

LAMPIRAN

Lampiran 1 : hasil asuhan keperawatan pada tetanus (Tn.B)

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn. B DENGAN TETANUS
DI RUANG IRI RSUP Dr. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Mendapatkan gelar
Profesi Ners (Ns)



Disusun Oleh:

**HIDAYAH CUMALASARI
J. 230103071**

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
2012**

HASIL (LAPORAN KASUS)

A. PENGKAJIAN

1. Data Profil Objek

Klien bernama TN.B dengan umur 50 tahun, jenis kelamin laki – laki dengan pendidikan SD, pekerjaan klien sebagai buruh bangunan, klien beragama islam, bersuku jawa, dengan status sudah menikah, dengan alamat Bero, Trucuk, Klaten. Masuk rumah sakit pada tanggal 2 Desember 2011, dan masuk ruang IRI pada tanggal 10 Desember 2011 dengan diagnosa medis Tetanus. Penanggung jawab dari klien adalah anak kandung klien yang bernama Tn.R umur 30 tahun dengan alamat Bero, Trucuk, Klaten.

2. Keluhan utama

Badan terasa kaku kaku semua

3. Alasan di Bawa ICU

Karena klien di bangsal mengalami penurunan kesadaran dan mengalami kejang rangsang dan kejang reflek, dan klien agar mendapatkan perawatan lebih intensif di ruang IRI.

4. Riwayat Penyakit

a. Riwayat penyakit sekarang

Keluarga mengatakan 5 hari sebelum di bawa ke RSUP Dr.Soeradji Tirtonegoro Klaten dengan keluhan kaku diseluruh badan dan tidak bisa digerakkan, kepala terasa berat, pusing, demam. Keluarga mengatakan

ada luka di telapak kaki kirinya karena kena pecahan kaca sejak 10 hari sebelum dibawa ke RS. Luka cukup dalam dan tidak lebar, luka sudah dijahit dokter di poliklinik umum dideket rumah klien, setelah luka klien dijahit dan diberi obat, klien tetap bekerja sebagai buruh, saat bekerja klien tidak memakai alas kaki dan luka jahitan juga tidak dibersihkan. pada saat setelah mandi klien tiba – tiba pingsan, sesak nafas dan dada terasa nyeri. Keluarga mengatakan klien sulit BAK sejak 1 hari setelah kejadian pingsan, BAB tidak ada keluhan. Klien dibawa ke dokter, kemudian dengan dokter menyarankan untuk membawa klien ke RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro, sesampai di IGD diberi penanganan dan pihak IGD menyarankan untuk dirawat di IRI tapi klien menolak, pada saat sampai di IGD kesadaran klien masih composmentis, kemudian klien dirawat dibangsal. Pada tanggal 10 Desember 2011 keadaan klien dibangsal semakin buruk dan mengalami penurunan kesadaran, kemudian pihak bangsal menganjurkan keluarga untuk dirawat di IRI dan keluarga menyetujui. Pada saat masuk IRI jam 10.00 WIB klien kesadaran sudah somnolent.

b. Riwayat penyakit dahulu

Keluarga mengatakan belum pernah mengalami sakit sampai parah seperti ini, klien hanya sakit batuk pilek dan sembuh dengan minum obat beli di warung.

c. Riwayat penyakit keluarga

Didalam keluarga klien belum ada yang mengalami sakit tetanus, keluarga tidak ada yang menderita penyakit turunan seperti jantung, DM ataupun hipertensi.

5. Pengkajian Primer

a. Airway

Adanya sumbatan/obstruksi jalan napas oleh adanya penumpukan sekret akibat kelemahan reflek batuk

b. Breathing

Kelemahan menelan, suara napas terdengar ngorok Pernafasan spontan, RR 24x/menit, pergerakan dada teratur dan simetris. Ada bunyi napas ronkhi.

c. Circulation

Nadi kuat dan teratur, TD : 145/80 mmHg, Nadi :88x/menit, suhu :38,1°C, RR : 24x/menit, capillary refill<2 detik, akral teraba hangat, ada penurunan kesadaran, GCS: E1 V2 M3(apati)

d. Disability

ada penurunan kesadaran menjadi apatis, GCS: E1 V2 M3.

e. Exposure

Keadaan kulit baik, turgor kulit elastis, ada luka pada telapak kaki kiri bekas jahitan kena kaca.

6. Pengkajian Sekunder

a. AMPLE

1) Alergi

keluarga mengatakan selama ini tidak memiliki alergi terhadap obat, makanan, minuman ataupun yang lainnya.

2) Medikasi

keluarga mengatakan tidak dalam pengobatan penyakit apapun

3) Past illness

keluarga mengatakan belum pernah mengalami sakit tetanus, selama ini klien jarang sakit, klien mengalami sakit seperti batuk , pilek dan tidak enak badan(masuk angin).

4) Last Meal

keluarga mengatakan terakhir makan malam dengan bubur dibangsal.

