

MODUL
BAHAN AJAR CETAK
KEPERAWATAN

KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH I



» M. Bachrudin
Moh. Najib



KEPERAWATAN
MEDIKAL BEDAH I

Pusdik SDM Kesehatan

Badan Pengembangan dan Pemberdayaan
Sumber Daya Manusia Kesehatan

Jl. Hang Jebat III Blok F3, Kebayoran Baru Jakarta Selatan - 12120
Telp. 021 726 0401, Fax. 021 726 0485, Email. pusdiknakes@yahoo.com



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH I

» M. Bachrudin
Moh. Najib



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

Hak Cipta © dan Hak Penerbitan dilindungi Undang-undang

Cetakan pertama, Desember 2016

Penulis : *M. Bachrudin, M.Kep.Sp.KMB*
Moh. Najib, SKP, M.Sc.

Penelaah : *Hadi Purwanto, S.Kep.,Ns.,M.Kes*

Fasilitator : *Dra. Dina Mustafa, M.Sc.*
Mutimanda Dwisatyadini, M.Kep.

Desain oleh Tim P2M2 :

Kover & Ilustrasi : *Sunarti*

Tata Letak : *Nono Suwarno*

Jumlah Halaman : 196

DAFTAR ISI

| | |
|--|-----------|
| BAB I: KONSEP DASAR KEPERAWATAN ANAK | 1 |
| Topik 1. | |
| Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Hipertensi | 2 |
| Latihan | 8 |
| Ringkasan | 11 |
| Tes 1 | 12 |
| Topik 2. | |
| Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Sirkulasi Koroner: Penyakit Jantung Koroner | 15 |
| Latihan | 19 |
| Ringkasan | 22 |
| Tes 2 | 22 |
| KUNCI JAWABAN TES FORMATIF | 26 |
| DAFTAR PUSTAKA | 27 |
| | |
| BAB II: ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN ANATOMI JANTUNG DAN KELAINAN SEL DARAH | 28 |
| Topik 1. | |
| Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gagal Jantung | 30 |
| Latihan | 34 |
| Ringkasan | 35 |
| Tes 1 | 36 |
| Topik 2. | |
| Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Peradangan Pada Jantung (Perikarditis, Miokarditis, Endokarditis) | 39 |
| Latihan | 42 |
| Ringkasan | 43 |
| Tes 2 | 44 |
| Topik 3. | |
| Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan Anemia | 47 |
| Latihan | 54 |
| Ringkasan | 55 |
| Tes 3 | 56 |

| | |
|---|------------|
| KUNCI JAWABAN TES FORMATIF | 59 |
| DAFTAR PUSTAKA | 60 |
| | |
| BAB III: ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN PENGINDERAAN | 61 |
| | |
| Topik 1. | |
| Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Penglihatan (Katarak) | 62 |
| Latihan | 67 |
| Ringkasan | 67 |
| Tes 1 | 68 |
| | |
| Topik 2. | |
| Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Peradangan pada Mata (Konjungtivitis) | 71 |
| Latihan | 76 |
| Ringkasan | 77 |
| Tes 2 | 77 |
| | |
| Topik 3. | |
| Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Peradangan pada Telinga (Otitis Media) | 80 |
| Latihan | 84 |
| Ringkasan | 84 |
| Tes 3 | 85 |
| | |
| Topik 4. | |
| Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Trauma Mata | 88 |
| Latihan | 92 |
| Ringkasan | 92 |
| Tes 4 | 93 |
| | |
| KUNCI JAWABAN TES FORMATIF | 96 |
| DAFTAR PUSTAKA | 98 |
| | |
| BAB IV: ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN PERNAFASAN AKIBAT PERADANGAN | 99 |
| | |
| Topik 1. | |
| Asuhan Keperawatan pada pasien dengan COPD (Cronic Obstruktif Pulmonal Disease)/PPOK (Penyakit Paru Obstruktif Kronis) | 100 |
| Ringkasan | 108 |
| Tes 1 | 110 |

| | |
|--|------------|
| Topik 2. | |
| Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan TBC | 112 |
| Ringkasan | 118 |
| Tes 2 | 119 |
| Topik 3. | |
| Asuhan Keperawatan pada pasien dengan PNEUMONIA | 121 |
| Ringkasan | 126 |
| Tes 3 | 127 |
| KUNCI JAWABAN TES FORMATIF | 129 |
| DAFTAR PUSTAKA | 130 |
| | |
| BAB V: ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN PERNAFASAN AKIBAT TRAUMA DAN KANKER | 131 |
| | |
| Topik 1. | |
| Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Trauma Dada | 132 |
| Ringkasan | 136 |
| Tes 1 | 137 |
| | |
| Topik 2. | |
| Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker Laring Faring dan Paru | 139 |
| Ringkasan | 158 |
| Tes 2 | 162 |
| KUNCI JAWABAN TES FORMATIF | 163 |
| DAFTAR PUSTAKA | 164 |
| | |
| BAB VI: ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN PENCERNAAN | 165 |
| | |
| Topik 1. | |
| Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gastritis dan Typus Abdominalis | 167 |
| Latihan | 175 |
| Tes 1 | 176 |
| | |
| Topik 2. | |
| Asuhan Keperawatan Pasien Hepatitis | 178 |
| Latihan | 185 |

| | |
|----------------------------------|-----|
| KUNCI JAWABAN TES FORMATIF | 186 |
| DAFTAR PUSTAKA | 187 |

TINJAUAN MATA KULIAH PRAKTIKUM

BAB I

KONSEP DASAR KEPERAWATAN ANAK

Moch. Bahrudin, M. Kep, Sp. KMB
Moh. Najib, SKP, MSc.

PENDAHULUAN

Halo, apa kabar? Mudah-mudahan Anda dalam keadaan sehat walafiat. Saya ucapkan selamat atas keberhasilan Anda saat ini adalah mempelajari bab tentang Mata Kuliah Keperawatan Medikal Bedah I (KMB I) yaitu mata kuliah yang berikan asuhan keperawatan penyakit dengan pasien dewasa pada gangguan system kardiovaskuler. Saya yakin Anda tentu sudah siap untuk mempelajari bab ini. Bab ini membahas tentang Yang meliputi : (1) pengertian, (2) penyebab, (3) faktor resiko, (4) gejala, (5) pengkajian, (6) diagnosa keperawatan, (7) rencana tindakan keperawatan, (8) menentukan evaluasi tindakan keperawatan.

Bab ini dapat Anda pelajari secara mandiri. Sebelum mempelajari bab ini sebaiknya Anda pelajari terlebih dahulu tentang (1) anatomi dan fisiologi sistem kardiovaskuler, (2) patofisiologi sistem kardiovaskuler, (3) farmakologi obat-obatan pada sistem kardiovaskuler, (4) pemeriksaan fisik sistem kardiovaskuler, (5) Pahami proses asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penentuan diagnosa, merencanakan tindakan dan evaluasi keperawatan.

Bab ini dapat Anda pelajari secara mandiri. Dalam mempelajari bab ini sebaiknya Anda pelajari secara bertahap, mulai dari materi pembelajaran yang disajikan pada Topik dan mengerjakan soal-soal latihan serta apabila telah yakin memahaminya, barulah Anda diperkenankan untuk melanjutkan mempelajari materi pembelajaran berikutnya.

Satu hal yang penting adalah membuat catatan tentang materi pembelajaran yang sulit Anda pahami. Cobalah terlebih dahulu mendiskusikan materi pembelajaran yang sulit dengan sesama perawat atau teman sejawat. Apabila masih dibutuhkan, Anda dianjurkan untuk mendiskusikannya dengan nara sumber pada kegiatan pembelajaran tatap muka.

Di dalam bab ini teresdia tes formatif dan tugas mandiri yang hendaknya semua soal tugas ini Anda kerjakan dengan tuntas. Dengan mengerjakan semua soal tugas yang ada, Anda akan dapat menilai sendiri tingkat penguasaan atau pemahaman terhadap materi pembelajaran yang disajikan dalam bab. Dengan mengerjakan semua soal tugas juga akan dapat membantu Anda mengetahui bagian-bagian mana dari materi pembelajaran yang disajikan di dalam bab yang masih belum sepenuhnya dipahami.

Apabila semua tes formatif di setiap Topik sudah selesai Anda kerjakan, periksalah jawaban Anda dengan menggunakan kunci Jawaban yang disediakan pada bagian akhir dari bab ini untuk mengetahui tingkat penguasaan Anda terhadap materi setiap Topik. Manfaat mempelajari bab ini adalah membantu Anda untuk dapat menerapkan asuhan keperawatan pasien dengan gangguan sistem kardiovaskuler. Oleh karena itu, pentingnya atau kegunaan menguasai bab asuhan keperawatan pasien dengan gangguan sistem kardiovaskuler adalah

memudahkan tugas Anda menerapkan asuhan keperawatan pada pasien gangguan kardiovaskuler.

Perkiraan waktu yang dibutuhkan untuk mempelajari bab ini adalah sekitar 24 x 50 menit. Oleh karena itu, Anda dapat membuat catatan mengenai hal-hal yang perlu didiskusikan pada waktu pelaksanaan kegiatan pembelajaran secara tatap muka.

Keberhasilan Anda mempelajari bab ini tentunya sangat tergantung pada keseriusan Anda. Hendaknya Anda tidak segan-segan untuk bertanya tentang materi pembelajaran yang belum Anda pahami kepada nara sumber pada saat dilaksanakan kegiatan pembelajaran tatap muka, atau berdiskusi dengan rekan Anda. Di samping itu, Anda juga harus berusaha dengan sungguh-sungguh untuk menyelesaikan semua tugas yang ada di dalam bab ini. Yakinlah bahwa Anda akan berhasil dengan baik apabila memiliki semangat belajar yang tinggi. Jangan lupa berdoa kepada Tuhan YME agar senantiasa diberikan kemudahan belajar.

Selamat Belajar, Semoga Sukses

Topik 1

Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Hipertensi

A. PENGERTIAN

Selamat bertemu kembali pada Topik yang ke 1. Nah, sekarang Anda akan belajar tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi. Kira-kira Anda mengetahui tentang definisi hipertensi? Sekarang tolong tuliskan tentang pengertian hipertensi pada titik-titik untuk meyakinkan pendapat saudara, maka bandingkan pendapat Anda dengan penjelasan pengertian pada hipertensi, hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan pada sistol diatas 139 mmHg atau tekanan diastole diatas 90 mmHg.

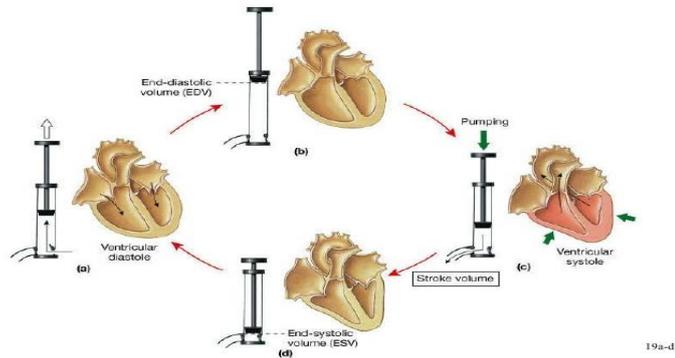
B. PENYEBAB

Kira-kira apa yang menyebabkan hipertensi menurut Anda? Coba Anda renungkan! Jawaban Anda tolong dicocokkan dengan penjelasan dibawah ini. Penyebab hipertensi pada umumnya tidak mempunyai penyebab yang spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan cardiac output atau peningkatan tekanan perifer. Namun ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi, antara lain : **a)** Genetik : Respon nerologi terhadap stress atau kelainan eksresi atau transport Natrium. **b)** Obesitas: terkait dengan level insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat. **c)** Stress lingkungan. **d)** Hilangnya Elastisitas jaringan dan arterisklerosis pada usia lanjut serta pelabaran pembuluh darah. Sekarang bandingkan jawaban Anda dengan uraikan diatas.

Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dibagi menjadi 2 golongan yaitu: **a)** Hipertensi Esensial (Primer) yaitu hipertensi dimana penyebabnya tidak diketahui namun banyak faktor yang mempengaruhi seperti genetika, lingkungan, hiperaktivitas, susunan saraf simpatik, system rennin angiotensin, efek dari eksresi Natrium (Na), obesitas, merokok dan stress. **b)** Hipertensi Sekunder, yaitu hipertensi yang diakibatkan karena penyakit ginjal atau penggunaan kontrasepsi hormonal.

Proses atau patofisiologi terjadinya hipertensi diawali dari meningkatnya tekanan darah atau hipertensi bisa terjadi melalui beberapa cara, yaitu : a) jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan lebih banyak darah pada setiap detiknya atau stroke volume.

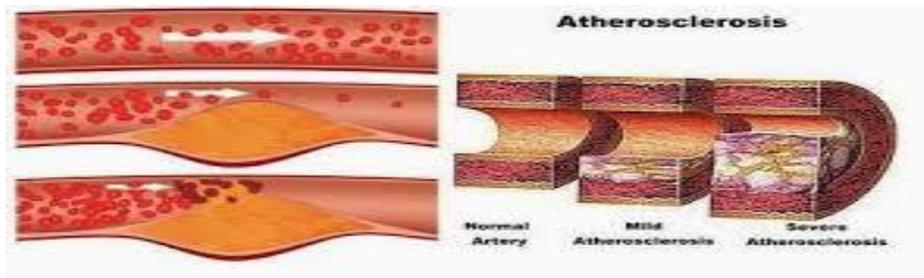
A Simple Model of Stroke Volume



Sumber, <http://Slideshare.com>, diunduh 2016.

Gambar 1.1 Stroke Volume

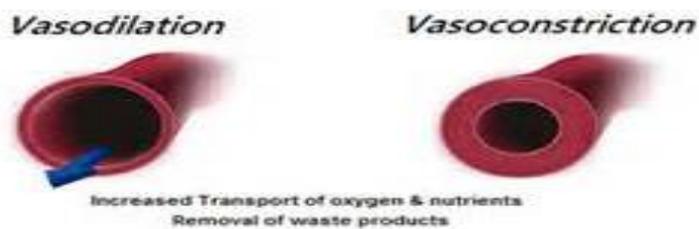
b) arteri besar kehilangan kelenturannya maka menjadi kaku, sehingga mereka tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut, karenanya darah pada setiap denyut jantung dipaksa untuk melalui pembuluh darah yang sempit dari pada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan darah. Inilah yang terjadi pada usia lanjut, di mana dinding arterinya telah menebal dan kaku karena arteriosklerosis.



Sumber : <http://strokelumpuh.com>, diunduh 2016

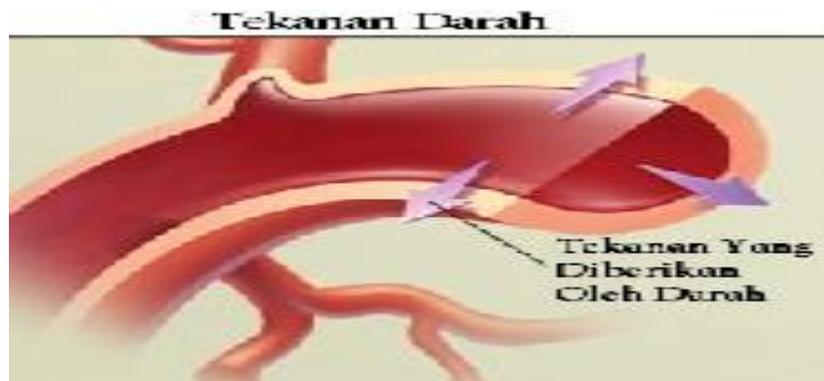
Gambar 1.2 Arteriosklerosis

c) tekanan darah juga meningkat pada saat terjadi vasokonstriksi, yaitu jika arteri kecil (arteriola) untuk sementara waktu mengkerut karena perangsangan saraf atau hormon di dalam darah.



Sumber : <http://Internetdict.com>, diunduh 2016

Gambar 1.3 Vasokonstriksi



Sumber, <http://Slideshare.com>, diunduh 2016.

Gambar 1.4 Pembuluh Darah Melebar Secara Normal, Ketika Tekanan Darah Tinggi

Bertambahnya cairan dalam sirkulasi bisa menyebabkan meningkatnya tekanan darah, hal ini terjadi jika terdapat kelainan fungsi ginjal sehingga tidak mampu membuang sejumlah garam dan air dari dalam tubuh, volume darah dalam tubuh meningkat, sehingga tekanan darah juga meningkat, kondisi akan lebih buruk pada usia lanjut, karena penyempitan pembuluh darah yang disebabkan arteriosklerosis, Sebaliknya jika : aktivitas memompa jantung berkurang, arteri mengalami pelebaran, karena tekanan darah tidak tinggi, sehingga banyak cairan keluar dari sirkulasi, maka tekanan darah akan menurun. Penyesuaian terhadap faktor-faktor tersebut dilaksanakan oleh perubahan di dalam fungsi ginjal dan sistem saraf otonom (bagian dari system saraf yang mengatur berbagai fungsi tubuh secara otomatis). Ginjal mengendalikan tekanan darah melalui beberapa cara : jika tekanan darah meningkat, ginjal akan menambah pengeluaran garam dan air, sehingga volume darah bertambah dan tekanan darah kembali normal. Jika tekanan darah menurun, ginjal akan mengurangi pembuangan garam dan air, sehingga volume darah bertambah dan tekanan darah tetap normal. Ginjal juga bisa meningkatkan tekanan darah dengan menghasilkan enzim yang disebut rennin, yang memicu pembentukan hormone angiotensin, yang selanjutnya akan memicu pelepasan hormon aldosteron. Ginjal merupakan organ penting dalam mengendalikan tekanan darah, karena itu berbagai penyakit dan kelainan pada ginjal bisa menyebabkan terjadinya tekanan darah tinggi. Misalnya penyempitan arteri yang menuju ke salah satu ginjal (stenosis arteri renalis) bisa menyebabkan hipertensi. Perdarahan dan cedera pada salah satu atau kedua ginjal juga bisa menyebabkan naiknya tekanan darah. Sistem saraf simpatis merupakan bagian dari sistem saraf otonom, yang untuk sementara waktu akan : meningkatkan tekanan darah selama respon *fight – or – flight* (reaksi fisik tubuh terhadap ancaman dari luar). Meningkatkan kecepatan dan kekuatan denyut jantung; juga mempersempit sebagian besar arteriola, tetapi memperlebar arteriola di daerah tertentu (misalnya otot rangka, yang memerlukan pasokan darah yang lebih banyak). Mengurangi pembuangan air dan garam oleh ginjal, sehingga akan meningkatkan volume darah dalam tubuh. Melepaskan hormon epinefrin (adrenalin) dan norepinefrin (noradrenalin), yang merangsang jantung dan pembuluh darah.

C. GEJALA

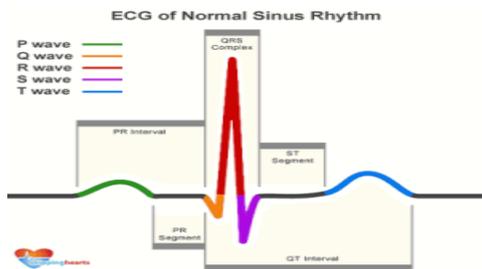
Nah, sekarang Anda akan belajar tentang manifestasi klinis pada pasien dengan hipertensi antara lain meningkatnya tekanan sistole di atas 140 mmHg atau tekanan diastole di atas 90 mmHg, sakit kepala bagian belakang, epistaksis/mimisen, rasa berat ditengkuk, sukar tidur, mata berkunang-kunang, lemah dan lelah. Manifestasi klinis di atas tidak semua harus muncul, yang terpenting adalah adanya peningkatan tekanan darah yang abnormal.

Dengan adanya hipertensi, akan menimbulkan Komplikasi pada organ-organ tubuh yang lain, organ tubuh yang sering mengalami komplikasi akibat hipertensi antara lain mata berupa perdarahan retina bahkan gangguan penglihatan sampai kebutaan, gagal jantung, gagal ginjal, pecahnya pembuluh darah otak/stroke.

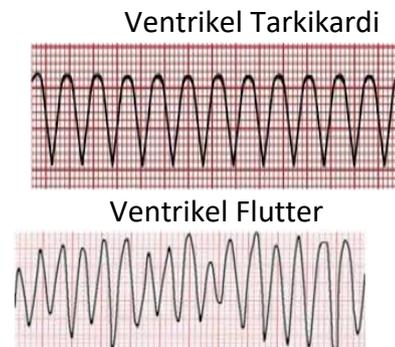
Untuk menghindari komplikasi maka diperlukan penatalaksanaan, untuk penatalaksanaannya di bagi menjadi 2 yaitu penatalaksanaan farmakologis dan non farmakologis. Sedangkan yang dimaksud dengan penatalaksanaan farmakologis adalah penatalaksanaan dengan menggunakan obat-obatan, beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pemberian atau pemilihan obat anti hipertensi yaitu : mempunyai efektivitas yang tinggi, mempunyai toksitas dan efek samping yang ringan atau minimal, memungkinkan penggunaan obat secara oral, tidak menimbulkan intoleransi, harga obat relative murah sehingga terjangkau oleh pasien dan memungkinkan penggunaan dalam jangka panjang. Golongan obat-obatan yang diberikan pada pasien dengan hipertensi antara lain golongan diuretic, golongan beta bloker, golongan antagonis kalsium, golongan penghambat konversi rennin angiotensin. Sedangkan penatalaksanaan hipertensi golongan non farmakologis antara lain : Diet dengan pembatasan atau pengurangan konsumsi garam, penurunan Berat Badan akan dapat menurunkan tekanan darah dibarengi dengan penurunan aktivitas rennin dalam plasma dan kadar aldosteron dalam plasma. Aktivitas, pasien disarankan untuk berpartisipasi pada kegiatan dan disesuaikan dengan batasan medis dan sesuai dengan kemampuan seperti berjalan, jogging, bersepeda atau berenang.

Nah, setelah Anda belajar tentang penatalaksanaan, selanjutnya Anda akan belajar tentang pemeriksaan penunjang/test diagnostik. Pemeriksaan penunjang untuk pasien hipertensi sebenarnya cukup dengan menggunakan tensi meter tetapi untuk melihat komplikasi akibat hipertensi, maka diperlukan pemeriksaan penunjang antara lain : **a)** Hemoglobin/Hematokrit: untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti : hipokoagulabilitas, anemia. **b)** *Blood Urea Nitrogen (BUN)/kreatinin* : memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal. **c)** Glukosa : Hiperglikemi (Diabetes Millitus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin. **d)** Urinalisa : darah, protein, glukosa, mengisyaratkan disfungsi ginjal dan ada Diabetes Millitus. **e)** EKG : Dapat menunjukkan pola regangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi. **f)** foto thorak : pembesaran jantung.

Gambar 1.5 EKG Normal



Gambar 1.6 EKG Dengan Nilai Gelombang P Tinggi



Sumber : <http://muzarro.blogspot.co.id>, diunduh 2016

D. ASUHAN KEPERAWATAN

Setelah Anda belajar tentang konsep hipertensi, sekarang saatnya Anda belajar tentang proses keperawatan yang diawali dari pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, penyusunan rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi.

Pengkajian keperawatan pada pasien hipertensi dimulai dari :

1. **Aktivitas/ Istirahat.** Meliputi Gejala : kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup. Tanda : Frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea.
2. **Sirkulasi,** meliputi Gejala : Riwayat Hipertensi, penyakit jantung koroner/katup dan penyakit stroke, episode palpitasi. Tanda : Kenaikan Tekanan Darah, Nadi denyutan jelas dari karotis, jugularis, radialis, tikikardi, murmur stenosis valvular, distensi vena jugularis, kulit pucat, sianosis, suhu dingin (vasokonstriksi perifer) pengisian kapiler mungkin lambat/ bertunda.
3. **Integritas Ego.** Melipuiti gejala : Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, faktor stress multiple (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan. Tanda : Letupan suasana hati, gelisah, tangisan meledak, otot muka tegang, pernafasan menghela, peningkatan pola bicara.
4. **Eliminasi** meliputi Gejala : Gangguan ginjal saat ini atau (seperti obstruksi atau riwayat penyakit ginjal pada masa yang lalu). Tanda meliputi jumlah dan frekuensi buang air kecil.
5. **Makanan/cairan** meliputi gejala: Makanan yang disukai yang mencakup makanan tinggi garam, lemak serta kolesterol, mual, muntah dan perubahan berat badan saat ini serta riwayat penggunaan obat diuretik. Tanda : Berat badan normal atau obesitas, adanya edema, glikosuria.

