selebral SLKI L.02014 Hal 86</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi 4x8 jam keperawatan diharapkan Perfusi selebral Meningkat dengan kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat Kesadaran Meningkat</li> <li>2. Kognitif Meningkat</li> <li>3. Demam Menurun</li> <li>4. Reflek Saraf Membaik</li> </ol>	<p><b>Tekanan Intraneural SIKI (I.06194) Hal 205</b></p> <p><b>Obsevasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>2. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)</li> <li>3. Monitor status pernapasan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Cegah terjadinya kejang</li> <li>5. Pertahankan suhu tubuh normal</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan seperti terapi obat kapsul sibalal 30mg dan diazepam 10mg</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui peningkatan TIK</li> <li>2. Untuk mengetahui tanda dan gejala peningkatan TIK</li> <li>3. Untuk Memantau status pernafasan</li> <li>4. Untuk mencegah terjadinya kejang</li> <li>5. Untuk mempertahankan suhu tubuh normal</li> <li>6. Agar kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan</li> </ol>
2.	Resiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh	<p><b>Tingkat Infeksi SLKI L.14137 Hal139</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x8 jam,</p>	<p><b>Pencegahan Infeksi (SIKI, I.14539) hal. 278</b></p> <p><b>Obsevasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Mengetahui penyebab infeksi</li> <li>8. Untuk mengurangi penyebaran infeksi</li> <li>9. Agar infeksi tidak semakin parah</li> <li>10. Untuk mengetahui tanda dan</li> </ol>








sekunder (supresi respon inflamasi) (SDKI, 2016 (D.0160)	diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil : 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Kadar sel darah putih membaik	2. Batasi jumlah pengunjung 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <b>Edukasi</b> 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 5. Ajarkan etika batuk <b>Kolaborasi</b> 6. Kolaborasi pemberian antibiotik Ceftriaxone 2x650mg, Amikasin 250mg	gejala infeksi 11. Agar bisa melakukan batuk secara benar 12. Untuk menurunkan tingkat infeksi
3. Hipertemia b.d Proses Penyakit (mis. Infeksi,kankerz) (SDKI, 2016 (D.0130)	<b>Termoregulasi SLKI L.14134 Hal 129</b> Setelah dilakukan intervensi 4x8 jam keperawatan diharapkan Termoregulasi Membaik dengan kriteria Hasil : 1. Menggil Menurun 2. Kejang Menurun 3. Suhu Tubuh Membaik	<b>Manajemen Hipertemia SIKI (I.15506) Hal 181</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh <b>Terapeutik</b> 3. Longgarkan atau lepaskan pakaian 4. Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksil 5. Berikan oksigen ( terpasang O2 nasal lepas pasang ) <b>Edukasi</b> 6. Anjurkan tirah baring <b>Kolaborasi</b> 7. Kolaborasi pemberian cterapi obat pamol 3x150mg, Meroenem 3x59mg	1. Agar mengetahui penyebab hipertemia 2. Untuk memonitor suhu tubuh 3. Untuk melepas pakaian 4. Untuk menurunkan suhu tubuh 5. Melakukan pemberian oksigen 6. Agar pemberian cairan dan elektorlit intravena

4. Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan mencerna makanan (SDKI 2016(D.0019)	<b>Status Nutrisi SLKI L.03030 Hal 121</b> Setelah dilakukan intervensi 4x8 jam keperawatan diharapkan status nutrisi Membaik dengan kriteria Hasil : 1. Berat badan membaik 2. Indeks massa tubuh (IMT) membaik	<b>Manajemen Nutrisi I.03119 Hal 200</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 3. Monitor berat badan <b>Terapeutik</b> 4. Berikan suplemen makanan <b>Kolaborasi</b> 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric(terpasang NGT) pemberian nutrisi susu 8x100cc	1. Untuk mengetahui status nutrisi 2. Untuk mengetahui kebutuhan dan jenis nutrisi yang diberikan 3. Agar pasien dapat memproses makanann dengan baik 4. Memonitor berat badan pasien
5. Gangguan mobilitas Fisik b.d Penurunan Kendali Otot (SDKI 2016(D.0054)	<b>Mobilitas Fisik SLKI L.05042 Hal 65</b> Setelah dilakukan intervensi 4x8 jam keperawatan diharapkan Mobilitas Fisik Meningkatkan dengan kriteria Hasil : 1. Kekuatan Otor Meningkat 2. Kaku Sendi Menurun 3. Kelemahan Fisik Menurun 4. Gerakan tidak terkoordinasi Menurun	<b>Dukungan Mobilisasi SIKI (I.05173) hal 30</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <b>Terapeutik</b> 3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 4. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu <b>Edukasi</b> 5. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 6. Mendapatkan fisioterapi	1. Untuk mengetahui toleransi dalam pergerakan 2. Untuk mengetahui kondisi umum selama mobilisasi 3. Agar aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 4. Untuk melakukan pergerakan 5. Agar menganjurkan mobilisasi dini

### 3.4 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan

Tabel 3. 8 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan An.I

No Dx	Tgl Jam	Tindakan	TT Perawat	Tgl Jam	Catatan Perkembangan	TT Perawat
1,2,3,4,5	<b>Selasa 04.02.2025 08.00</b>	Melakukan timbang terima dari dinas malam ke pagi R/ KU pasien baik, GCS 421, Perfusi HKM, nafas spontan dengan tambahan O2 Nasal 3 lpm , Pasien terpasang infus CVC sebelah kanan D5 ¼ Ns 700 cc/24jam 14 tpm, terpasang ngt		<b>Selasa 04.02.2025 14.00</b>	<b>DX. 1 Risiko Perfusi Selebral Tidak Efektif</b> S :Kondisi pasien kaku pada seluruh tubuh O : 1. GCS : 421 = 7 Somnolen 2. Ektermitas atas dan bawah Kaku 3. TB : 79 cm 4. Badan Kaku A : Masalah Belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
4	<b>08.15</b>	Monitoring S : 38,1 N : 143x/menit RR : 20x/menit TB : 79 cm BB : 10%			<b>DX 2 Resiko Infeksi</b> S : Pasien mengalami penurunan kesadaran O : 1. Leukosit 14.90 2. Hemoglobin : 9.5 3. Trombosit 485.00 Indeks Trombosit PCT 0.45 A : Masalah Belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
1,2,3,4,5	<b>08.35</b>	Melakukan perawatan diri R/mengganti pampers dan mengganti underpad				
4	<b>08.45</b>	Memantau output Urine R/Output urine 700/hari				

3,4	<b>09.00</b>	Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik R/ Pasien terpasang NGT dan restensi 20cc berwarna hijau			
4	<b>11.00</b>	Melakukan pemberian nutrisi R/ memberikan susu 8x100cc melalui ngt			
2	<b>11.15</b>	Memberikan nebulizing R/ nebul Ventolin 1 respul			
1	<b>11.25</b>	Mengidentifikasi Penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) R/ Pasien mengalami gangguan metabolisme			
3	<b>11.35</b>	hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) R/Pasien memiliki suhu tubuh yang tidak stabil			
2,3	<b>11.45</b>	Melakukan pemberian Injeksi R/ inj Ranitidine 2x13 kg, inj Ondansetron 3x3 mg			
3	<b>12.50</b>	Melakukan pemberian obat melalui syring pump R/ Inj Pamol 2x130			

**DX 3 Hipertermia**

**S :** Pasien mengalami demam,, suhu tubuh pasien tidak stabil

**O :**

1. Suhu Tubuh naik turun
2. Kompres tubuh dengan kain basah
3. S: 37, 5°C  
N : 131 x/menit  
RR : 20x/menit

**A :** Masalah Belum Tertasi

**P :** Intervensi dilanjutkan

**DX. 4 Defisit Nutrisi**

**S :**

Pasien tidak mampu mengunyah makanan

**O :**

1. Berat badan menurun
2. BB : 10%
3. Otot mengunyah lemah
4. Bibir Kering

**A :** Masalah Belum Teratasi

**P :** Intervensi dilanjutkan








**DX 5 Gangguan Mobilitas Fisik**

**S :** Pasien mengalami kejang yang membuat tangan dan kaki lemah untuk digerakkan








**O :**

5	<b>13.00</b>	Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan R/ lakukan miring kanan kiri	<i>Alia</i>		1. Kekuatan Otot menurun 2. Fisik lemah A : Masalah belum Tertasi P : Intervensi dilanjutkan	
1,2,3,4	<b>13.15</b>	Memberikan Berikan pencahayaan yang cukup, tidak gelap dan tidak terlalu terang R/jauhkan pencahayaan yang mengganggu tidur pasien	<i>Alia</i>			
1,2,3,4,5	<b>13.35</b>	Amankan lingkungan R/pagar bad tetap tertutup agar tidak jatuh	<i>Alia</i>			
1,2,3,4,5	<b>14.30</b>	Melakukan timbang terima dari dinas Pagi ke siang R/ KU pasien baik, GCS 421, Perfusi HKM, nafas spontan dengan tambahan o2 Nasal 3 lpm , Pasien terpasang infus CVC sebelah kanan D5 ¼ Ns 700 cc/24jam 14 tpm, terpasang ngt	<i>Alia</i>	<b>21.00</b>	<b>DX. 1 Risiko Perfusi Selebral Tidak Efektif</b>  S :Kondisi pasien kaku pada seluruh tubuh O : 1. GCS : 421 = 7 Somnolen 2. Ektermitas atas dan bawah Kaku 3. TB : 79 cm 4. Badan Kaku A : Masalah Belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan	<i>Alia</i>
2,3	<b>15.00</b>	Monitoring : S : 37.8 N : 118x/menit RR : 20/menit TB : 79 cm BB 10%	<i>Alia</i>		<b>DX 2 Resiko Infeksi</b> S : Pasien mengalami penurunan kesadaran O : 1. Leukosit 14.90 2. Hemoglobin : 9.5	
1,2,3,4,5	<b>15.15</b>	Melakukan perawatan dirin	<i>Alia</i>			






		R/mengganti pampers dan underpad			3. Trombosit 485.00 Indeks Trombosit PCT 0.45
4	15.25	Memonitor output urine R/ Outpu urine 700/hari	B		A : Masalah Beum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan
4	15.35	Memberikan Nutrisi R/8x100cc melalui NGT	B		<b>DX 3 Hipeternia</b> S : Pasien mengalami demam,, suhu tubuh pasien tidak stabil O :
3	16.25	Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) R/Pasien hanya dapat mengedipkan mata	B		1. Suhu Tubuh naik turun 2. Kompres tubuh dengan kain basah 3. S: 37, 8°C N : 118 x/menit RR : 20x/menit
1,2	16.35	Melakukan pemberian Injeksi R/ 1. Inj. Dexamethasone 6mg-maint 3x2mg 2. Inj Ceftraaxone 2x650 mg 3. Inj Phenytoin 2x30mg	B		A : Masalah Belum Tertasi P : Intervensi dilanjutkan
3	17.15	Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) R/ pasien menlami tubuh yag menggigil	B		<b>DX. 4 Defisit Nutrisi</b> S : Pasien tidak mampu mengunyah makanan O :
3	17.30	Monitor suhu tubuh R/Suhu tubuh pasien 38.3°C	B		1. Berat badan menurun 2. BB : 10% 3. Pasien terpasang NGT 4. Bibir Kering A : Masalah Belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan








3	<b>17.45</b>	Longgarkan atau lepaskan pakaian R/ memberikan kompres dingin			<p align="center"><b>DX 5 Gangguan Mobilitas Fisik</b></p> <p><b>S :</b> Pasien mengalami kejang yang membuat tangan dan kaki lemah untuk digerakkan</p> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan Otot menurun</li> <li>2. Sendi kaku</li> </ol> <p><b>A :</b> Masalah belum Tertasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>		
1	<b>18.20</b>	Berikan oksigen ( terpasang O2 nasal lepas pasang ) R/ Pasien terpasang O2 nasal 3lpm					
1	<b>18.35</b>	Jelaskan tanda dan gejala infeksi R/ hasil lab menunjukkan pasien mengalami infeksi					
5	<b>19.00</b>	Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan R/ Pasien mengalami kekakuan pada seluruh tubuh					
5	<b>19.25</b>	Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R/Melakukan terapi otot untuk melemaskan otot yang kaku					
5	<b>19.45</b>	Memonitor pola tidur R/Pasien dapat tidur					
1,2,3,4,5	<b>20.20</b>	Memberikan Berikan pencahayaan yang cukup, tidak gelap dan tidak terlalu terang R/jauhkan pencahayaan yang mengganggu tidur pasien					