5) Environment

Dilingkungan klien tinggal tidak ada peternakan seperti unggas ataupun hewan lainnya, yang bisa menyebabkan bakteri tetanus mudah masuk ke dalam tubuh. Klien sering ke sawah tanpa alas kaki. Tapi klien bekerja sebagai buruh bangunan yang dilingkungan tersebut ada pecahan kaca dan banyak sisa bahan bangunan yang tidak dibersihkan. Dan klien dalam bekerja tidak memakai alas kaki.

b. Pemeriksaan Head To Toe

- Kepala

Bentuk mesocephal, tidak ada lesi atau jejas, rambut bersih, distribusi merata, warna hitam, ekspresi wajah tampak meringis menahan nyeri (P: saat kejang, Q: -, R : seluruh tubuh, S : 9, T : terus – menerus)

- Mata

Bentuk mata simetris kanan dan kiri, mata sulit untuk dibuka

- Telinga

Bentuk simetris, bersih, tidak ada serumen.

- Hidung

Bentuk simetris, bersih, tidak terdapat pembesaran polip, tidak terdapat secret.

- Mulut

Klien mengalami trismus, mukosa bibir kering, mulut terjadi trismus, kemampuan membuka bibir $\pm 1,5$ cm dan gigi ± 1 cm, terlihat kaku, hipersalivasi (+), reflek menelan kurang, kebersihan kurang, ada secret

- Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran limfonodus, tidak ada peningkatan JVP. Terdapat kaku kuduk Tidak dapat menelan dengan baik

- Paru

Inspeksi : pengembangan dada kanan & dada kiri simetris, bentuk dada kanan dan kiri sama, frekuensi nafas 24x/menit, pernafasan teratur.

Palpasi : fremitus vocal kanan dan kiri sama, tidak ada nyeri tekanan.

Perkusi : sonor

Auskultasi : ronkhi

- Jantung

Inspeksi : Ictus Cordis tidak tampak

Palpasi : Ictus cordis teraba kuat pada SIC 4-5 midklavikula sinistra

Perkusi : Redup, batas jantung tidak melebar

Auskultasi : Tidak terdengar suara tambahan, bunyi jantung S1&S2 murni

- Abdomen

Inspeksi : Tidak terdapat benjolan/jejas, perut datar seperti papan, peristaltic (+).

Auskultasi : Bising usus 9 x / menit

Perkusi : Tympani

Palpasi : tidak ada pembesaran hati dan limfa.

- Ekstremitas

Bawah : Tidak ada edema, terasa kaku tapi dapat menekuk dan diluruskan secara perlahan D5%+diazepam 5 ampul 16 tpm pada telapak kaki kanan.

Atas : Tidak ada edema, terasa kaku tapi dapat menekuk dan diluruskan secara perlahan, terpasang infus Nacl 0,9%, tutofusin, pada tangan kanan.

Kekuatan otot : $\frac{5}{5} \mid \frac{5}{5}$, Edema $\frac{-}{-} \mid \frac{-}{+}$

Tabel 1 : Aktivitas Klien

Aktivitas	Skor				
	0	1	2	3	4
Mandi			√		
Makan				√	
Berpakaian/berdandan			√		
Eliminasi				√	
Mobilisasi di tempat tidur			√		
Pindah			√		
Ambulasi			√		

Keterangan :

- 0 : Mandiri
- 1 : Dibantu alat
- 2 : Dibantu orang lain
- 3 : Dibantu orang lain dan alat
- 4 : Tergantung total

- Genitourinaria

Terpasang selang DC ukuran 8 cm keadaan genital dan sekitarnya bersih.

7. Pengkajian Tersier

Pada tanggal 7 Desember 2011

Tabel 2 : Hasil Pemeriksaan Laboratorium

No	Pemeriksaan	Hasil	Normal	Satuan
1	WBC	11,8	4,8 – 10,8	10 ³ /ul
2	RBC	5,52	4,7 – 6,1	10 ⁶ /ul
3	HGB	15,5	14 – 18	g/dl
4	HCT	46,3	42 – 52	%
5	MCV	83,9	80 – 94	Fl
6	MCH	28,1	27 – 31	Fl
7	MCHC	33,5	33 – 37	Pg
8	PLT	304	150 – 450	10 ³ /ul
9	RDW	42	35 – 45	Fl
10	PDW	9,4	9 – 13	Fl
11	MPV	8,4	7,2 – 11,1	Fl

8. Therapy

- Program terapi

1. Tanggal 10 Desember 2011

- NaCl 20 tpm
- D5%+ diazepam 3 ampul 16 tpm
- Ceftriaxon 1gRasional12 jam
- Metronidazole 500mg/6jam
- Ranitidine 25 mg/12 jam
- O₂ 5 L/menit
- Diit sonde TKTP

- Faemadol 100mg /bila perlu
- 2. Tanggal 11 Desember 2011
 - NaCl 20 tpm
 - D5%+ diazepam 5 ampul 16 tpm
 - Ceftriaxon 1gRasional12 jam
 - Metronidazole 500mg/6jam
 - Ranitidine 25 mg/12 jam
 - O₂ 5 L/menit
 - Diit sonde TKTP
 - Novalgin dan petidine (syringe pump)

B. DATA FOKUS

DS :

DO :

- Klien dalam keadaan gelisah
- Mulut terjadi trismus.
- Kemampuan membuka bibir \pm 1,5 cm.
- Gigi \pm 1 cm.
- Klien terlihat kaku.
- Otot perut datar seperti papan.
- Terjadi epistotonus
- TTV TD: 145/80 mmHg, Nadi :88x/menit, RR : 24x/menit, suhu 38,3°C.
- Reflek menelan menurun.