6. **Neurosensori** meliputi, Gejala : Keluhan pening/pusing, sakit kepala, Gangguan penglihatan (diplobia, penglihatan kabur), Tanda: perubahan status mental, perubahan orientasi, pola/isi bicara, efek, proses pikir, penurunan kekuatan genggaman tangan.
7. **Nyeri/ ketidaknyaman**, meliputi gejala : Angina (penyakit arteri koroner/ keterlibatan jantung), sakit kepala.
8. **Pernafasan**, meliputi gejala: Dispnea yang berkaitan dari aktivitas/kerja takipnea, dispnea, batuk dengan/tanpa pembentukan sputum, riwayat merokok. Tanda: Distress pernafasan/penggunaan otot aksesori pernafasan bunyi nafas tambahan (krakties/mengi), sianosis.
9. **Keamanan**, meliputi gejala : Gangguan koordinasi/cara berjalan, hipotensi postural.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Berdasarkan pengkajian diatas, maka dapat ditentukan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien hipertensi, tolong jawaban Anda ditulis pada titik-titik dibawah ini :

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk meyakinkan jawaban anda, maka cocokan jawaban Anda dengan pernyataan dibawah ini tentang diagnosa keperawatan pada pasien hipertensi :

- 1) Resiko tinggi penurunan curah jantung berhubungan dengan vasokonstriksi pembuluh darah.
- 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan O2.
- 3) Gangguan rasa nyaman nyeri : sakit kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler cerebral.
- 4) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi in adekuat, keyakinan budaya, pola hidup monoton.
- 5) Inefektif koping individu berhubungan dengan mekanisme koping tidak efektif, harapan yang tidak terpenuhi, persepsi tidak realistik.
- 6) Kurang pengetahuan mengenai kondisi penyakitnya berhubungan dengan kurangan sumber informasi yang didapat oleh pasien mengenai penyakit.

Setelah Anda cocokkan antara diagnosa keperawatan yang Anda buat dengan pernyataan di dalam bab, bagaimana hasilnya? Nah setelah Anda mengetahui hasilnya, maka Anda menyusun rencana tindakan keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan. Di bawah ini adalah rencana tindakan keperawatan.

1. Resiko tinggi penurunan curah jantung berhubungan dengan vasokonstriksi pembuluh darah.

Tujuannya adalah : pasien berpartisipasi dalam aktivitas yang menurunkan tekanan darah / beban kerja jantung, mempertahankan tekanan darah dalam rentang individu yang dapat diterima, memperlihatkan norma dan frekwensi jantung stabil dalam rentang normal pasien.

Intervensi : Observasi tekanan darah, Catat keberadaan, kualitas denyutan sentral dan perifer, Amati warna kulit, kelembaban, suhu, dan masa pengisian kapiler, Catat adanya demam umum / tertentu, Berikan lingkungan yang nyaman, tenang, kurangi aktivitas / keributan lingkungan, batasi jumlah pengunjung dan lamanya tinggal, Anjurkan teknik relaksasi, panduan imajinasi dan distraksi. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi anti hipertensi, diuretik.

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O₂. **tujuannya**: Pasien dapat berpartisipasi dalam aktivitas yang diinginkan/diperlukan, melaporkan peningkatan dalam toleransi aktivitas yang dapat diukur.

Intervensi : Kaji toleransi pasien terhadap aktivitas dengan menggunakan parameter : frekuensi nadi 20 per menit diatas frekwensi istirahat, catat peningkatan Tekanan darah, dyspnea, atau nyeri dada, kelelahan berat dan kelemahan, berkeringat, pusing atau pingsan. Kaji kesiapan untuk meningkatkan aktivitas contohnya : penurunan kelemahan / kelelahan, tekanan darah stabil, frekwensi nadi, peningkatan perhatian pada aktivitas dan perawatan diri. Dorong pasien dan keluarga untuk memajukan aktivitas/ toleransi perawatan diri. Berikan bantuan sesuai kebutuhan dan anjurkan penggunaan kursi mandi, menyikat gigi / rambut dengan duduk dan sebagainya. Dorong pasien untuk partisipasi dalam memilih periode aktivitas.

3. Gangguan rasa nyaman nyeri : sakit kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler cerebral. **Tujuannya** : Melaporkan nyeri/ketidaknyamanan tulang/terkontrol, mengungkapkan metode yang memberikan pengurangan, mengikuti regimen farmakologi yang diresepkan.

Intervensi : Pertahankan tirah baring selama fase akut, Beri tindakan non farmakologi untuk menghilangkan sakit kepala, misalnya : kompres dingin pada dahi, pijat punggung dan leher serta teknik relaksasi. Tindakan yang menurunkan tekanan vaskuler serebral dengan menghambat / memblok respon simpatik, efektif dalam menghilangkan sakit kepala dan komplikasinya. Hilangkan / minimalkan aktivitas vasokonstriksi yang dapat meningkatkan sakit kepala : mengejan saat BAB, batuk panjang, dan membungkuk. Bantu pasien dalam ambulasi sesuai kebutuhan. Beri

cairan, makanan lunak. Biarkan klien istirahat selama 1 jam setelah makan. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik, anti ansietas, diazepam dan lain-lain.

4. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi in adekuat, keyakinan budaya, pola hidup monoton. **Tujuannya** pasien dapat mengidentifikasi hubungan antara hipertensi dengan kegemukan, menunjukkan perubahan pola makan, melakukan/membuat program olah raga yang tepat secara individu.

Intervensi : Kaji pemahaman pasien tentang hubungan langsung antara hipertensi dengan kegemukan. Bicarakan pentingnya menurunkan masukan kalori dan batasi masukan lemak, garam dan gula sesuai indikasi. Tetapkan keinginan klien menurunkan berat badan. Kaji ulang masukan kalori harian dan pilihan diet. Tetapkan rencana penurunan berat badan yang realistis dengan pasien, Misalnya : penurunan berat badan 0,5 kg per minggu. Dorong pasien untuk mempertahankan masukan makanan harian termasuk kapan dan dimana makan dilakukan dan lingkungan dan perasaan sekitar saat makanan dimakan. Intruksikan dan Bantu memilih makanan yang tepat, hindari makanan dengan kejenuhan lemak tinggi (mentega, keju, telur, es krim, daging dan lain-lain) dan kolesterol (daging berlemak, kuning telur, produk kalengan, jeroan). Kolaborasi dengan ahli gizi sesuai indikasi.

5. Inefektif koping individu berhubungan dengan mekanisme koping tidak efektif, harapan yang tidak terpenuhi, persepsi tidak realistik. **Tujuannya** Mengidentifikasi perilaku koping efektif dan konsekkuensinya, menyatakan kesadaran kemampuan koping/kekuatan pribadi, mengidentifikasi potensial situasi stress dan mengambil langkah untuk menghindari dan mengubahnya.

Intervensi : Kaji keefektipan strategi koping dengan mengobservasi perilaku, Misalnya : kemampuan menyatakan perasaan dan perhatian, keinginan berpartisipasi dalam rencana pengobatan. Catat laporan gangguan tidur, peningkatan kelelahan, kerusakan konsentrasi, peka rangsangan, penurunan toleransi sakit kepala, ketidak mampuan untuk mengatasi/menyelesaikan masalah. Bantu pasien untuk mengidentifikasi stressor spesifik dan kemungkinan strategi untuk mengatasinya. Libatkan pasien dalam perencanaan perawatan dan beri dorongan partisipasi maksimum dalam rencana pengobatan. Dorong pasien untuk mengevaluasi prioritas/tujuan hidup. Tanyakan pertanyaan seperti : apakah yang Anda lakukan merupakan apa yang Anda inginkan ?. Bantu klien untuk mengidentifikasi dan mulai merencanakan perubahan hidup yang perlu. Bantu untuk menyesuaikan tujuan perubahan hidup dari pada membatalkan tujuan diri/keluarga.

6. Kurang pengetahuan mengenai kondisi penyakitnya berhubungan dengan kurangan sumber informasi yang didapat. **Tujuannya** Menyatakan pemahaman tentang proses penyakit dan regiment pengobatan. Mengidentifikasi efek samping obat dan kemungkinan komplikasi yang perlu diperhatikan. Mempertahankan tekanan darah dalam batas normal.

Intervensi : Bantu klien dalam mengidentifikasi faktor-faktor resiko kardivaskuler yang dapat diubah, misalnya : obesitas, diet tinggi lemak jenuh, dan kolesterol, pola hidup

monoton, merokok, dan minum alkohol (lebih dari 60cc / hari dengan teratur) pola hidup penuh stress. Kaji kesiapan dan hambatan dalam belajar termasuk orang terdekat. Kaji tingkat pemahaman klien tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pencegahan, pengobatan, dan akibat lanjut. Jelaskan pada klien tentang proses penyakit hipertensi (pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pencegahan, pengobatan, dan akibat lanjut) melalui pemberian pendidikan kesehatan.

Langkah yang terakhir dalam mempelajari asuhan keperawatan pada pasien peradangan pada jantung adalah evaluasi, dimana evaluasi merupakan penilaian efektifitas terhadap intervensi keperawatan sehubungan dengan keluhan, hasil perekaman EKG dan pemeriksaan hasil laboratorium menunjukkan hasil yang normal. Komplikasi tidak ada yang meliputi resiko penurunan jantung tidak terjadi, intoleransi aktivitas dapat teratasi, rasa sakit kepala berkurang bahkan hilang, pasien dapat mengontrol pemasukan/intake nutrisi, pasien dapat menggunakan mekanisme koping yang efektif dan tepat, klien paham mengenai kondisi penyakitnya. Dalam evaluasi, perawat melakukan pengkajian ulang tentang keluhan nyeri dada, toleransi aktivitas dan terapi yang diberikan pada klien serta perilaku klien setelah melakukan implementasi dari intervensi. Evaluasi menggunakan observasi, mengukur dan wawancara dengan pasien.

Sampai di sini uraian materi Topik-1 secara garis besar, tentulah Anda telah memahaminya, namun, untuk lebih memantapkan pemahaman Anda mengenai materi pembelajaran yang baru saja Anda pelajari, bacalah secara cermat rangkuman berikut ini!

Ringkasan

Umumnya, suatu sediaan kering dibuat karena stabilitas zat aktif di dalam pelarut air terbatas, baik stabilitas kimia atau stabilitas fisik. Umumnya antibiotik mempunyai stabilitas yang terbatas di dalam pelarut air. Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistol diatas 140mmHg dan atau peningkatan tekanan darah diastol diatas 90mmHg. Hipertensi secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu hipertensi essensial dan hipertensi sekunder. Faktor resiko terjadinya hipertensi meliputi : Genetik, Obesitas, Stress lingkungan dan Hilangnya Elastisitas jaringan dan arteriosklerosis pada usia lanjut. Dengan adanya hipertensi maka volume aliran darah ke seluruh tubuh akan mengalami penurunan. dampak dari penurunan ini akan mengakibatkan komplikasi yaitu gagal jantung, gagal ginjal, pecahnya pembuluh darah pada mata dan perdarahan pada otak (stroke). Diagnosa keperawatan utama yang muncul pada pasien hipertensi adalah penurunan kardiak output, dari diagnosa keperawatan maka dapat disusun rencana tindakan keperawatan untuk menurunkan tekanan darah.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

Kasus :

Seorang laki-laki 60 tahun dirawat di ruang penyakit dalam dengan keluhan tidak bertenaga, pusing, kepala terasa berat. Pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah 180/80mmHg, nadi 90kali/menit, tidak ada tanda pembesaran jantung. Diagnosa medis : hipertensi

Soal :

- 1) Salah satu faktor resiko terjadinya hipertensi adalah
 - A. Diabetes mellitus
 - B. Gagal jantung
 - C. Stroke
 - D. PJK

- 2) Komplikasi penyakit hipertensi adalah
 - A. Diabetes millitus
 - B. Stroke
 - C. Pusing
 - D. PJK

- 3) Pemeriksaan penunjang untuk menegakkan penyakit hipertensi adalah
 - A. Pengukuran tekanan darah
 - B. Perekaman EKG
 - C. Fungsi jantung
 - D. Fungsi ginjal

- 4) Salah satu data subyektif untuk pasien hipertensi adalah
 - A. Nyeri uluh hati
 - B. Sakit kepala
 - C. Lemas
 - D. Mual

- 5) Salah satu obat untuk penurun hipertensi adalah
 - A. Antibiotik
 - B. Antipiretik
 - C. Analgesik
 - D. Diuretik

- 6) Diagnosa keperawatan utama pada pasien hipertensi adalah
 - A. penurunan perfusi jaringan
 - B. Penurunan kardiak output
 - C. Gangguan nyaman nyeri
 - D. Intoleransi aktivitas

- 7) Diet yang harus diberikan pada kasus di atas adalah
 - A. Rendah garam
 - B. Rendah kalori
 - C. Rendah serat
 - D. Tinggi Karbohidrat Tinggi Protein (TKTP)

- 8) Penyuluhan kesehatan yang perlu diberikan pada kasus di atas adalah
 - A. Minum air putih yang banyak
 - B. Minum jus daun alpukat
 - C. Pengendalian emosi
 - D. Diet TKTP

- 9) Pasien dikatakan hipertensi apabila didapatkan data
 - A. Perasaan lemas
 - B. Sistol <140 mmHg
 - C. Nyeri kepala
 - D. Pusing

- 10) Dampak dari hipertensi adalah
 - A. penurunan daya tajam penglihatan
 - B. Penurunan kardiak out put
 - C. Penurunan fungsi ginjal
 - D. Metabolisme menurun

Bagaimana jawaban Anda? Tentunya ke sepuluh soal tadi sudah selesai Anda kerjakan. Jika belum, cobalah pelajari kembali materi yang masih kurang Anda pahami dan jangan lupa kerjakan soal tugas yang belum selesai Anda kerjakan. Apabila semua soal tugas sudah selesai Anda kerjakan, periksalah jawaban Anda dengan menggunakan kunci jawaban yang disediakan pada bagian akhir bab ini.

Bagaimana hasil jawaban Anda? Semoga semua jawaban Anda benar. Nah, selamat atas keberhasilan Anda. Apabila belum sepenuhnya berhasil atau belum mencapai 80% benar, sebaiknya Anda pelajari kembali materi pembelajaran kegiatan belajar berikutnya terutama materi pembelajaran yang belum Anda pahami. Setelah itu, cobalah kerjakan kembali soal formatif Topik 1. Semoga kali ini Anda dapat menyelesaikan dengan benar.

Bagaimana? Apabila memang Anda telah berhasil menyelesaikan semua soal formatif dengan benar atau setidaknya-tidaknya 80% benar, Anda diperkenankan untuk mempelajari

materi pembelajaran yang diuraikan pada Topik-1. Selamat belajar dan sukses mempelajari materi pembelajaran Topik-2.

Tugas Mandiri

Buatlah standart prosedur pemeriksaan tanda-tanda vital yang meliputi : tekanan darah, menghitung nadi, menghitung pernafasan, dan mengukur suhu.

Setelah Anda membuat prosedur tadi, maka jawaban Anda tolong dikonsultasikan pada pembimbing bab, selamat belajar.

Topik 2

Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Sirkulasi Koroner : Penyakit Jantung Koroner

URAIAN MATERI PEMBELAJARAN

1. Pengertian :

Apa penyakit jantung koroner? Penyakit infark miokard akut atau jantung koroner (PJK)/*Acute coronary syndrome (ACS)* adalah gejala yang disebabkan adanya penyempitan atau tersumbatnya pembuluh darah arteri koroner baik sebagian/total yang mengakibatkan suplai oksigen pada otot jantung tidak terpenuhi. Selanjutnya coba Anda perhatikan gambar berikut ini:



Sumber, <http://Slideshare.com>, diunduh 2016.

Gambar 2.1 Pembuluh darah jantung/koroner yang mengalami sumbatan

Nah, berdasarkan pada gambar di atas, di manakah pembuluh darah jantung yang mengalami sumbatan.

2. Penyebab

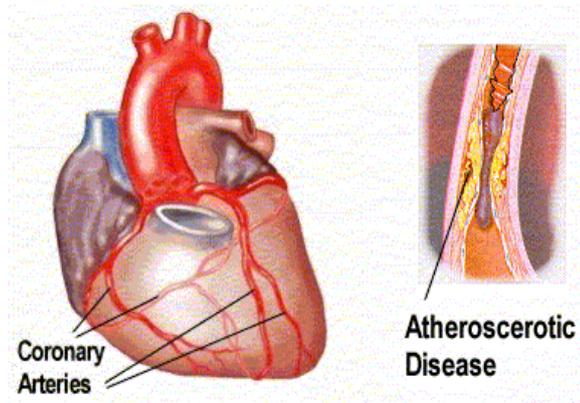
Apakah Anda sebagai perawat sudah mengetahui penyebab dari sumbatan atau penyempitan pada pembuluh darah jantung? Cobalah sebutkan penyebab sumbatan atau penyempitan pada pembuluh darah jantung ! Tuliskan jawaban pada lembar berikut!

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

Bagaimana jawaban Anda, saya percaya Anda telah mengetahui penyebab terjadinya sumbatan atau penyempitan pada pembuluh darah jantung.

Sekarang coba Anda cermati, penyebab sumbatan atau penyempitan pembuluh darah jantung antara lain stres, *atherosclerosis/trombosis* dan emboli. Bagaimana dengan

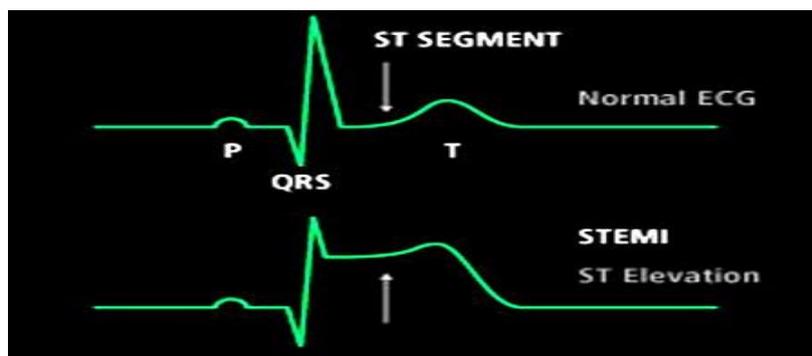
prosentase sumbatannya? Bahwa sumbatan pembuluh darah jantung bisa terjadi hanya sebagian atau total, coba perhatikan gambar di bawah ini:



Sumber, <http://Slideshare.com>, diunduh 2016.

Gambar 2.2 Pembuluh darah jantung dan *atherosclerosis* sebagian

Apa yang terjadi bila pembuluh darah mengalami sumbatan? Jika pembuluh darah mengalami suatu sumbatan maka aliran darah mengalami suatu penurunan sehingga otot jantung mengalami kekurangan oksigen, dengan adanya penurunan aliran darah akan memunculkan gejala yaitu nyeri dada tapi nyeri dada pada pasien gangguan pembuluh darah jantung yaitu nyeri dada yang menjalar ke bahu kiri, rahang dan dada seperti tertindih atau diremas. Untuk meyakinkan adanya sumbatan, maka diperlukan pemeriksaan penunjang sederhana yaitu perekaman EKG (Elektro Kardio Grafi). Apa tujuan perekaman EKG? Tujuan dari perekaman EKG ini adalah untuk memastikan adanya sumbatan (total/sebagian) atau total. Jika adanya sumbatan sebagian maka pada gambaran EKG akan nampak adanya ST depresi dan jika sumbatannya total maka akan nampak ST elevasi, coba perhatikan gambar di bawah ini:



Sumber, <http://Slideshare.com>, diunduh 2016.

Gambar 2.3 EKG dengan ST Elevasi dan EKG dengan ST Depresi

3. Faktor Resiko

Coba Anda cermati, mengapa sampai terjadi sumbatan pada pembuluh darah jantung? Bahwa penyumbatan dapat terjadi karena adanya beberapa faktor resiko. Faktor resiko untuk terjadinya sumbatan terbagi menjadi dua yaitu: 1) faktor resiko yang dapat di rubah, dan 2) faktor yang tidak dapat dirubah. Adapun faktor resiko yang dapat dirubah, antara lain sebagai berikut:

- a) Hipertensi, komplikasi yang terjadi pada hipertensi biasanya akibat perubahan struktur arteri dan arterial sistemik, terutama terjadi pada hipertensi yang tidak diobati akan menimbulkan penyempitan pembuluh darah. Tempat yang paling berbahaya adalah bila mengenai arteri miokardium.
- b) Hiperkolesterolemia merupakan masalah yang cukup penting karena termasuk faktor resiko utama PJK. Kadar kolesterol darah dipengaruhi oleh susunan makanan sehari-hari yang masuk dalam tubuh (diet), hiperkolesterol akan menimbulkan pengendapan pada arteri yang pada akhirnya akan mengakibatkan penyempitan arteri.
- c) Merokok, Pada saat ini merokok telah dimasukkan sebagai salah satu faktor resiko utama PJK. orang yang merokok > 20 batang perhari dapat mempengaruhi atau memperkuat efek hipertensi. Penelitian Framingham mendapatkan kematian mendadak akibat PJK pada laki-laki perokok 10X lebih besar dari pada bukan perokok dan pada perempuan perokok 4.5X lebih dari pada bukan perokok.
- d) Obesitas adalah kelebihan jumlah lemak tubuh > 19 % pada laki-laki dan > 21 % pada perempuan. Obesitas sering didapatkan bersama-sama dengan hipertensi, Diabetes Millitus, dan hipertrigliseridemi. Obesitas juga dapat meningkatkan kadar kolesterol dan LDL kolesterol.
- e) Diabetes Millitus, Pasien diabetes militus akan menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah yaitu atherosklerosis baik total atau sebagian sehingga aliran darah ke jantung mengalami penurunan.
- f) *Exercise*/Latihan dapat meningkatkan kadar HDL kolesterol dan memperbaiki kolesterol koroner sehingga resiko PJK dapat dikurangi. *Exercise* juga bermanfaat bagi fungsi paru dan pemberian O₂ ke miokard, Menurunkan Berat Badan sehingga lemak tubuh yang berlebihan berkurang bersama-sama dengan menurunkan LDL kolesterol. Membantu menurunkan tekanan darah dan Meningkatkan kesegaran jasmani.

Apa faktor-faktor resiko yang tidak dapat di rubah? Sedangkan faktor resiko yang tidak dapat di rubah antara lain sebagai berikut:

- a) Umur, telah dibuktikan adanya hubungan antara umur dan kematian akibat PJK. Sebagian besar kasus kematian terjadi pada laki-laki umur 35-44 tahun dan meningkat dengan bertambahnya umur. Kadar kolesterol pada laki-laki dan perempuan mulai meningkat umur 20 tahun. Pada laki-laki kolesterol meningkat sampai umur 50 tahun. Pada perempuan sebelum menopause (45 tahun) lebih rendah dari pada laki-laki dengan umur yang sama. Setelah menopause kadar kolesterol perempuan meningkat menjadi lebih tinggi dari pada laki-laki.

- b) Jenis kelamin, di Amerika Serikat gejala PJK sebelum umur 60 tahun didapatkan pada 1 dari 5 laki-laki dan 1 dari 17 perempuan. Ini berarti bahwa laki-laki mempunyai resiko PJK 2-3 X lebih besar dari perempuan.