1,2,3,4,5	<b>20.25</b>	Amankan lingkungan R/pagar bad tetap tertutup agar tidak jatuh	<i>[Handwritten signature]</i>			
1,2,3,4,5	<b>21.35</b>	Melakukan timbang terima dari dinas siang ke malam R/ KU pasien baik, GCS 421, Perfusi HKM, nafas spontan dengan tambahan o2 Nasal 3 lpm , Pasien terpasang infus CVC sebelah kanan D5 ¼ Ns 700 cc/24jam 14 tpm, terpasang ngt	<i>[Handwritten signature]</i>	<b>21.00</b>	<b>DX. 1 Risiko Perfusi Selebral Tidak Efektif</b>	
2,3	<b>22.00</b>	Monitoring : S : 37.6 N : 122x/menit RR : 20/menit TB : 79 cm BB 10%	<i>[Handwritten signature]</i>		S :Kondisi pasien kaku pada seluruh tubuh O : 1. GCS : 421 = 7 Somnolen 2. Ektermitas atas dan bawah Kaku 3. TB : 79 cm 4. Badan Kaku A : Masalah Belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
1	<b>22.15</b>	Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) R/ Pasien mengalami penurunan kesadaran	<i>[Handwritten signature]</i>		<b>DX 2 Resiko Infeksi</b> S : Pasien mengalami penurunan kesadaran O : 1. Rontgen : Cor : Besar dan bentuk baik Pulmo Infiltrat/perselubungan Diaphragma dan sinus baik Tulang – tulang baik <u>Kesimpulan</u> <u>Cor normal/Meningitis</u>	
1	<b>22.30</b>	Monitor status pernapasan R/ hasil Spo2: 97%	<i>[Handwritten signature]</i>		A : Masalah Belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
3	<b>22.35</b>	Monitor suhu tubuh	<i>[Handwritten signature]</i>		<b>DX 3 Hipetermia</b>	








3	22.45	R/ Suhu tubuh pasien 37.7 Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksil) R/ Dilakukan kompres dingin			<b>S</b> : Pasien mengalami demam,, suhu tubuh pasien tidak stabil <b>O</b> : 1. Suhu Tubuh naik turun 2. Kompres tubuh dengan kain basah 3. S: 38.2°C N : 124x/menit RR : 20x/menit <b>A</b> : Masalah Belum Tertasi <b>P</b> : Intervensi dilanjutkan
5	22.50	Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) R/ Pagar pasien terpasang dengan baik untuk mengurangi resiko jatuh			
1,2,3,4,5	23.00	Pasien disarankan istirahat yang cukup R/ Pasien mudah terlelap			<b>DX. 4 Defisit Nutrisi</b> <b>S</b> : Pasien tidak mampu mengunyah makanan <b>O</b> : 1. Berat badan menurun 2. BB : 10% 3. Pasien terpasang NGT 4. Bibir Kering <b>A</b> : Masalah Belum Teratasi <b>P</b> : Intervensi dilanjutkan
1,2,3,4,5	05.00	Melakukan perawatan dirin R/mengganti pampers dan underpad			
4	05.35	Memonitor output urine R/ Outpu urine 400/hari			
4	06.00	Memberikan Nutrisi R/8x100cc melalui NGT			<b>DX 5 Gangguan Mobilitas Fisik</b> <b>S</b> : Pasien mengalami kejang yang membuat tangan dan kaki lemah untuk digerakkan <b>O</b> : 1. Kekuatan Otot menurun 2. Sendi kaku
3	06.20	Monitor saturasi oksigen R/ pasien terpasang oksigen 3lpm			








1,2,3,4,5	<b>06.35</b>	Memberikan posisi yang nyaman R/ Pasien istirahat dan tidur yang cukup	<i>fala</i>		3. Gerakan tidak terkoordinasi A : Masalah belum Tertasi P : Intervensi dilanjutkan	
1,2,3,4,5	<b>06.45</b>	Fasilitasi lingkungan yang aman R/ Memberikan tempat yang aman agar pasien tidak terjatuh	<i>fala</i>			







1,2,3,4,5	<b>Rabu</b> <b>05.02.2025</b> <b>08.10</b>	Melakukan timbang terima dari dinas malam ke pagi R/ KU pasien baik, GCS 421, Perfusi HKM, nafas spontan dengan tambahan o2 Nasal 3 lpm , Pasien terpasang infus CVC sebelah kanan D5 ¼ Ns 700 cc/24jam 14 tpm, terpasang ngt		<b>Rabu</b> <b>05.02.2025</b> <b>14.00</b>	<b>DX. 1 Risiko Perfusi Selebral Tidak Efektif</b> S :Kondisi pasien kaku pada seluruh tubuh O : 1. GCS : 421 = 7 Somnolen 2. Ektermitas atas dan bawah Kaku 3. TB : 79 cm 4. Badan Kaku A : Masalah Belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
2,3	<b>08.20</b>	Monitoring : S : 37.8 N : 124x/menit RR : 20/menit TB : 79 cm BB 10%			<b>DX 2 Resiko Infeksi</b> S : Pasien mengalami penurunan kesadaran O : 1. Pasien dilakukan PRC 1 bag 2. Pasien mengalami penurunan kesadaran A : Masalah Belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
2	<b>08.35</b>	Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistem R/ Rontgen : Cor : Besar dan bentuk baik Pulmo Infiltrat/perselubungan Diaphragma dan sinus baik Tulang – tulang baik <u>Kesimpulan</u> <u>Cor normal/Meningitis</u>			<b>DX 3 Hipertermia</b> S : Pasien mengalami demam,, suhu tubuh pasien tidak stabil O : 4. Suhu Tubuh naik turun 5. Kompres tubuh dengan kain basah 6. S: 37.8°C N : 128x/menit RR : 20x/menit	
1	<b>09.00</b>	Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)				

1,3	<b>09.15</b>	R/ Pasien mengalami kaku seluruh tubuh Cegah terjadinya kejang R/ Monitor kejang terjadi pada pasien			A : Masalah Belum Tertasi P : Intervensi dilanjutkan
1	<b>09.25</b>	Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan R/ Terapi obat kapsul sibital 30mg dan diazepam 10mg			<b>DX. 4 Defisit Nutrisi</b> S : Pasien tidak mampu mengunyah makanan O :
2	<b>09.35</b>	Kolaborasi pemberian antibiotik R/ Terapi obat Ceftriaxone 2x650mg,			1. Berat badan menurun 2. BB : 10% 3. Pasien terpasang NGT 4. Bibir Kering
1,2,3,4,5	<b>09.45</b>	Jadwal Kunjungan Keluarga R/ Ajarkan pasien cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien			A : Masalah Belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan
2	<b>10.00</b>	Batasi jumlah pengunjung R/ minimalisir jumlah kunjungan			<b>DX 5 Gangguan Mobilitas Fisik</b> S : Pasien mengalami kejang yang membuat tangan dan kaki lemah untuk digerakkan O :
1	<b>10.25</b>	Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) R/ Pasien mengalami penurunan kesadaran			1. Kekuatan Otot menurun 2. Sendi kaku 3. Gerakan tidak terkoordinasi A : Masalah belum Tertasi P : Intervensi dilanjutkan
3	<b>10.35</b>	Monitor status pernapasan R/ hasil Spo2: 97%			

3	<b>11.15</b>	Monitor suhu tubuh R/ Suhu tubuh pasien 38.2	5			
3	<b>11.25</b>	Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksil R/ Dilakukan kompres dingin	5			
5	<b>11.45</b>	Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) R/ Pagar pasien terpasang dengan baik untuk mengurangi resiko jatuh	5			
1	<b>12.25</b>	Jelaskan tanda dan gejala infeksi R/ hasil lab menunjukkan pasien mengalami infeksi	5			
4	<b>12.35</b>	Memonitor output urine R/ Outpu urine 600/hari	5			
4	<b>12.45</b>	Identifikasi status nutrisi R/ Pasien tidak dapat menelan	5			
4	<b>13.15</b>	Memberikan Nutrisi R/8x100cc melalui NGT	5			
1,3	<b>13.25</b>	Monitor saturasi oksigen	5			

1,2,3,4,5	<b>13.35</b>	R/ pasien terpasang oksigen 3lpm Memberikan posisi yang nyaman R/ Pasien istirahat dan tidur yang cukup				
1,2,3,4,5	<b>15.00</b>	Melakukan timbang terima dari dinas Pagi ke siang R/ KU pasien baik, GCS 421, Perfusi HKM, nafas spontan dengan tambahan o2 Nasal 3 lpm , Pasien terpasang infus CVC sebelah kanan D5 ¼ Ns 700 cc/24jam 14 tpm, terpasang ngt		<b>21.00</b>	<b>DX. 1 Risiko Perfusi Selebral Tidak Efektif</b> S :Kondisi pasien kaku pada seluruh tubuh O : 1. GCS : 421 = 7 Somnolen 2. Ekstermitas atas dan bawah Kaku 3. TB : 79 cm 4. Badan Kaku A : Masalah Belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
2,3	<b>15.25</b>	Monitoring : S : 37.8 N : 128x/menit RR : 20/menit TB : 79 cm BB 10%			<b>DX 2 Resiko Infeksi</b> S : Pasien mengalami penurunan kesadaran O : 1. Pasien dilakukan PRC 1 bag 2. Pasien mengalami penurunan kesadaran A : Masalah Belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
1	<b>15.45</b>	Melakukan perawatan dirin R/mengganti pampers dan underpad				
1	<b>16.15</b>	Memonitor output urine R/ Outpu urine 700/hari				
3	<b>16.25</b>	Memberikan Nutrisi R/8x100cc melalui NGT			<b>DX 3 Hipetermia</b> S : Pasien mengalami demam,, suhu tubuh pasien tidak stabil O :	

1	<b>16.35</b>	Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) R/Pasien hanya dapat mengedipkan mata			1. Suhu Tubuh naik turun 2. Kompres tubuh dengan kain basah 3. S: 37.7°C N : 122x/menit RR : 20x/menit A : Masalah Belum Tertasi P : Intervensi dilanjutkan
1	<b>16.45</b>	Memberikan PRC 1 bag R/ Pasien tranfusi darah			
1.2.3	<b>17.20</b>	Melakukan pemberian Injeksi R/ 4. Inj. Dexamethasone 6mg-maint 3x2mg 5. Inj Ceftraaxone 2x650 mg 6. Inj Phenytoin 2x30mg			<b>DX. 4 Defisit Nutrisi</b> S : Pasien tidak mampu mengunyah makanan O : 1. Berat badan menurun 2. BB : 10% 3. Pasien terpasang NGT 4. Bibir Kering A : Masalah Belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan
3	<b>17.35</b>	Monitor suhu tubuh R/Suhu tubuh pasien 37.8°C			
5	<b>18.15</b>	Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R/Melakukan terapi otot untuk melemaskan otot yang kaku			<b>DX 5 Gangguan Mobilitas Fisik</b> S : Pasien mengalami kejang yang membuat tangan dan kaki lemah untuk digerakkan O : 1. Kekuatan Otot menurun 2. Sendi kaku 3. Gerakan tidak terkoordinasi A : Masalah belum Tertasi P : Intervensi dilanjutkan
1,2,3,4,5	<b>19.15</b>	Memonitor pola tidur R/Pasien dapat tidur			
1,2,3,4,5	<b>19.25</b>	Memberikan Berikan pencahayaan yang cukup, tidak gelap dan tidak terlalu terang			










1,2,3,4,5	<b>19.35</b>	R/jauhkan pencahayaan yang mengganggu tidur pasien Amankan lingkungan R/pagar bad tetap tertutup agar tidak jatuh				
,2,3,4,5	<b>21.35</b>	Melakukan timbang terima dari dinas siang ke malam R/ KU pasien baik, GCS 421, Perfusi HKM, nafas spontan dengan tambahan o2 Nasal 3 lpm , Pasien terpasang infus CVC sebelah kanan D5 ¼ Ns 700 cc/24jam 14 tpm, terpasang ngt		<b>08.00</b>	<b>DX. 1 Risiko Perfusi Selebral Tidak Efektif</b>	
2,3	<b>22.00</b>	Monitoring : S : 37.6 N : 122x/menit RR : 20/menit TB : 79 cm BB 10%			S :Kondisi pasien kaku pada seluruh tubuh O : 5. GCS : 421 = 7 Somnolen 6. Ektermitas atas dan bawah Kaku 7. TB : 79 cm 8. Badan Kaku A : Masalah Belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
1	<b>22.15</b>	Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) R/ Pasien mengalami penurunan kesadaran			<b>DX 2 Resiko Infeksi</b> S : Pasien mengalami penurunan kesadaran O : 3. Pasien dilakukan PRC 1 bag 4. Pasien mengalami penurunan kesadaran A : Masalah Belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
	<b>22.30</b>	Monitor status pernapasan			<b>DX 3 Hipertermia</b> S : Pasien mengalami demam,, suhu tubuh pasien tidak stabil	






1		R/ hasil Spo2: 97%			O :	
3	22.35	Monitor suhu tubuh R/ Suhu tubuh pasien 37.7	5		4. Suhu Tubuh naik turun 5. Kompres tubuh dengan kain basah 6. S: 37.7°C N : 122x/menit RR : 20x/menit	
3	22.45	Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksil R/ Dilakukan kompres dingin	5		A : Masalah Belum Tertasi P : Intervensi dilanjutkan	
5	22.50	Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) R/ Pagar pasien terpasang dengan baik untuk mengurangi resiko jatuhb	5		<b>DX. 4 Defisit Nutrisi</b> S : Pasien tidak mampu mengunyah makanan	
1,2,3,4,5	23.00	Pasien disarankan istirahat yang cukup R/ Pasien mudah terlelap	5		O : 5. Berat badan menurun 6. BB : 10% 7. Pasien terpasang NGT 8. Bibir Kering	
1,2,3,4,5	05.00	Melakukan perawatan dirin R/mengganti pampers dan underpad	5		A : Masalah Belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
4	05.35	Memonitor output urine R/ Outpu urine 400/hari	5		<b>DX 5 Gangguan Mobilitas Fisik</b> S : Pasien mengalami kejang yang membuat tangan dan kaki lemah untuk digerakkan	
4	06.00	Memberikan Nutrisi R/8x100cc melalui NGT	5		O : 4. Kekuatan Otot menurun 5. Sendi kaku 6. Gerakan tidak terkoordinasi A : Masalah belum Tertasi	