- Terpasang NGT.
- Saat cairan dimasukkan perut klien tegang.
- Seluruh tubuh berkeringat
- Sering panas dingin
- Akral teraba hangat
- Kedua tangan terfiksasi.
- Klien sering kejang ketika ada rangsang ataupun tidak ada rangsang.
- Klien dalam pemenuhan ADL dibantu oleh perawat dan alat.
- Kesadaran menurun
- Adanya Hipersalivasi dalam mulut
- Adanya luka jahitan pada kaki kiri
- Kondisi sekitar luka bengkak,
- Disekitarnya kemerahan,
- WBC: $11,8 \cdot 10^3/\text{ul}$
- Terpasang DC hari ke 4 (dari bangsal)
- Terpasang infuse kaki kanan dan tangan kanan
- Pernafasan spontan dan agak ngorok (ronkhi)

C. Analisa Data

Tabel 3 : Analisa Data Klien

No	Data	Etiologi	Problem
1	<p>Ds : Klien mengatakan nyeri dan pegal – pegal seluruh tubuhnya.</p> <p>P: saat kejang,</p> <p>Q: -</p> <p>R : seluruh tubuh</p> <p>S : 9</p> <p>T : terus – menerus</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien dalam keadaan gelisah • Kemampuan membuka bibir \pm 1,5 cm dan gigi \pm 1 cm, terlihat kaku, • Otot perut datar seperti papan, • Epistotonus (+) • TTV TD: 145/80 mmHg, Nadi :88x/menit, RR : 24x/menit, 	<p>Agen injury (biologi)</p>	<p>Nyeri akut</p>
2	<p>Ds :</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien sulit membuka mulut, mulut terjadi trismus, kemampuan membuka bibir \pm 1,5 cm dan gigi 1 cm, terlihat kaku 	<p>Penurunan reflek menelan, intake kurang</p>	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Reflek menelan menurun • Terpasang NGT saat dimasukkan kemudian pasien perutnya menjadi kejang. 		
3	<p>Ds :</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suhu : 38,3°C, • RR : 24x/menit • Terjadi kejang • Akral teraba hangat 	Penyakit tetanus	Hipertermi
4	<p>Ds :-</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien dalam pemenuhan ADL dibantu oleh perawat, • Dalam ADL mandi, berpakaian, mobilisasi ditempat tidur, ambulasi, pindah, dibantu orang lain. • Dalam ADL makan dan toileting dibantu orang lain dan alat. Kesadaran menurun 	<p>Gangguan system syaraf (Adanya kejang)</p>	<p>Syndrome defisit self care</p>
5	<p>Ds :-</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dalam menelan masih susah, kesadaran menurun • Adanya Hipersalivasi dalam mulut, menurunnya reflek menelan 	<p>Penurunan kesadaran, Gangguan menelan</p>	Resiko Aspirasi

	<ul style="list-style-type: none"> • Masih adanya kejang 		
6	<p>Ds :-</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adanya luka jahitan pada kaki kiri • Kondisi sekitar luka bengkak, • Disekitarnya kemerahan, WBC: 11,8 10³/ul, N: 88 x/m , S: 38,3°C • Terpasang DC hari ke 4 (dari bangsal) • Terpasang infuse kaki kanan dan tangan kanan. 	<p>Imunitas tubuh primer menurun, prosedur invasive</p>	<p>Resiko infeksi</p>
7	<p>Ds</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipersalivai pada mulut, • Pernafasan spontan dan agak ngorok, adanya ronkhi • RR 24 kali/menit. Dan penumpukan sekresi. 	<p>Penumpukan sekresi sekret akibat kerusakan otot-otot menelan.</p>	<p>Bersihan jalan nafas tidak efektif</p>

B. PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Bersihan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekresi sekret akibat kerusakan otot-otot menelan
2. Resiko Aspirasi berhubungan dengan penurunan kesadaran, Gangguan menelan

3. Nyeri berhubungan dengan agen injury biologis
4. hipertermi berhubungan dengan penyakit tetanus
5. Resiko infeksi berhubungan dengan Imunitas tubuh primer menurun, prosedur invasive
6. keseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan Penurunan reflek menelan, intake kurang
7. Syndrome defisit self care berhubungan dengan Gangguan system syaraf (Adanya kejang)

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 4 : Intervensi Keperawatan Pada Klien tetanus