4. Gejala

Nah, sekarang Anda telah mengetahui penyebab atau faktor resiko untuk terjadinya sumbatan/*atheriosklerosis* pada pembuluh darah jantung. Sekarang kira-kira gejala apa yang akan muncul pada pasien bila terjadi sumbatan sebagian atau total pada pembuluh darah jantung? Untuk tanda atau gejala yang akan muncul pada pasien PJK akan dibagi menjadi 3 bagian yaitu: keluhan pasien, hasil perekaman EKG dan hasil pemeriksaan laboratorium darah. Sekarang coba Anda perhatikan tabel 1.1 di bawah ini:

Tabel 1.1 kriteria PJK berdasarkan keluhan, hasil rekaman EKG dan Laboratorium Darah.

| No | Pembagian | Keadaan pembuluh darah jantung | Hasil Pemeriksaan | | |
|----|------------------------|--------------------------------|---|-------------------|---|
| | | | Keluhan | EKG | Laboratorium |
| 1. | Angina Pectoris | Penyempitan sementara | Nyeri dada yang menjalar ke lengan kiri | Normal | CPK-CKMB, Troponin T, SGOT Normal |
| 2. | Iskemik miokard infark | Penyempitan sebagian | Nyeri dada yang menjalar ke lengan kiri | Adanya ST depresi | CPK-CKMB, Troponin T, SGOT Normal atau naik |
| 3. | Infark miokard | Penyempitan total | Nyeri dada yang menjalar ke lengan kiri | Adanya ST elevasi | CPK-CKMB, Troponin T, SGOT naik |

Apa yang harus Anda lakukan bila menemukan pasien dengan keluhan seperti diatas? Jika Anda menemukan pasien dengan keluhan di atas maka Anda harus melakukan hal-hal di bawah ini antara lain: pasien yang tiba di UGD maka harus segera dievaluasi karena Anda berpacu dengan waktu dan bila makin cepat tindakan untuk memberikan aliran darah ke jantung (*reperfusi*) dilakukan hasilnya akan lebih baik. Tujuannya adalah terjadinya kematian otot jantung (*infark*) atau membatasi luasnya infark dan mempertahankan fungsi jantung. Tindakan yang harus dilakukan antara lain: melakukan perekaman EKG 12 sadapan, pemeriksaan labotarorium darah yaitu CK/CKMB, berikan oksigen 4 liter/menit secara nasal, berikan obat golongan nitrat, aspirin dengan dosis 160-325 mg, obat morphin untuk mengurangi nyeri 2,5 mg intravena.

Dengan demikian, penyakit jantung koroner dapat dirumuskan sebagai berikut:

Penyakit jantung koroner adalah suatu akibat adanya penyempitan atau sumbatan pada pembuluh darah jantung baik itu sebagian atau total yang akan berdampak menurunnya aliran darah ke otot-otot jantung, hal ini akan menimbulkan gejala nyeri dada yang menjalar ke lengan kiri, rahang bawah. Untuk memastikan penyakit jantung koroner tersebut perlu dilakukan perekaman EKG 12 Lead dan laboratorium darah.

5. Asuhan keperawatan pada pasien PJK

Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan PJK? Asuhan keperawatan pada pasien PJK dimulai dari pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, penyusunan rencana tindakan keperawatan, penerapan rencana keperawatan dan evaluasi.

Langkah pertama apa yang harus Anda lakukan? Untuk pertama kali nya Anda harus melakukan pengkajian yang diawali dengan menanyakan: 1) keluhan pasien yaitu biasanya pasien mengalami nyeri dada yang menjalar ke lengan kiri, rahang bawah dan pasien sulit untuk bernafas, pingsan (sinkop) atau keringat dingin (diaporesis). Masing-masing keluhan harus dievaluasi waktu dan lamanya. 2) faktor pencetus dan meringankan gejala. 3) faktor resiko. Setelah Anda *anamnese* maka langkah selanjutnya adalah pengkajian fisik yang lengkap dan tepat juga sangat penting untuk mendeteksi adanya komplikasi. Parameter yang digunakan adalah sebagai berikut. Tingkat kesadaran dengan menggunakan GCS, nyeri dada, perekaman EKG 12 lead, tanda-tanda vital, auskultasi bunyi jantung, warna kulit dan suhu. Fungsi gastrointestinal antara lain mual dan muntah dapat terjadi pada PJK. Status volume cairan yang sangat penting untuk diukur adalah pengeluaran urin.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Selanjutnya untuk memantapkan penguasaan materi, coba Anda sebutkan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien PJK! Tuliskan jawaban Anda di bawah ini:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk selanjutnya kemudian jawaban Anda cocokan atau bandingkan dengan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien PJK di bawah ini:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan miokard
- 2) Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan perfusi jaringan
- 3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen

- 4) Kecemasan/ketakutan berhubungan dengan ancaman kematian atau perubahan kesehatan.
- 5) Kurang pengetahuan mengenai kondisi berhubungan dengan kurangnya informasi.

Setelah Anda mengetahui diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien PJK, maka langkah selanjutnya adalah menyusun rencana tindakan keperawatan yang meliputi tujuan dan intervensi untuk mengatasi masalah, yaitu:

1. Nyeri dada (akut) b.d iskhemia otot sekunder terhadap sumbatan arteri koroner
Tujuan : klien dapat menunjukkan nyeri dada berkurang atau hilang baik dalam frekuensi-durasi atau beratnya, kadar Troponin T dan CKMB dalam atas normal, EKG tidak ada ST elevasi-depresi dan T inverted.
Intervensi :
 - a. Anjurkan klien untuk memberitahukan perawat dengan cepat bila terjadi nyeri dada.
 - b. Kaji dan catat respon pasien atau efek obat.
 - c. Observasi gejala yang berhubungan dispnea, mual/muntah, pusing, palpitasi, keringat dingin.
 - d. Evaluasi laporan nyeri pada dada yang menjalar.
 - e. Berikan klien untuk istirahat total selama periode angina.
 - f. Bantu teknik relaksasi misal nafas panjang dan perlahan
 - g. Pantau tanda vital setiap 5 menit selama serangan angina dan 1jam bila tidak terjadi serangan.
 - h. Kolaborasi: pemberian O₂, Nitrogliserin, beta bloker, morfin sulfat dan serial EKG.
2. Penurunan curah jantung b.d infark otot jantung.
Tujuan: Klien dapat menunjukkan tAnda-tAnda stabilitas hemodinamik BP : 120-140/80-90 mmHg, HR 80-90/menit, RR 12-20/menit, urin 1-1,5 cc/Kg BB/jam, tidak adanya disritmia.
Intervensi :
 - a. auskultasi bunyi nafas, bunyi jantung, irama jantung, ukur tAnda-tAnda vital, produksi urin tiap jam.
 - b. Kolaborasi:
 - berikan oksigen sesuai indikasi.
 - pertahankan iv line
 - Kaji EKG serial.
 - Pantau data laboratorium : GDA (gula darah acak)
 - Berikan obat-obat anti infark.
3. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan suplai O₂ miokard dengan kebutuhan.
Tujuan : klien dapat menunjukkan toleransi aktivitas yang dapat didukung oleh tAnda vital BP : 120-140/80-90 mmHg, HR 80-90/menit, RR 12-20/menit, kulit kering-hangat.
Intervensi :

- a. batasi pengunjung.
- b. Catat frekwensi, irama jantung, PB sebelum, selama, sesudah aktivitas.
- c. Bantu kebutuhan klien sebatas kemampuan.
- d. Hindari peningkatan manuver valsava.
- e. Kolaborasi dengan rehabilitasi medik.

4. Ansietas b.d perubahan kesehatan dan status sosial ekonomi

Tujuan klien dapat menunjukkan adanya mengenal perasaan dan mengidentifikasi penyebab ansietasnya, menyatakan penurunan kecemasan, mengidentifikasi sumber secara tepat.

Intervensi :

- a Identifikasi dan ketahui persepsi pasien terhadap ancaman. Dorong mengekspresikan perasaannya.
- b Kaji tAnda verbal/non verbal kecemasan. Terima tetapi jangan diberi penguatan terhadap penggunaan penolakan.
- c Orientasikan pasien/orang terdekat terhadap prosedur rutin dan aktivitas yang diharapkan. Tingkatkan partisipasi bila memungkinkan.
- d Dorong klien untuk mengkomunikasikan masalah dengan seseorang, berbagi masalah.
- e Berikan privasi untuk pasien dan orang terdekat.
- f Kolaborasi anticemas.

5. Kurang pengetahuan mengenai kondisi kesehatan b.d kurangnya informasi tentang penyakit jantung

Tujuan: klien dapat menyatakan pemahaman tentang penyakit jantung sendiri, rencana pengobatan, mengidentifikasi/merencanakan perubahan pola hidup yang perlu.

Intervensi :

- a. Kaji tingkat pengetahuan pasien.
- b. Berikan informasi dalam bentuk belajar yang bervariasi contoh memakai leaflet
- c. Tekankan pentingnya mengikuti perawatan dan mengidentifikasi sumber di masyarakat.
- d. Berikan tekanan pentingnya menghubungi dokter bila nyeri dada.

Langkah yang terakhir dalam asuhan keperawatan pada pasien PJK adalah evaluasi, dimana evaluasi merupakan penilaian efektifitas terhadap intervensi keperawatan sehubungan dengan keluhan, hasil perekaman EKG dan pemeriksaan hasil laboratorium menunjukkan hasil yang normal. Intervensi dikatakan efektif bila tingkah laku klien sesuai dengan tujuan yang ditetapkan. Dalam evaluasi, perawat melakukan pengkajian ulang tentang keluhan nyeri dada, hemodinamik dan terapi yang diberikan

pada klien serta perilaku klien setelah melakukan implementasi dari intervensi. Evaluasi menggunakan observasi, mengukur dan wawancara dengan pasien.

Nah, sampai di sini uraian materi Topik 2 secara garis besar, tentulah Anda telah memahaminya, namun, untuk lebih memantapkan pemahaman Anda mengenai materi pembelajaran yang baru saja Anda pelajari, bacalah secara cermat rangkuman berikut ini!

Ringkasan

PJK atau penyakit jantung koroner disebabkan oleh adanya sumbatan sebagian atau total pada pembuluh darah arteri jantung yang menimbulkan gejala khas nyeri dada menjalar ke lengan kiri, dengan pemeriksaan penunjang perekaman EKG dan laboratorium darah untuk pemeriksaan CPK-CKMB. Faktor resiko PJK antara lain obesitas, hipertensi, diabetes mellitus, perokok, hiperkolesterol, dan usia. Masalah keperawatan yang muncul pada kasus PJK adalah nyeri dada (akut) b.d iskhemia otot sekunder terhadap sumbatan arteri koroner, penurunan curah jantung b.d infark otot jantung, Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan suplai O₂ miokard dengan kebutuhan, Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan suplai O₂ miokard dengan kebutuhan, Ansietas b.d perubahan kesehatan dan status sosial ekonomi, Kurang pengetahuan mengenai kondisi kesehatan b.d kurangnya informasi tentang penyakit jantung.

Langkah-langkah

Berikut ini diberikan soal tes formatif, Anda diminta mengerjakan di lembar kertas tersendiri (tidak didalam bab). Apabila semua soal tugas sudah selesai Anda kerjakan, Anda dipersilahkan untuk melihat kunci jawaban dan membandingkan jawaban Anda dengan jawaban yang ada dikunci jawaban.

Periksalah hasil pekerjaan Anda. kemudian hitunglah jawaban Anda yang benar, gunakan rumus yang ada pada bagian pendahuluan. Apabila Anda berhasil menyelesaikan (menjawab) soal formatif dengan 80% benar, maka Anda diperkenankan untuk melanjutkan mempelajari pembelajaran yang diuraikan pada Topik-2.

Semoga Anda berhasil.

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

Kasus 1 :

Seorang laki-laki umur 48 tahun, mengalami sesak nyeri dada yang menjalar ke lengan kiri sejak lebih kurang 2 jam yang lalu, pemeriksaan : sesak (+), tampak kesakitan dengan menahan dada kiri, RR 24 x/menit. T : 130/ 100 mmHg, muka pucat, Hr : 94x/menit, akral basah dan dingin, auskultasi suara jantung jauh. Pemeriksaan EKG adanya ST elevasi. Diagnosa medis Myocard infark.

Soal :

- 1) Penyebab myocard infark adalah
 - A. Sumbatan sebagian pembuluh darah arteri koroner
 - B. Sumbatan total pembuluh darah arteri koroner
 - C. Suhu ruangan yang dingin
 - D. Stres

- 2) Diagnosa myocard infark pada kasus diatas ditegakkan berdasarkan
 - A. ST elevasi pada EKG
 - B. Suara jantung lemah
 - C. Nyeri pada ulu hati
 - D. Sesak nafas

- 3) Memastikan diagnosa infark miokard pada kasus diatas berdasarkan
 - A. Keluhan nyeri dada, EKG, laboratorium darah dan faktor resiko
 - B. Keluhan nyeri dada, EKG dan laboratorium darah
 - C. Keluhan nyeri dada dan EKG
 - D. Keluhan nyeri dada

- 4) Infark pada otot jantung di rekaman EKG akan menunjukkan hasil
 - A. ST depresi
 - B. ST elevasi
 - C. T inverted
 - D. T lurus

- 5) Diagnosa perawatan yang utama pada kasus diatas adalah
 - A. Gangguan pemenuhan Oksigen
 - B. Gangguan rasa nyaman (nyeri)
 - C. Perfusi jaringan menurun
 - D. Takut mati/kecemasan

- 6) Perawatan diruangan pada pasien myocard infark adalah
 - A. Menghilangkan nyeri dada pasien
 - B. Mencegah komplikasi aritmia
 - C. Memenuhi kebutuhan oksigen
 - D. Mencukupi istirahat

- 7) Tindakan pertama yang perlu segera dilakukan pada kasus di atas adalah
 - A. Atur kondisi ruangan tenang dan cukup terang
 - B. Pasang infus dengan glukosa 5 %

- C. Tidurkan dalam posisi fohler
 - D. Berikan O2 2 – 4 l/ menit
- 8) Indikator pemeriksaan laboratorium pada pasien PJK adalah ..:.....
- A. Kadar kolesterol
 - B. Kadar kolesterol
 - C. CPK-CKMB
 - D. SGPT
- 9) Kolaborasi pemberian obat untuk memvasodilatasi pembuluh darah jantung adalah
- A. Nitrogliserin
 - B. Simvastatin
 - C. Multivitamin
 - D. Simetidin
- 10) Rencana perawatan pada diagnosa keperawatan utama sesuai kasus diatas adalah
- A. Observasi gejala yang berhubungan dengan serangan
 - B. Observasi tanda–tanda kecemasan
 - C. Bantu semua kebutuhan klien
 - D. Berikan oksigen

Bagaimana jawaban Anda? Tentunya ke sepuluh soal tadi sudah selesai Anda kerjakan. Jika belum, cobalah pelajari kembali materi yang masih kurang Anda pahami dan jangan lupa kerjakan soal formatif yang belum selesai Anda kerjakan. Apabila semua soal formatif sudah selesai Anda kerjakan, periksalah jawaban Anda dengan menggunakan kunci jawaban yang disediakan pada bagian akhir bab ini.

Bagaimana hasil jawaban Anda? Semoga semua jawaban Anda benar. Nah, selamat atas keberhasilan Anda. Apabila belum sepenuhnya berhasil atau belum mencapai 80% benar, sebaiknya Anda pelajari kembali materi pembelajaran Topik 1 terutama materi pembelajaran yang belum Anda pahami. Setelah itu, cobalah kerjakan kembali soal formatif Topik 1. Semoga kali ini Anda dapat menyelesaikan dengan benar.

Bagaimana? Apabila memang Anda telah berhasil menyelesaikan semua soal tes formatif dengan benar atau setidaknya 80% benar, Anda diperkenankan untuk mempelajari materi pembelajaran yang diuraikan pada Topik-2. Selamat belajar dan sukses mempelajari materi pembelajaran Topik-2.

Tugas Mandiri

Buatlah prosedur pemeriksaan fisik pada dada yang meliputi pemeriksaan paru dan jantung yang meliputi inspeksi, auskultasi, perkusi, dan palpasi

Setelah Anda membuat standart pemeriksaan pada dada, maka jawaban Anda tolong dikonsultasikan pada pembimbing bab, selamat belajar

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) A
- 2) B
- 3) A
- 4) B
- 5) D
- 6) A
- 7) A
- 8) C
- 9) B
- 10) B

Tes 2

- 1) A
- 2) A
- 3) A
- 4) A
- 5) B
- 6) B
- 7) D
- 8) C
- 9) A
- 10) A

Daftar Pustaka

Doenges, Marilyn E, (1999), *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, Edisi 3, EGC, Jakarta

Long, Barbara C, (1996), *Perawatan Medikal Bedah; Suatu Pendekatan Proses Holistik*, Yayasan Ikatan Alumni Pendidikan Keperawatan Padjajaran, Bandung.

Suyono, Slamet, (2001), *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Jilid II, Edisi 3, Balai Penerbit FKUI, Jakarta.

Underwood, J.C.E, (1999), *Patologi Umum dan Sistemik*, Edisi 2, EGC, Jakarta.

BAB II

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN ANATOMI JANTUNG DAN KELAINAN SEL DARAH

Moch. Bahrudin, M. Kep, Sp. KMB

PENDAHULUAN

1. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah selesai mempelajari materi pembelajaran yang diuraikan pada Topik 1 ini, Anda diharapkan akan mampu memahami asuhan keperawatan pasien dengan gagal jantung, peradangan pada jantung (perikarditis, miokarditis, endokarditis)

2. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah selesai mempelajari materi pembelajaran yang diuraikan pada Topik 1 ini, Anda diharapkan akan dapat :

- b. Menjelaskan pengertian gagal jantung, peradangan pada jantung (perikarditis, miokarditis, endokarditis)
- c. Menjelaskan penyebab infark gagal jantung, peradangan pada jantung (perikarditis, miokarditis, endokarditis)
- d. Menjelaskan Faktor resiko terjadinya gagal jantung, peradangan pada jantung (perikarditis, miokarditis, endokarditis)
- e. Menjelaskan gejala gagal jantung, peradangan pada jantung (perikarditis, miokarditis, endokarditis)
- f. Menjelaskan Pengkajian keperawatan pada pasien gagal jantung, peradangan pada jantung (perikarditis, miokarditis, endokarditis)
- g. Menjelaskan diagnosa keperawatan pada pasien gagal jantung, peradangan pada jantung (perikarditis, miokarditis, endokarditis)
- h. Menjelaskan rencana tindakan keperawatan pada pasien gagal jantung, peradangan pada jantung (perikarditis, miokarditis, endokarditis)
- i. Menentukan evaluasi tindakan keperawatan pada pasien gagal jantung

3. Pokok-pokok materi

Adapun pokok-pokok materi yang harus Anda pelajari adalah sebagai berikut:

- a. Pengertian gagal jantung, peradangan pada jantung (perikarditis, miokarditis, endokarditis)
- b. Penyebab infark gagal jantung, peradangan pada jantung (perikarditis, miokarditis, endokarditis)
- c. Faktor resiko terjadinya gagal jantung, peradangan pada jantung (perikarditis, miokarditis, endokarditis)

✂ ■ Keperawatan Medikal Bedah I ✂ ■

- d. Gejala gagal jantung, peradangan pada jantung (perikarditis, miokarditis, endokarditis)
- e. Pengkajian keperawatan pada pasien gagal jantung, peradangan pada jantung (perikarditis, miokarditis, endokarditis)
- f. Diagnosa keperawatan pada pasien gagal jantung, peradangan pada jantung (perikarditis, miokarditis, endokarditis)
- g. Rencana tindakan keperawatan pada pasien gagal jantung, peradangan pada jantung (perikarditis, miokarditis, endokarditis)
- h. Evaluasi tindakan keperawatan pada pasien gagal jantung, peradangan pada jantung (perikarditis, miokarditis, endokarditis)

Topik 1

Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gagal Jantung

A. URAIAN MATERI PEMBELAJARAN

1. Pengertian

Apa gagal jantung itu? Gagal jantung diartikan sebagai ketidakmampuan jantung untuk memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan jaringan terhadap oksigen sehingga metabolisme mengalami penurunan. Coba kira-kira ada berapa macam gagal jantung? Gagal jantung secara garis besar di bagi menjadi 2 yaitu gagal jantung akut dan gagal jantung kronik. Untuk gagal jantung kronik dilapangan banyak mempunyai persamaan istilah yaitu gagal jantung kongestif, *chronic heart failur, decompensasi cordis*.

Apa yang membedakan penyakit gagal jantung akut dengan gagal jantung kronik? Gagal jantung dibedakan berdasarkan lama/waktunya pasien mengalami keluhan gagal jantung, dikatakan gagal jantung kronik apabila pasien mengalami gangguan lebih dari 6 bulan.

Nah, sekarang Anda sudah mengetahui tentang pengertian dan perbedaan gagal jantung akut dan gagal jantung kronik.

2. Penyebab Infark Gagal Jantung

Nah, sekarang kita akan menjelaskan tentang penyebab gagal jantung. Gagal jantung disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain:

- a. Kelainan otot jantung, gagal jantung sering terjadi pada pasien kelainan otot jantung, hal ini disebabkan karena menurunnya kemampu pompa/kontraktilitas jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot diantaranya aterosklerosis koroner, hipertensi arterial, dan penyakit degeneratif atau inflamasi.
- b. Aterosklerosis/sumbatan koroner mengakibatkan disfungsi/gangguan miokardium dalam memompa karena terganggunya aliran darah ke otot jantung, biasanya mendahului terjadinya gagal jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun.
- c. Hipertensi, hal ini akan meningkatkan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi otot jantung dan pada akhirnya menurunkan kemampuan kontraktilitas jantung.
- d. Peradangan dan penyakit myocardium degenerative berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan menurunnya kemampuan pompa dari jantung.
- e. *Penyakit jantung lainnya*, Gagal jantung dapat terjadi sebagai akibat penyakit jantung yang sebenarnya, yang secara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah yang masuk jantung kelainan katup jantung, gangguan irama jantung/aritmia.

- f. *Faktor sistemik*, Terdapat sejumlah besar faktor yang berperan dalam perkembangan dan beratnya gagal jantung. Meningkatnya laju metabolisme (mis: demam, tirotoksikosis, hipoksia dan anemia memerlukan peningkatan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen sistemik. Hipoksia dan anemia juga dapat menurunkan suplai oksigen ke jantung sehingga dapat menurunkan kontraktilitas jantung

3. Gejala

Setelah mempelajari pengertian dari gagal jantung adalah ketidakmampuan jantung dalam memompa, maka gejala yang muncul dari pasien gagal jantung adalah akibat adanya aliran darah balik dari ventrikel kiri ke atrium kiri dan menuju ke vena pulmonalis yang pada akhirnya terjadi bendungan pada paru, selanjutnya daerah akan mengalir ke ventrikel kanan melalui arteri pulmonalis dan juga akan menuju ke atrium kanan. Seandainya atrium kanan sudah mengalami over load akhirnya darah akan mengalir ke vena cava superior dan vena cava inferior yang akan menimbulkan pembesaran vena jugularis dan edema pada ekstremitas bawah. Dari penjelasan diatas maka pada pasien gagal jantung akan memunculkan gejala yaitu bila gagal jantung dimulai dari jantung sebelah kiri/gagal jantung kiri maka akan muncul kongesti paru menonjol pada gagal ventrikel kiri karena ventrikel kiri tak mampu memompa darah yang datang dari paru. Manifestasi klinis yang terjadi yaitu **1)** Dispnoe/sulit bernafas, Terjadi akibat penimbunan cairan dalam alveoli dan mengganggu pertukaran gas yaitu oksigen dengan carbon dioksida. Selain itu juga dapat terjadi ortopneu/sesaknafas terjadi akibat perubahan posisi dari duduk ke tidur dan berkurang bila dari tidur ke duduk. Beberapa pasien dapat mengalami ortopneu pada malam hari yang dinamakan Paroksimal Nokturnal Dispnea (PND). **2)** Batuk, **3)** Mudah lelah, Terjadi karena curah jantung yang kurang sehingga metabolisme akan mengalami penurunan, sehingga energi akan menurun juga. **4)** Kegelisahan dan kecemasan

Terjadi akibat gangguan oksigenasi jaringan, stress akibat kesakitan bernafas dan pengetahuan bahwa jantung tidak berfungsi dengan baik. Sedang gejala pada gagal jantung kanan antara lain : 1) Edema ekstremitas bawah yang mengakibatkan penambahan berat badan, 2) Hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena di hepar, 3) Anorexia dan mual hal ini terjadi akibat pembesaran vena dan statis vena dalam rongga abdomen.