3	<b>06.20</b>	Monitor saturasi oksigen R/ pasien terpasang oksigen 3lpm	✓		P : Intervensi dilanjutkan	
1,2,3,4,5	<b>06.35</b>	Memberikan posisi yang nyaman R/ Pasien istirahat dan tidur yang cukup	✓			
1,2,3,4,5	<b>06.45</b>	Fasilitasi lingkungan yang aman R/ Memberikan tempat yang aman agar pasien tidak terjatuh	✓			







1,2,3,4,5	<b>Kamis 06.02.2025 08.35</b>	Melakukan timbang terima dari dinas malam ke pagi R/ KU pasien baik, GCS 421, Perfusi HKM, nafas spontan dengan tambahan O2 Nasal 3 lpm , Pasien terpasang infus CVC sebelah kanan D5 ¼ Ns 700 cc/24jam 14 tpm, terpasang ngt	✓	<b>Kamis 06.02.2025 14.00</b>	<b>DX. 1 Risiko Perfusi Selebral Tidak Efektif</b> S :Kondisi pasien kaku pada seluruh tubuh O : 1. GCS : 421 = 7 Somnolen 2. Ektermitas atas dan bawah Kaku 3. TB : 79 cm 4. Badan Kaku A : Masalah Belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan	✓
2,3	<b>09.00</b>	Monitoring : S : 37.5 N : 124x/menit RR : 20/menit TB : 79 cm BB 10%	✓		<b>DX 2 Resiko Infeksi</b> S : Pasien mengalami penurunan kesadaran O : 1. Pasien demam 2. Pasien mengalami penurunan kesadaran A : Masalah Belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
2	<b>09.15</b>	Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik R/ Pasien mengalami infeksi	✓		<b>DX 3 Hipertermia</b> S : Pasien mengalami demam,, suhu tubuh pasien tidak stabil O : 1. Suhu Tubuh naik turun 2. Kompres tubuh dengan kain basah 3. S: 37.7°C N : 122x/menit RR : 20x/menit	
1	<b>09.25</b>	Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) R/ Pasien mengalami kaku seluruh tubuh Cegah terjadinya kejang R/ Monitor kejang terjadi pada pasien	✓			
1	<b>09.35</b>	Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan	✓			

		R/ Terapi obat kapsul sibital 30mg dan diazepam 10mg			A : Masalah Belum Tertasi P : Intervensi dilanjutkan
2	<b>10.10</b>	Kolaborasi pemberian antibiotik R/ Terapi obat Ceftriaxone 2x650mg,			<b>DX. 4 Defisit Nutrisi</b>
1,2,3,4,5	<b>10.25</b>	Jadwal Kunjungan Keluarga R/ Ajarkan pasien cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien			S : Pasien tidak mampu mengunyah makanan
1,2	<b>10.35</b>	Batasi jumlah pengunjung R/ minimalisir jumlah kunjungan			O : 1. Berat badan menurun 2. BB : 10% 3. Pasien terpasang NGT 4. Bibir Kering
1	<b>10.45</b>	Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) R/ Pasien mengalami penurunan kesadaran			A : Masalah Belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan
3	<b>11.20</b>	Monitor status pernapasan R/ hasil Spo2: 97%			<b>DX 5 Gangguan Mobilitas Fisik</b>
3	<b>11.35</b>	Monitor suhu tubuh R/ Suhu tubuh pasien 38.1			S : Pasien mengalami kejang yang membuat tangan dan kaki lemah untuk digerakkan
					O : 1. Kekuatan Otot menurun 2. Sendi kaku 3. Gerakan tidak terkoordinasi
					A : Masalah belum Tertasi P : Intervensi dilanjutkan

3	<b>11.45</b>	Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksil R/ Dilakukan kompres dingin				
5	<b>12.10</b>	Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) R/ Pagar pasien terpasang dengan baik untuk mengurangi resiko jatuh				
2	<b>12.15</b>	Jelaskan tanda dan gejala infeksi R/ hasil lab menunjukkan pasien mengalami infeksi				
4	<b>12.35</b>	Memonitor output urine R/ Outpu urine 600/hari				
4	<b>12.45</b>	Identifikasi status nutrisi R/ Pasien tidak dapat menelan				
4	<b>12.55</b>	Memberikan Nutrisi R/8x100cc melalui NGT				
3	<b>13.00</b>	Monitor saturasi oksigen R/ pasien terpasang oksigen 3lpm				
1,2,3,4,5	<b>13.15</b>	Memberikan posisi yang nyaman				

1,2,3,4,5	<b>15.00</b>	R/ Pasien istirahat dan tidur yang cukup Melakukan timbang terima dari dinas Pagi ke siang R/ KU pasien baik, GCS 421, Perfusi HKM, nafas spontan dengan tambahan O2 Nasal 3 lpm , Pasien terpasang infus CVC sebelah kanan D5 ¼ Ns 700 cc/24jam 14 tpm, terpasang ngt		<b>21.00</b>	<b>DX. 1 Risiko Perfusi Selebral Tidak Efektif</b>  S :Kondisi pasien masih kaku namun dapat mengedipkan mata O : 1. GCS : 421 = 7 Somnolen 2. Ektermitas atas dan bawah Kaku 3. TB : 79 cm 4. Badan Kaku A : Masalah Belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan
2,3	<b>15.25</b>	Monitor TTV : S : 37.8 N : 128 RR : 20/menit TB : 79 cm BB 10%			<b>DX 2 Resiko Infeksi</b> <b>S</b> : Pasien mengalami penurunan kesadaran <b>O</b> : 1. Pasien masih demam 2. Pasien mengalami penurunan kesadaran <b>A</b> : Masalah Belum Teratasi <b>P</b> : Intervensi dilanjutkan
1,2,3,4,5	<b>15.35</b>	Melakukan perawatan diri R/mengganti pampers dan underpad			<b>DX 3 Hipeternia</b> <b>S</b> : Pasien mengalami demam,, suhu tubuh pasien tidak stabil <b>O</b> : 1. Suhu Tubuh naik turun 2. Kompres tubuh dengan kain basah
4	<b>16.10</b>	Memonitor output urine R/ Outpu urine 400/hari			
1	<b>16.25</b>	Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) R/Pasien hanya dapat mengedipkan mata			

2	<b>16.35</b>	Jelaskan tanda dan gejala infeksi R/ hasil lab menunjukkan pasien mengalami infeksi	<i>Alia</i>		3. S: 37.7°C N : 122x/menit RR : 20x/menit A : Masalah Belum Tertasi P : Intervensi dilanjutkan
4	<b>16.45</b>	Memberikan Nutrisi R/8x100cc melalui NGT	<i>Alia</i>		
3	<b>17.15</b>	Monitor status pernapasan R/Pasien terpasang o2 Nasal 3lpm			<b>DX. 4 Defisit Nutrisi</b>
3	<b>17.25</b>	Longgarkan atau lepaskan pakaian R/Lepaskan pakaian untuk mengetahui suhu pada tubuh	<i>Alia</i>		S : Pasien tidak mampu mengunyah makanan O :
4	<b>17.45</b>	Pemberian obat oral melalui NGT R/ Sibital 20mg 2x/hari	<i>Alia</i>		1. Berat badan menurun 2. BB : 10% 3. Pasien terpasang NGT 4. Bibir Kering A : Masalah Belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan
3,4	<b>18.25</b>	Melakukan pemberian Injeksi R/ 1. Inj Daizepam 10mg 2. Inj Amikasin 500mg 3. Inj Pamol	<i>Alia</i>		<b>DX 5 Gangguan Mobilitas Fisik</b> S : Pasien mengalami kejang yang membuat tangan dan kaki lemah untuk digerakkan O :
1,2,3	<b>18.35</b>	Monitor Ulang S: 37, 5°C N : 133 x/menit RR : 20x/menit	<i>Alia</i>		1. Kekuatan Otot menurun 2. Sendi kaku 3. Gerakan tidak terkoordinasi 4. Dilakukan Fisioterapi A : Masalah belum Tertasi P : Intervensi dilanjutkan

1,2,3,4,5	<b>18.45</b>	Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) R/memberikan tempat yang aman agar pasien tidak terjatuh				
1,2,3,4,5	<b>19.00</b>	Memberikan Berikan pencahayaan yang cukup, tidak gelap dan tidak terlalu terang R/jauhkan pencahayaan yang mengganggu tidur pasien				
1,2,3,4,5	<b>21.35</b>	Melakukan timbang terima dari dinas siang ke malam R/ KU pasien baik, GCS 421, Perfusi HKM, nafas spontan dengan tambahan o2 Nasal 3 lpm , Pasien terpasang infus CVC sebelah kanan D5 ¼ Ns 700 cc/24jam 14 tpm, terpasang ngt		<b>08.00</b>	<b>DX. 1 Risiko Perfusi Selebral Tidak Efektif</b>	
2,3	<b>22.00</b>	Monitoring : S : 37.6 N : 122x/menit RR : 20/menit TB : 79 cm BB 10%			S : Pasien mulai mampu menangis, seluruh tubuh masih kaku 1. GCS : 421 = 7 Somnolen 2. Ekstermitas atas dan bawah Kaku 3. TB : 79 cm 4. Badan Kaku A : Masalah Sebagian Teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
1	<b>22.15</b>	Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan			<b>DX 2 Resiko Infeksi</b> S : Pasien mengalami penurunan kesadaran O : 1. Pasien masih demam 2. Pasien mengalami penurunan kesadaran A : Masalah Sebagian Teratasi P : Intervensi dilanjutkan	

3	22.30	nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) R/ Pasien mengalami penurunan kesadaran Monitor status pernapasan R/ hasil Spo2: 97%	B		<p style="text-align: center;"><b>DX 3 Hipetermia</b></p> <p><b>S :</b> Pasien suhu tubuh sempat tinggi namun turun setelah dilakukan injeksi</p> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu Tubuh tidak stabil</li> <li>2. Kompres tubuh dengan kain basah</li> <li>3. S: 37.3°C N : 128 x/menit RR : 20x/menit</li> </ol> <p><b>A :</b> Masalah sebagian Tertasi <b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
3	22.35	Monitor suhu tubuh R/ Suhu tubuh pasien 37.7	B			
3	22.45	Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksil R/ Dilakukan kompres dingin	B			
5	22.50	Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) R/ Pagar pasien terpasang dengan baik untuk mengurangi resiko jatuhb	B		<p style="text-align: center;"><b>DX. 4 Defisit Nutrisi</b></p> <p><b>S :</b> Pasien masih terpasang ngt</p> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berat badan menurun</li> <li>2. BB : 10%</li> <li>3. Bibir kering</li> </ol> <p><b>A :</b> Masalah Belum Teratasi <b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
2	23.00	Pasien disarankan istirahat yang cukup R/ Pasien mudah terlelap	B		<p style="text-align: center;"><b>DX 5 Gangguan Mobilitas Fisik</b></p> <p><b>S :</b> Pasien mulai sedikit tidak kaku dan tangan maupun kaki sudah mampu ditekuk walaupun pelan</p> <p><b>O</b></p>	
1,2,3,4,5	05.00	Melakukan perawatan diri R/mengganti pampers dan underpad	B			

4	<b>05.35</b>	Memonitor output urine R/ Outpu urine 400/hari	5		1. Kekuatan Otot tampak lebih baik 2. Fisik lemah 3. Gerakan masih terbatas 4. Pasien mendapat fisioterapi A : Masalah sebagian tertasi P : intervensi dilanjutkan
4	<b>06.00</b>	Memberikan Nutrisi R/8x100cc melalui NGT	5		
3	<b>06.20</b>	Monitor saturasi oksigen R/ pasien terpasang oksigen 3lpm	5		
5	<b>06.35</b>	Memberikan posisi yang nyaman R/ Pasien istirahat dan tidur yang cukup	5		
1,2,3,4,5	<b>06.45</b>	Fasilitasi lingkungan yang aman R/ Memberikan tempat yang aman agar pasien tidak terjatuh	5		<p><b>DX. 1 Risiko Perfusi Selebral Tidak Efektif</b></p> <p>S : Pasien mulai mampu menangis, seluruh tubuh masih kaku</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. GCS : 421 = 7 Somnolen</li> <li>2. Ektermias atas dan bawah Kaku</li> <li>3. TB : 79 cm</li> <li>4. Badan Kaku</li> </ol> <p>A : Masalah Sebagian Teratasi P : Intervensi dihentikan Pasien pindah Ruangan R5</p> <p><b>DX 2 Resiko Infeksi</b></p> <p>S : Pasien mengalami penurunan kesadaran O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien masih demam</li> <li>2. Pasien mengalami penurunan kesadaran</li> </ol> <p>A : Masalah Sebagian Teratasi P : Intervensi dihentikan Pasien pindah Ruangan R5</p>