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan&KH (NOC)	Intervensi (NIC)	Rasional
1	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sputum pada trakea dan spame otot pernafasan	Setelah dilakukan tindakankeperawatan selama 2x24 jam terjadi kepatenan jalan nafas, dengan Kriteria Hasil : <ul style="list-style-type: none"> •Klien tidak sesak •Tidak ada lendir atau skret •Pernafasan 16-18 kali/menit •Tidak ada pernafasan cuping hidung •Tidak ada tambahan otot pernafasan, 	Manajemen Jalan Nafas <ol style="list-style-type: none"> 1. Bebaskan jalan nafas dengan mengatur posisi kepala ekstensi 2. Pemeriksaan fisik dengan cara auskultasi mendengarkan suara nafas (adakah ronchi) tiap 2-4 jam sekali 3. Bersihkan mulut dan saluran nafas dari sekret dan lendir dengan melakukan suction 4. Oksigenasi 5. Observasi tanda-tanda vital tiap 2 jam 6. Observasi timbulnya gagal nafas 7. Kolaborasi dalam pemberian obat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Secara anatomi posisi kepala ekstensi merupakan cara untuk meluruskan rongga pernafasan 2. Ronchi menunjukkan adanya gangguan pernafasan akibat atas cairan atau sekret yang menutupi sebagian dari saluran pernafasan sehingga perlu dikeluarkan untuk mengoptimalkan jalan nafas 3. Suction merupakan tindakan bantuan untuk mengeluarkan sekret, sehingga mempermudah proses respirasi 4. Pemberian oksigen secara adekuat dapat mensuplai dan memberikan cadangan oksigen, sehingga mencegah terjadinya hipoksia

			pengencer sekresi(mukolitik)	<p>5. Dyspneu, sianosis merupakan tanda terjadinya gangguan nafas disertai dengan kerja jantung yang menurun</p> <p>6. Ketidakmampuan tubuh dalam proses respirasi diperlukan intervensi yang kritis dengan menggunakan alat bantu pernafasan (mekanical ventilation)</p> <p>7. Obat mukolitik dapat mengencerkan sekret yang kental sehingga mempermudah pengeluaran dan mencegah kekentalan.</p>
2	Resiko aspirasi berhubungan dengan penurunan kesadaran, gangguan menelan	Setelah dilakukan tindakankeperawatan selama 2x24 jam klien dapat menelan dengan baik dengan Kriteria Hasil : <ul style="list-style-type: none"> •Dapat bernafas dengan mudah •Frekuensi pernafasan 	Manajemen kontrol aspirasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sputum pada trakea dan spame otot pernafasan 2. Bebaskan jalan nafas dengan mengatur posisi kepala ekstensi 3. Pemeriksaan fisik dengan cara 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Takipnu, pernafasan dangkal dan gerakan papp tak simetris sering terjadi karena adanya secret 2. Menurunkan resiko aspirasi atau aspiksia dan osbtruksi 3. Menghindari tergigitnya lidah dan memberi sokongan pernafasan jika

		<p>normal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mampu menelan. • Mengunyah tanpa terjadi aspirasi 	<p>auskultasi mendengarkan suara nafas (adakah ronchi) tiap 2-4 jam sekali</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Bersihkan mulut dan saluran nafas dari sekret dan lendir dengan melakukan suction 5. Oksigenasi 6. Observasi tanda-tanda vital tiap 2 jam 7. Observasi timbulnya gagal nafas 8. Kolaborasi dalam pemberian obat pengencer sekresi(mukolitik 	<p>diperlukan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Memudahkan dan meningkatkan aliran sekret dan mencegah lidah jatuh yang menyumbat jalan nafas 5. Memaksimalkan oksigen untuk kebutuhan tubuh dan membantu dalam pencegahan hipoksia 6. Mengurangi rangsangan kejang 7. Memaksimalkan fungsi pernafasan untuk memenuhi kebutuhan tubuh terhadap oksigen dan pencegahan hipoksia
3.	hipertermi berhubungan dengan penyakit tetanus	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x 24 suhu tubuh normal dengan KH	<p>Termoregulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur Suhu lingkungan yang nyaman. 2. Pantau suhu tubuh tiap 2 jam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Iklim lingkungan dapat mempengaruhi kondisi dan suhu tubuh individu sebagai suatu proses adaptasi melalui proses evaporasi dan konveksi.