Selain dengan menggunakan anamnesis untuk menegakkan diagnosa gagal jantung, maka diperlukan juga pemeriksaan penunjang diantaranya adalah foto thorak dan perekaman EKG Nah, berdasarkan anamnesis dari penyakit gagal jantung, kira-kira tujuan pengobatan pada penyakit ini meliputi : Dukung istirahat untuk mengurangi beban kerja jantung, meningkatkan kekuatan dan efisiensi kontraktilitas miokardium dengan preparat farmakologi dan membuang penumpukan air tubuh yang berlebihan dengan cara memberikan terapi antidiuretik, diet dan istirahat. Sedangkan terapi farmakologis meliputi : 1) obat Digitalis yaitu untuk meningkatkan kekuatan kontraksi otot jantung dan memperlambat frekuensi jantung. Efek yang dihasilkan : peningkatan curah jantung, penurunan tekanan vena dan volume darah dan peningkatan diuresis dan mengurangi

edema (Misal: Digoxin dan Digitoxin). **2)** Terapi diuretik, diberikan untuk memacu ekskresi natrium dan air melalui ginjal. Penggunaan hrs hati – hati karena efek samping hiponatremia dan hipokalemia (Misal : Natrium Diklofenak, Furosemid, spironolactone, manitol). **3)** Terapi vasodilator, Obat-obat vasoaktif digunakan untuk mengurangi tekanan terhadap pompa darah oleh ventrikel. Obat ini memperbaiki pengosongan ventrikel dan peningkatan kapasitas vena sehingga tekanan pengisian ventrikel kiri dapat diturunkan (Misal : Citicolin). **4)** Dukungan diet yaitu pembatasan Natrium (garam dapur) untuk mencegah, mengontrol, atau menghilangkan edema.

4. Asuhan Keperawatan

Nah, setelah kita belajar tentang konsep dari gagal jantung, sekarang kita belajar tentang proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, penyusunan diagnosa keperawatan, penyusunan rencana tindakan dan penentuan evaluasi. Kira-kira, hal apa saja yang perlu dikaji dari pasien gagal jantung, tolong sebutkan 3 saja :

- a.
- b.
- c.

Nah kemudian jawaban Anda cocokan atau bandingkan dengan hal-hal yang perlu dikaji pada pasien gagal jantung di bawah ini : bahwa Pengkajian hanya difokuskan pada pengkajian keperawatan ditujukan untuk mengobservasi adanya Tanda-Tanda dan gejala kelebihan cairan di paru dan Tanda serta gejala sistemis yang meliputi: 1) Aktifitas /istirahat : Kelelahan, insomnia, nyeri dada dengan ktifitas, gelisah, dispnea saat istirahat atau aktifitas, perubahan status mental, Tanda vital berubah saat beraktifitas. 2) Sirkulasi, Riwayat Hipertensi, penyakit katup jantung, anemia, kelainan irama jantung, kuku pucat atau sianosis, hepar adanya pembesaran, bunyi nafas krekles atau ronkhi, edema pada ektrimitas. 3) Integritas ego, Ansietas stress marah takut dan mudah tersinggung. 4) Eliminasi, gejala penurunan berkemih urun berwarna pekat, berkemih malam hari diare/ konsipasi. 5) Makanan/cairan, kehilangan nafsu makan mual, muntah, penambahan Bb signifikan, Pembengkakan ektrimitas bawah, diit tinggi garam penggunaan diuretic distensi abdomen edema umum. 7) Neurosensori akibat adanya Kelemahan, pusing letargi, perubahan perilaku dan mudah tersinggung, 8) Pernafasan/Dispnea saat aktifitas tidur sambil duduk atau dengan beberapa bantal. batuk dengan atau tanpa sputum penggunaan bantuan otot pernafasan oksigen dll. Bunyi nafas warna kulit.

Nah dari hasil pengkajian di atas, kira-kira diagnosa keperawatan apa saja yang mungkin muncul pada pasien gagal jantung, tolong disebutkan :

- a.
- b.
- c.
- d.

Nah kemudian jawaban Anda cocok atau bandingkan dengan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien gagal jantung antara lain : Penurunan perfusi jaringan berhubungan dengan menurunnya curah jantung , hipoksemia jaringan, asidosis, dan kemungkinan thrombus atau emboli, Kerusakan pertukaran gas, kelebihan volume cairan ekstrasvaskuler, Pola nafas tidak efektif, Intoleransi aktifitas dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

Setelah kita membuat diagnosa keperawatan, maka langkah berikutnya adalah menyusun rencana tindakan keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan, maka rencana tindakan keperawatan antara lain :

1. **Penurunan perfusi jaringan berhubungan dengan menurunnya curah jantung , hipoksemia jaringan, asidosis, dan kemungkinan thrombus atau emboli**
Kemungkinan dibuktikan oleh : Daerah perifer dingin, RR lebih dari 24 x/ menit, Kapiler refill Lebih dari 3 detik, Nyeri dada, Gambaran foto torak terdapat pembesaran jantung & kongestif paru (tidak selalu), HR lebih dari 100 x/menit, TD > 120/80, AGD dengan : p O₂ < 45 mmHg (N : 80-100 mmHg) dan Saturasi < 80 (N:90-100%). **Tujuan:** Gangguan perfusi jaringan berkurang / tidak meluas selama dilakukan tindakan perawatan di Rumah Sakit. **intervensi** : Monitor Frekuensi dan irama jantung, Observasi perubahan status mental, Observasi warna dan suhu kulit / membran mukosa, Ukur produksi urin dan catat berat jenisnya, Kolaborasi : Berikan cairan IV I sesuai indikasi, Pantau Pemeriksaan diagnostik / dan laboratorium mis EKG, elektrolit , GDA (Pa O₂, Pa CO₂ dan saturasi O₂). Dan Pemberian oksigen.
2. **Kerusakan Pertukaran Gas**
Dapat dihubungkan oleh : Gangguan aliran darah ke alveoli atau kegagalan utama paru, perubahan membran alveolar- kapiler (atelektasis , kolaps jalan nafas/ alveolar edema paru/efusi, sekresi berlebihan/perdarahan aktif. Kemungkinan dibuktikan oleh : Dispnea berat, gelisah, sianosis, hipoksemia. **Tujuan** : Kerusakan pertukaran gas teratasi. **Intervensi** : Catat frekuensi & kedalaman pernafasan, penggunaan otot Bantu pernafasan, Auskultasi paru untuk mengetahui penurunan / tidak adanya bunyi nafas dan adanya bunyi tambahan misal krakles, ronki dll, Lakukan tindakan untuk memperbaiki / mempertahankan jalan nafas misalnya, batuk, penghisapan lendir dll, Tinggikan kepala / tempat tidur sesuai kebutuhan / toleransi pasien, Kaji toleransi aktifitas misalnya keluhan kelemahan/ kelelahan selama kerja atau Tanda vital berubah.
3. **Kemungkinan Terhadap Kelebihan Volume Cairan Ekstrasvaskuler**
Faktor resiko meliputi : Penurunan perfusi ginjal, peningkatan natrium/ retensi air, peningkatan tekanan hidrostatik atau penurunan protein plasma (menyerap cairan dalam area interstisial/ jaringan). Kemungkinan dibuktikan oleh : tidak adanya Tanda-Tanda dan gejala membuat diagnosa aktual. **Tujuan** : Keseimbangan volume cairan dapat dipertahankan selama dilakukan tindakan keperawatan selama di Rumah Sakit. **Intervensi** : Ukur masukan /pengeluaran, catat penurunan , pengeluaran, sifat konsentrasi, hitung keseimbangan cairan. Observasi adanya oedema dependen.

Timbang BB tiap hari. Pertahankan masukan total cairan 2000 ml/24 jam dalam toleransi kardiovaskuler. Kolaborasi : pemberian_diet rendah natrium, berikan diuetik.

4. **Pola nafas tidak efektif** Yang berhubungan dengan : Penurunan volume paru, hepatomegali, splenomegali, Kemungkinan dibuktikan oleh : Perubahan kedalaman dan kecepatan pernafasan ,gangguan pengembangan dada, GDA tidak normal. **Tujuan :** Pola nafas efektif setelah dilakukan tindakan keperawatan selama di Rumah Sakit. **Intervensi :** Monitor kedalaman pernafasan, frekuensi, dan ekspansi dada. Catat upaya pernafasan termasuk penggunaan otot Bantu nafas. Auskultasi bunyi nafas dan catat bila ada bunyi nafas tambahan. Tinggikan kepala dan Bantu untuk mencapai posisi yang nyaman mungkin. Kolaborasi pemberian Oksigen dan periksa GDA
5. **Intoleransi aktifitas dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari** Dapat dihubungkan dengan : ketidakseimbangan antar suplai oksigen miocard dan kebutuhan, adanya iskemik/ nekrotik jaringan miocard, Kemungkinan dibuktikan oleh : Gangguan frekuensi jantung, tekanan darah dalam aktifitas, terjadinya disritmia, kelemahan umum. **Tujuan :** Terjadi peningkatan toleransi pada klien setelah dilaksanakan tindakan keperawatan selama di Rumah sakit. **Intervensi :** Catat frekuensi jantung, irama, dan perubahan Tekanan Darah selama dan sesudah aktifitas. Tingkatkan istirahat (di tempat tidur). Batasi aktifitas pada dasar nyeri dan berikan aktifitas sensori yang tidak berat. Jelaskan pola peningkatan bertahap dari tingkat aktifitas, contoh bangun dari kursi bila tidak ada nyeri, ambulasi dan istirahat selam 1 jam setelah makan. Kaji ulang Tanda gangguan yang menunjukkan tidak toleran terhadap aktifitas atau memerlukan pelaporan pada dokter.

Langkah yang terakhir dalam asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung adalah evaluasi, dimana evaluasi merupakan penilaian efektifitas terhadap intervensi keperawatan sehubungan dengan keluhan, hasil perekaman EKG, foto thorak dan pemeriksaan hasil laboratorium menunjukkan hasil yang normal. Intervensi dikatakan efektif bila tingkah laku klien sesuai dengan tujuan yang ditetapkan. Dalam evaluasi, perawat melakukan pengkajian ulang tentang keluhan sesak nafas, hemodinamik dan terapi yang diberikan pada klien serta perilaku klien setelah melakukan implementasi dari intervensi. Evaluasi menggunakan observasi, mengukur dan wawancara dengan pasien.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Pada penyakit gagal jantung ini di bagi dalam beberapa tingkatan berdasarkan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Nah, untuk itu tolong sebutkan tingkatan tersebut :

- 1)
- 2)

- 3)
- 4)

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk kemudian jawaban Anda cocokan atau bandingkan dengan pembagian tingkatan gagal jantung di bawah ini: tingkatan gagal jantung menurut New York Heart Association terbagi menjadi 4 fungsional yaitu: 1) Timbul gejala sesak pada aktifitas fisik berat. 2) Timbul gejala sesak pada aktifitas fisik sedang. 3) Timbul gejala sesak pada aktifitas ringan. 4) Timbul gejala sesak pada aktifitas sangat ringan/ istirahat.

Ringkasan

Gagal jantung merupakan penyakit yang diakibatkan oleh ketidakmampuan jantung dalam melakukan kontraksi atau pompa sehingga terjadi penurunan cardiac output sehingga aliran darah ke seluruh tubuh terjadi penurunan. dampak dari penurunan cardiac output, akan mengakibatkan volume darah dalam ventrikel kiri menumpuk dan berdampak pada meningkatnya aliran darah balik yang menuju atrium, paru-paru dan jantung bagian kanan. Untuk mengatasi masalah ini maka diperlukan pengobatan untuk meningkatkan kontraktilitas jantung dalam rangka menurunkan penimbunan darah dalam jantung. Berdasarkan penurunan kemampuan pompa jantung, maka akan menimbulkan gejala sesak nafas, perasaan tidak bertenaga dan pada akhirnya terjadi penurunan kemampuan aktivitas pasien. Diagnosa keperawatan yang utama pada pasien gagal jantung adalah penurunan daya pompa/kontraktilitas jantung, masalah ini dapat ditangani dengan memposisikan pasien semi fowler, mengurangi aktivitas pasien.

Langkah-langkah

Berikut ini diberikan soal formatif, Anda diminta mengerjakan di lembar kertas tersendiri (tidak didalam bab). Apabila semua soal formatif sudah selesai Anda kerjakan, Anda dipersilahkan untuk melihat kunci jawaban dan membandingkan jawaban Anda dengan jawaban yang ada dimkunci jawaban.

Periksalah hasil pekerjaan Anda. kemudian hitunglah jawaban Anda yang benar, gunakan rumus yang ada pada bagian pendahuluan. Apabila Anda berhasil menyelesaikan (menjawab) soal formatif dengan 80% benar, maka Anda diperkenankan untuk melanjutkan mempelajari pembelajaran yang diuraikan pada Topik 2.

Semoga Anda berhasil.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

Kasus 1 :

Seorang laki-laki 52 tahun di rawat di ruang interne dengan keluhan merasa sangat lemas, tidak bertenaga, sesak nafas dan sering kencing pada malam hari. Hasil pemeriksaan : sesak (+), auskultasi paru adanya ronchi kanan-kiri, pernafasan 26x/menit. sianosis, oedema ekstrimitas. Tensi 120/80 mmHg, Hr : 88 x/menit.

- 1) Berdasarkan gejala yang ada, maka diagnosa kasus diatas adalah
 - A. Vaskuler heart disease
 - B. Gagal jantung kanan
 - C. Gagal jantung kronik
 - D. Gagal jantung kiri

- 2) Termasuk gejala obyektif pada kasus diatas adalah
 - A. Sering kencing malam hari
 - B. Perasaan sangat lemah
 - C. Oedem ekstrimitas
 - D. Tidak bertenaga

- 3) Diagnosa keperawatan aktual dan prioritas utama yang muncul pada kasus diatas adalah
 - A. Gangguan pemenuhan kebutuhan O₂
 - B. Gangguan rasa nyaman (nocturia
 - C. Gangguan pemenuhan istirahat-tidur
 - D. Pernafasan tidak efektif

- 4) Intervensi perawatan berkaitan diagnosa tersebut pada nomor soal 3, antara lain
 - A. Atur posisi semifowler atur posisi semifowler
 - B. Longgarkan pakaian pasien
 - C. Berikan O₂ 2 – 3 liter/menit
 - D. Observasi Tanda vital

- 5) Koongestif paru pada pasien gagal jantung disebabkan oleh
 - A. peningkatan tekanan arteri pulmonalis
 - B. Peningkatan tekanan vena pulmonalis
 - C. Bendungan arteri pulmonalis
 - D. Bendungan vena pulmonalis

- 6) Dampak penurunan cardiac output dan perfusi pada pasien gagal jantung adalah
- A. Peningkatan kontraksi jantung
 - B. Peningkatan aliran darah balik
 - C. Peningkatan tekanan darah
 - D. Peningkatan metabolisme
- 7) Yang termasuk gejala gagal jantung kanan
- A. Volume darah di paru meningkat
 - B. cardiac output turun
 - C. batuk (haemoptoe)
 - D. oedem tungkai
- 8) Yang termasuk intervensi dari diagnosa keperawatan perubahan perfusi jaringan
- A. Mengurangi rangsangan manuver valsava
 - B. Anjurkan diet sedikit – sedikit tapi sering
 - C. Latih pasien gerak secara pasif
 - D. Posisi fowler
- 9) Secara normal darah di aorta tidak bisa kembali ke bilik kiri karena adanya katub
- A. Pulmonal
 - B. Tricuspid
 - C. Bicuspid
 - D. Aorta
- 10) Peningkatan aliran darah ke vena cava superior, hal ini dapat dilihat dari
- A. Distensi vena jugularis
 - B. Oedem perifer
 - C. Hepatomegali
 - D. Asites

Bagaimana jawaban Anda? Tentunya ke sepuluh soal tadi sudah selesai Anda kerjakan. Jika belum, cobalah pelajari kembali materi yang masih kurang Anda pahami dan jangan lupa kerjakan soal formatif yang belum selesai Anda kerjakan. Apabila semua soal formatif sudah selesai Anda kerjakan, periksalah jawaban Anda dengan menggunakan kunci jawaban yang disediakan pada bagian akhir bab ini.

Bagaimana hasil jawaban Anda? Semoga semua jawaban Anda benar. Nah, selamat atas keberhasilan Anda. Apabila belum sepenuhnya berhasil atau belum mencapai 80% benar, sebaiknya Anda pelajari kembali materi pembelajaran Topik 1 terutama materi pembelajaran yang belum Anda pahami. Setelah itu, cobalah kerjakan kembali soal tugas Topik 2. Semoga kali ini Anda dapat menyelesaikan dengan benar.

Bagaimana? Apabila memang Anda telah berhasil menyelesaikan semua soal formatif dengan benar atau setidaknya 80% benar, Anda diperkenankan untuk mempelajari materi pembelajaran yang diuraikan pada Topik 2. Selamat belajar dan sukses mempelajari materi pembelajaran Topik 2.

Tugas Mandiri

Buatlah Standart prosedur pemeriksaan vena jugularis yang meliputi inspeksi, auskultasi, perkusi, dan palpasi

Setelah Anda membuat prosedur tadi, maka jawaban Anda tolong dikonsultasikan pada pembimbing bab, selamat belajar

Topik 2

Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Peradangan pada Jantung (Perikarditis, Miokarditis, Endokarditis)

URAIAN MATERI PEMBELAJARAN

1. Pengertian

Nah sekarang Anda akan belajar tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan peradangan pada jantung. Kira-kira Anda mengetahui tentang defisi peradangan pada jantung? Sekarang tolong tuliskan tentang pengertian penyakit peradangan pada jantung pada titik-titik di bawah ini

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

untuk meyakinkan pendapat saudara, maka bandingkan pendapat Anda dengan penjelasan pengertian pada peradangan jantung, **Perikarditis** adalah peradangan lapisan paling luar jantung (membran tipis yang mengelilingi jantung) yang terdiri dari perikardium viseral dan perikardium parietal, sedang definisi **miokarditis** adalah peradangan pada otot jantung atau miokard, sedangkan **endokarditis** adalah peradangan pada lapisan jantung bagian dalam atau endokard. maka peradangan pada jantung bisa mengenai pada perikardium atau miokardium atau endokardium, apabila mengenai ketiga-tiganya maka disebut **pankarditis.**, nah sekarang Anda telah mengetahui definisi tentang peradangan pada jantung.

2. Penyebab

Kira-kira menurut saudara apa penyebab dari peradangan jantung? Penyebab peradangan pada jantung Menurut H. Winter griffith M.D. 1994, kadang-kadang tidak terlalu diketahui penyebabnya, yang paling umum diketahui karena : Infeksi virus, Demam rematik dan penyakit lainnya darin jringan ikat, seperti lupus eritematosus, Gagal ginjal kronik, Komplikasi serangan jantung koroner, Komplikasi pembedahan jantung, Komplikasi cedera dada, termasuk penggunaan kateter jantung, atau Penyebaran kanker ke otot jantung.

Nah, kenapa sampai terjadi peradangan pada jantung, selanjutnya simaklah penjelasan tentang proses terjadinya peradangan jantung atau patofisiologi. bahwa virus atau bakteri tampak kepentingannya meningkat sebagai penyebab perikarditis primer. Sebenarnya beberapa peneliti percaya bahwa virus terutama menyebabkan kasus perikarditis “idiopatik” akut, walaupun tidak semua. Diantara kasus perikarditis virus yang dikenal yang disebabkan oleh virus Cocksackie B, influenza A, dan B. Patogenesis perikarditis virus tidak jelas. Sering terjadi infeksi akut saluran bagian pernafasan bagian atas, walaupun demikian tidak diketahui dengan jelas virus penyebab itu kemudian menyebar ke dalam perikardium. Terdapat beberapa penunjang pAndangan itu, bahwa banyak virus tidak secara langsung menyerang

jaringan perikardium, tetapi lebih utama dengan berbagai cara menggalakan hipersensitivitas yang kemudian melibatkan perikardium.

Bakteri dapat mencapai perikardium baik secara langsung dari struktur terkena seperti paru dan pleura, atau oleh karena penyebaran hematogen atau limfatik. Terutama pada anak, perikarditis staphilokokus relatif sering dan hampir selalu diikuti entah dengan pneumoni atau osteomielitis. Nyatanya baik penyertaan perikarditis spesies yang menguasai gambaran klinik maupun hanya sebagian kecil gambaran klinik, memang bervariasi.

Perikarditis neoplastik, hampir selalu berasal dari tumor langsung atau metastase tumor yang terjadi di luar perikardium. Paling sering penyebaran langsung dari limfoma mediastinum atau dari karsinoma bronkogenik atau esofagus. Meskipun metastasis kanker apa pun dalam tubuh dapat melibatkan perikardium, penyebaran semacam itu pada umumnya jarang.

Perikarditis traumatik relatif lebih sering disebabkan oleh karena dada tak tembus. Hal ini mencerminkan baik kontusi ringan permukaan perikardium jantung maupun adanya darah dalam kantung perikardium yang menyebabkan respon perbaikan, seperti dalam ruang pleura atau peritoneum. Jarang luka tembus dada menyebabkan penyebaran langsung kuman ke dalam ruang perikardium, yang menyebabkan perikarditis supuratif.

3. Gejala

Nah, dampak dari adanya peradangan pada jantung, maka akan muncul gejala, gejala ini muncul akibat gangguan kontraksi atau pompa jantung akibat adanya peradangan, akibat peradangan tersebut, akan muncul nyeri dada yang akan bertambah jika pasien bergerak atau berkurang jika pasien duduk atau meringkuk, gejala lainnya adalah nafas cepat, batuk-batuk, demam dan menggigil serta lesu.

Penyakit peradangan pada jantung dapat ditegakkan dengan perekaman EKG yang hasilnya akan menunjukkan gambaran Low Voltage dan foto thorak.

Akibat adanya peradangan jantung akan memunculkan komplikasi yang dapat terjadi adalah gagal jantung akibat penurunan daya pompa jantung sehingga cardiac output akan turun. Nah kalau dapat disimpulkan bawah penyakit peradangan jantung adalah :

Peradangan pada jantung adalah peradangan mengenai otot jantung baik mengenai perikard, miokard atau endokard kalau ketiganya terkena maka disebut perikarditis. dampak adanya peradangan ini akan mengakibatkan penurunan daya kontraktilis jantung sehingga akan memunculkan komplikasi gagal jantung.