1,2,3,4,5	<b>Jumat 07.02.2025 08.00</b>	Melakukan timbang terima dari dinas Pagi ke siang R/ KU pasien baik, GCS 421, Perfusi HKM, nafas spontan dengan tambahan O2 Nasal 3 lpm , Pasien terpasang infus CVC sebelah kanan D5 ¼ Ns 700 cc/24jam 14 tpm, terpasang ngt	<i>[Signature]</i>	<b>Jumat 07.02.2025 14.00</b>	<p><b>DX 3 Hipetermia</b></p> <p><b>S :</b> Pasien suhu tubuh sempat tinggi namun turun setelah dilakukan injeksi</p> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu Tubuh tidak stabil</li> <li>2. Kompres tubuh dengan kain basah</li> <li>3. S: 37.3°C N : 130 x/menit RR : 20x/menit</li> </ol> <p><b>A :</b> Masalah sebagian Tertasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan pasien pindah ruangan R5</p>	<i>[Signature]</i>
2,3	<b>09.00</b>	S : 37.3 N : 128x/menit RR : 20/menit TB : 79 cm BB : 10%	<i>[Signature]</i>			
1,2,3,4,5	<b>09.20</b>	Melakukan perawatan diri R/mengganti pampers dan underpad	<i>[Signature]</i>		<p><b>DX. 4 Defisit Nutrisi</b></p> <p><b>S :</b> Pasien masih terpasang ngt</p> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berat badan menurun</li> <li>2. BB : 10%</li> <li>3. Bibir kering</li> </ol> <p><b>A :</b> Masalah Belum Teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan pasien pindah ruangan R5</p>	
3	<b>09.25</b>	Memonitor output urine R/ Outpu urine 700/hari	<i>[Signature]</i>			
3	<b>09.35</b>	Memberikan Nutrisi R/8x100cc melalui NGT	<i>[Signature]</i>			
1	<b>09.45</b>	Cegah terjadinya kejang R/Melakukan pengamatan berapa lama pasien kejang, pasien tidak mengalami kejang	<i>[Signature]</i>		<p><b>DX 5 Gangguan Mobilitas Fisik</b></p> <p><b>S :</b> Pasien mulai sedikit tidak kaku dan tangan maupun kaki sudah mampu ditekuk walaupun pelan</p> <p><b>O</b></p>	

1	<b>10.10</b>	Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) R/Berikan kain dan basahi, selimutkan keseluruhan tubuh pasien untk menrunkan suhu tubuh yang tinggi	<i>[Handwritten Signature]</i>		1. Kekuatan Otot tampak lebih baik 2. Fisik lemah 3. Gerakan masih terbatas 4. Pasien mendapat fisioterapi A : Masalah sebagian tertasi P : intervensi dilanjutkan Pasien Pindah Ruangan R5	
5	<b>10.25</b>	Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu R/ lakukan terapi dengan ahli fisioterapi untuk melemaskan tangan dan kaki	<i>[Handwritten Signature]</i>			
2,3	<b>10.35</b>	Melakukan pemberian Injeksi R/ 1. Diazepam 2 mg 2. Cefoprazone Sulbactam 1gr	<i>[Handwritten Signature]</i>			
3	<b>10.45</b>	Monitor suhu Tubuh R/ Suhu tubuh pasien 37.1	<i>[Handwritten Signature]</i>			
2,3	<b>11.15</b>	Berikan oksigen, jika perlu R/Pasien terpaang O2 nasal 3lpm	<i>[Handwritten Signature]</i>			
5	<b>11.25</b>	Anjurkan melakukan mobilisasi dini R/Pasien memberikan terapi 2x/hari	<i>[Handwritten Signature]</i>			
1,2,3,4,5	<b>12.00</b>	Pasien dipersiapkan untuk pindah ruangan R/Pasien pindah ruang Marsela (R5)	<i>[Handwritten Signature]</i>			<i>[Handwritten Signature]</i>

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien anak dengan diagnosa medis Meningitis, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 04 Februari 2025 jam 13.00 Wib sampai dengan Februari 2025 jam 07.00 Wib Anamnesa diperoleh dari rekam medis 77-49-xx sebagai berikut :

#### **4.1 Pengkajian**

Pada tahap pengumpulan data atau pengkajian bahwa, penulis tidak mengalami kesulitan di karena penulis telah meminta ijin kepada perawat ruangan, penulis juga meminta ijin kepada orang tua pasien serta menjelaskan maksud dari tujuan yaitu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien, sehingga keluarga saling terbuka, mengerti dan mendukung secara kooperatif terhadap penulis. Penulis melakukan pengkajian pada An. I dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis lainnya

#### **4.2 Data Dasar**

Data Dasar Pada pengkajian pasien adalah seorang anak laki-laki Bernama An. I berusia 1 Tahun 5 Bulan. Menurut (Hi et al. 2024), Pada anak usia dibawah 12 bulan dengan meningitis merupakan infeksi atau peradangan terhadap membran pelindung otak yang disebut dengan meningen. Meningitis ini dapat ditimbulkan oleh beberapa penyebab antara lain bakteri, virus, ataupun jamur. Penyakit meningitis menunjukkan faktor risiko koma, kejang saat masuk rumah sakit dan kematian. Gejala

pada anak penderita meningitis menunjukkan karakteristik yang mempengaruhi kondisi anak usia dibawah 1 tahun yang saat masuk rumah sakit tinggi trombositopenia, tinggi jumlah leukosit, kadar hemoglobin yang rendah, lama hari rawat di rumah sakit.

Penyakit Meningitis di Indonesia merupakan penyebab kematian pada bayi 1-4 tahun menjadi salah satu dari 10 penyakit infeksi, kasus meningitis ini masih banyak ditemukan terutama di negara-negara berkembang. Gejala umum yang terlihat demam naik turun, kejang, yang paling khas didapatkan kaku kuduk. Terlihat jelas bahwa meningitis pada anak terjadi infeksi atau peradangan terhadap membran pelindung otak yang disebut dengan meningen yang disebabkan oleh infeksi bakteri atau virus yang bergerak menuju perantara udara, dari orang yang batuk atau orang yang tinggal Bersama, disetuh. Anak – anak dan bayi memiliki mekanisme pertahanan tubuh yang sangat lemah dibandingkan orang dewasa, sehingga rentan terkena meningitis dengan gejala demam disertai kejang bahkan diikuti dengan penurunan kesadaran. Analisa penulis pada faktor lingkungan juga dapat anak terkena meningitis tetapi lebih banyak karena faktor usia.

#### **4.1.1 Keluhan Utama**

Pada kasus An. I keluhan utama yang muncul anak mengalami penurunan kesadaran. Dimana pada saat pengkajian didapatkan RR 20x/menit dengan terpasang O2 Nasal 3lpm lepas pasang. Keluhan utama pada pendeerita meningitis ditemukan dengan demam tak kunjung menurun, mengalami kejang dan didapati kaku kuduk. Menurut (Priono et al.2024) gejala meningitis adalah suatu infeksi pada meningen, selaput yang melapisi otak dan sumsum tulang belakang. Mikroorganisme dapat masuk ke dalam sistem saraf pusat melalui beberapa cara

misalnya hematogen (paling banyak). Ditinjau dari segi usia, meningitis lebih sering ditemukan pada anak usia 6-12 bulan mengalami kejang demam pertama, hal tersebut harus mendapatkan perhatian khusus karena meningitis seringkali sulit membedakan apakah kejang demam yang terjadi merupakan tanda dan gejala meningitis. Lama kejang lebih dari 15 menit pada meningitis termasuk kriteria kejang demam kompleks apalagi disertai dengan kaku kuduk pada kejang demam pertama. Hal ini Tindakan yang dilakukakn pada anak kejang demam pertama terutama yang mengalami kejang demam lebih dari 15 menit dengan memepertimbangkan kondisi lain seperti pemberian antibiotik. Anak yang mendapatkan vaksinasi dasar namun komprehensif sangat rentan terhadap penyakit, apalagi jika terkena risiko terjadinya meningitis sangat tinggi. Namun vaksinasi sendiri tidak dapat mencegah masuknya bakteri penyebab penyakit ke dalam tubuh jika anak sudah mendapatkan vaksinasi lengkap. Analisa peneliti meski An I sudah dilakukan vaksinasi lengkap ia tetap bisa terkena meningitis. Kekebalan apapun tidak dapat mencegah meningitis.

#### **4.1.2 Riwayat Penyakit Sekarang**

Pada pengkajian kasus yang didapatkan kondisi pasien masih dengan demam naik turun dan kejang disertai kaku kuduk, dan didapat pengkajian dari keluarga pasien pernah mengalami kejang pada saat usia 6 bulan dan sering masuk rumah sakit, pasien terpasang O2 Nasal 3lpm lepas pasang. Menurut (Ayu et al.2023) dengan penderita meningitis yang menyatakan suhu tubuh dan kejang adalah bahwa demam tinggi, terutama di atas 38°C, dapat memicu kejang pada anak-anak, terutama pada bayi dan balita. Kejang demam ini terjadi karena peningkatan suhu tubuh yang menyebabkan perubahan keseimbangan ion pada sel saraf, yang memicu

pelepasan muatan listrik dan kejang faktor yang berhubungan dengan meningkatnya risiko berulangnya kejang demam. Hal ini didapatkan pengaruh antara suhu tubuh yang Sebagian besar pasien dibawa orang tuanya ke rumah sakit setelah kejang selesai sehingga tidak didapatkan suhu tubuh saat terjadinya kejang. Analisa penulis penderita meningitis yang bertahan hidup beresiko mengalami komplikasi. Komplikasi utama meningitis terjadi karena adanya kerusakan pada otak. Pasien yang bertahan hidup dari meningitis dapat mengalami gangguan syaraf.

#### **4.1.1. Riwayat Kehamilan Dan Persalinan**

Prenatal Care, Ibu mengatakan kehamilan ke 3. Saat hamil Ny. S mengkonsumsi obat Vitamin penambah darah, rutin control ke bidan ataurumah sakit setiap bulan diberikan vitamin. Terdapat keluhan mual dan muntah saat kehamilan. Natal Care, bayi lahir secara normal, lahir pada tanggal 01 September 2023 pukul 11.00 Wib, usia gestasi 39/40 minggu, dengan BBL 2800 gram, PB 49 cm, LK 36 cm, LD 31 cm, LLA 13 cm, reflek menangis kuat dengan berjenis kelamin laki -laki. Postnatal Care, setelah persalinan ibu mengatakan bayi terlahir sehat, bayi dapat ASI sampai usia 6 bulan, pasien telah mendapatkan imuniasasi Hepatitis B, Polio dan BCG pada saat lahir.

Menurut Estiani (2025) usia, jenis kelamin, status gizi akibat kehamilan ibu di bawah 36 minggu bahkan kondisi fisik, status vaksinasi ibu. Status gizi: Anak biasanya mendapat ASI eksklusif terbukti dapat menurunkan risiko meningitis pada bayi. Hal ini karena ASI mengandung antibody yang melindungi bayi dari berbagai infeksi, namun anak tidak mendapat cukup ASI pada usia 6 bulan dapat meningkatkan risiko bayi terkena penyakit terutama meningitis. Ibu pasien tidak mengalami infeksi selama kehamilan.

#### **4.1.3 Riwayat Masa Lampau**

Ny. S mengatakan waktu kecil anaknya beberapa kali masuk Rumah sakit dikarenakan kejang dan suhu tubuhnya tinggi, Ny. S mengatakan anaknya pernah opname di RS Madura, tidak ada alergi, makanan dan lain-lain, saat hamil tidak mengalami kecelakaan seperti jatuh. Pasien telah mendapatkan imunisasi DPT (Difteri Pertussis Tetanus), Hib (Haemophilus Influenza Tipe B), Campak, MMR (Measles Mumps And Rubella).

#### **4.1.4 Kebutuhan Dasar**

##### **1. Pola Nutrisi**

Pada pengkajian pasien ditemukan saat sehat tidak dapat makan yang berstektur dan harus dihaluskan, mau makan dan habis 2x1 hari. Saat masuk rumah sakit pasien tidak mau makan tersedak saat diberikan susu, pasien terpasang NGT dengan asupan susu 8x100, sehingga bibir pasien terlihat sangat kering. Menurut Ramlah (2021) pola nutrisi pada pasien meningitis sangat penting untuk mendukung proses penyembuhan, memperkuat sistem imun, dan mencegah komplikasi lanjutan. Meningitis, terutama yang disebabkan oleh infeksi bakteri, menyebabkan peningkatan metabolisme tubuh karena respons inflamasi sistemik. Akibatnya, kebutuhan energi dan zat gizi mikro serta makro meningkat. Analisa Penulis bahwa perbaikan pola nutrisi dapat menurunkan risiko terjadinya meningitis, baik secara langsung melalui peningkatan daya tahan tubuh maupun secara tidak langsung melalui pencegahan defisiensi mikronutrien yang berperan dalam respon imun. Apalagi pasien terpasang ngt yang terdapat hanya asupan susu.