		<ul style="list-style-type: none"> • Suhu 36-37°C. • hasil lab sel darah putih (leukosit) antara 5.000-10.00 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Berikan hidrasi atau minum yg cukup adequate 4. Lakukan tindakan teknik aseptik dan antiseptik pada perawatan luka disekitar luka. 5. Berikan kompres hangat bila tidak terjadi eksternal rangsangan kejang 6. Kolaborasi dalam pemberian antipieretik 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi perkembangan gejala-gajala ke arah syok exhaustion 3. Cairan-cairan membantu menyegarkan badan dan merupakan kompresi badan dari dalam 4. Perawatan lukan mengeleminasi kemungkinan toksin yang masih berada. 5. Kompres hangat merupakan salah satu cara untuk menurunkan suhu tubuh dengan cara proses konduksi 6. Obat-obat antibakterial dapat mempunyai spektrum luas untuk mengobati bakteerria gram positif atau bakteria gram negatif. Antipieretik bekerja sebagai proses termoregulasi untuk mengantisipasi panas.
4.	Resiko infeksi berhubungan	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama	Manajemen kontrol infeksi 1. Observasi keadaan umum klien	1. Mengetahui keadaan umum klien

	dengan imunitas tubuh primer menurun, prosedur invasive	<p>2x24 jam diharapkan klien faktor resiko infeksi terdeteksi, resiko infeksi terkontrol dengan Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Status imune adekuat, TTV (S: 36-37.5 C), • Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi, menunjukkan • Kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, • Jumlah sel darah putih dalam batas normal (4-10.000) 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor TTV 3. Monitor tanda dan gejala infeksi 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan dengan tehnik aseptic 5. Pertahankan tehnik isolasi kalau perlu 6. Kolaborasi terapi obat antibiotic 7. Batasi pengunjung bila perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Mengetahui nilai TTV klien, terutama suhu klien 3. Mengetahui apakah sudah terjadi infeksi 4. Mencegah terjadinya infeksi 5. Mencegah infeksi lebih lanjut 6. Mencegah bertambahnya faktor yang menyebabkan infeksi dari luar/pengunjung 7. Mencegah terjadinya infeksi
5	Ketidakseimbangan nutrisi kurang	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama	<p><u>Management nutrisi :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang BB tiap hari jika 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji pemasukan makanan yang adekuat

	<p>dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan reflek melan, intake kurang</p>	<p>2x24 jam diharapkan klien status nutrisi adekuat dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • BB stabil • Tingkat energi adekuat • Masukan nutrisi adekuat • Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi • Tidak ada tanda-tanda malnutrisi • Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	<p>memungkinkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kaji pola makan klien 3. Kaji adanya alergi makanan pada klien 4. Berikan makanan yang klien sukai 5. Jelaskan pentingnya makan bagi klien 6. Berikan perawatan mulut 7. Berikan makanan selagi masih hangat 8. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang diet 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Mengetahui pola makan klien 3. Mengetahui adanya riwayat alergi makanan pada klien 4. Dengan makanan yang disukai nafsu makan klien menjadi meningkat 5. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi klien 6. untuk menambah nafsu makan 7. Untuk menambah selera makan klien 8. Sangat bermanfaat dalam perhitungan dan penyesuaian diet untuk memenuhi kebutuhan klien
--	--	---	---	--

6	Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri (biologi)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan klien terjadi peningkatan kenyamanan, nyeri terkontrol dengan Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien menyatakan nyeri berkurang (skala 4 – 6) • Klien mampu istirahat/tidur • Wajah klien rileks, • TTV dalam batas normal (TD : 120/80mmHg, Nadi :60 – 100x/menit) 	<p style="text-align: center;">Manajemen Nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji nyeri secara komprehensif (PQRST) 2. Amati isyarat non verbal kenyamanan 3. Ciptakan lingkungan nyaman dan kondusif 4. Bantu pasien menemukan posisi nyaman 5. Kolaborasi dalam pemberian analgetik 6. Ajarkan tehnik relaksasi jika memungkinkan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menentukan intervensi yang sesuai dan keefektifan dari terapi yang diberikan 2. Membantu dalam mengidentifikasi derajat ketidaknyamanan 3. Meningkatkan kenyamanan 4. Peninggin lengan menyebabkan pasien rileks 5. Menurunkan/meredamkan rasa nyeri 6. Menurunkan atau mengurangi rasa nyeri
7	Sindrome self care ADL (perawatan diri,	Setelah dilakukan perawatan 2x24 jam klien klien mampu perawatan diri secara	1. Monitor kemampuan klien terhadap perawatan kebutuhan diri sehari – hari (makan,	1. Mengetahui seberapa besar kemampuan klien dalam ADL

	<p>makan, toileting, berpakaian, mobilisasi) berhubungan dengan gangguan sistem syaraf (kejang)</p>	<p>mandiri dengan Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> •Klien dapat melakukan aktivitas sehari-hari (makan, berpakaian, kebersihan, toileting, ambulasi) •Klien bersih, segar, nyaman dan tidak bau 	<p>berpakaian, kebersihan, toileting, ambulasi)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor kebutuhan akan personal hygiene, berpakaian, makan, toileting dan ambulasi 3. Beri bantuan kepada klien dalam memenuhi ADL 4. Anjurkan klien melakukan ADL sesuai kemampuannya 5. Evaluasi kemampuan klien dalam memenuhi aktivitasnya 6. Berikan reinforcement atas usaha perawatan diri yang dilakukan klien 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Memantau kebutuhan ADL klien 3. Menghemat tenaga yang dikeluarkan klien 4. Melatih ADL secara mandiri 5. Mengetahui seberapa besar kemampuan klien 6. Memberi semangat dan dukungan kepada klien
--	---	--	---	---