4. Asuhan Keperawatan

Setelah Anda belajar tentang konsep dari penyakit peradangan jantung, maka selanjutnya Anda akan belajar tentang asuhan keperawatannya yang meliputi pengkajian, penentuan diagnosa, penyusunan rencana tindakan sampai implementasi sampai evaluasi. Untuk pertama kali, Anda akan belajar tentang pengkajian. Pengkajian keperawatan menurut Marulynn E Doengoes, 1999 adalah sebagai berikut : **a) aktivitas/istirahat**, Gejala : kelelahan, kelemahan, Tanda : Takikardi, penurunan tekanan darah, dispnea saat aktivitas.

b) Sirkulasi Gejala : riwayat demam rematik, penyakit jantung kongenital, bedah jantung (CABG(coronary artery by pass graf)/penggantian akutp), palpitasi, jatuh pingsan. Tanda : takikardi, distrimia, perpindahan tim(titik impuls maksimal) kiri dan inferior (pembesaran jantung) friction rub Perikardia(biasanya intermiten, terdengar di batas sternal kiri), murmur aortik, mitral, stenosis / insufisiensi trikuspid : perubahan dalam marmur yang mendahului ; disfungsi otot papilar, edema, petekie(kongjungtiva, membran mukosa), hemoragi splinter(punggung kuku), nodus oster(jari/ibu jari). **c) Eliminasi** Gejala: riwayat penyakit ginjal/gagal ginjal, penurunan frekuensi/jumlah urine. Tanda: urine pekat gelap. **d) Nyeri/ketidnyamanan** Gejala: nyeri pada dada (nyeri sedang sampai berat) diperberat oleh inspirasi, batuk, gerakan menelan, berbaring. Hilang dengan duduk, bersandar kedepan, tidak hilang dengan pemberian nitrogterosin. **e) Pernapasan** Gejala: napas pendek. Tanda : dispnea, batuk, inspirasi mengi, takipnea, krekels, ranki, pernapasan dangkal.**f) Keamanan**, Gejala: riwayat infeksi virus, bakteri, jamur, penurunan sistem imun, SLE, atau penyakit lainnya. Tanda: demam.

Langkah selanjutnya adalah menyusun rencana tindakan keperawatan. Rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan peradangan jantung meliputi :

- a. ***Nyeri berhubungan dengan inflamasi perikardium ; efek-efek sistemik dari infeksi. Tujuannya adalah:*** Mengidentifikasi metode yang memberi penghilangan nyeri, pasien melaporkan nyeri hilang/terkontrol, mendemonstrasikan penggunaan keterampilan relaksasi dan aktivitas pengalih sesuai dengan indikasi untuk situasi individual. Sedangkan intervensi meliputi : pantau keluhan nyeri dada, perhatikan awitan dan faktor pemberat atau penurun, Berikan lingkungan yang tenang dan tindakan kenyamanan, misalnya; perubahan posisi, gosokan punggung, penggunaan kompres panas/dingin, dukungan emosional, Berikan aktivitas hiburan yang tepat, Berikan obat sesuai indikasi, Berikan oksigen suplemen sesuai indikasi.
- b. ***Intoleran Aktivitas berhubungan dengan pembatasan pengisian jantung / kontraksi ventrikel, penurunan curah jantung. Tujuan adalah*** menunjukkan peningkatan yang dapat diukur dalam toleransi aktivitas, mendemonstrasikan penurunan Tanda fisiologis intoleransi, mengungkap pemahaman tentang pembatasan terapeutik yang diperlukan. Intervensi keperawatannya meliputi : kaji kemampuan aktivitas pasien, berikan aktivitas sesuai dengan kemampuan pasien, berikan waktu istirahat disaat tindakan keperawatan, observe Tanda-Tanda vital sebelum dan sesudah tindakan.
- c. ***Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraksi. Tujuannya adalah*** pasien menunjukkan penurunan episode dispnea, angina dan disritmia, mengidentifikasi perilaku untuk menurunkan beban kerja jantung. Intervensi keperawatannya meliputi : pantau frekuensi / irama jantung, auskultasi bunyi jantung, dorong tirah baring dalam posisi semi fowler, berikan tindakan kenyamanan, misalnya; aktivitas hiburan dalam toleransi jantung, dorong penggunaan teknik manajemen stress, misalnya; bimbingan imajinasi, latihan pernapasan. Observasi Tanda-Tanda vital. Bantu dalam perikardionsentesis darurat. Siapkan pasien untuk pembedahan, bila diindikasikan. Kolaborasi dalam pemberian antibiotik/antimikrobal intravena

- d. Kurang pengetahuan tentang kondisi/berhubungan dengan kurang informasi tentang proses penyakit, cara untuk mencegah pengulangan atau komplikasi. Tujuan yang diharapkan meliputi : Menyatakan pemahaman tentang proses implamasi, kebutuhan pengobatan dan kemungkinan komplikasi. Mengidentifikasi / melakukan pola hidup yang perlu atau perubahan perilaku untuk mencegah terulangnya atau terjadinya komplikasi. Intervensi keperawatan meliputi : Jelaskan efek imflamasi pada jantung, ajarkan untuk memperhatikan gejala sehubungan dengan komplikasi / berulangnya dan gejala yang dilaporkan dengan segera pad pemberi perawatan, contoh : demam atau peningkatan nyeri dada tak biasanya, peningkatan berat badan, peningkatan toleransi terhadap aktivitas. Anjurkan pasien/orang terdekat tentang dosis, tujuan dan efek samping obat;kebutuhan diet/pertimbangan khusus; aktivitas yang diizinkan/dibatasi. Kaji ulang perlunya antibiotik jangka panjang/terpi anti mikrobakterial. Diskusikan Penggunaan antibiotik profilaksis. Tingkatkan praktik kesehatan seperti nutrisi yang baik, keseimbangan antara aktivitas dan istirahat, pantau status kesehatan sendiri dan meloporkan Tanda infeksi.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Sekarang Anda telah melakukan pengkajian. Kira-kira diagnosa keperawatan apa yang akan muncul pada kasus peradangan jantung, tolong tuliskan 3 diagnosa keperawatan yang saudara ketahui pada titik-titik di bawah ini :

- 1)
- 2)
- 3)

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk meyakinkan saudara, maka bandingkan jawaban saudara dengan jawaban dibawah ini. Diagnosa keperawatan yang akan muncul pada kasus peradangan pada jantung adalah :

1. Nyeri berhubungan dengan inflamasi perikardium ; efek-efek sistemik dari infeksi.
2. Intoleran Aktivitas berhubungan dengan pembatasan pengisian jantung / kontraksi ventrikel, penurunan curah jantung
3. Penurunan curah jantung berhubungan dengan akumulasi cairan dalam kantung perikardia.

Bagaimana jawaban Anda setelah dibandingkan dengan jawaban dari bab? Sekarang Anda mengetahui diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan peradangan pada jantung.

Langkah yang terakhir dalam mempelajari asuhan keperawatan pada pasien peradangan pada jantung adalah evaluasi, dimana evaluasi merupakan penilaian efektifitas terhadap intervensi keperawatan sehubungan dengan keluhan, hasil perekaman EKG dan pemeriksaan hasil laboratorium menunjukkan hasil yang normal. Intervensi dikatakan efektif bila tingkah laku klien sesuai dengan tujuan yang ditetapkan. Dalam evaluasi, perawat melakukan pengkajian ulang tentang keluhan nyeri dada, toleransi aktivitas dan terapi yang diberikan pada klien serta perilaku klien setelah melakukan implementasi dari intervensi. Evaluasi menggunakan observasi, mengukur dan wawancara dengan pasien.

Nah, sampai di sini uraian materi Topik 3 secara garis besar, tentulah Anda telah memahaminya, namun, untuk lebih memantapkan pemahaman Anda mengenai materi pembelajaran yang baru saja Anda pelajari, bacalah secara cermat rangkuman berikut ini!

Ringkasan

Peradangan jantung dibagi menjadi 3 berdasarkan lokasinya yaitu perikarditis, miokarditis dan endokarditi, seandainya ketiga lokasi tersebut terkena infeksi, maka disebut dengan pankarditis. Dampak adanya peradangan ini akan menimbulkan penurunan daya kontraksi sehingga terjadi penurunan kardiak out put. Untuk menegakkan diagnosa penyakit ini dapat didasarkan keluhan pasien yaitu nyeri dada yang terus menerus, nyeri akan bertambah dengan bila dibuat tarik nafas panjang dan nyeri akan berkurang bila pasien medekapkan dadanya serta adanya demam. pemeriksaan diagnostik dapat dilakukan dengan perekaman EKG akan memberika gambaran Low Voltage dan pemeriksaan leukosit akan menunjukkan peningkatan. Penatalaksanaan dianjurkan dengan pemberian antibiotik. Diagnosa keperawatan utama yang akan muncul adalah penurunan kardiak output berhubungan dengan dengan penurunan kontraksi jantung.

Langkah-langkah

Berikut ini diberikan soal formatif, Anda diminta mengerjakan di lembar kertas tersendiri (tidak didalam bab). Apabila semua soal formatif sudah selesai Anda kerjakan, Anda dipersilahkan untuk melihat kunci jawaban dan membandingkan jawaban Anda dengan jawaban yang ada dikunci jawaban.

Periksalah hasil pekerjaan Anda. kemudian hitunglah jawaban Anda yang benar, gunakan rumus yang ada pada bagian pendahuluan. Apabila Anda berhasil menyelesaikan (menjawab) soal formatif dengan 80% benar, maka Anda diperkenankan untuk melankutkan mempelajari pembelajaran yang diuraikan pada Topik 3.

Semoga Anda berhasil.

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

Kasus :

Anak laki-laki, 11 tahun, di rawat diruang anak, dengan keluhan badannya terasa sakit semua, panas tinggi, nyeri dada seperti ditusuk dan berkurang bila duduk membungkuk. Pemeriksaan fisik didapatkan suara jantung melemah, robchi tidak ada, denyut nadi 110/menit. Pemeriksaan EKG didapatkan gambaran low voltage. Diagnosa medis : perikarditis

Soal :

- 1) Berdasarkan kasus di atas maka diagnosa keperawatan yang utama adalah
 - A. Gangguan peningkatan suhu tubuh
 - B. Gangguan aktivitas sehari-hari
 - C. Gangguan rasa nyaman nyeri
 - D. Penurunan kardiak out pit

- 2) Berdasarkan diagnosa keperawatan yang utama pada kasus diatas, maka intervensi keperawatannya adalah
 - A. Anjurkan diet tinggi kalori dan tinggi protein
 - B. Obsevasi Tanda-Tanda vital
 - C. Anjurkan minum yang banyak
 - D. Anjurkan istirahat

- 3) Dampak adanya peradangan pada jantung, akan menyebabkan komplikasi
 - A. Syok kardiogenik
 - B. Gagal jantung
 - C. Aritmia
 - D. PJK

- 4) Salah satu faktor resiko terjadinya peradangan pada jantung adalah
 - A. Riwayat bedah thorak
 - B. Atherosklerosis
 - C. Hipertensi
 - D. Kongenital

- 5) Salah satu obat untuk mengatasi peradangan pada jantung adalah
 - A. Antiinflamasi
 - B. Antipiretik
 - C. Analgesik
 - D. Antibiotik

- 6) Akibat penurunan cardiac output adalah
- A. Perfusi jaringan menurun
 - B. Tekanan darah meningkat
 - C. Peningkatan metabolisme
 - D. Peningkatan produksi urine
- 7) Diet yang harus diberikan pada kasus diatas adalah
- A. Rendah kalori
 - B. Rendah garam
 - C. Rendah serat
 - D. TKTP
- 8) Pemeriksaan penunjang pada kasus diatas adalah
- A. Echokardiografi
 - B. Foto thorak
 - C. Ct Scan
 - D. EKG
- 9) Gejala khas pada kasus diatas adalah
- A. Nyeri dada bertambah bila batuk
 - B. Nyeri kepala
 - C. Demam
 - D. Pusing
- 10) Peradangan yang mengenai semua otot jantung disebut
- A. Perikarditis
 - B. Miokarditis
 - C. Endokarditis
 - D. Pankarditis

Bagaimana jawaban Anda? Tentunya ke sepuluh soal tadi sudah selesai Anda kerjakan. Jika belum, cobalah pelajari kembali materi yang masih kurang Anda pahami dan jangan lupa kerjakan soal formatif yang belum selesai Anda kerjakan. Apabila semua soal formatif sudah selesai Anda kerjakan, periksalah jawaban Anda dengan menggunakan kunci jawaban yang disediakan pada bagian akhir bab ini.

Bagaimana hasil jawaban Anda? Semoga semua jawaban Anda benar. Nah, selamat atas keberhasilan Anda. Apabila belum sepenuhnya berhasil atau belum mencapai 80% benar, sebaiknya Anda pelajari kembali materi pembelajaran Topik 2 terutama materi pembelajaran yang belum Anda pahami. Setelah itu, cobalah kerjakan kembali soal formatif Topik 2. Semoga kali ini Anda dapat menyelesaikan dengan benar.

Bagaimana? Apabila memang Anda telah berhasil menyelesaikan semua soal formatif dengan benar atau setidaknya 80% benar, Anda diperkenankan untuk mempelajari materi pembelajaran yang diuraikan pada kegiatan belajar berikutnya. Selamat belajar dan sukses mempelajari materi pembelajaran Topik 1.

Tugas Mandiri

Buatlah standar prosedur pemeriksaan abdomen yang meliputi inspeksi, auskultasi, perkusi, dan palpasi

Setelah Anda membuat prosedur tadi, maka jawaban Anda tolong dikonsultasikan pada pembimbing bab, selamat belajar

Topik 3

Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Anemia

1. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah selesai mempelajari materi pembelajaran yang diuraikan pada Topik 3 ini, Anda diharapkan akan mampu memahami asuhan keperawatan pasien dengan anemia.

2. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah selesai mempelajari materi pembelajaran yang diuraikan pada Topik 3 ini, Anda diharapkan akan dapat :

- a. Menjelaskan pengertian pada anemia
- b. Menjelaskan penyebab pada anemia
- c. Menjelaskan Faktor resiko terjadinya anemia
- d. Menjelaskan gejala pada anemia
- e. Menjelaskan Pengkajian keperawatan pasien pada anemia
- f. Menjelaskan diagnosa keperawatan pasien pada anemia
- g. Menjelaskan rencana tindakan keperawatan pasien pada anemia
- h. Menentukan evaluasi tindakan keperawatan pasien pada anemia

3. Pokok-Pokok Materi

- a. Pengertian pada anemia
- b. Penyebab pada anemia
- c. Faktor resiko terjadinya anemia
- d. Gejala pada anemia
- e. Pengkajian keperawatan pasien pada anemia
- f. Diagnosa keperawatan pasien pada anemia
- g. Rencana tindakan keperawatan pasien pada anemia
- h. Evaluasi tindakan keperawatan pasien pada anemia

URAIAN MATERI PEMBELAJARAN

1. Pengertian

Selamat bertemu kembali pada kegiatan belajar yang ke 3. Nah, sekarang Anda akan belajar tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan anemia. Kira-kira Anda mengetahui tentang definisi anemia? Sekarang tolong tuliskan tentang pengertian anemia pada titik-titik di bawah ini

Nah, sekarang bandingkan pendapat Anda tentang pengertian anemia dengan pengertian :

Anemia adalah keadaan dimana rendahnya jumlah sel darah merah dan kadar hemoglobin (HB) sehingga hematokrit(HT)/viskositas darah menjadi encer. Anemia menunjukkan suatu gejala penyakit atau perubahan fungsi tubuh bukan suatu penyakit.

Anemia terbagi dalam beberapa jenis yaitu 1) ketidakadekuatan pembentukan sel darah merah (eritropoiesis), 2) penghancuran sel darah merah yang berlebihan (hemolisi) atau terlalu cepat, 3) kehilangan darah (penyebab yang paling umum) seperti perdarahan atau menstruasi yang berkepanjangan, 4) kurangnya nutrisi yaitu defisiensi vitamin B12 atau vitamin C atau zat besi, 5) faktor herediter (brunner dan suddarth, 2000).

2. Penyebab

Nah, kira-kira penyebab atau etiologi dari anemia itu apa? Coba Anda renungkan! Setelah Anda menemukan hasil dari renungan Anda, maka bandingkan pendapat Anda dengan pernyataan di bawah ini. Bahwa Anemia terjadi sebagai akibat gangguan atau rusaknya mekanisme produksi sel darah merah sehingga menurunnya produksi sel darah merah sebagai akibat kegagalan dari sumsum tulang, meningkatnya penghancuran sel-sel darah merah, perdarahan, dan rendahnya kadar eritropoetin, misalnya pada gagal ginjal kronik.

3. Gejala

Kira-kira gejala apa yang akan muncul pada pasien anemia? Untuk melihat gejala yang muncul dari pasien anemia tentunya tidak lepas dari fungsi sel darah merah itu sendiri. Fungsi sel darah merah adalah sebagai pengangkut oksigen, sedangkan fungsi oksigen adalah untuk metabolisme, dengan adanya penurunan jumlah oksigen maka metabolisme ikut turun juga, maka gejala yang akan timbul adalah kelelahan, berat badan menurun, letargi, dan membran mukosa menjadi pucat. Apabila timbulnya anemia perlahan (kronis) seperti menstruasi berkepanjangan, mungkin hanya timbul sedikit gejala hal ini disebabkan karena pasien telah beradaptasi dengan kondisi kekurangan oksigen, sedangkan pada anemia akut yang terjadi adalah sebaliknya. Faktor penatalaksanaan yang patut dipertimbangkan untuk pasien anemia terpusat pada penurunan kemampuan darah untuk mengangkut oksigen, dan pada beberapa kasus, mengenai kecenderungan rusaknya mekanisme pertahanan selular.

Selanjutnya Anda akan belajar tentang patofisiologi pada pasien anemia, bahwa anemia salah satu adanya kegagalan sumsum tulang atau kehilangan sel darah merah berlebihan atau keduanya. Kegagalan sumsum tulang dapat terjadi akibat kekurangan nutrisi, terpaparnya bahan toksik, invasi tumor, atau akibat penyebab yang tidak diketahui. Sel darah merah dapat hilang melalui perdarahan atau hemolisis. Lisis sel darah merah terjadi dalam sel fagositik atau dalam sistem retikulo endothelial, terutama dalam hati dan limpa. Sebagai hasil sampingan dari proses tersebut, bilirubin yang terbentuk dalam fagosit akan memasuki aliran darah. Apabila sel darah merah mengalami penghancuran dalam sirkulasi, maka hemoglobin akan muncul dalam plasma. Apabila konsentrasi plasmanya melebihi kapasitas hemoglobin plasma, hemoglobin akan berdifusi dalam glomerulus ginjal dan ke dalam urine.

Pada dasarnya gejala anemia timbul karena dua hal berikut (1) Anoksia organ target karena berkurangnya jumlah oksigen yang dapat dibawa oleh darah ke jaringan. (2) Mekanisme kompensasi terhadap anemia.

Nah, gejala yang muncul pada pasien anemia tentu bergantung pada penyakit yang mendasarinya, demikian juga dengan keparahan serta kronisitasnya anemia. Manifestasi anemia dapat dijelaskan melalui prinsip-prinsip patofisiologi, sebagian besar Tanda dan gejala anemia mewakili penyesuaian kardiovaskuler dan ventilasi yang mengkompensasi penurunan massa sel darah merah. Derajat saat gejala-gejala timbul pada pasien anemik tergantung pada beberapa faktor pendukung. Jika anemia timbul dengan cepat, mungkin tidak cukup waktu untuk berlangsungnya penyesuaian kompensasi. Dan pasien akan mengalami gejala yang lebih jelas dari pada jika anemia dengan derajat kesakitan yang sama, yang timbul secara tersamar. Lebih lanjut, keluhan pasien tergantung pada adanya penyakit vaskuler setempat. Misalnya, angina pektoris, klaudikasio intermiten, atau leukeimia serebral sepintas yang tersamar oleh perjalanan anemia.

Berdasarkan uraian diatas, maka penatalaksanaan dari pasien anemia pada prinsipnya melihat dari kasusnya. Pada setiap kasus anemia perlu diperhatikan prinsip-prinsip sebagai berikut ini : 1) Terapi spesifik sebaiknya diberikan setelah diagnosis ditegakkan. 2) Terapi diberikan atas indikasi yang jelas, rasional, dan efisien. 3) Jenis-jenis terapi yang dapat diberikan adalah : Pada kasus anemia dengan payah jantung atau ancaman payah jantung, maka harus segera diberikan terapi darurat dengan transfuse sel darah merah yang dimampatkan (PRC) untuk mencegah perburukan payah jantung tersebut. Terapi khas untuk masing-masing anemia terapi ini bergantung pada jenis anemia yang di jumpai, misalnya preparat besi untuk anemia defisiensi besi. Terapi kausal, terapi kausal merupakan terapi untuk mengobati penyakit dasar yang menjadi penyebab anemia misalnya anemia defisiensi besi yang disebabkan oleh infeksi cacing-cacing tambang. Terapi ex-juvantivus (empiris) terapi yang terpaksa diberikan sebelum diagnosis dapat dipastikan jika terapi ini berhasil berarti diagnosis dapat dikuatkan. Terapi. Terapi ini hanya dilakukan jika tersedia fasilitas diagnosis yang mencukupi. Pada pemberian terapi jenis ini, penderita harus diawasi dengan ketat. Jika terdapat respon yang baik, terapi diteruskan, tetapi jika tidak terdapat respon, maka harus dilakukan evaluasi kembali.

Untuk menegakkan diagnosa anemia, maka diperlukan pemeriksaan penunjang antara lain Pemeriksaan laboratorium hematologis dilakukan secara bertahap sebagai berikut : Tes penyaring, tes ini dikerjakan pada tahap awal pada setiap kasus anemia. Dengan pemeriksaan ini, dapat dipastikan adanya anemia dan bentuk morfologi anemia tersebut. Pemeriksaan ini meliputi pengkajian pada komponen-komponen berikut ini : kadar hemoglobin, indeks eritrosit, (MCV, MCV, Dan MCHC), apusan darah tepi. Pemeriksaan rutin merupakan pemeriksaan untuk mengetahui kelainan pada sistem leukosit dan trombosit. Pemeriksaan yang dikerjakan meliputi laju endap darah (LED), hitung diferensial, dan hitung retikulosit. Pemeriksaan sumsum tulang: pemeriksaan ini harus dikerjakan pada sebagian besar kasus anemia untuk mendapatkan diagnosis definitif meskipun ada beberapa kasus yang diagnosis nya tidak memerlukan pemeriksaan sumsum tulang. Pemeriksaan atas indikasi khusus: pemeriksaan ini akan dikerjakan jika telah mempunyai dugaan diagnosis awal sehingga fungsinya adalah untuk mengonfirmasi dugaan diagnosis tersebut pemeriksaan tersebut memiliki komponen berikut ini: a) Anemia defisiensi besi : serum iron,

TIBC, saturasi transferin, dan feritin serum. b) Anemia megaloblastik: asam folat darah/ertrosit, vitamin B12. c) Anemia hemolitik: hitung retikulosit, tes coombs, dan elektroforesis Hb. d) Anemia pada leukeimia akut biasanya dilakukan pemeriksaan sitokimia. Sedangkan pemeriksaan laboratorium non hematologis meliputi Faal ginjal, Faal endokrin terutama untuk melihat produksi eritropoitin, Asam urat dan Faal hati

5. Asuhan Keperawatan

Setelah Anda belajar tentang konsep anemia, sekarang saatnya Anda belajar tentang proses keperawatan yang diawali dari pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, penyusunan rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi.

Pengkajian asuhan keperawatan Menurut doengoes pada pasien dengan anemia meliputi pengkajian, diagnosa dan perencanaan adalah sebagai berikut :

Pengkajian

a. Aktivitas/istirahat

Gejala : keletihan, kelemahan, malaise umum. Kehilangan produktivitas, penurunan semangat untuk bekerja. Toleransi terhadap latihan rendah. Kebutuhan untuk tidur dan istirahat lebih banyak.

Tanda : takikardia/takipnea; dispnea pada bekerja atau istirahat. Letargi, menarik diri, apatis, lesu, dan kurang tertarik pada sekitarnya. Kelemahan otot dan penurunan kekuatan. Ataksia, tubuh tidak tegak. Bahu menurun, postur lunglai, berjalan lambat, dan Tanda-Tanda lain yang menunjukkan keletihan.

b. Sirkulasi

Gejala : riwayat kehilangan darah kronis, mis; perdarahan GI kronis, menstruasi berat; angina, Cronic Heart Failure (akibat kerja jantung berlebihan). Riwayat endokarditis infeksi kronis. Palpitasi (takikardia kompensasi).