## 2. Pola Tidur

Pada pengkajian pasien ditemukan pasien saat berada dirumah dapat tidur siang mulai  $\pm$  4 jam, tidur malam  $\pm$  8 jam. Namun saat MRS pasien mudah terlelap. Menurut Rachmadani (2023) tidur adalah hal yang dibutuhkan oleh manusia paling dasar dalam menunjang proses intelektual, perkembangan dan pertumbuhan fisik. Namun pada pasien meningitis gejala kantuk terus-menerus harus dievaluasi secara menyeluruh, karena kondisi ini bisa mengarah pada ensefalopati, edema serebri, atau tanda awal dari perubahan status neurologis yang lebih serius. Hal ini penting sebagai upaya deteksi dini untuk mencegah perburukan kondisi, termasuk risiko kejang atau koma. Analisa Penulis kecenderungan pasien untuk mudah terlelap dapat menjadi salah satu tanda klinis awal dari proses infeksi sistem saraf pusat, termasuk meningitis. Gejala mengantuk yang berlebihan atau penurunan kesadaran dapat mencerminkan adanya peningkatan tekanan intrakranial atau peradangan pada meninges yang memengaruhi fungsi otak

## 3. Pola eliminasi BAK dan BAB

Pada pengkajian pasien ditemukan pasien saat berada dirumah An.I sudah BAB 1 kali dalam satu hari, Sedangkan BAK 3 kali dalam satu hari ganti pampers  $\pm$  500 cc/hari. Selama MRS di An. I BAB saat masuk rumah sakit 1 kali dalam sehari dan untuk BAK pasien terpasang kateter dalam sehari produksi  $\pm$  700cc/hari. Menurut Muharrina (2025) pada penderita meningitis mengalami gangguan eliminasi BAK dan BAB pada pasien yang sering terjadi akibat penurunan kesadaran, kelemahan neurologis, atau imobilisasi, yang merupakan konsekuensi dari infeksi sistem saraf pusat. Dalam kondisi seperti ini, pasien

seringkali tidak dapat mengontrol fungsi eliminasi secara normal, sehingga pemasangan kateter urin menjadi tindakan yang diperlukan untuk memfasilitasi pengeluaran urine dan memantau output cairan. Analisa Penulis gangguan eliminasi BAK dan BAB dapat terjadi sebagai salah satu manifestasi klinis atau komplikasi pada pasien meningitis, khususnya bila infeksi telah memengaruhi pusat saraf otonom atau menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial. Sistem saraf pusat memiliki peran penting dalam mengontrol fungsi kandung kemih dan usus.

#### **4.1.5 Pemeriksaan Fisik**

##### **1. Pemeriksaan Kepala dan Rambut**

Pada pengkajian pasien didapatkan kulit kepala bersih, tidak terdapat ketombe dan lesi, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam, dan tidak ada kelainan, tidak ada benjolan dikepala. Menurut Joharsah (2021) pada penderita penyakit meningitis pemeriksaan kepala dan rambut pada pasien dengan dugaan meningitis dapat memberikan petunjuk awal terhadap kondisi neurologis dan kemungkinan faktor risiko infeksi, khususnya pada bayi dan anak-anak. Pada pasien penderita meningitis mengalami penurunan kesadaran, yang didapatkan sianosis perifer apabila adanya gangguan perfusi jaringan berat. Pada pengkajian objektif pasien mengalami kaku kuduk dengan adanya subjektif pasien merintih. Analisa Penulis bahwa rintihan merupakan salah satu ekspresi nyeri atau ketidaknyamanan yang umum terjadi pada pasien dengan kesadaran menurun atau yang tidak mampu berkomunikasi verbal secara efektif. Kondisi ini sering ditemukan pada fase lanjut meningitis. Hal ini didukung dengan nya

tanda kaku kuduk yang menjadi indicator kuat adanya iritasi pada meninges akibat proses infeksi.

## 2. Pemeriksaan Hidung

Pada Pengkajian didapatkan Bentuk hidung simetris, terdapat, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak terdapat polip, frekuensi 20x/menit. Pasien terpasang O2 nasal 3 lpm lepas pasang . Menurut Joharsah (2021) pada penderita meningitis pemeriksaan hidung yang menggunakan nasal secara lepas pasang penting dilakukan untuk memantau kondisi mukosa hidung, efektivitas terapi oksigen, serta kenyamanan dan meningkatkan risiko infeksi lokal pada pasien dengan daya suhu tubuh yang naik turun akibat meningitis, frekuensi dan durasi penggunaan oksigen nasal yang tidak konsisten dapat memengaruhi status pernapasan pasien yang berpotensi memperburuk otak. Analisa Penulis pemeriksaan hidung yang terpasang oksigen nasal lepas-pasang memiliki nilai penting dalam perawatan pasien meningitis, baik dari sisi pencegahan komplikasi lokal maupun untuk menjamin efektivitas terapi oksigen yang mendukung fungsi neurologis dan metabolik pasien secara keseluruhan

## 3. Pemeriksaan Telinga

Bentuk simetris antara kanan dan kiri, keadaan bersih, pendengaran tidak normal, tidak dapat mendengar intruksi, tidak ada lesi, dan tidak ada cairan yang keluar dari lubang telinga. Menurut Joharsah (2021) pada pasien meningitis terganggunya pendengaran yang tidak normal bisa menjadi sumber infeksi dikarenakan adanya progresi infeksi ke otak bagian bawah atau saraf sensorik. Hal ini, bahwa pendengaran yang tidak normal pada pasien meningitis disebabkan oleh keterlibatan langsung saraf vestibulokoklear akibat proses

inflamasi meningeal, atau sebagai akibat dari infeksi telinga tengah yang menjadi fokus primer penyebaran infeksi ke sistem saraf pusat. Analisa Penulis penderita Meningitis dapat menyebabkan gangguan pendengaran sebagai komplikasi neurologis atau akibat infeksi menyebar ke telinga, sehingga pemeriksaan telinga penting untuk evaluasi sumber infeksi, mendeteksi komplikasi, serta menilai keterlibatan saraf kranial VIII.

#### 4. Pemeriksaan Mulut dan Tenggorokan

Pada Pengkajian didapatkan Mulut bersih, bibir simetris, tidak ada sianosis, mukosa bibir kering dan pucat, tidak ada perdarahan di gusi, tidak terdapat radang tenggorokan, tidak terdapat benjolan abnormal, pasien terpasang NGT. Menurut Siscadarsih (2024) pada penderita meningitis biasanya mengalami penurunan kesadaran terutama tidak mampu menelan, penurunan berat badan. Hal ini dilakukan Tindakan pemasangan NGT sebagai jalur utama pemberian nutrisi maupun obat, keberadaan NGT yang melewati orofaring dapat menyebabkan gangguan lokal, seperti iritasi tenggorokan mukosa kering, hingga risiko nosomial jika kebersihan mulut tidak dijaga dengan baik. Analisa Penulis pemeriksaan mulut dan tenggorokan pada pasien meningitis dengan terpasangnya NGT sangat penting untuk mencegah komplikasi dan menjaga jalur nutrisi tetap aman disertai mendukungnya pemulihan kondisi umum pasien.

#### 5. Pemeriksaan Mata

Konjungtiva anemis, gerakan bola mata nistagmus, letak bola mata simetris, reflek cahaya pada kedua bola mata negatif, pupil isokor, reaksi terhadap cahaya +/-, sensitif pada cahaya/fotofobia, sklera putih, mata nampak sembab. Menurut Joharsah (2021) pada penderita meningitis biasanya menimbulkan keluhan mata

merah atau iritasi akibat demam tinggi serta akibat kurangnya perawatan mata terutama pada pasien dengan penurunan kesadaran untuk mencegah komplikasi sekunder seperti ulkus kornea atau infeksi,. Analisa Penulis dilakukannya pemeriksaan mata pada pasien meningitis untuk memunculkan Tingkat keparahan atau progresivitas penyakit dan pentingnya memantau status kesadaran dan fungsi otak. Hal ini pada reflek Cahaya pada pasien meningitis terdapat hasil negative, gangguan pada gerak bola mata nystagmus yang menyebabkan ketidakfokusan pada pasien meningitis.

#### 6. Pemeriksaan Thorax/ Dada\

Pada Pengkajian didapatkan Pengembangan dada kanan dan kiri simetris, RR 24 x/menit, tidak terdapat retraksi dada, adanya penggunaan otot bantu napas, pasien terpasang O2 nasal lepas pasang, Tidak terdapat kreпитasi, tidak ada nyeri tekan tidak ada suara nafas tambahan. Menurut Siscadarsih (2024) pada penderita meningitis pemantauan ketat terhadap pola pernapasan, frekuensi napas merupakan indicator penting yang dapat menyebabkan gangguan respirasi. Analisa Penulis pemeriksaan thoraks dan dada tidak hanya bertujuan untuk menilai status pernapasan pasien, tetapi juga sebagai bagian penting dari deteksi dini komplikasi sistemik yang dapat memengaruhi prognosis penderita meningitis secara keseluruhan.

#### 7. Pemeriksaan Abdomen

Pada pengkajian didapatkan tidak terdapat nyeri face rating scale, perut nampak kembung dan nampak keras, tidak terdapat pus, Distensi abdomen distended, terpasang NGT retensi warna hijau jernih dengan mual, tidak muntah, suara bising usus tidak terdengar Menurut Yudi Pratama (2021) pasien

meningitis, terutama yang mengalami penurunan kesadaran atau tidak aktif secara fisik, rentan mengalami konstipasi, distensi abdomen, atau penurunan motilitas usus akibat imobilisasi, efek samping obat (seperti antibiotik dan opioid), serta asupan nutrisi yang tidak optimal.. Penulis berasumsi pemeriksaan abdomen merupakan bagian penting dari pemantauan kondisi umum pasien meningitis, baik untuk mendeteksi dini gangguan gastrointestinal maupun untuk memastikan bahwa dukungan nutrisi dan fungsi eliminasi berjalan optimal selama perawatan

#### 8. Pemeriksaan Muskuloskeletal

Pada pengkajian didapatkan Kemampuan tangan dan kaki lemah, serta kemampuan gerak sendi kaku dan tidak dapat bergerak bebas, pasien mengalami kaku kuduk, tonus otot menurun, Menurut Siscadarsih (2024) pada pasien meningitis bahwa kekakuan otot leher (kaku kuduk), nyeri saat fleksi ekstremitas bawah (tanda Kernig), dan fleksi refleks lutut saat fleksi leher (tanda Brudzinski) merupakan manifestasi muskuloskeletal yang muncul akibat gangguan neurologis pada meningitis. Hal ini didapat pemeriksaan sistem otot dan sendi dapat memberikan informasi tentang adanya keterlibatan sistem saraf pusat melalui perubahan tonus otot, refleks, atau gerakan involunter. Analisa Penulis akibat meningitis yang memengaruhi tekanan intracranial sehingga kelemahan ekstremitas, kehilangan keseimbangan, atau koordinasi motorik yang buruk.

#### 9. Pemeriksaan neurologis

Pada pengkajian didapatkan ada 12 neurologis pada penderita meningitis yaitu : N I: Pasien mengalami penurunan kesadaran GCS E4 V2 M1 = 7 Somnolen, N II: Pasien reflek Cahaya negatif,, adanya papil edema infeksi pada selaput otak,

N III: Pada pasien gerakan bola mata nistagmus (tidak focus), N IV: Pasien tidak mampu menggerakkan bola matanya keatas dan kebawah, N V: Pasien tidak mampu menggerakkan rahangnya, N VI: Pasien tidak mampu menggerakkan bola matanya ke lateral, N VII: pasien mengalami kelemahan motorik wajah (tidak dapat berekspresi), N VIII: Pasien mengalami pendengaran tidak normal, tidak dapat mendengar intruksi, N IX: Pasien tidak mampu menelan makanan (terpasang ngt), N X: Reflek muntah pasien ada, N XI: Pasien tidak mampu menggerakkan bahu dengan tahanan diatasnya, N XII: Pasien dapat tidak dapat menjulurkan lidah/lemah. Analisa Penulis pada penderit meningitis adalah peradangan pada meninges (selaput otak dan sumsum tulang belakang), maka ada kemungkinan besar terjadi gangguan neurologis. Oleh karena itu, pemeriksaan neurologis wajib dilakukan untuk menilai tingkat keterlibatan sistem saraf pusat

#### 10. Pemeriksaan Integumen

Pada pengkajian didapatkan tidak terdapat lesi, CRT <2 detik, akral hangat, kering merah, warna kulit putih, tidak ada oedem. Analisa penulis pada pasien dengan meningitis biasanya pada integument terlihat baik-baik saja tidak ada terjadi gangguan.

#### **4.1.6 Tingkat Perkembangan**

Pada pengkajian pasien An.I didapatkan adaptasi sosial pada Tingkat perkembangan ii, pasien belum mampu berkomunikasi, dapat bermain dengan kakaak maupun teman sebayanya yang berada dilingkungan sekitarnya. Bahasa yang terjadi pada perkembangan Bahasa Pasien dapat menyimak perkataan orang lain, mengenal suara-suara hewan/benda yang ada disekitarnya, mengerti beberapa perintah secara

bersamaan, Motorik halus pasien mengatakan dapat menunjuk gambar yang diarahkan namun belum berbicara dengan jelas. Motorik kasar Pasien belum mampu melakukan berjalan maju pada garis pada garis lurus,, belum mampu berjalan sambil berjinjit, belum mampu berjalan mundur, belum mampu berjalan ke samping pada garis lurus, belum mampu berlari sambil melompat dengan seimbang tanpa jatuh, belum mampu berdiri di atas satu kaki dengan seimbang, melompat tanpa jatuh. Menurut pada pemeriksaan tingkat perkembangan anak adalah pasien belum mampu melewati tahapan pertumbuhan dan perkembangannya dengan baik atau normal yang tidak sesuai dengan usia saat ini.