D. IMPLEMENTASI (Catatan Perawatan & Perkembangan)

Tabel 5 : Implementasi Pada Tn.B

Hari/ Tgl/jam	No. Dx	Implementasi	Respon	TTD
Sabtu, 10-12- 2011 10.00 10.30	1,4	- Menerima klien dari bangsal - Mengobservasi keadaan umum klien	S: - O: KU lemah,TD: 145/80 mmHg, N: 88x/m, RR: 20x/m, S:36,4°C SPO2: 99% Ada luka pada telapak kaki kanan, sudah dijahit, sekitar luka warna merah.	Hidayah
	1,2	- Memberikan oksigen pada klien	S : - O : Klien memakai kanul oksigen 5 l/m	Hidayah
	7	- Memonitor kemampuan klien dalam aktivitas	S : O : - Klien kondisinya lemah dan dalam memenuhi kebutuhan dibantu perawat	Hidayah
	4	- Cuci tangan sebelum melakukan tindakan ke klien	S : - O : Perawat cuci tangan sebelum ke klien	Hidayah
	1,2	- Melakukan suction	S : - o : Membersihkan sekret/lendir dibagian mulut.	Hidayah

11.10	1,2,	Memposisikan klien miring kanan	S : - o : Klien posisi miring kanan dengan diberi bantalan pada punggung	Hidayah
	7	- Mengidentifikasi faktor pencetus dari kejang	S: O : - Klien kejang saat ada rangsang suara, rangsang cahaya,dan rangsang sentuhan.	Hidayah
	1,7	- Memberikan lingkungan yang nyaman dan kondusif	S: - O: •Di sekitar tempat tidur klien lampu dimatikan. •Keluarga klien menjenguk dalam posisi agak jauh dengan klien dan suara disekitar klien lirin.	Hidayah
11.45	5	- Memasang NGT pada klien	S : - O : Klien gelisah waktu dipasang NGT.	Hidayah
	5	- Kolaborasi dengan ahli gizi	S : O : Klien mendapat diit sonde dengan diit TKTP	Hidayah
	4	- Membatasi pengunjung	S : - O : Pengunjung bergantian dalam menjenguk klien, pengunjung tertib tidak gaduh	Hidayah
12.10	4	Membantu klien dalam ADL (makan)	S : - O : Perawat memasukkan diit	Hidayah

	3,5,8	- Memasukkan diit pada klien	sonde pada klien S : O : Diit sonde masuk lewat NGT sewaktu masih hangat habis ½ gelas (200cc) dan memberikan hidrasi/minum pada klien	Hidayah
12.40	1,2,3,4,6,	- Memonitor TTV (TD, nadi, suhu, pernafasan dan SPO2	S : - O: TD: 145/83mmHg N: 93x/m RR: 22x/m S : 38,7° C SPO2: 99% Akral teraba hangat	Hidayah
	6	- Mengkaji nyeri pada klien secara komprehensif	S : •klien mengeluh nyeri pada seluruh badan dan terasa pegal-pegal P: saat kejang, Q: - R : seluruh tubuh S : 9 T : terus – menerus O : klien dalam keadaan gelisah. Ekspresi wajah klien meringis kesakitan.	Hidayah
	1,2,	- Memiringkan klien ke posisi kanan	S : O : - Klin posisi miring ke kanan dengan bantalan di punggung	Hidayah

13.00	3 3,4	Memberikan air minum pada klien lewat NGT - Memberikan terapi sesuai program	S : - O : Air putih masuk ±50 cc masuk NGT S : - O : Klien mendapat obat injeksi • Metronidazole 500mg • Memasang infus pada tangan kanan D5% yang ditambah Diazepam 3 ampul dengan 16 tpm • Memberikan penurun panas farmadol 100 mg.	Hidayah Hidayah
13.45	7	- Memberikan pengaman pada klien	S : - O : Klien terfiksasi dengan tali pada kedua tangan, agar klien tidak jatuh saat kejang.	Hidayah
Minggu, 11-12- 2011 07.00	1,2,3,4	- Mengobservasi keadaan umum klien - Membantu klien dalam ADL (menyibin, mengganti baju)	S : - O : KU lemah, TD: 142/86 mmHg, N: 95x/m, RR: 23x/m, S:38,4°C SPO2: 99% Ada luka pada telapak kaki kanan, sudah dijahit, sekitar luka warna merah. S : - O : Klien setelah disibin dan diganti bajunya klien bersih, segar dan rapi	Hidayah Hidayah