Tanda : Tekanan Darah ; peningkatan sistolik dengan diastolik stabil dan tekanan nadi melebar; hipotensi postural. Distrimia; Abnormalis EKG, mis; depresi segmen ST dan pendataran atau depresi gelombang T; takikardia. Bunyi jantung ; murmur sistolik. Ekstremitas (warna): pucat pada kulit dan membran mukosa (konjungtiva, mulut, faring, bibir) dan dasar kuku. (Catatan; pada pasien kulit hitam, pucat tampak sebagai keabu abuan); kulit seperti berkilin, pucat atau kuning lemon terang. Sklera: Biru atau putih seperti mutiara. Pengisian kapiler melambat (penurunan aliran darah ke perifer dan vasokonstriksi kompensasi). Kuku; mudah patah, berbentuk seperti sendok (koikologikia) (DB). Rambut; kering, udah putus, tipis; tumbuh uban secara premature.

c. Integritas ego

Tanda : keyakinan agama/budaya mempengaruhi pilihan pengobatan, mis; penolakan transfuse darah.

Gejala : depresi.

- d. Eleminasi
Gejala : riwayat pielonefritis, gagal ginjal. Flatulen, sindrom malabsorpsi (DB). Hematemesis, feses dengan darah segar, melena. Diare atau konstipasi. Penurunan haluaran urine
Tanda ; distensi abdomen.
- e. Makanan/cairan
Penurunan masukan diet, masukan diet protein hewani rendah/masukkan produk sereal tinggi (DB). Nyeri mulut atau lidah, kesulitan menelan (ulkus pada faring). Mual/muntah, dyspepsia, anoreksia. Adanya penurunan berat badan.
- f. Neurosensori
Gejala : sakit kepala, berdenyut, pusing, vertigo, tinnitus, ketidak mampuan berkonsentrasi. Insomnia, penurunan penglihatan, dan bayangan pada mata. Kelemahan, keseimbangan buruk, kaki goyah ; parestesia tangan/kaki (AP) ; klaudikasi. Sensasi menjadi dingin. Tanda : peka rangsang, gelisah, depresi cenderung tidur, apatis. Mental : tak mampu berespons, lambat dan dangkal. Oftalmik : hemoragis retina (aplastik, AP). Epitaksis : perdarahan dari lubang-lubang (aplastik). Gangguan koordinasi, ataksia, penurunan rasa getar, dan posisi, Tanda Romberg positif, paralysis.
- g. Nyeri/kenyamanan
Gejala : nyeri abdomen samara : sakit kepala
- h. Pernapasan
Gejala : riwayat TB, abses paru. Napas pendek pada istirahat dan aktivitas. Tanda : takipnea, ortopnea, dan dispnea.
- i. Seksualitas
Gejala : perubahan aliran menstruasi, misalnya menoragia atau amenore (DB). Hilang libido (pria dan wanita). Impptoten. Tanda : serviks dan dinding vagina pucat.

Intervensi keperawatan meliputi Perencanaan dilakukan sesuai dengan diagnosa yang telah ditentukan, adapun perencanaan menurut Doengoes 1999 adalah sebagai berikut :

- a. Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler yang diperlukan untuk pengiriman oksigen/nutrient ke sel.

Tujuan : peningkatan perfusi jaringan

- 1) Awasi Tanda vital kaji pengisian kapiler, warna kulit/membrane mukosa, dasar kuku.
- 2) Tinggikan kepala tempat tidur sesuai toleransi.
- 3) Awasi upaya pernapasan ; auskultasi bunyi napas perhatikan bunyi adventisius.
- 4) Selidiki keluhan nyeri dada/palpitasi.
- 5) Hindari penggunaan botol penghangat atau botol air panas. Ukur suhu air mandi dengan thermometer.
- 6) Kolaborasi pengawasan hasil pemeriksaan laboratorium. Berikan sel darah merah lengkap/packed produk darah sesuai indikasi.
- 7) Berikan oksigen tambahan sesuai indikasi.

- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen (pengiriman) dan kebutuhan.

Tujuan : dapat mempertahankan/meningkatkan ambulasi/aktivitas.

- 1) Kaji kemampuan aktivitas harian
- 2) Kaji kehilangan atau gangguan keseimbangan, gaya jalan dan kelemahan otot.
- 3) Observasi Tanda-Tanda vital sebelum dan sesudah aktivitas.
- 4) Berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, dan kurangi suara bising, pertahankan tirah baring bila di indikasikan.
- 5) Gunakan teknik menghemat energi, anjurkan pasien istirahat bila terjadi kelelahan dan kelemahan, anjurkan pasien melakukan aktivitas semampunya (tanpa memaksakan diri).

- c. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kegagalan untuk mencerna atau ketidak mampuan mencerna makanan /absorpsi nutrient yang diperlukan untuk pembentukan sel darah merah.

Tujuan : kebutuhan nutrisi terpenuhi

- 1) Kaji riwayat nutrisi, termasuk makan yang disukai.
- 2) Observasi dan catat masukkan makanan pasien.
- 3) Timbang berat badan setiap hari.
- 4) mengawasi penurunan berat badan atau efektivitas intervensi nutrisi.
- 5) Berikan makan sedikit dengan frekuensi sering dan atau makan diantara waktu makan.
- 6) Observasi dan catat kejadian mual/muntah, flatus dan dan gejala lain yang berhubungan.
- 7) gejala GI dapat menunjukkan efek anemia (hipoksia) pada organ.
- 8) Berikan dan Bantu hygiene mulut yang baik ; sebelum dan sesudah makan, gunakan sikat gigi halus untuk penyikatan yang lembut. Berikan pencuci mulut yang di encerkan bila mukosa oral luka.
- 9) Kolaborasi pada ahli gizi untuk rencana diet.
- 10) Kolaborasi ; pantau hasil pemeriksaan laboratorium.
- 11) Kolaborasi ; berikan obat sesuai indikasi.

- d. Risiko tinggi terhadap kerusakan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi dan neurologist.

Tujuan : dapat mempertahankan integritas kulit.

- 1) Kaji integritas kulit, catat perubahan pada turgor, gangguan warna, hangat local, eritema, ekskoriasi.
- 2) Reposisi secara periodic dan pijat permukaan tulang apabila pasien tidak bergerak atau ditempat tidur.
- 3) Anjurkan permukaan kulit kering dan bersih. Batasi penggunaan sabun.
- 4) Bantu untuk latihan rentang gerak.

- 5) Gunakan alat pelindung, misalnya kulit domba, keranjang, kasur tekanan udara/air. Pelindung tumit/siku dan bantal sesuai indikasi. (kolaborasi)
- e. Konstipasi atau Diare berhubungan dengan penurunan masukan diet; perubahan proses pencernaan; efek samping terapi obat.
Tujuan : menunjukkan perubahan perilaku/pola hidup, yang diperlukan sebagai penyebab, faktor pemberat.
- 1) Observasi warna feses, konsistensi, frekuensi dan jumlah.
 - 2) Auskultasi bunyi usus.
 - 3) Awasi intake dan output (makanan dan cairan).
 - 4) Dorong masukkan cairan 2500-3000 ml/hari dalam toleransi jantung.
 - 5) Hindari makanan yang membentuk gas.
 - 6) Lakukan perawatan perianal setiap defekasi bila terjadi diare.
 - 7) Kolaborasi ahli gizi untuk diet seimbang dengan tinggi serat dan bulk.
 - 8) Berikan pelembek feses, stimulant ringan, laksatif pembentuk bulk atau enema sesuai indikasi.
 - 9) Berikan obat antidiare, misalnya Defenoxilat Hidroklorida dengan atropine (Lomotil)
- f. Risiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan sekunder (penurunan hemoglobin leucopenia, atau penurunan granulosit (respons inflamasi tertekan).
Tujuan : Infeksi tidak terjadi.
1. Tingkatkan cuci tangan yang baik ; oleh pemberi perawatan dan pasien.
 2. Pertahankan teknik aseptik ketat pada prosedur/perawatan luka.
 3. Berikan perawatan kulit, perianal dan oral dengan cermat.
 4. Motivasi perubahan posisi/ambulasi yang sering, latihan batuk dan napas dalam.
 5. Tingkatkan masukkan cairan adekuat.
 6. Pantau/batasi pengunjung. Berikan isolasi bila memungkinkan.
 7. Pantau suhu tubuh. Catat adanya menggigil dan takikardia dengan atau tanpa demam.
 8. Amati eritema/cairan luka.
 9. Ambil specimen untuk kultur/sensitivitas sesuai indikasi
 10. Berikan antiseptic topical ; antibiotic sistemik (kolaborasi).
- g. Kurang pengetahuan sehubungan dengan kurang terpajan/mengingat ; salah interpretasi informasi ; tidak mengenal sumber informasi.
Tujuan : pasien mengerti dan memahami tentang penyakit, prosedur diagnostic dan rencana pengobatan.
- 1) Berikan informasi tentang anemia spesifik. Diskusikan kenyataan bahwa terapi tergantung pada tipe dan beratnya anemia.

- 2) Tinjau tujuan dan persiapan untuk pemeriksaan diagnostik.
- 3) Kaji tingkat pengetahuan klien dan keluarga tentang penyakitnya.
- 4) Berikan penjelasan pada klien tentang penyakitnya dan kondisinya sekarang.
- 5) Anjurkan klien dan keluarga untuk memperhatikan diet makanannya.
- 6) Minta klien dan keluarga mengulangi kembali tentang materi yang telah diberikan.

Setelah menyusun rencana keperawatan, maka langkah berikutnya adalah penerapan atau implementasi. Pelaksanaan merupakan tahap keempat dalam proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Dalam tahap ini perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada pasien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari pasien serta dalam memahami tingkat perkembangan pasien.

Langkah berikutnya adalah membuat evaluasi, Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi perawat harusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam memahami respons terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Kira-kira menurut Anda diagnosa keperawatan apa yang akan muncul pada pasien anemia, coba tulis tiga jawaban Anda di tulis di titik-titik dibawah ini :

- 1)
- 2)
- 3)

Petunjuk Jawaban Latihan

Setelah Anda tuliskan jawaban Anda, maka coba bandingkan jawaban Anda dengan pernyataan di bawah ini tentang diagnosa keperawatan yang akan muncul pada pasien anemia :

- a. Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler yang diperlukan untuk pengiriman oksigen/nutrient ke sel.
- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen (pengiriman) dan kebutuhan.

- c. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kegagalan untuk mencerna atau ketidak mampuan mencerna makanan /absorpsi nutrient yang diperlukan untuk pembentukan sel darah merah.
- d. Risiko tinggi terhadap kerusakan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi dan neurologist.
- e. Konstipasi atau diare berhubungan dengan penurunan masukan diet; perubahan proses pencernaan; efek samping terapi obat.
- f. Risiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan sekunder (penurunan hemoglobin leucopenia, atau penurunan granulosit (respons inflamasi tertekan).
- g. Kurang pengetahuan sehubungan dengan kurang terpajan/mengingat ; salah interpretasi informasi ; tidak mengenal sumber informasi.

Kira-kira dari jawaban Anda,apakah ada yang termasuk dalam pernyataan diatas? Setelah Anda mengetahui diagnoasa keperawatan, maka langkah selanjutnya adalah menyusun rencana tindakana berdasarkan diagnosa keperawatan.

Ringkasan

Anemia adalah suatu gejala dari penyakit yang ditAndai oleh penurunan jumlah sel darah merah dan kadar hemoglobin. Dampak adanya penurunan jumlah sel darah merah adalah menurunnya jumlah oksigen yang dibawahke tubuh, akibatnya akan menurunkan metabolisme dan jumlah energi yang dihasilkan akan menurun, sehingga pasien akan mengalami kelemahan. Apabila anemia tidak dilakukan dengan baik akan menimbulkan perubahan perfusi jaringan. Tujuan dari asuhan keperawatan meningkatkan kadar hemogobin dan jumlah jumlah sel darah merah sehingga pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari dan meminimalkan komplikasi.

Langkah-langkah

Berikut ini diberikan soal formatif, Anda diminta mengerjakan di lembar kertas tersendiri (tidak didalam bab). Apabila semua soal tes formatif sudah selesai Anda kerjakan, Anda dipersilahkan untuk melihat kunci jawaban dan membandingkan jawaban Anda dengan jawaban yang ada dikunci jawaban.

Periksalah hasil pekerjaan Anda.kemudian hitunglah jawaban Anda yang benar, gunakan rumus yang ada pada bagian pendahuluan. Apabila Anda berhasil menyelesaikan (menjawab) soal formatif dengan 80% benar, maka Anda diperkenankan untuk melanjutkan mempelajari pembelajaran yang diuraikan pada Topik 5.

Semoga Anda berhasil.

Tes 3

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

Kasus :

Seorang anak perempuan 10 tahun , di rawat di ruang Anak dengan keluhan anaknya sakit kepala, malas makan dan sering sakit. Dari pemeriksaan didapatkan klien tampak pucat, ekstremitas dingin, konjungtiva pucat, ujung jari dan kuku tampak pucat. Laboratorium : darah lengkap : retikulosit (-), punksi sumsum tulang proeritroblas (-), retikulosit (-). Diagnosa medis anemia.

Soal :

- 1) Kemungkinan kasus di atas mengalami anemia
 - A. Defisit vit B 12
 - B. Defisit Fe
 - C. Hemolitik
 - D. Aplastik

- 2) Untuk menentukan diagnosa pada kasus di atas perlu dikaji
 - A. Bagaimana menu yang diberikan pada anak
 - B. Riwayat kesehatan sebelumnya
 - C. Kebiasaan makan pada anak
 - D. Riwayat Keturunan

- 3) Kasus di atas mengalami anemia dari hasil laboratorium
 - A. Penurunan laju endap darah
 - B. Penurunan sel darah putih
 - C. Penurunan trombosit
 - D. Penurunan SDM

- 4) Intervensi umum terhadap kasus di atas adalah
 - A. memberikan istirahat yang cukup
 - B. meningkatkan selera makan
 - C. aktivitas seperti biasa
 - D. pemberian preparat Fe

- 5) faktor yang mempengaruhi peningkatan produksi eritropoitin
 - A. oksigenasi jaringan rendah
 - B. volume darah rendah
 - C. HB rendah
 - D. Anemia

- 6) Tempat penguraian SDM
 - A. Sumsung tulang
 - B. Empedu
 - C. Hepar
 - D. Lien

- 7) Anemia yang disebabkan gangguan pembentukan SDM
 - A. Defisiensi vitamin B12
 - B. Talasemia
 - C. Hemolitik
 - D. Aplastik

- 8) Anemia megaloblastik
 - A. Defisiensi vitamin B12
 - B. Talasemia
 - C. Hemolitik
 - D. Aplastik

- 9) Kelainan pada rantai HB
 - A. Defisiensi vitamin B12
 - B. Talasemia
 - C. Hemolitik
 - D. Aplastik

- 10) Anemia akan menimbulkan gagal jantung, hal ini disebabkan oleh
 - A. Beban jantung meningkat
 - B. Darah jantung menurun
 - C. Kerja jantung meningkat
 - D. Jantung keluarga O2

Bagaimana jawaban Anda? Tentunya ke sepuluh soal tadi sudah selesai Anda kerjakan. Jika belum, cobalah pelajari kembali materi yang masih kurang Anda pahami dan jangan lupa kerjakan soal formatif yang belum selesai Anda kerjakan. Apabila semua soal formatif sudah selesai Anda kerjakan, periksalah jawaban Anda dengan menggunakan kunci jawaban yang disediakan pada bagian akhir bab ini.

Bagaimana hasil jawaban Anda? Semoga semua jawaban Anda benar. Nah, selamat atas keberhasilan Anda. Apabila belum sepenuhnya berhasil atau belum mencapai 80% benar, sebaiknya Anda pelajari kembali materi pembelajaran Topik 5 terutama materi pembelajaran yang belum Anda pahami. Setelah itu, cobalah kerjakan kembali soal formatif Topik 3. Semoga kali ini Anda dapat menyelesaikan dengan benar.

✂ ■ Keperawatan Medikal Bedah I ✂ ■

Bagaimana? Apabila memang Anda telah berhasil menyelesaikan semua soal formatif dengan benar atau setidaknya 80% benar, Anda diperkenankan untuk mempelajari materi pembelajaran yang diuraikan pada Topik 3. Selamat belajar dan sukses mempelajari materi pembelajaran Topik 3.

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) C
- 2) C
- 3) A
- 4) A
- 5) C
- 6) B
- 7) D
- 8) D
- 9) C
- 10) A

Tes 2

- 1) D
- 2) D
- 3) B
- 4) A
- 5) D
- 6) A
- 7) D
- 8) A
- 9) A
- 10) B

Tes 3

- 1) D
- 2) B
- 3) D
- 4) A
- 5) A
- 6) D
- 7) D
- 8) A
- 9) B
- 10) A

Daftar Pustaka

Doenges, Marilyn E, (1999), *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, Edisi 3, EGC, Jakarta

Long, Barbara C, (1996), *Perawatan Medikal Bedah; Suatu Pendekatan Proses Holistik*, Yayasan Ikatan Alumni Pendidikan Keperawatan Padjajaran, Bandung.

Suyono, Slamet, (2001), *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Jilid II, Edisi 3, Balai Penerbit FKUI, Jakarta.

Underwood, J.C.E, (1999), *Patologi Umum dan Sistemik*, Edisi 2, EGC, Jakarta.

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN PENGINDERAAN

Moch. Bahrudin, M. Kep, Sp. KMB

PENDAHULUAN

1. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah selesai mempelajari materi pembelajaran yang diuraikan pada Topik 1 ini, Anda diharapkan akan mampu memahami asuhan keperawatan pasien dengan gangguan penglihatan (katarak)

2. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah selesai mempelajari materi pembelajaran yang diuraikan pada Topik 1 ini, Anda diharapkan akan dapat :

- a. Menjelaskan pengertian katarak
- b. Menjelaskan penyebab katarak
- c. Menjelaskan Faktor resiko terjadinya katarak
- d. Menjelaskan gejala katarak
- e. Menjelaskan Pengkajian keperawatan pasien katarak
- f. Menjelaskan diagnosa keperawatan pasien katarak
- g. Menjelaskan rencana tindakan keperawatan pasien katarak
- h. Menentukan evaluasi tindakan keperawatan p pasien katarak

3. Pokok-pokok Materi

Adapun pokok-pokok materi yang akan Anda pelajari pada Topik 1 ini adalah:

- a. Pengertian katarak
- b. Penyebab katarak
- c. Faktor resiko terjadinya katarak
- d. Gejala katarak
- e. Pengkajian keperawatan pasien katarak
- f. Diagnosa keperawatan pasien katarak
- g. Rencana tindakan keperawatan pasien katarak
- h. Evaluasi tindakan keperawatan p pasien katarak

Topik 1

Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Penglihatan (Katarak)

URAIAN MATERI PEMBELAJARAN

1. Pengertian

Sekarang Anda akan belajar tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan penglihatan dalam hal ini adalah asuhan keperawatan pada katarak, yang dimaksud dengan katarak adalah kekeruhan pada lensa tanpa disertai rasa nyeri yang berangsur-angsur penglihatan menjadi kabur dan akhirnya tidak dapat melihat oleh karena mata tidak dapat meneruskan cahaya kedalam lensa mata. Katarak terbagi dalam klasifikasi yaitu : Katarak senilis, Katarak komplikata, Katarak toksika, Katarak yang berhubungan dengan penyakit sistemik, Katarak traumatik, katarak kongenital. Masing-masing klasifikasi akan dijelaskan bahwa : **1)** katarak senilis terbagi dalam 4 stadium yaitu ;

a. insipien : kekeruhan lensa sangat tipis terutama di bagian peifer kortek. Biasanya tidak menimbulkan gangguan penglihatan dan visus biasanya masih 6/6. b. Katarak Imatur ; kekeruhan terutama terjadi di bagian posterior uji bayangan masih positif. Visus 3/60-6/30. c. Katarak matur : kekeruhan lensa sudah menyeluruh dan uji bayangan sudah negatif. Tajam penglihatan bervariasi antara 1/300 – seper tak terhingga. d. Katarak hipermetur : terjadi pengerutan kapsul lensa, kortek lensa mencair dan nukleus bergerak ke bawah disebut juga katarak Morgagni. **2) Katarak komplikata** : katarak yang berkembang sebagai efek langsung dari adanya penyakit intraokuler sesuai fisiologi lensa. Misal : uveitis anterior kronis, gloukoma kongesti akut. **3) Katarak toksika** : jarang terjadi, biasanya karena obat steroid, klorpromazin, preparat emas. **4) Katarak yang berhubungan dengan penyakit sistemik** : bisa menyertai kelainan sistemik DM, sindroma hipokalsemi, **5) Katarak traumatik** : katarak akibat trauma, paling sering adanya korpus alienum yang menyebabkan lesi atau injury pada lensa atau oleh trauma tumpul pada bola mata. **6) Katarak kongenital** : kekeruhan lensa yang terjadi sejak lahir atau segera setelah lahir.

2. Penyebab

Nah, katarak disebabkan oleh proses degenerasi, gangguan metabolik, radiasi, pengaruh zat kimia, infeksi dan penyakit mata lain. Penyebab umumnya adalah karena proses penuaan katarak senillis), sedangkan katarak kongenital, merupakan salah satu kelaianan herediter sebagai akibat dari infeksi virus prenatal seperti pada german measles. Penyebab yang lain bisa meliputi trauma, infeksi pada traktur uvea, penyakit sistemik seperti DM dan pemaparan berlebihan dengan sinar ultraviolet

Berdasarkan prosesnya/patofisiologinya, katarak dapat terjadi bahwa Lensa normalnya adalah bening/transparan agar cahaya dapat masuk kedalam mata. Perubahan biokimia karena proses penuaan dapat terjadi pada lensa, sehingga menyebabkan perubahan pada susunan anatomi maupun fisiologinya disamping itu, penyebab lain adalah karena trauma

dapat menyebabkan perubahan pada serabut-serabut yang menyebabkan lensa menjadi keruh, kemudian menghalangi jalannya cahaya yang masuk kedalam retina. Katarak matur merupakan perkembangan dari berbagai katarak pada kapsul lensa. Dewasa ini katarak dapat di hilangkan melalui tindakan operasi. Bagaimanapun derajat penurunan tajam penglihatan akan mengganggu aktifitas sehari-hari. Katarak dapat berkembang pada kedua mata, sebagaimana pada katarak senilis, hanya saja rentangnya yang berbeda.

3. Gejala

Setelah kita mengetahui patofisiologi dari katarak, maka tanda dan gejala yang akan muncul adalah : Tanda : Lensa keruh, Penglihatan kabur secara berangsur-angsur tanpa rasa sakit, pupil berwarna putih, miopisasi pada katarak intumesen, sedangkan gejalanya adalah : Merasa silau terhadap cahaya matahari, Penglihatan kabur secara berangsur-angsur tanpa rasa sakit, Penglihatan diplopia monokuler (dobel), Persepsi warna berubah, perubahan kebiasaan hidup.

Faktor resiko untuk terjadinya katarak antara lain : pasien diabetes millitus, perokok, Peningkatan asam urat, Hipertensi, Defisiensi anti oksidan, Miopi yang tinggi, Ibu hamil yang mengidap penyakit rubella, Orang dewasa yang berusia 60 tahun keatas.