#### **4.1.7 Pemeriksaan Penunjang**

Pada pemeriksaan hasil penunjang atau juga disebut hasil laboratorium jika hasil normalnya leu kosit adalah 4.0-12. 0, sedangkan trombosit adalah 150-450, Hemoglobin adalah 13-17 Natrium adalah 135-147, Kalium adalah 3.0-5.0. Pada hasil pemeriksaan penunjang pada penyakit Meningitis sering terjadinya peningkatan pada jumlah leukosit sebagai penandaan adanya peradangan pada selaput otak apalagi sel neutrophil tinggi respon tubuh terhadap infeksi bakteri yang menyebabkan meningitis . Sedangkan pada infeksi juga dapat terjadi karena peningkatan pada hasil trombosit apalagi pada indeks rombosit bagian PCT untuk membenatu membedakan antara meningitis bacterial atau meningitis aseptik. Hal ini dikarenakan oleh suatu hormone sitokin yang dapat memicu peningkatan produksi namun jika jumlah trombosit akan Kembali normal lagi jika sudah mendapatkan penanganan tetapi dokter tetap melakukan pemeriksaan lebih lanjut untuk mengetahui penyebab dan Tingkat keparahan meningitis. Untuk Natrium dan Kalium jika hasilnya rendah sering terjadi pada pasien meningitis terutama meningitis

bacterial namun itu tidak selau menjadi focus utama penanganan meningitis Pada pengkajian pasien An.I didapatkan hasil pemeriksaan lab pada tanggal 22 Januari 2025 sebagai berikut Leukosit H 15.97,Neutrofil L 45.10, Hemoglobin L 9.10,Hematokrit L 28.70, Trombosit H 496.00, PCT H 0.55, Natrium (Na) L 134.00, Kalium (K) LL 2.40. Pada hasil lab Leukosit terutama pada neutrophil tinggi dan pada trombosit tinggi dengan indeks trombosit PCT. Sedangkan natrium dan kalium terdapat hasil rendah.

### **4.3 Diagnosa Keperawatan**

Pada tahap ini penulis meneruskan beberapa pada diagnosa keperawatan berdasarkan data yang diperoleh dari pasien saat pengkajian. Diagnosa yang ada pada tinjauan Pustaka dan tinjauan kasus yaitu:

#### **1. Risiko Perfusi Selebral Tidak Efektif Dibuktikan Dengan Infeksi Otak**

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI Kode D.001, Hal 51)

Dari hasil pengkajian yang didapatkan pada An. I penulis menemukan masalah masalah risiko perfusi selebral tidak efektif sesuai dengan tanda adanya kondisi klinis infeksi Otak pada pasien meningitis dalam SDKI (2016) dengan data penunjang seperti Penurunan kesadaran GCS : 421 = 7 Somnolen, Ektermitas atas dan bawah Kaku, tampak merintih, TB : 79 cm.

Diagnosa ditegakkan karena pasien mengalami penurunan kesadaran, ektermitas atas dan bawah kaku, tampak merintih. Hal ini dapat sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa tanda dan gejala klinis ini yang terjadi anak dengan meningitis dapat ditunjukkan dengan kekakuan penurunan kesadaran dan kekakuan ektermitas (Alfrida Lulage et al. 2021). Analisa Penulis bahwa adaa tanda dan gejala klinis yang dialami oleh pasien tersebut dikarenakan infeksi pada meninges (selaput otak)

menyebabkan peradangan yang meningkatkan tekanan intrakranial dan menurunkan perfusi serebral. Pada penderita meningitis adanya Risiko perfusi otak terganggu akan meningkat terutama pada meningitis berat (bakteri), terutama jika disertai penurunan kesadaran.

2. Risiko Infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (supresi respon inflamasi) (Tim Pokja SDKI DPP PNNI Kode SDKI, D.0142, hal 304)

Dari hasil pengkajian yang didapatkan pada An I penulis menemukan masalah Risiko Infeksi sesuai dengan tanda dengan adanya hasil laboratorium yang dilihat dari : hasil Leukosit 14.90, Hemoglobin : 9.5 , Trombosit 485.00, Indeks Trombosit PCT 0.45, Rontgen : Cor : Besar dan bentuk baik Pulmoi nfiltrat/perselubungan Diaphragma dan sinus baik Tulang -- tulang baik Kesimpulan : Cor normal/Meningitis. Hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan menunjukkan infeksi sistemik berat kondisi tubuh sedang tidak optimal dalam pertahanan meningkatkan risiko infeksi (Alfrida Lulage et al. 2021). Analisa Penulis hasil laboratorium pada leukosit, berada di atas nilai normal atau tinggi menandakan adanya **leukositosis**. Kondisi ini merupakan respon imun tubuh terhadap infeksi, yang dalam kasus ini sesuai dengan proses meningitis sebagai infeksi sistem saraf pusat. Peningkatan jumlah leukosit menunjukkan bahwa tubuh sedang mengalami proses inflamasi aktif yang signifikan.. Trombist peningkatan PCT ini dapat dikaitkan dengan risiko gangguan perfusi otak pada pasien meningitis akibat kemungkinan hambatan aliran darah mikro di jaringan serebral.

3. Hipertermia berdasarkan dengan Proses Penyakit (mis. Infeksi,kanker) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI Kode D.0130, Hal 284)

Dari hasil pengkajian yang didapatkan pada An.I penulis menemukan masalah Hipertermia sesuai dengan tanda mayor dan minor dalam SDKI (2026) dengan data penunjang seperti adanya Suhu Tubuh naik turun disertai dengan kejang, kulit teraba hangat S: 38, 1°C.

Diagnosa ini ditegakkan karena pasien mengalami demam atau suhu tubuh naik turun yang menyatakan bahwa pasien mengalami Meningitis dikarenakan adanya hasil laboratorium ada nilai yang rendah. Hal ini dapat sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa tanda dan gejala klinis ini yang terjadi anak dengan Suhu tubuh yang tinggi mempercepat metabolisme otak dan dapat memperburuk edema serebral serta meningkatkan tekanan intrakranial (TIK), pada pasien meningitis Suhu tubuh yang tinggi dapat memperparah kondisi neurologis seperti kejang, agitasi, bahkan penurunan kesadaran, jika tidak dikontrol (Priono et al.2024). Analisa Penulis bahwa adanya tanda dan gejala yang dialami oleh pasien tersebut dikarenakan penderita penyakit meningitis terjadi akibat infeksi akut pada selaput otak yang menyebabkan peningkatan suhu tubuh tidak hanya menjadi gejala utama.

4. Defisit Nutrisi berdasarkan dengan ketidakmampuan mencerna makanan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI Kode D.0019, Hal 56)

Dari hasil pengkajian yang didapatkan pada An.I , penulis menemukan masalah deficit nutriei sesuai dengan tanda mayor dan minor dalam SDKI (2016) dikarenakan pada diagnosa deficit nutrisi tidak ada diagnose risiko hanya terdapat diagnose actual. Berdasarkan buku SDKI, diagnose keperawatan deficit nutrisi tanda/gejala mayor berat badan awal 13kg turun menjadi 12 kg, sedangkan tanda/gejala minor yaitu terdapat otot mengunyah lemah, bibir kering,

Diagnosa ini ditegakkan karena pasien mengalami penurunan kesadaran yang menyebabkan Hal ini dapat sejalan dengan teori yang menyatakan penyakit infeksi menjadi salah satu faktor langsung yang penyebab terjadinya gizi kurang pada anak. Apabila dimasa ini anak tidak mendapatkan asupan yang cukup akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangannya, selain itu dengan adanya penyakit infeksi yang berada pada tubuh anak akan menurunkan nafsu makannya dan berakibat pada status gizi anak (Agustina 2020). Analisa Penulis bahwa pasien dengan meningitis rentan mengalami defisit nutrisi akibat peningkatan kebutuhan metabolik tubuh selama infeksi akut, disertai dengan penurunan kemampuan konsumsi makanan akibat gejala klinis seperti mual, muntah, dan penurunan kesadaran. Oleh karena itu, diagnosis keperawatan ‘Defisit Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh’ menjadi penting untuk diidentifikasi dan ditangani dalam rangka mempercepat proses penyembuhan dan mencegah komplikasi lebih lanjut.”

5. Gangguan Mobilitas Fisik Berdasarkan Dengan Penurunan Kendali Otot (Tim Pokja SDKI DPP PPNI Kode D.0054, Hal 124)

Dari hasil [engkajian didapatkan pada AN.I penulis menemukan masalah gangguan mobilitas fisik sesuai dengan tanda mayor dan minor dalam SDKI (2016) dengan data penunjang seperti kekuatan Otot menurun, fisik lemah, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi.

Diagnosa ini ditegakkan karena pasien mengalami kaku kuduk, lemah anggota tubuh yang dapat menyebabkan pasien tidak mampu bergerak secara bebas atau mandiri. Hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa infeksi pada sistem saraf pusat seperti meningitis dapat memengaruhi fungsi motorik dan neuromuskular pasien sehingga berisiko menurunkan kemampuan mobilitas fisik (Sultan and

Syafiuddin, 2025). Analisa Penulis pasien dengan meningitis berisiko mengalami gangguan mobilitas fisik akibat gejala neurologis seperti kelemahan otot, nyeri kepala hebat, kejang, serta penurunan kesadaran. Ketidakmampuan pasien dalam bergerak secara mandiri dapat menghambat pemenuhan kebutuhan dasar, meningkatkan risiko dekubitus, dan memperpanjang masa penyembuhan.

#### **4.4 Intervensi Keperawatan**

Menurut PPNI (2018) Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh seorang perawat yang berdasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (PPNI, 2019). Tahap perencanaan dapat disebut sebagai inti atau pokok dari sebuah proses keperawatan sebab dikarenakan perencanaan merupakan keputusan awal dari sumber yang memberi arah bagi tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan, dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan tersebut. Dalam penyusunan rencana Tindakan keperawatan untuk pasien, keluarga dan orang terdekat perlu dilibatkan secara maksimal (Asmadi, 2018). Peneliti atau penulis telah membuat intervensi keperawatan sesuai dengan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Menurut buku SIKI, terdapat empat tindakan dalam intervensi keperawatan yang terdiri dari observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Intervensi asuhan keperawatan yang akan dilakukan oleh peneliti pada pasien dengan yang diagnosa keperawatan sebagai berikut:

##### **1. Risiko Perfusi Selebral Tidak Efektif Dibuktikan Dengan Infeksi Otak**

Pada diagnose risiko perfusi selebral tidak efektif setelah dilakukan intervensi keperawatan 4x24 jam diharapkan Perfusi selebral Meningkat dengan kriteria hasil : Tingkat Kesadaran Meningkat, Kognitif Meningkat, Demam Menurun, Reflek

Saraf Membaik (SLKI 2019). Penulis merencanakan Tindakan intervensi yang dapat dilakukan yaitu : 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), 2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun), 3) Monitor status pernapasan, 4) Cegah terjadinya kejang, 5) Pertahankan suhu tubuh normal, 6) Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan

2. Resiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (supresi respon inflamasi)

Pada diagnosa risiko infeksi setelah dilakukan intervensi keperawatan 4x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : Demam menurun, Kemerahan menurun, Kadar sel darah putih membaik Membaik (SLKI 2019). Penulis merencanakan Tindakan intervensi yang dapat dilakukan yaitu : 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, 2) Batasi jumlah pengunjung, 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, 4) Jelaskan tanda dan gejala infeksi, 5) Ajarkan etika batuk, 6) Kolaborasi pemberian antibiotik

3. Hipertermia berdasarkan dengan Proses Penyakit (mis. Infeksi, kanker)

Pada diagnosa Hipertermia setelah dilakukan intervensi keperawatan 4x24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil : Menggigil Menurun, Kejang Menurun, Suhu Tubuh Membaik Membaik (SLKI 2019). Penulis merencanakan Tindakan intervensi yang dapat dilakukan yaitu : 1) Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator), 2) Monitor suhu tubuh, 3) Longgarkan atau lepaskan pakaian, 4) Lakukan pendinginan

eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksil, 5) Berikan oksigen, 6) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena

#### 4. Defisit Nutrisi berdasarkan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

Pada diagnosa defisit nutrisi setelah dilakukan intervensi keperawatan 4x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : Berat badan membaik, Indeks massa tubuh (IMT) membaik (SLKI 2019). Penulis merencanakan Tindakan intervensi yang dapat dilakukan yaitu : 1) Identifikasi status nutrisi, 2) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien, 4) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik, 5) Monitor berat badan

#### 5. Gangguan Mobilitas Fisik Berdasarkan Dengan Penurunan Kendali Otot

Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik setelah dilakukan intervensi keperawatan 4x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : Kekuatan Otot Meningkat, Kaku Sendi Menurun, Kelemahan Fisik Menurun, Gerakan tidak terkoordinasi Menurun (SLKI 2019). Penulis merencanakan Tindakan intervensi yang dapat dilakukan yaitu : 1) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, 2) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, 3) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur), 4) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu, 5) Anjurkan melakukan mobilisasi dini

### **4.5 Implementasi Keperawatan**

Implementasi yang dilakukan oleh penulis mulai tanggal 04 Februari 2025 yaitu menganamnesa keluhan pasien, mengobservasi tanda-tanda vital pasien melakukan pemeriksaan fisik secara head to toe. Dalam perencanaan penulis berupaya untuk memperbaiki keadaan umum pasien dalam pelaksanaan asuhan

keperawatan. Setelah Menyusun perencanaan keperawatan maka penulis melaksanakan rencana keperawatan yang telah dibuat. Pelaksanaan rencana keperawatan ini disesuaikan dengan kondisi yang ada pada pasien sehingga semua rencana yang telah dibuat di perencanaan tidak semua dilakukan kepada pasien.