07.30	, 2, 4,6	- Memberikan lingkungan yang nyaman dan kondusif	S : - O : Mengganti sprei klien dan menciptakan lingkungan kondusif dengan meminimalkan adanya rangsang.	Hidayah
	1,2	- Memberikan oksigen pada klien	S : - O : Klien memakai kanul oksigen 5 l/m	Hidayah
	8	- Memonitor kemampuan klien dalam aktivitas	S : - O : Klien kondisinya lemah dan dalam memenuhi kebutuhan dibantu perawat	Hidayah
	4	Cuci tangan sebelum melakukan tindakan ke klien	S : - O : Perawat cuci tangan sebelum ke klien	Hidayah
09.00	1,2	Melakukan suction	S : - o : Membersihkan sekret/lendir dibagian mulut.	Hidayah
	1,2,8	- Memposisikan klien miring kanan	S : - o : Klien posisi miring kanan dengan diberi bantalan pada punggung	Hidayah
	5			
10.00		- Memberikan diit	S : -	Hidayah

10.30	7 6,1, 8,2	ekstra - Mengidentifikasi faktor pencetus dari kejang - Memberikan lingkungan yang nyaman dan kondusif	O : Klien mendapat diit ekstra sonde habis ±100cc S: - O : Klien kejang saat ada rangsang suara, rangsang cahaya,dan rangsang sentuhan. S: - O: •Di sekitar tempat tidur klien lampu dimatikan. •Keluarga klien menjenguk dalam posisi agak jauh dengan klien dan suara disekitar klien lirin.	Hidayah Hidayah
11.00 11.30 12.15		- Kolaborasi dengan ahli gizi - Membatasi pengunjung - membantu klien dalam ADL (makan) - Memasukkan diit pada klien	S : - O : Klien mendapat diit sonde dengan diit TKTP S : - O : Pengunjung bergantian dalam menjenguk klien, pengunjung tertib tidak gaduh S : - O : Perawat memasukkan diit sonde pada klien S : O : Diit sonde masuk lewat NGT sewaktu masih hangat habis ½ gelas (200cc)	Hidayah Hidayah Hidayah

13.40		<p>- Memonitor TTV klien</p> <p>- Membantu klien dalam ADL (klien BAB)</p>	<p>S : -</p> <p>O : KU lemah,TD: 142/86 mmHg, N: 88x/m, RR: 23x/m, S:37,1°C</p> <p>SPO2: 99%</p> <p>Ada luka pada telapak kaki kanan, sudah dijahit, sekitar luka warna merah</p> <p>S : -</p> <p>O : Klien BAB warna agak kuning, ±20 cc</p>	<p>Hidayah</p> <p>Hidayah</p>
-------	--	--	---	-------------------------------

E. EVALUASI

Tabel 6 : Evaluasi Pada Tn.B

Hari,tgl, jam	No. Dx	Evaluasi	TTD
Sabtu, 11-12- 2011 14.00	1 (bersihan jalan nafas)	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien dalam keadaan gelisah • Klien tidak bisa atau sulit menelan • Hipersalivai pada mulut, • Pernafasan spontan dan agak ngorok • Secret produk • Paru suara ronkhi • RR 29 kali/menit. • Dan penumpukan sekresi. <p>A : Masalah bersihan jalan nafas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi manajemen bersihan jalan nafas</p>	hidayah
	2 (resiko aspirasi)	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dalam menelan masih susah • Kesadaran menurun • Adanya Hipersalivasi dalam mulut • Menurunnya reflek menelan • Secret produk • Masih adanya kejang <p>A : Masalah resiko aspirasi tidak terjadi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi aspirasi precaution</p>	

	<p>3 (hipertermi)</p>	<p>S : - O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien suhu sering panas dingin, • S : 38,3°C, • Seluruh tubuh berkeringat, Akral terasa hangat <p>A : Masalah hipertermi belum teratasi P : Lanjut Intervensi termoregulasi</p>	
	<p>4 (resiko infeksi)</p>	<p>S : - O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adanya luka jahitan pada telapak kaki kiri, luka kotor • Kondisi sekitar luka bengkak, • Disekitar luka kemerahan, • WBC: 11,8 10³/ul, N: 88 x/m , S: 38,3°C • Terpasang DC hari ke 4 (dari bangsal) • Terpasang infuse kaki kanan dan tangan kanan. <p>A : Masalah resiko infeksi tidak terjadi P : Lanjut Intervensi control infeksi</p>	
	<p>5 (nutrisi)</p>	<p>S : - A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien sulit membuka mulut • Mulut terjadi trismus, • Kemampuan membuka bibir ± 1,5 cm 	

	<p>6 (nyeri)</p>	<p>dan gigi 1 cm, terlihat kaku,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflek menelan menurun, • Terpasang NGT <p>A : Masalah keseimbangan nutrisi belum teratasi</p> <p>P : Lanjut intervensi manajemen nutrisi.</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengeluh badan terasa nyeri dan pegal – pegal • P: saat kejang. <p>Q: -</p> <p>R : seluruh tubuh</p> <p>S : 9</p> <p>T : terus – menerus</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien dalam keadaan gelisah • TD: 145/83mmHg, N: 93x/m, RR: 22x/m, SPO2: 99% • Mulut terjadi trismus, kemampuan membuka bibir ± 1,5 cm dan gigi ±1 cm, terlihat kaku, otot perut datar seperti papan, epistotonus (+) <p>A: Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P : Lanjut intervensi manajemen nyeri</p>	
--	----------------------	---	--