Diagnosa katarak dapat ditegakkan melalui pemeriksaan yaitu : **a)** Kartu snellen : untuk memeriksa tajam penglihatan. **b)** Lampu senter : untuk memeriksa pupil. Reflek pupil masih normal, tampak kekeruhan pada lensa, terutama bila pupil dilebarkan. Proyeksi sinar dan warna pada katarak matur diperiksa untuk mengetahui fungsi retina secara garis besar. **c)** Oftalmoskopi : pupil hendaknya dilebarkan dulu. Pada katarak insipien dan matur tampak kekeruhan, kehitam-hitaman dengan latar belakang kemerahan, sedang pada katarak matur hanya tampak warna kehitaman. **d)** Slit lamp : untuk mengetahui posisi dan tebal kekeruhan. Pemeriksaan penunjang atau diagnostik meliputi : Pemeriksaan USG mata dan Pemeriksaan biometri

Kalau penyakit katarak tidak di rawat, maka dimungkinkan akan terjadi komplikasi, antara lain : Glaukoma, Hyphema dan Infeksi

Maka untuk menghindari dari komplikasi maka katarak perlu dilakukan penatalaksanaan yang meliputi non bedah dan bedah. Penatalaksanaan non bedah adalah penatalaksanaan dengan menggunakan obat-obatan midriasil antara lain disarankan agar banyak mengkonsumsi buah-buahan yang banyak mengandung vit. C ,vit. B2, vit. A dan vit. E. Selain itu, untuk mengurangi pajanan sinar matahari (sinar UV) secara berlebihan, lebih baik menggunakan kacamata hitam dan topi saat keluar pada siang hari. sedangkan penatalaksanaan bedah dilakukan bila tajam penglihatan sudah mengganggu pekerjaan sehari-hari atau bila katarak senilis sudah matur. Ada dua macam teknik yang tersedia untuk pengangkatan katarak yaitu :

a. *Ekstraksi katarak ekstrakapsuler*

Merupakan tehnik yang lebih disukai dan mencapai sampai 98% pembedahan katarak. Mikroskop digunakan untuk melihat struktur mata selama pembedahan. Prosedur ini meliputi pengambilan kapsul anterior, menekan keluar nucleus lentis, dan mengisap sisa

fragmen kortikal lunak menggunakan irigasi dan alat hisap dengan meninggalkan kapsula posterior dan zonula lentis tetap utuh. Selain itu ada penemuan terbaru pada ekstraksi ekstrakapsuler, yaitu fakoemulsifikasi. Cara ini memungkinkan pengambilan lensa melalui insisi yang lebih kecil dengan menggunakan alat ultrason frekwensi tinggi untuk memecah nucleus dan korteks lensa menjadi partikel yang kecil yang kemudian di aspirasi melalui alat yang sama yang juga memberikan irigasi kontinu.

b. Ekstraksi katarak intrakapsuler

Pengangkatan seluruh lensa sebagai satu kesatuan. Setelah zonula dipisahkan lensa diangkat dengan cryoprobe, yang diletakkan secara langsung pada kapsula lentis. Ketika cryoprobe diletakkan secara langsung pada kapsula lentis, kapsul akan melekat pada probe. Lensa kemudian diangkat secara lembut. Namun, saat ini pembedahan intrakapsuler sudah jarang dilakukan.

Pengangkatan lensa memerlukan koreksi optikal karena lensa kristalina bertanggung jawab terhadap sepertiga kekuatan fokus mata. Koreksi optikal yang dapat dilakukan diantaranya: 1) Kaca Mata Apikal : Kaca mata ini mampu memberikan pandangan sentral yang baik, namun pembesaran 25 % - 30 % menyebabkan penurunan dan distorsi pandangan perifer yang menyebabkan kesulitan dalam memahami relasi spasial, membuat benda-benda nampak jauh lebih dekat dan mengubah garis lurus menjadi lengkung. memerlukan waktu penyesuaian yang lama sampai pasien dapat mengkoordinasikan gerakan, memperkirakan jarak, dan berfungsi aman dengan medan pandang yang terbatas. 2) Lensa Kontak : Lensa kontak jauh lebih nyaman dari pada kaca mata apakia. Lensa ini memberikan rehabilitasi visual yang hampir sempurna bagi mereka yang mampu menguasai cara memasang, melepaskan, dan merawat lensa kontak. Namun bagi lansia, perawatan lensa kontak menjadi sulit, karena kebanyakan lansia mengalami kemunduran ketrampilan, sehingga pasien memerlukan kunjungan berkala untuk pelepasan dan pembersihan lensa. 3) Implan Lensa Intraokuler (IOL) adalah lensa permanen plastic yang secara bedah diimplantasi ke dalam mata.

4. Asuhan Keperawatan

Nah, setelah Anda mengetahui konsep tentang katarak, maka pengkajian pasien dengan katarak meliputi : identitas dan keterangan lain, Pada pasien dengan katarak konginetal biasanya sudah terlihat pada usia di bawah 1 tahun, sedangkan pasien dengan katarak juvenile terjadi pada usia < 40 tahun, pasien dengan katarak presenil terjadi pada usia sesudah 30-40 tahun, dan pasien dengan katarak senilis terjadi pada usia > 40 tahun. Riwayat penyakit sekarang. Merupakan penjelasan dari keluhan utama. Misalnya yang sering terjadi pada pasien dengan katarak adalah penurunan ketajaman penglihatan. Riwayat penyakit dahulu : Adanya riwayat penyakit sistemik yang di miliki oleh pasien seperti Diabetes millitus. pengkajian berdasarkan aktivitas sehari-hari antara lain : 1) Aktifitas istirahat : Gejala yang terjadi pada aktifitas istirahat yakni perubahan aktifitas biasanya atau hobi yang berhubungan dengan gangguan penglihatan. 2) Neurosensori : Gejala yang terjadi pada neurosensori adalah gaggua penglihatan kabur, sinar terang menyebabkan silau

dengan kehilangan bertahap penglihatan perifer, kesulitan memfokuskan kerja dengan dekat atau merasa di runag gelap. Penglihatan berawan / kabur, tampak lingkaran cahaya / pelangi di sekitar sinar, perubahan kaca mata, pengobatan tidak memperbaiki penglihatan, fotophobia (glukoma akut).

Gejala tersebut ditandai dengan mata tampak kecoklatan atau putih susu pada pupil (katarak), pupil menyempit dan merah atau mata keras dan kornea berawan (glukoma berat dan peningkatan air mata). 3) Nyeri / kenyamanan : Gejalanya yaitu ketidaknyamanan ringan / atau mata berair. Nyeri tiba-tiba / berat menetap atau tekanan pada atau sekitar mata, dan sakit kepala.

Setelah tersusun diagnosa keperawatan, maka langkah berikutnya adalah membuat intervensi atau perencanaan keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan yang meliputi:

- a. Gangguan persepsi sensori-perseptual penglihatan berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori/status organ indera. Dengan tujuan : Meningkatkan ketajaman penglihatan dalam batas situasi individu, mengenal gangguan sensori dan berkompensasi terhadap perubahan. Intervensi meliputi : Tentukan ketajaman penglihatan, kemudian catat apakah satu atau dua mata terlibat, Observasi tanda-tanda disorientasi, Orientasikan pasien terhadap lingkungan, Pendekatan dari sisi yang tak dioperasi, bicara dengan menyentuh, Perhatikan tentang suram atau penglihatan kabur dan iritasi mata, dimana dapat terjadi bila menggunakan tetes mata. Ingatkan pasien menggunakan kacamata katarak, Letakkan barang yang dibutuhkan/posisi bel pemanggil dalam jangkauan/posisi yang tidak dioperasi
- b. Resiko tinggi terhadap cedera berhubungan dengan kerusakan fungsi sensori penglihatan – kehilangan vitreus, pandangan kabur, perdarahan intraokuler. Tujuan : Menyatakan pemahaman terhadap factor yang terlibat dalam kemungkinan cedera. Intervensi : Diskusikan apa yang terjadi tentang kondisi paska operasi, nyeri, pembatasan aktifitas, penampilan, balutan mata. Beri pasien posisi bersandar, kepala tinggi, atau miring ke sisi yang tak sakit sesuai keinginan. Batasi aktifitas seperti menggerakkan kepala tiba-tiba, menggaruk mata, membongkok. Ambulasi dengan bantuan : berikan kamar mandi khusus bila sembuh dari anestesi. Minta klien membedakan antara ketidaknyamanan dan nyeri tajam tiba-tiba, Selidiki kegelisahan, disorientasi, gangguan balutan. Observasi hifema dengan senter sesuai indikasi.
- c. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, pengobatan berhubungan dengan tidak mengenal sumber informasi, kurang terpajan/mengingat, keterbatasan kognitif. Tujuan : pasien menunjukkan pemahaman tentang kondisi, proses penyakit dan pengobatan. Intervensi : Pantau informasi tentang kondisi individu, prognosis, tipe prosedur, lensa. Tekankan pentingnya evaluasi perawatan rutin, beritahu untuk melaporkan penglihatan berawan. Identifikasi tanda/gejala memerlukan upaya evaluasi medis, misal : nyeri tiba-tiba. Informasikan klien untuk menghindari tetes mata yang dijual bebas. Diskusikan kemungkinan efek/interaksi antar obat mata dan masalah medis pasien. Anjurkan pasien menghindari membaca, berkedip, mengangkat

- berat, mengejan saat defekasi, membongkok pada panggul, dll. Anjurkan pasien tidur terlentang.
- d. Ansietas berhubungan dengan prosedur penatalaksanaan / tindakan pembedahan. Tujuan : Pasien mengungkapkan dan mendiskusikan rasa cemas/takutnya. Pasien tampak rileks tidak tegang dan melaporkan kecemasannya berkurang sampai pada tingkat dapat diatasi. Pasien dapat mengungkapkan keakuratan pengetahuan tentang pembedahan. Intervensi : Pantau tingkat kecemasan pasien dan catat adanya tanda-tanda verbal dan nonverbal. Beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan isi pikiran dan perasaan takutnya. Observasi tanda vital dan peningkatan respon fisik pasien. Beri penjelasan pasien tentang prosedur tindakan operasi, harapan dan akibatnya. Beri penjelasan dan suport pada pasien pada setiap melakukan prosedur tindakan. Lakukan orientasi dan perkenalan pasien terhadap ruangan, petugas, dan² Derajat kecemasan akan dipengaruhi²peralatan yang akan digunakan. bagaimana informasi tentang prosedur penatalaksanaan diterima oleh individu.
- e. Nyeri berhubungan dengan trauma insisi. Tujuan : pengurangan nyeri. Intervensi : Berikan obat untuk mengontrol nyeri dan TIO (tekanan intra Okuler) sesuai dengan resep. Berikan kompres dingin sesuai dengan permintaan untuk trauma tumpul. Kurangi tingkat pencahayaan. Dorong penggunaan kaca mata hitam pada cahaya yang kuat. Pemakaian sesuai dengan resep akan mengurangi nyeri dan TIO dan meningkatkan rasa.
- f. Defisit perawatan diri yang berhubungan dengan kerusakan penglihatan. Tujuan : mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri. Intervensi : Beri instruksi kepada pasien atau orang terdekat mengenal tanda atau² gejala komplikasi yang harus dilaporkan segera kepada dokter. Berikan instruksi lisan dan tertulis untuk pasien dan orang yang berarti mengenal teknik yang benar memberikan obat. Evaluasi Perlunya bantuan setelah pemulangan. Ajari pasien dan keluarga teknik panduan penglihatan. xxviii.² Penemuan dan penanganan awal komplikasi dapat mengurangi resiko kerusakan lebih lanjut.
- g. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur tindakan invasif insisi jaringan tubuh. Tujuan Tidak terjadi penyebaran infeksi selama tindakan prosedur pembedahan ditandai dengan penggunaan teknik antiseptik dan desinfeksi secara tepat dan benar. Intervensi : Ciptakan lingkungan ruangan yang bersih dan bebas dari kontaminasi dunia luar. Jaga area kesterilan luka operasi. Lakukan teknik aseptik dan desinfeksi secara tepat dalam merawat luka. Kolaborasi terapi medik pemberian antibiotika profilaksis. Langkah yang terakhir dalam mempelajari asuhan keperawatan pada pasien katarak adalah evaluasi, dimana evaluasi merupakan penilaian efektifitas terhadap intervensi keperawatan sehubungan dengan keluhan, pemeriksaan fisik. Intervensi dikatakan efektif bila tingkah laku pasien sesuai dengan tujuan yang ditetapkan. Dalam evaluasi, perawat melakukan pengkajian ulang tentang keluhan kemampuan dalam melihat, nyeri dan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari dan terapi yang diberikan pada

pasien serta perilaku klien setelah melakukan implementasi dari intervensi. Evaluasi menggunakan observasi, mengukur dan wawancara dengan pasien.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Kira-kira diagnosa keperawatan yang akan muncul pada pasien katarak sebelum di operasi menurut Anda, coba tuliskan jawaban pada titik-titik dibawah ini :

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

Petunjuk Jawaban Latihan

Bandingkan jawaban Anda dengan pernyataan dibawah ini tentang diagnosa keperawatan pasien katarak sebelum dioperasi antara lain : **1)** Gangguan persepsi sensori-perseptual penglihatan berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori/status organ indera. **2)** Resiko tinggi cedera berhubungan dengan kerusakan fungsi sensori penglihatan – kehilangan vitreus, pandangan kabur, perdarahan intraokuler. **3)** Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, pengobatan berhubungan dengan tidak mengenal sumber informasi, kurang terpajan/mengingat, keterbatasan kognitif. **4)** Ansietas berhubungan prosedur penatalaksanaan / tindakan pembedahan. **5)** Defisit perawatan diri yang berhubungan dengan gangguan penglihatan. Sedangkan diagnosa keperawatan pada pasien katarak sesudah di operasi meliputi : **1)** Nyeri berhubungan dengan trauma insisi.

Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur tindakan invasif insisi jaringan tubuh. **2)** Gangguan persepsi sensori-perseptual penglihatan berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori/status organ indera. **3)** Resiko tinggi cedera berhubungan dengan kerusakan fungsi sensori penglihatan – kehilangan vitreus, pandangan kabur, perdarahan intraokuler.

Nah, sampai di sini uraian materi Topik 3 secara garis besar, tentulah Anda telah memahaminya, namun, untuk lebih memantapkan pemahaman Anda mengenai materi pembelajaran yang baru saja Anda pelajari, bacalah secara cermat rangkuman berikut ini!

Ringkasan

Umumnya, suatu sediaan kering dibuat karena stabilitas zat aktif di dalam pelarut air terbatas, baik stabilitas kimia atau stabilitas fisik. Umumnya antibiotik mempunyai stabilitas yang terbatas di dalam pelarut air. Katarak adalah kekeruhan lensa yang normalnya

transparan dan dapat dilalui cahaya ke retina. Saat kekeruhan terjadi, maka terjadi pula kerusakan penglihatan. faktor resiko untuk terjadinya katarak adalah proses penuaan, adanya penyakit seperti diabetes mellitus, traumatik. Adanya katarak maka pasien akan mengalami penurunan tajam penglihatan dengan ciri khas pandangan seperti adanya kabut, untuk menegakkan diagnosa ini maka diperlukan pemeriksaan fisik dengan menggunakan snellen card yang bertujuan melihat ketajaman penglihatan dan melihat mata secara langsung dengan menggunakan senter. Dengan adanya penurunan tajam penglihatan maka diperlukan tindakan untuk menghindari komplikasi, tindakannya adalah dengan operasi katarak. Sedangkan masalah utama dalam kasus ini adalah penurunan persepsi sensori (penurunan tajam penglihatan).

Tugas

Langkah-langkah

Berikut ini diberikan soal formatif, Anda diminta mengerjakan di lembar kertas tersendiri (tidak didalam bab). Apabila semua soal formatif sudah selesai Anda kerjakan, Anda dipersilahkan untuk melihat kunci jawaban dan membandingkan jawaban Anda dengan jawaban yang ada dikunci jawaban.

Periksalah hasil pekerjaan Anda. kemudian hitunglah jawaban Anda yang benar, gunakan rumus yang ada pada bagian pendahuluan. Apabila Anda berhasil menyelesaikan (menjawab) soal tugas dengan 80% benar, maka Anda diperkenankan untuk melanjutkan mempelajari pembelajaran yang diuraikan pada Topik 2.

Semoga Anda berhasil.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Kekeruhan pada lensa mata
 - A. Konjungtivitis
 - B. Trakhoma
 - C. Katarak

- 2) Salah satu faktor resiko untuk terjadinya katarak adalah
 - A. terlalu banyak membaca
 - B. Membaca di ruang gelap
 - C. Usia Lanjut
 - D. Hipertensi

- 3) Ciri khas pada penyakit katarak
 - A. Pandangan seperti kabut

- B. nyeri pada mata
 - C. Visus menurun
 - D. Mual Muntah
- 4) Katarak yang terjadi pada orang tua, disebut katarak
- A. Komplikta
 - B. Degeneratif
 - C. Traumatik
 - D. Juvenil
- 5) Alat yang digunakan dalam pemeriksaan visus adalah
- A. Ophtalmologi
 - B. Snellen card
 - C. Tonometro
 - D. Senter
- 6) Masalah keperawatan utama dalam katarak adalah
- A. Pemenuhan aktivitas sehari-har
 - B. Penurunan visus
 - C. Resiko trauma
 - D. Nyeri
- 7) Intervensi keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah utama keperawatan adalah
- A. Anjurkan istirahat cukup
 - B. Ajari tehnik relaksasi
 - C. Orientasikan pasien
 - D. Bedrest
- 8) Indikasi dilakukan operasi pada pasien katarak adalah
- A. Permintaan pasien
 - B. Adanya komplikasi
 - C. Penurunan visus
 - D. Nyeri hebat
- 9) Diagnosa utama pada pasien katarak pasca operasi adalah
- A. Pemenuhan aktivitas sehari-hari
 - B. Penurunan visus
 - C. Resiko trauma
 - D. Nyeri

- 10) Yang dimaksud dengan visus 5/6 adalah
- A. Pasien mampu melihat dalam jarak 5-6 meter, normalnya dapat dilihat jarak 5 meter
 - B. Pasien mampu melihat dalam jarak 6 meter, normalnya dapat dilihat jarak 5-6 meter.
 - C. Pasien mampu melihat dalam jarak 5 meter, normalnya dapat dilihat jarak 6 meter
 - D. Pasien mampu melihat dalam jarak 6 meter, normalnya dapat dilihat jarak 5 meter

Bagaimana jawaban Anda? Tentunya ke sepuluh soal tadi sudah selesai Anda kerjakan. Jika belum, cobalah pelajari kembali materi yang masih kurang Anda pahami dan jangan lupa kerjakan soal formatif yang belum selesai Anda kerjakan. Apabila semua soal tugas sudah selesai Anda kerjakan, periksalah jawaban Anda dengan menggunakan kunci jawaban yang disediakan pada bagian akhir bab ini.

Bagaimana hasil jawaban Anda? Semoga semua jawaban Anda benar. Nah, selamat atas keberhasilan Anda. Apabila belum sepenuhnya berhasil atau belum mencapai 80% benar, sebaiknya Anda pelajari kembali materi pembelajaran Topik 1 terutama materi pembelajaran yang belum Anda pahami. Setelah itu, cobalah kerjakan kembali soal formatif Topik 1. Semoga kali ini Anda dapat menyelesaikan dengan benar.

Bagaimana? Apabila memang Anda telah berhasil menyelesaikan semua soal formatif dengan benar atau setidaknya 80% benar, Anda diperkenankan untuk mempelajari materi pembelajaran yang diuraikan pada Topik 2. Selamat belajar dan sukses mempelajari materi pembelajaran Topik 2.

Topik 2

Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Peradangan pada Mata (Konjungtivitis)

1. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah selesai mempelajari materi pembelajaran yang diuraikan pada Topik 2 ini, Anda diharapkan akan mampu memahami asuhan keperawatan pasien dengan peradangan pada mata (konjungtivitis)

2. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah selesai mempelajari materi pembelajaran yang diuraikan pada Topik 2 ini, Anda diharapkan akan dapat :

- a. Menjelaskan pengertian pengertian konjungtivitis
- b. Menjelaskan penyebab konjungtivitis
- c. Menjelaskan Faktor resiko terjadinya konjungtivitis
- d. Menjelaskan gejala konjungtivitis
- e. Menjelaskan Pengkajian keperawatan pada pasien konjungtivitis
- f. Menjelaskan diagnosa keperawatan pada pasien konjungtivitis
- g. Menjelaskan rencana tindakan keperawatan pada pasien konjungtivitis
- h. Menentukan evaluasi tindakan keperawatan pada pasien konjungtivitis

3. Pokok-pokok Materi

Adapun pokok-pokok materi yang akan Anda pelajari pada Topik 2 ini adalah:

- a. Pengertian konjungtivitis
- b. Penyebab konjungtivitis
- c. Faktor resiko terjadinya konjungtivitis
- d. Gejala infark miokard akut konjungtivitis
- e. Pengkajian keperawatan pada pasien konjungtivitis
- f. Diagnosa keperawatan pada pasien konjungtivitis
- g. Rencana tindakan keperawatan pada pasien konjungtivitis
- h. Evaluasi tindakan keperawatan pada pasien konjungtivitis

URAIAN MATERI PEMBELAJARAN

1. Pengertian

Nah, apa penyakit konjungtivitis? pengertian konjungtivitis adalah peradangan konjungtiva yang disebabkan oleh mikroorganisme seperti bakteri, alergi, virus, dan sika.

2. Penyebab

Kira-kira apa penyebab konjungtivitis menurut Anda? Coba jawaban Anda tulis pada titik-titik di bawah ini

..... penyebab konjungtivitis antara lain : 1) Virus, 2) Bakteri, 3) Jamur, 4) Alergi (cuaca, debu, dll), 5) Bahan kimia (polusi udara, sabun, kosmetik, chlorine, dll), 6) Trauma. Sekarang Anda telah mengetahui penyebab dari konjungtivitis.

Maka selanjutnya saya akan menjelaskan tentang patofisiologi konjungtivitis, Konjungtiva merupakan bagian dari mata yang selalu berhubungan dengan dunia luar maka dimungkinkan konjungtiva terpapar/terinfeksi oleh mikro organisme sangat besar. Pertahanan konjungtiva terutama oleh karena adanya tear film, pada permukaan konjungtiva yang berfungsi melarutkan kotoran dan bahan-bahan yang toksik kemudian mengalirkan melalui saluran lakrimalis ke meatus nasi inferior. Tear film mengandung beta lysine, lysozyme, Ig A, Ig G yang berfungsi menghambat pertumbuhan kuman. Apabila ada kuman pathogen yang dapat menembus pertahanan tersebut sehingga terjadi infeksi konjungtiva yang disebut konjungtivitis. Infeksi ini dapat terjadi karena adanya kontak langsung antara Neisseria Gonorrhoea dengan konjungtiva.

Konjungtivitis Dibedakan Atas 3 Stadium, Yaitu : **1)** Stadium Infiltrat, Berlangsung selama 1-3 hari. Dimana palpebra bengkak, hiperemi, tegang, bleparospasme. Konjungtiva palpebra hiperemi, bengkak, infiltrat mungkin terdapat pseudomembran di atasnya. Pada Konjungtiva bulbi terdapat injeksi konjungtiva yang hebat, kemotik, sekret sereus kadang-kadang berdarah. **2)** Stadium Supuratif atau Purulenta, Berlangsung selama 2-3 minggu. Gejala-gejala tak begitu hebat lagi. Palpebra masih bengkak, hiperemis, tetapi tak begitu tegang. Bleparospasme masih ada. Sekret campur darah, keluar terus menerus apabila palpebra dibuka yang khas adalah sekret akan keluar dengan mendadak (memancar muncrat) oleh karena itu harus hati-hati bila membuka palpebra, jangan sampai mengenai mata pemeriksa. **3)** Stadium KonvalesenJ (Penyembuhan) Hypertropi Papil. Berlangsung 2-3 minggu. Gejala tak begitu hebat lagi. Palpebra sedikit bengkak, konjungtiva palpebra hiperemi, tidak infiltrat. Injeksi konjungtiva bulbi, injeksi konjungtiva masih nyata, tidak kemotik, sekret jauh berkurang.