#### 1. Risiko Perfusi Selebral Tidak Efektif Dibuktikan Dengan Infeksi Otak

Rencana asuhan yang telah disusun, selanjutnya dapat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi yang ada pada pasien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 04 Februari 2025 hingga 07 Februari 2025. Implementasi keperawatan yang berfokus risiko perfusi selebral tidak efektif dikarenakan pasien mengalami penurunan kesadaran, ekstermitas atas dan bawah kaku, tampak merintih. Maka pemberian terapi sedasi dan antikonvulsan pada anak yang terkena meningitis bertujuan untuk menangani kejang dan melemaskan otot yang kaku atau tegang. Terapi pemberian sedasi dan antikonvulsan adalah berbentuk kapsul yang diberikan melalui NGT (Patya and Ramdhani, 2025). Terapi antikonvulsan yaitu seperti menggunakan obat kapsul sibal 30mg dan kapsul diazepam 10mg adalah obat yang digunakan untuk menangani kejang dan melemaskan otot yang kaku atau tegang. Analisa Penulis pada kondisi saat ini, penggunaan terapi antikonvulsan untuk anak yang mengalami penurunan kesadaran, ekstermitas atas dan bawah kaku.

#### 2. Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (supresi respon inflamasi)

Rencana asuhan yang telah disusun, selanjutnya dapat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi yang ada pada pasien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 04 Februari 2025 hingga 07 Februari 2025. Implementasi keperawatan yang berfokus risiko infeksi pada pasien meningitis terlihat dari hasil laboratorium yang

didapatkan hasil leukosit, trombosit pada indeks trombosit pct tinggi. Pada hal ini, terapi pemberian antibiotik untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri seperti infeksi saluran pernafasan, infeksi saluran kemih, infeksi saluran cerna, infeksi kulit, infeksi tulang serta sendi, otitis media, gonorrhoea, profilaksis sebelum operasi, dan meningitis (Dhewa and Haryani, 2024). Bertujuan untuk mengatasi infeksi pada pasien meningitis yaitu dilakukan pemberian terapi obat melalui injeksi IV dalam selang infus yang sudah terpasang, obat yang diberikan Injeksi Ceftriaxone 2x650mg, Injeksi Amikasin 250mg. Analisa Penulis bahwa pemberian antibiotik yang tepat dan sesuai protokol pada pasien meningitis sangat menentukan keberhasilan penyembuhan. Pemberian antibiotik dapat menurunkan jumlah bakteri di cairan serebrospinal, mengurangi inflamasi, dan mencegah komplikasi neurologis. Oleh karena itu, kepatuhan dalam pemberian antibiotik serta pemantauan respons klinis sangat penting dalam asuhan keperawatan pasien dengan meningitis.”

### 3. Hipertermia berdasarkan dengan Proses Penyakit (mis. Infeksi, kanker)

Rencana asuhan yang telah disusun, selanjutnya dapat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi yang ada pada pasien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 04 Februari 2025 hingga 07 Februari 2025. Implementasi keperawatan yang berfokus hipertermia pada pasien meningitis dikarenakan pasien mengalami demam naik turun yang dimana suhu tubuh 38.1°C. Memberikan pengompresan air hangat pada daerah temporal/ frontal (dahi), axilla (ketiak), leher (servikal) dan inguinal (lipatan paha) (Potter & Perry, 2018). Bertujuan untuk menurunkan demam pada anak tidak hanya diberikan Injeksi Meropenem 3x59mg, Injeksi Pamol 3x150mg. penggunaan pengompresan air hangat pada area axilla sangat berperan penting

untuk anak yang mengalami demam yang cukup tinggi sehingga dapat membantu dan memberikan pengompresan air hangat pada seluruh tubuh, yang dibutuhkan oleh pasien untuk menurunkan demam. Selain itu pemberian bantuan pengompresan air hangat di seluruh tubuh membantu untuk memenuhi menurunkan demam pada anak.

#### 4. Defisit Nutrisi berdasarkan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

Rencana asuhan yang telah disusun, selanjutnya dapat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi yang ada pada pasien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 04 Februari 2025 hingga 07 Februari 2025. Implementasi keperawatan yang berfokus defisit nutrisi pada pasien meningitis dikarenakan menurunnya nafsu makan pada anak, dengan cara memonitor asupan nutrisi. Nutrisi adalah zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh untuk tumbuh kembang. Setiap anak mempunyai kebutuhan nutrisi yang berbeda-beda dan anak-anak mempunyai karakteristik yang khas dalam mengonsumsi makanan atau zat gizi tersebut) (Munir et al. 2021) Nutrisi menjadi bagian dari yang sangat penting dalam pertumbuhan dan perkembangan .pasien yang menderita meningitis mengalami penurunan kesadaran itu sebabnya pemasangan NGT membantu memberikan asupan. Anak merupakan kelompok yang menunjukkan pertumbuhan badan yang pesat namun kelompok ini merupakan kelompok tersering yang menderita defisit nutrisi, Analisa Penulis , untuk memonitor asupan nutrisi bahwa pasien dengan meningitis rentan mengalami defisit nutrisi akibat peningkatan kebutuhan metabolik tubuh selama infeksi akut, disertai dengan penurunan kemampuan konsumsi makanan akibat gejala klinis seperti mual, muntah, dan penurunan kesadaran

#### 5. Gangguan Mobilitas Fisik Berdasarkan Dengan Penurunan Kendali Otot

Rencana asuhan yang telah disusun, selanjutnya dapat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi yang ada pada pasien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 04 Februari 2025 hingga 07 Februari 2025. Implementasi keperawatan yang berfokus gangguan mobilitas fisik pada pasien meningitis dikaenakan pasien mengalami kekuatan otot melemah, kekakuan sendi. Maka pemberian terapi selain obat pasien dilakukan fisioterapi berperan penting dalam meningkatkan mobilitas fisik pasien dengan keterbatasan gerak, termasuk pasien yang mengalami gangguan neuromuskular atau kondisi imobilisasi seperti meningiti (Sultan and Syafiuddin, 2025). Bertujuan untuk mengontrol kekakuan pasien juga dapat terapi obat Injeksi Dexametason 5mg untuk meredakan peradangan pada beberapa kondisi, seperti reaksi alergi, penyakit autoimun, atau radang sendi. Analisa Penulis ahwa fisioterapi memiliki peran penting dalam meningkatkan mobilitas fisik pasien yang mengalami gangguan gerak akibat penyakit atau kondisi tertentu. Melalui intervensi yang terarah, seperti latihan rentang gerak, penguatan otot, dan ambulasi bertahap, fisioterapi dapat membantu pasien mengembalikan fungsi fisik, meningkatkan kemandirian, serta mencegah komplikasi akibat tirah baring yang berkepanjangan.

#### **4.2. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keperawatan dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi untuk setiap diagnose keperawatan meliputi data subyektif (S) data obyektif (O), analisa permasalahan (A) klien berdasarkan S dan O, serta perencanaan ulang (P) berdasarkan hasil analisa data diatas. Evaluasi ini disebut juga evaluasi proses, semua itu dicatat pada formulir catatan perkembangan (progress note) (Dinarti et al., 2020).

1. Hasil evaluasi yang sudah didapatkan setelah perawatan selama 4 hari pada pasien An.I, yaitu masalah risiko perfusi serebral tidak efektif pada pasien An.I teratasi sebagian pada hari ke 4 tanggal 07 Februari 2025 dengan hasil : Pasien mulai mampu menangis, seluruh tubuh masih kaku, GCS : 431 = 8 Somnolen, Ekstermitas atas dan bawah Kaku
2. Hasil evaluasi yang sudah didapatkan setelah perawatan selama 4 hari pada pasien An.I, yaitu masalah risiko infeksi pada pasien An.I belum teratasi pada hari ke 4 tanggal 07 Februari 2025 dengan hasil : Pasien masih dengan hasil leukosit, trombosit tinggi.
3. Hasil evaluasi yang sudah didapatkan setelah perawatan selama 4 hari pada pasien An.I, yaitu masalah Hipertermia pada pasien An.I teratasi sebagian pada hari ke 4 tanggal 07 Februari 2025 dengan hasil : Pasien suhu tubuh sempat tinggi namun turun setelah dilakukan injeksi Pamol, Suhu Tubuh tidak stabil, Suhu terakhir : 37.3°C, N : 130 x/menit, RR : 20x/menit terpasang O2 nasal lepas pasang
4. Hasil evaluasi yang sudah didapatkan setelah perawatan selama 4 hari pada pasien An.I, yaitu masalah deficit nutrisi pada pasien An.I belum teratasi pada hari ke 4 tanggal 07 Februari 2025 dengan hasil : Pasien masih terpasang ngt, Berat badan menurun BB : 12 Kg, Bibir kering
5. Hasil evaluasi yang sudah didapatkan setelah perawatan selama 4 hari pada pasien An.I, yaitu masalah gangguan mobilitas hisik pada pasien An.I teratasi Sebagian pada hari ke 4 tanggal 07 Februari 2025 dengan hasil : Pasien mulai sedikit tidak kaku dan tangan maupun kaki sudah mampu ditekuk walaupun

pelan, Kekuatan Otot tampak lebih baik, Fisik lemah, Gerakan masih terbatas,

Pasien mendapat fisioterapi

#### **4.6 Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini masih memiliki keterbatasan. Keterbatasan penulis saat melakukan asuhan keperawatan anak pada An.I yaitu penulis belum melakukan pengkajian secara mendalam mengenai apakah penyakit Meningitis ini merupakan penyakit yang dapat ditularkan atau disembuhkan sehingga belum dapat dianalisis lebih mendalam. Meskipun demikian, pada akhirnya semua aspek penting dalam melakukan pengkajian lainnya terkumpul dengan baik sehingga pemberian asuhan keperawatan anak pada An.I telah dilakukan dengan baik dan masalah keperawatan yang muncul dapat teratasi

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus medis Meningitis, Unspecified di Ruang PICU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa simpulan dan saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan Meningitis.

#### **5.1 Kesimpulan**

Mengacu pada uraian yang telah diuraikan dalam asuhan keperawatan kepada An.I dengan diagnose medis Meningitis, Unspecified di Ruang PICU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang telah dilaksanakan pada tanggal 04 Februari 2025 hingga 07 Februari 2025, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut.

1. Pada pengkajian pasien An.I dengan diagnosa medis Meningitis, Unspecified di Ruang Rumkital Dr. Ramelan Surabaya didapatkan data fokus berupa adanya Penurunan kesadaran, kekakuan pada ekstermitas atas dan bawah, Infeksi, demam, yang disertai kejang, ketidakmampuan nutrisi , gangguan pada kekuatan otot.
2. Perumusan diagnosa keperawatan pada An.I dengan diagnosa medis Meningitis, Unspecified, berdasarkan pada masalah yang ditemukan yaitu Risiko Perfusi Selebral Tidak Efektif Dibuktikan Dengan Infeksi Otak, Resiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (supresi respon inflamasi), Hipertemia berdasarkan Dengan Proses Penyakit (mis. Infeksi, kanker), Defisit Nutrisi Berdasarkan Dengan

ketidakmampuan mencerna makanan, Gangguan Mobilitas Fisik Berdasarkan Dengan Penurunan Kendali Otot

3. Perencanaan asuhan keperawatan pada An.I dengan diagnosa medis Meningitis adalah bertujuan untuk Perfusi Selebral, Pencegahan Infeksi, Termoregulasi, Status Nutrisi, Mobilitas Fisik
4. Pelaksanaan asuhan keperawatan pada An.A dengan diagnosa medis Bronchopneumonia yang berfokus pada Perfusi Selebral untuk memonitor penurunan kesadaran dan ekstermitas tubuh, pencegahan infeksi untuk mengetahui sampai dimana infeksi selaput otak pada penderita meningitis Termogulasi untuk memastikan tidak adanya demam yang cukup tinggi yang disertai dengan kejang, peningkatan nutrisi sehingga BB dalam batas normal sesuai IMT, memastikan kekuatan otot dapat ditangani pada penderita meningitis.
5. Hasil evaluasi tindakan keperawatan pada An.I dengan diagnosa medis Meningitis didapatkan bahwa dari lima diagnose yang diambil, yang tetasi Sebagian yaitu perfusi selebral tidak efektif, hipertermia dan gangguan mobilitas fisik sedangkan yang belum teratasi yaitu : risiko infeksi, deficit nutrisi...setelah itu pasien dipindah diruang rawat inap.
6. Pendokumentasian keperawatan pada An.I dengan diagnosa medis Meningitis membutuhkan waktu kurang lebih 4 hari hingga kondisi pasien mulai membaik, namun pasien dipindahkan keruang rawat inap untuk penanganan lebih lanjut..