	<p>7 (sindrome self)</p>	<p>S :- O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien dalam pemenuhan ADL dibantu oleh perawat. • Dalam ADL mandi, berpakaian, mobilisasi ditempat tidur, ambulasi, pindah, dibantu orang lain. • Dalam ADL makan dan toileting dibantu orang lain dan alat. • Kesadaran menurun <p>A : Masalah syndrome Defisit self care belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi bantuan perawatan diri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bantu klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL • Monitor kemampuan klien dalam usaha pemenuhan ADL secara mandiri • Beri reinforcement atas usaha klien 	
<p>Minggu, 11-12- 2011</p>	<p>1 (bersihan jalan nafas)</p>	<p>S :- O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien masih dalam keadaan gelisah • Klien tidak bisa atau sulit menelan • Masih Hipersalivai pada mulut, • Pernafasan spontan • Ada suara ngorok (ronkhi) • Secret produk • Suara paru ronkhi 	

	<p>2 (resiko aspirasi)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • RR 23 kali/menit. • Dan penumpukan sekresi. <p>A : Masalah bersihan jalan nafas teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi manajemen bersihan jalan nafas</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dalam menelan masih susah, • Kesadaran menurun • Adanya Hipersalivasi dalam mulut • Menurunnya reflek menelan • Masih adanya kejang • Klien terpasang NGT • Rr 23x/menit <p>A : Masalah resiko aspirasi teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi aspiration precaution</p>	
	<p>3 (hipertermi)</p>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien suhu badannya sering panas dingin, • S : 37,1°C, • Seluruh tubuh berkeringat, Akral teraba hangat WBC : 11,8 10³/ul <p>A : Masalah hipertermi teratasi sebagian (suhu normal)</p> <p>P : Lanjut Intervensi termoregulasi</p>	

	<p>4 (resiko infeksi)</p>	<p>S : - O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adanya luka jahitan pada telapak kaki kiri, luka masih kotor. • Kondisi sekitar luka bengkak, • Disekitarnya kemerahan, • WBC: 11,8 10³/ul, • N: 88 x/m , S: 37,1°C • Terpasang DC hari ke 5 (dari bangsal) • Terpasang infuse kaki kanan dan tangan kanan. <p>A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian (suhu normal)</p> <p>P : Lanjut Intervensi manajemen control infeksi</p>	
	<p>5 (nutrisi)</p>	<p>S : - A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien sulit membuka mulut • Mulut terjadi trismus, • Kemampuan membuka bibir ± 1,5 cm dan gigi 1 cm, terlihat kaku, • Reflek menelan menurun, <p>A : Masalah keseimbangan nutrisi teratasi sebagian (BB stabil)</p> <p>P : Lanjut intervensi manajemen nutrisi.</p>	
	<p>6 (nyeri)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengeluh badan terasa nyeri dan 	

	<p>8 (sindrome self)</p>	<p>pegal – pegal</p> <ul style="list-style-type: none"> • P: saat kejang. <p>Q: -</p> <p>R : seluruh tubuh</p> <p>S : 9</p> <p>T : terus – menerus</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien dalam keadaan gelisah • TD: 143/83mmHg, N: 93x/m, RR: 23x/m, SPO2: 99% • Mulut terjadi trismus, kemampuan membuka bibir ± 1,5 cm dan gigi ±1 cm, terlihat kaku, otot perut datar seperti papan, epistotonus (+) <p>A: Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P : Lanjut intervensi manajemen nyeri</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ADL dibantu • Kesadaran menurun <p>A : Masalah syndrome Defisit self care belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan bantuan perawatan diri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bantu klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL • Monitor kemampuan klien dalam usaha pemunahan ADL secara mandiri • Beri reinforcement atas usaha klien 	
--	------------------------------	--	--

Lampiran 2 : Glosarium dan Indeks

ABCDE	: airway, breathing, circulation, disability, exposure
AMPLE	: alergi, medikasi, past illness, last meal, enviroment
BAB	: buang air besar
BAK	: buang air kecil
BB	: berat badan
BUN	: blood urea nitrogen
D5%	: dekstrosa (glukosa) diberikan dalam 5 persen larutan garam normal
ECG	: electrocardiogram
EEG	: electroencephalogram
EVM	: eye, verbal, motorik
GCS	: Glasgow coma scale
JVP	: Jugular Venous Pressure
HCT	: Haematocrite
HGB	: hemoglobin
IPPA	:inspeksi, perkusi, palpasi, auskultasi
PQRST	: paliatif/provoking, quality, region, severete (skala), time
RBC	: res blood cell
RCT	: Randomized controlled trials
TD	: tekanan darah
TKTP	: tinggi kalori tinggi protein
TTV	: tanda – tanda vital
WBC	: white blood cell
WHO	: world health organization

Indeks :

	Halaman
clostridium tetani	1, 4, 5
Opistotonus	4, 5, 19
Ronkhi	6, 14, 15
Trismus	4, 5, 16, 18, 19, 20