## 5.2 Saran

Untuk mencapai keberhasilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Meningitis di masa yang akan datang, maka saran penulis antara lain :

### 1. Bagi Mahasiswa

Bagi mahasiswa agar dapat meningkatkan ilmu pengetahuan dan ketrampilannya dalam memberikan asuhan keperawatan terutama pada anak dengan suhu tubuh tidak normal dan disertai kejang bahkan mengalami kaku kuduk.

### 2. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Diharapkan dapat menjadikan masukan bagi pelayanan Kesehatan tentang asuhan keperawatan anak khususnya dengan masalah keperawatan suhu tubuh tidak normal dan disertai kejang bahkan mengalami kaku kuduk. dengan diagnosa medis Meningitis.

### 3. Bagi Keluarga

Diharapkan dapat menjadi bahan bacaan serta tambahan informasi mengenai anak yang mengalami Meningitis dapat berdampak pada perfusi serebral tidak efektif dan risiko infeksi..

## DAFTAR PUSTAKA

- Alfrida Lulage, et al. “Pengaruh Health Education Perawat IGD Tentang Penurunan Kesadaran Pada Pasien Terhadap Pengetahuan Keluarga Pasien Di IGD RSUD Manado Medical Center.” *Jurnal Riset Rumpun Ilmu Kesehatan*, vol. 3, no. 1, 2024, pp. 35–44, <https://doi.org/10.55606/jurrikes.v3i1.2359>.
- Ayu, Putu, et al. “Hubungan Berulangnya Kejang Demam Pada Anak Dengan Riwayat Kejang Di Keluarga.” *E-Journal AMJ (Aesculapius Medical Journal)*, vol. 1, no. 1, 2021, pp. 32–37.
- Dhewa, Anandha Praba, and Siti Haryani. “Prosiding Seminar Nasional Dan Call for Paper Kebidanan Pengelolaan Hipertermi Pada Anak Dengan Kejang Demam Di Ruang Dadap Serep RSUD Pandanarang Boyolali.” *Universitas Ngudi Waluyo*, vol. 3, no. 1, 2024, p. 2024.
- Estiani, Meilina. *Aulad: Journal on Early Childhood Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Tuberkulosis Paru Pada Anak Di Wilayah Kerja Puskesmas Kemalaraja*. no. 2, 2025, pp. 811–22, <https://doi.org/10.31004/aulad.v8i2.938>.
- Fiteli, Imelda. “Gambaran Respon Hospitalisasi Pada Anak Usia Prasekolah Yang Pertama Kali Dirawat Inap Di Rumah Sakit.” *Jurnal Keperawatan Profesional*, vol. 12, no. 1, 2024, pp. 84–110, <https://doi.org/10.33650/jkp.v12i1.8220>.
- Hi, Rsud, et al. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Luaran Penderita Infeksi Susunan Saraf Pusat Di Bangsal Rawat Inap Alamanda Factors Relating to The Outcome of Patients with Central Nervous System Infections*. no. April, 2024, pp. 684–94.
- Hidayaturrahmi, et al. “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang Anak Usia 0-2 Tahun : Tinjauan Literatur.” *Scientific Journal*, vol. 3, no. 4, 2024, pp. 221–31, <https://doi.org/10.56260/sciENA.v3i4.150>.
- Ilhami, Akmillah. 7. *30-42+Vol+11+No+1*. 2024, pp. 30–42.
- Joharsah, Joharsah, et al. “Analisis Hasil Pemeriksaan Fisik Dan Laboratorium Dengan Meningitis t I Dan li Di Rsud H. Sahudin Kutacane Tahun 2021.” *Jurnal Maternitas Kebidanan*, vol. 6, no. 2, 2021, pp. 73–83, <https://doi.org/10.34012/jumkep.v6i2.1969>.
- Khamdalah, Retno Makhtufir. *Jurnal Ners LENTERA*, Vol. 12, No. 1, Maret 2024. no. 1, 2024, pp. 59–68.
- Kuswanto, Cahniyo Wijaya, and Hesti Rafitasari. “Perkembangan Fisik Anak Usia Dini Saat Work From Home Selama Pandemi Covid-19.” *Jurnal Pendidikan Anak*, vol. 11, no. 1, 2022, pp. 87–97, <https://doi.org/10.21831/jpa.v11i1.48281>.
- Laksono, Pandu, et al. “Manajemen Terapi Bakterial Meningitis Akut Pada Pasien

- Anak (Fokus Terapi Antibiotik Dan Kortikosteroid).” *Jurnal Sains Dan Kesehatan*, vol. 5, no. 6, 2023, pp. 1035–42, <https://doi.org/10.25026/jsk.v5i6.1974>.
- Muharrina, Cut Rahmi, et al. “Kesehatan Reproduksi Reproductive Health.” *Jurnal Pengabdian Masyarakat Kebidanan*, vol. 5, no. 1, 2023, pp. 26–29.
- Munir, Zainal, et al. “Penerapan Manajemen Nutrisi Terhadap Anak Gizi Buruk Dengan Defisit Nutrisi Di Instalasi Rawat Inap Mawar Kuning Atas RSUD Sidoarjo.” *TRILOGI: Jurnal Ilmu Teknologi, Kesehatan, Dan Humaniora*, vol. 5, no. 1, 2024, pp. 47–55, <https://doi.org/10.33650/trilogi.v5i1.7631>.
- Nufus, Nurul Hayatun, et al. *Pendidikan Kesehatan Tentang Pentingnya Kelengkapan Imunisasi Dasar Pada Bayi Di Desa Punjot Kecamatan Jangka Kabupaten Bireuen Provinsi Aceh*. no. 4, 2024, pp. 1017–24.
- Patya, Taghsya Dhaneswara, and Wawan Febri Ramdhani. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Trauma Kepala Dengan Masalah Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial Di IGD RSUP Dr . Sardjito The Nursing Care for Head Trauma Patient with Intracranial Adaptive Capacity Decrease in the Emergency Room of Dr . Sardjito Hospital*. 2025, pp. 1055–63.
- Priono, Anggoro, et al. “Penerapan Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Orang Tua Dalam Penanganan Kegawatdaruratan Kejang Demam Pada Anak Application of Health Education To Parents’ Knowledge in Handling Emergency Fefe Seizures in Children.” *Jurnal Cendikia Muda*, vol. 4, no. 1, 2024, pp. 36–42.
- Rachmadani, Adie. *Asuhan Keperawatan Pada Anak Yang Mengalami Gangguan Pola Tidur Melalui Intervensi Sleep Hygiene*. no. 1, 2025, pp. 1356–60.
- Ramlah, Ufiyah. “Gangguan Kesehatan Pada Anak Usia Dini Akibat Kekurangan Gizi Dan Upaya Pencegahannya.” *Ana’ Bulava: Jurnal Pendidikan Anak*, vol. 2, no. 2, 2021, pp. 12–25.
- Romyana, Yesica. *Romyana, Yesica*. no. 1, 2025, pp. 215–20.
- Sari, Lintang, et al. *Optimalisasi Pencegahan Dampak Hospitalisasi Melalui Terapi Mewarnai Pada Anak Usia Prasekolah Di Rumah Sakit Umum Yarsi Pontianak*. no. 3, 2024, pp. 129–36.
- Siscadarsih, Indraswari, et al. “Pembuatan Animasi Game Pemasangan NGT Sebagai Media Pembelajaran Praktikum KDM.” *Jurnal Pengelolaan Laboratorium Pendidikan*, vol. 6, no. 1, 2024, pp. 1–7, <https://doi.org/10.14710/jplp.6.1.1-7>.
- Sultan, Universitas, and Muhammad Syafiuddin. *Menggali Potensi Optimal Anak Usia Dini : Tinjauan Literatur*. 2025, pp. 68–78.
- Usia, Anak, et al. *KELURAHAN PASIRBIRU KECAMATAN CIBIRU KOTA BANDUNG TAHUN 2024*. 2024.
- Widyastuti, Puji, et al. “Meningitis Bakterial : Epidemiologi, Patofisiologi Dan Penatalaksanaan.” *Lombok Medical Journal*, vol. 2, no. 2, 2023, pp. 74–80.

Yudi Pratama. “Aspek Klinis Dan Tatalaksana Apendisitis Akut Pada Anak.”  
*Convention Center Di Kota Tegal*, vol. 5, no. 2, 2017, pp. 6–37.

## LAMPIRAN

### *Lampiran 1 Curriculum Vitae*

#### CURICULUM VITAE DAFTAR RIWAYAT HIDUP

##### A. Identitas Diri

Nama lengkap : Choirun Nisa'i, S.Kep  
Tempat, Tanggal lahir : Surabaya, 05 Maret 2002  
Jenis kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Alamat : Jl. Pargoto 54, Surabaya  
Email : nchoirun250@gmail.com

##### B. Riwayat Pendidikan

1. TK Ibnu Husaini : Lulus tahun 2008
2. SD Gufron Faqih : Lulus tahun 2014
3. SMP Wachid Hasyim 1 : Lulus tahun 2017
4. SMK Barunawati : Lulus tahun 2020
5. Stikes Hangtuh Surabaya : Lulus tahun 2023

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggung jawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ners (Ns.) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 27 Juni 2025

(Choirun Nisa')

## **Lampiran 2 Motto dan Persembahan**

### **MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

#### **MOTTO**

“Maka sesungguhnya bersama kesulitan itu ada kemudahan. Sesungguhnya bersama kesulitan itu ada kemudahan”

(Q.S Al-Insyirah: 5-6)

“Hatiku tenang mengetahui apa yang melewatkanmu tidak akan pernah menjadi takdirku, dan apa yang ditakdirkan untukmu tidak akan pernah melewatkanmu”

(Umar bin Khattab)

*"god have perfect timing, never early, never late. It takes a little patience and it takes a lot of faith, but it's a worth the wait"*

"Orang lain gak akan paham struggle dan masa sulitnya kita, yang mereka ingin tahu hanya bagian success stories nya aja. Jadi berjuanglah untuk diri sendiri meskipun gak akan ada yang tepuk tangan. Kelak diri kita di masa depan akan sangat bangga dengan apa yang kita perjuangkan hari ini.

Jadi tetap berjuang ya

#### **PERSEMBAHAN**

“Tiada lembar paling indah dalam laporan KIA ini kecuali lembar persembahan.

KIA ini saya persembahkan sebagai tanda bukti kepada orang tua tercinta, sahabat, pasangan dan teman-teman yang selalu memberikan support untuk menyelesaikan KIA ini.”

### **Lampiran 3 Standar Operasional Prosedur**

#### **SOP TERAPI KOMPRES**

##### **A. Pengertian**

Kompres adalah metode pemeliharaan suhu tubuh dengan menggunakan cairan atau alat yang dapat menimbulkan dingin pada bagian tubuh yang memerlukan

##### **B. Tujuan**

Memberian kompres dingin bertujuan untuk meningkatkan vasokonstriksi, mengurangi edema, mengurangi nyeri, mengurangi atau menghentikan perdarahan.

##### **C. Tahap Persiapan**

1. Persiapan Pasien
  - a. Memberi salam dan memperkenalkan diri
  - b. Menjelaskan tujuan
  - c. Menjelaskan langkah/prosedur yang akan dilakukan
  - d. Menanyakan persetujuan pasien untuk diberikan tindakan.
  - e. Meminta pengunjung/keluarga meninggalkan ruangan.
2. Persiapan lingkungan.

Menutup pintu dan memasang sampiran.
3. Persiapan alat yaitu :
  - a. Pengalas ( underpad atau perlak), cold pack yang sudah dibekukan di freezer,
  - b. handuk kecil, kasa gulung atau plester untuk merekatkan cold pack

##### **D. Tahap Pelaksanaan**

PRA INTERAKSI:

1. Menyiapkan alat
2. Perawat mencuci tangan

INTERAKSI

### Orientasi

1. Menyampaikan salam
2. Memperkenalkan diri dengan pasien dan keluarga
3. Menanyakan nama dan tanggal lahir pasien
4. Menjelaskan maksud dan tujuan
5. Menjelaskan prosedur Tindakan
6. Memberikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya
7. Mendekatkan alat
8. Mencuci tangan

### Kerja

1. Menjaga privasi pasien
2. Membantu klien mendapatkan posisi yang nyaman di tempat tidur
3. Memasang pengalas ( underpad atau perlak )
4. Memberikan kompres dingin dengan cold pack yang diletakkan didekat lokasi nyeri atau disisi tubuh yang berlawanan tetapi berhubungan dengan lokasi nyeri
5. Kompres dingin diberikan kurang lebih 15-20 menit saat nyeri atau tergantung pada tingkat nyeri dan bengkak yang dirasakan
6. Pertahankan cold pack dengan menggunakan kasa gulung atau difiksasi dengan plaster sesuai kebutuhan dan kenyamanan pasien.
7. Mengobservasi kondisi dan hemodinamik pasien selama diberikan terapi kompres dingin.

### Terminasi

1. Mengevaluasi perasaan pasien
2. Memberikan motivasi pada pasien
3. Mengucapkan salam
4. Mencuci tangan

### POST INTERAKSI

1. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan
2. Membereskan alat-alat
3. Mencuci tangan