Gambar 1.1 Mata yang mengalami Konjungtivitis Akibat Virus



Gambar 1.2 Mata yang mengalami konjungtivitis akibat bakteri

3. Gejala

Setelah Anda mengetahui patofisiologi konjungtivitis, maka Anda belajar tentang tanda dan gejala pada saat pemeriksaan mata pada pasien konjungtivitis yaitu : **1)** Konjungtiva berwarna merah (hiperemi) dan membengkak. **2)** Produksi air mata berlebihan (epifora). **3)** Kelopak mata bagian atas nampak menggantung (pseudoptosis) seolah akan Menutup akibat pembengkakan konjungtiva dan peradangan sel-sel konjungtiva bagian atas. **4)** Pembesaran pembuluh darah di konjungtiva dan sekitarnya sebagai reaksi nonspesifik peradangan. **5)** Pembengkakan kelenjar (folikel) di konjungtiva dan sekitarnya. **6)** Terbentuknya membran oleh proses koagulasi fibrin (komponen protein. **7)** Dijumpai sekret dengan berbagai bentuk (kental hingga bernanah). **8)** Fotofobia (keengganan terhadap cahaya). **9)** Rasa panas dan gatal pada mata adalah khas untuk konjungtivitis alergi

Pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnosa konjungtivitis sebenarnya cukup dengan anamnese dan pemeriksaan fisik, tetapi untuk meyakinkan maka diperlukan Pemeriksaan secara langsung dari kerokan atau getah mata setelah bahan tersebut dibuat sediaan yang dicat dengan pengecatan gram atau giemsa dapat dijumpai sel-sel radang polimorfonuklear. Pada konjungtivitis yang disebabkan alergi pada pengecatan dengan giemsa akan didapatkan sel-sel eosinofil.

Konjungtivitis dapat menimbulkan komplikasi, hal ini tergantung dari jenis mikroorganismenya yaitu : Stafilokok dapat menyebabkan blefarokonjungtivitis, Gonokok menyebabkan perforasi kornea dan endoftalmitis, dan meningokok dapat menyebabkan septikemia atau meningitis. Keratitis. Virus herpes dapat menyebabkan parut pada kelopak mata, neuralgia, katarak, glaukoma, kelumpuhan saraf III, IV, VI, atrofi saraf optik, dan kebutaan. Ulkus kornea, infeksi sekunder oleh bakteri, parut kornea, dan neovaskularisasi kornea.

Untuk menghindari komplikasi maka diperluka pengobatan pada konjungtivitis yang meliputi :

- a. Konjungtivitis bakteri biasanya diobati dengan tetes mata atau krim antibiotik, tetapi sering sembuh sendiri dalam waktu sekitar 2 minggu tanpa pengobatan. Karena sangat menular diantara anggota keluarga lain dan teman sekolah, maka diperlukan teknik

mencuci tangan yang baik dan pemisahan handuk bagi orang yang terjangkit. Anggota keluarga jangan bertukar bantal atau spreii.

- b. Kompres hangat pada mata dapat mengangkat rabas
- c. Konjungtivitis akibat virus biasanya diobati dengan kompres hangat. Untuk mencegah penularan, diperlukan teknik mencuci tangan yang benar.
- d. Konjungtivitis alergi diobati dengan menghindari alergen apabila mungkin, dan pemberian tetes mata yang mengandung antihistamin atau steroid untuk mengurangi gatal dan peradangan.
- e. Diberikan air mata buatan seumur hidup dan diobati penyakit yang mendasarinya. Sebaiknya diberikan air mata buatan tanpa zat pengawet karena bersifat toksik bagi kornea.
- f. Terapi yang dapat diberikan misalnya vasokonstriksi lokal pada keadaan akut (epinefrin 1:1000), astringen, steroid topikal dosis rendah dan kompres dingin untuk menghilangkan edemanya. Untuk pencegahan diberikan natrium kromoglikat 2% topikal 4 kali sehari untuk mencegah degranulasi sel mast. Pada kasus yang berat dapat diberikan antihistamin dan steroid sistemik. Penggunaan steroid berkepanjangan harus dihindari karena bisa terjadi infeksi virus, katarak, hingga ulkus kornea oportunistik. Antihistamin sistemik hanya sedikit bermanfaat.
- g. Konjungtivitis herpetik diobati dengan obat antivirus, asiklovir 400 mg/hari selama 5 hari. Steroid tetes deksametason 0,1% diberikan bila terdapat episkleritis, skleritis, dan iritis, tetapi steroid berbahaya karena dapat mengakibatkan penyebaran sistemik.

4. Asuhan Keperawatan pada Pasien Konjungtivitis

Asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penentuan diagnosa, perencanaan keperawatan dan evaluasi sebagai berikut :

Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan konjungtivitis? Asuhan keperawatan pada pasien konjungtivitis di mulai dari pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, penyusunan rencana tindakan keperawatan, penerapan rencana keperawatan dan evaluasi.

Untuk pertama kali nya Anda harus melakukan pengkajian yang diawali dengan menanyakan : **1)** adanya riwayat penyakit mata, pembedahan atau trauma mata. **2)** Tanyakan penggunaan obat tetes, jenis, jumlah, frekuensi dan lama penggunaan. **3)** Tanyakan adanya kotoran mata, nyeri pada daerah mata, nyeri kepala. **4)** Tanyakan adanya riwayat konjungtivitis sebelumnya, sifatnya, ada hubungan dengan alergi, musim atau cuaca. Setelah Anda melakukan anamnese, maka diperlukan pemeriksaan fisik yang meliputi : **1)** Aktivitas atau istirahat, Gejala : perubahan aktivitas biasanya atau hobi sehubungan dengan gangguan penglihatan. **2)** Makanan atau cairan, Gejala : anoreksia. **3)** Neurosensori, Gejala : Gangguan penglihatan (kabur atau tak jelas), sinar terang menyebabkan silau dengan kehilangan bertahap Penglihatan perifer, fotofobia, Tanda : Konjungtiva dan sklera merah Peningkatan air mata. **4)** Nyeri atau kenyamanan, Gejala : ketidaknyamanan ringan atau

mata berair Nyeri tiba-tiba atau tekanan pada dan sekitar mata, sakit kepala, Rasa tidak enak atau ngeres

Diagnosa Keperawatan dan Intervensi

Setelah mengetahui diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien konjungtivitis, maka langkah selanjutnya adalah menyusun rencana tindakan keperawatan yang meliputi tujuan dan intervensi untuk mengatasi masalah :

a. Nyeri (akut atau kronis) berhubungan dengan peradangan pada konjungtiva.

Tujuan : Nyeri pasien berkurang atau hilang

Intervensi :

- 1) Kaji tingkat nyeri klien
- 2) Menjelaskan sebab dan akibat nyeri pada klien serta keluarganya
- 3) Observasi adanya tanda-tanda ketidaknyamanan non verbal misalnya : ekspresi wajah, posisi tubuh gelisah, meringis
- 4) Anjurkan untuk beristirahat dalam ruangan yang tenang
- 5) Berikan kompres dingin jika memungkinkan

a. Gangguan sensori perseptual penglihatan berhubungan dengan kemunduran visus dan penurunan ketajaman penglihatan serta adanya proses peradangan, adanya sekret atau purulen pada kornea

Tujuan : Sensori perseptual penglihatan kembali adekuat

Intervensi :

- 1) Tentukan ketajaman penglihatan
- 2) Observasi tanda-tanda dan gejala-gejala lebih lanjut (disorientasi)
- 3) Perhatikan pada suram atau penglihatan kabur dan iritasi
- 4) Anjurkan pasien untuk menggunakan kaca mata untuk membantu mengurangi silau pada mata
- 5) Kolaborasi dengan dokter dalam pilihan intervensi medis

b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kemunduran visus dan penurunan ketajaman penglihatan

Tujuan : Klien dapat beraktivitas secara adekuat

Intervensi :

- 1) Tentukan tingkat ansietas sekarang atau keadaan fisik
- 2) Anjurkan klien untuk melakukan perawatan diri sesuai dengan kemampuan maksimal
- 3) Menganjurkan klien mengatur periode istirahat konsisten di antara aktivitas
- 4) Anjurkan klien meningkatkan manajemen stres, teknik relaksasi

c. Resiko tinggi cedera atau trauma berhubungan dengan penurunan ketajaman penglihatan

Tujuan : Tidak terjadi cedera atau trauma

Intervensi :

- 1) Batasi aktivitas yang berlebihan
- 2) Pertahankan keamanan lingkungan
- 3) Berikan posisi nyaman pada pasien
- 4) Anjurkan klien untuk memodifikasi lingkungan

Langkah yang terakhir dalam asuhan keperawatan pada pasien konjungtivitis adalah evaluasi, dimana evaluasi merupakan penilaian efektifitas terhadap intervensi keperawatan sehubungan dengan keluhan, pemeriksaan hasil laboratorium menunjukkan hasil yang normal. Intervensi dikatakan efektif bila tingkah laku klien sesuai dengan tujuan yang ditetapkan. Dalam evaluasi, perawat melakukan pengkajian ulang tentang keluhan nyeri dada, terapi yang diberikan pada klien serta perilaku klien setelah melakukan implementasi dari intervensi. Evaluasi menggunakan observasi, mengukur dan wawancara dengan pasien. Evaluasi pada pasien konjungtivitis meliputi : 1) Nyeri klien berkurang atau hilang. 2) Ketajaman penglihatan klien kembali seperti sebelum sakit. 3) Lingkungan pasien aman terhindar dari risiko trauma. 4) Klien melakukan aktivitas secara adekuat.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Sekarang Anda telah belajar tentang pengkajian keperawatan, coba Anda tuliskan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien konjungtivitis pada titik-titik :

- 1)
- 2)
- 3)

Petunjuk Jawaban Latihan

Kemudian jawaban Anda cocokan atau bandingkan dengan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien konjungtivitis di bawah ini :

- 1) Nyeri (akut atau kronis) berhubungan dengan peradangan pada konjungtiva.
- 2) Gangguan sensori perseptual penglihatan berhubungan dengan kemunduran visus dan penurunan ketajaman penglihatan serta adanya proses peradangan, adanya secret atau purulen pada kornea
- 3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kemunduran visus dan penurunan ketajaman penglihatan
- 4) Resiko tinggi cedera atau trauma berhubungan dengan penurunan ketajaman penglihatan.

Nah, sampai di sini uraian materi Topik 1 secara garis besar, tentulah Anda telah memahaminya, namun, untuk lebih memantapkan pemahaman Anda mengenai materi pembelajaran yang baru saja Anda pelajari, bacalah secara cermat rangkuman berikut ini!

Tugas

Langkah-langkah

Berikut ini diberikan soal formatif, Anda diminta mengerjakan di lembar kertas tersendiri (tidak didalam bab). Apabila semua soal formatif sudah selesai Anda kerjakan, Anda dipersilahkan untuk melihat kunci jawaban dan membandingkan jawaban Anda dengan jawaban yang ada dimkunci jawaban.

Periksalah hasil pekerjaan Anda. kemudian hitunglah jawaban Anda yang benar, gunakan rumus yang ada pada bagian pendahuluan. Apabila Anda berhasil menyelesaikan (menjawab) soal tugas dengan 80% benar, maka Anda diperkenankan untuk melankutkan mempelajari pembelajaran yang diuraikan pada Topik 2.

Semoga Anda berhasil.

Ringkasan

Umumnya, suatu sediaan kering dibuat karena stabilitas zat aktif di dalam pelarut air terbatas, baik stabilitas kimia atau stabilitas fisik. Umumnya antibiotik mempunyai stabilitas yang terbatas di dalam pelarut air.

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Salah satu tanda konjungtivitis akibat virus adalah
 - A. Adanya sekret
 - B. Mata berair
 - C. Pusing
 - D. Nyeri

- 2) Konjungtiitis gonore biasanya menular dari ibu ke anaknya melalui proses
 - A. Proses persalinan
 - B. Melalui alat mandi
 - C. Kontak langsung
 - D. Plasenta

- 3) Salah satu gejala pada konjungtivitis adalah
 - A. Penyempitan lapang pandang
 - B. Adanya sekret

- C. Pusing
 - D. Demam
- 4) Salah satu obat pilihan untuk konjungtivitis
- A. Antiinflamasi
 - B. Antipiretik
 - C. Antibiotik
 - D. Analgesik
- 5) Masalah utama pada pasien konjungtivitis adalah
- A. Gangguan sensori perseptual penglihatan
 - B. Resiko tinggi cedera atau trauma
 - C. Nyeri (akut atau kronis)
 - D. Intoleransi aktivitas
- 6) Salah satu intervensi keperawatan untuk menanggulangi rasa nyeri pada pasien konjungtivitis adalah
- A. Observasi tanda vital
 - B. Anjurkan melihat TV
 - C. Berikan analgesik
 - D. Kaji tingkat nyeri
- 7) Salah satu komplikasi dari konjungtivitis adalah
- A. Penurunan nafsu makan
 - B. Penurunan aktivitas
 - C. Syok neurogenik
 - D. Kebutaan
- 8) Hal-hal yang harus dievaluasi pada asuhan keperawatan pada pasien konjungtivitis adalah
- A. Ketajaman penglihatan
 - B. Lingkungan aman
 - C. Aktivitas adekuat
 - D. Nyeri berkurang
- 9) Konjungtivitis akibat pemakaian lensa kontak adalah
- A. Bakteri
 - B. Tertular
 - C. Alergi
 - D. Virus

- 10) Pilihan obat untuk konjungtivitis alergi adalah
- A. Antiinflamasi
 - B. Antipiretik
 - C. Analgesik
 - D. Antibiotik

Bagaimana jawaban Anda? Tentunya ke sepuluh soal tadi sudah selesai Anda kerjakan. Jika belum, cobalah pelajari kembali materi yang masih kurang Anda pahami dan jangan lupa kerjakan soal formatif yang belum selesai Anda kerjakan. Apabila semua soal formatif sudah selesai Anda kerjakan, periksalah jawaban Anda dengan menggunakan kunci jawaban yang disediakan pada bagian akhir bab ini.

Bagaimana hasil jawaban Anda? Semoga semua jawaban Anda benar. Nah, selamat atas keberhasilan Anda. Apabila belum sepenuhnya berhasil atau belum mencapai 80% benar, sebaiknya Anda pelajari kembali materi pembelajaran Topik 1 terutama materi pembelajaran yang belum Anda pahami. Setelah itu, cobalah kerjakan kembali soal formatif Topik 1. Semoga kali ini Anda dapat menyelesaikan dengan benar.

Bagaimana? Apabila memang Anda telah berhasil menyelesaikan semua soal formatif dengan benar atau setidaknya 80% benar, Anda diperkenankan untuk mempelajari materi pembelajaran yang diuraikan pada kegiatan belajar berikutnya. Selamat belajar dan sukses mempelajari materi pembelajaran Topik 1.

Topik 3

Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Peradangan pada Telinga (Otitis Media)

1. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah selesai mempelajari materi pembelajaran yang diuraikan pada Topik 3 ini, Anda diharapkan akan mampu memahami asuhan keperawatan pasien dengan peradangan pada telinga (otitis media)

2. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah selesai mempelajari materi pembelajaran yang diuraikan pada Topik 3 ini, Anda diharapkan akan dapat :

- a. Menjelaskan pengertian otitis media
- b. Menjelaskan penyebab otitis media
- c. Menjelaskan Faktor resiko terjadinya otitis media
- d. Menjelaskan gejala otitis media
- e. Menjelaskan Pengkajian keperawatan pada pasien otitis media
- f. Menjelaskan diagnosa keperawatan pada pasien otitis media
- g. Menjelaskan rencana tindakan keperawatan pada pasien otitis media
- h. Menentukan evaluasi tindakan keperawatan pada pasien otitis media

3. Pokok-Pokok Materi

Adapun pokok-pokok materi yang akan Anda pelajari pada Topik 2 ini adalah:

- a. Pengertian otitis media
- b. Penyebab otitis media
- c. Faktor resiko terjadinya otitis media
- d. Gejala otitis media
- e. Pengkajian keperawatan pada pasien otitis media
- f. Diagnosa keperawatan pada pasien otitis media
- g. Rencana tindakan keperawatan pada pasien otitis media
- h. Evaluasi tindakan keperawatan pada pasien otitis media

URAIAN MATERI PEMBELAJARAN

1. Pengertian

Nah, menurut Anda apa definisi otitis media? Jawaban Anda coba direnungkan , setelah Anda mendapatkan jawaban, coba jawaban Anda bandingkan dengan pengertian otitis media adalah peradangan sebagian atau seluruh mukosa telinga tengah termasuk tuba eustachius, antrum mastoid dan sel-sel mastoid. Bagaimana jawaban Anda setelah dibandingkan. Otitis media terbagi menjadi 2 yaitu otitis media akut dan otitis media kronik.

1) Otitis media kronik adalah peradangan kronik yang mengenai mukosa dan struktur tulang di dalam kavum timpani, Otitis media kronik sendiri adalah kondisi yang berhubungan dengan patologi jaringan irreversible dan biasanya disebabkan oleh episode berulang otitis media akut yang tak tertangani. Sering berhubungan dengan perforasi menetap membrane timpani. Infeksi kronik telinga tengah tak hanya mengakibatkan kerusakan membrane timpani tetapi juga dapat menghancurkan osikulus dan hampir selalu melibatkan mastoid. Sebelum penemuan antibiotic, infeksi mastoid merupakan infeksi yang mengancam jiwa. Sekarang, penggunaan antibiotic yang bijaksana pada otitis media akut telah menyebabkan mastoiditis koalesens akut menjadi jarang. Kebanyakan kasus mastoiditis akut sekarang ditemukan pada pasien yang tidak mendapatkan perawatan telinga yang memadai dan mengalami infeksi telinga yang tak ditangani. Mastoiditis kronik lebih sering, dan beberapa dari infeksi kronik ini, dapat mengakibatkan pembentukan kolesteatoma, yang merupakan pertumbuhan kulit ke dalam (epitel skuamosa) dari lapisan luar membrane timpani ke telinga tengah. Kulit dari membrane timpani lateral membentuk kantong luar, yang akan berisi kulit yang telah rusak dan bahan sebaseus. Kantong dapat melekat ke struktur telinga tengah dan mastoid. Bila tidak ditangani, kolesteatoma dapat tumbuh terus dan menyebabkan paralysis nervus fasialis (N. Cranial VII), kehilangan pendengaran sensorineural dan/ atau gangguan keseimbangan (akibat erosi telinga dalam) dan abses otak. Otitis media sering dijumpai pada anak – anak di bawah usia 15 tahun. Sedangkan 2) Otitis media akut adalah keadaan dimana terdapatnya cairan di dalam telinga tengah dengan tanda dan gejala infeksi. Otitis media akut Adalah peradangan akut sebagian atau seluruh periosteum telinga tengah, yang disebabkan oleh bakteri atau virus. Otitis media akut bisa terjadi pada semua usia, tetapi paling sering ditemukan pada anak-anak terutama usia 3 bulan – 3 tahun.

2. Penyebab

Otitis media disebabkan oleh : Streptococcus, Stapilococcus, Diplococcus pneumonie, Hemopilus influens, Gram Positif : S. Pyogenes, S. Albus, Gram Negatif : Proteus spp, Psedomonas spp, E. Coli, Kuman anaerob : Alergi, diabetes melitus, TBC paru.

Proses terjadinya atau patofisiologi otitis media pada umumnya otitis media dari nasofaring yang kemudian mengenai telinga tengah, kecuali pada kasus yang relatif jarang, yang mendapatkan infeksi bakteri yang membocorkan membran timpani. Stadium awal komplikasi ini dimulai dengan hiperemi dan edema pada mukosa tuba eusthacius bagian faring, yang kemudian lumennya dipersempit oleh hiperplasi limfoid pada submukosa. Gangguan ventilasi telinga tengah ini disertai oleh terkumpulnya cairan eksudat dan transudat dalam telinga tengah, akibatnya telinga tengah menjadi sangat rentan terhadap infeksi bakteri yang datang langsung dari nasofaring. Selanjutnya faktor ketahanan tubuh pejamu dan virulensi bakteri akan menentukan progresivitas penyakit.

3. Gejala

Berdasarkan patofisiologi diatas maka gejala yang muncul pada otitis media akut adalah gejala otitis media dapat bervariasi menurut beratnya infeksi dan bisa sangat ringan dan sementara atau sangat berat. Keadaan ini biasanya unilateral pada orang dewasa. Membrane tymphani merah, sering menggelembung tanpa tonjolan tulang yang dapat dilihat, tidak bergerak pada otoskopi pneumatic (pemberian tekanan positif atau negative pada telinga tengah dengan insulator balon yang dikaitkan ke otoskop), dapat mengalami perforasi. Otorrhea, bila terjadi rupture membrane tymphani Keluhan nyeri telinga (otalgia), Sakit telinga yang berat dan menetap, Terjadi gangguan pendengaran yang bersifat sementara, Pada anak-anak bisa mengalami muntah, diare dan demam sampai 40,5°C, Gendang telinga mengalami peradangan dan menonjol, Demam, Anoreksia. Sedangkan Otitis Media Kronik muncul gejala dapat minimal, dengan berbagai derajat kehilangan pendengaran dan terdapat otorrhea intermitten atau persisten yang berbau busuk. Biasanya tidak ada nyeri kecuali pada kasus mastoiditis akut, dimana daerah post aurikuler menjadi nyeri tekan dan bahkan merah dan edema. Kolesteatoma, sendiri biasanya tidak menyebabkan nyeri. Evaluasi otoskopik membrane timpani memperlihatkan adanya perforasi, dan kolesteatoma dapat terlihat sebagai masa putih di belakang membrane timpani atau keluar ke kanalis eksterna melalui lubang perforasi. Kolesteatoma dapat juga tidak terlihat pada pemeriksaan oleh ahli otoskopi. Hasil audiometric pada kasus kolesteatoma sering memperlihatkan kehilangan pendengaran konduktif atau campuran.

Penegakkan diagnosa otitis dapat dilakukan dengan anamnese yaitu otore terus-menerus/kumat-kumatan lebih dari 6-8 minggu, pendengaran menurun (tuli). Untuk meyakinkan maka perlu dilakukan pemeriksaan penunjang yaitu foto radiologi mastoid, audiogram untuk melihat ketulian.

Nah, otitis media perlu dilakukan pengobatan dan perawatan yang serius karena untuk menghindari komplikasi, komplikasi otitis media adalah : Meningitis, Abses ekstradural, Abses otak

Untuk menghindari komplikasi dan dampak yang lebih serius maka diperlukan pengobatan. Pengobatan otitis antara lain : 1) Anti biotik : Ampisilin / Amoksilin, (3-4 X 500 mg oral) atau klidomisin (3 X 150 – 300 mg oral) Per hari selama 5 –7 hari, 2) Pengobatan sumber infeksi di rongga hidung dan sekitarnya, 3) Perawatan pada otitis dengan perhidoral 3% dan tetes telinga (Kloranphenikol 1- 2%), 4) Pengobatan alergi bila ada riwayat, 4) Pada stadium kering di lakukan miringoplastik.

4. Asuhan Keperawatan

Nah, setelah Anda belajar tentang konsep dari otitis media, selanjutnya Anda belajar tentang proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, penyusunan diagnosa keperawatan, penyusunan rencana tindakan dan penentuan evaluasi.

Pengkajian keperawatan pada pasien otitis media meliputi pengumpulan data yang terdiri dari :a) Identitas Pasien, b) Riwayat adanya kelainan nyeri, c) Riwayat infeksi saluran nafas atas yang berulang, d) Riwayat alergi. Sedangkan pengkajian fisik meliputi antara lain : a) Nyeri telinga, b) Perasaan penuh dan penurunan pendengaran, c) Suhu tubuh Meningkat,

d) Malaise, e) Nausea Vomiting, f) Vertigo, g) Ortore, h) Pemeriksaan dengan otoskop tentang stadium. Pengkajian psikososial meliputi : a) Nyeri otore berpengaruh pada interaksi, b) Aktifitas terbatas, c) Takut menghadapi tindakan pembedahan. Pemeriksaan penunjang untuk melihat dampak dari adanya otitis media meliputi : a) Tes Audiometri : pendengaran menurun, b) X ray : terhadap kondisi patologi

Diagnosa dan Intervensi Keperawatan

Setelah diagnosa keperawatan tersusun, maka intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan meliputi :

- a. Nyeri berhubungan dengan proses inflamasi pada jaringan telinga tengah, Tujuan : Penurunan rasa nyeri. Intervensi : Kaji tingkat intensitas klien & mekanisme koping pasien, Berikan analgetik sesuai indikasi, Alihkan perhatian pasien dengan menggunakan teknik – teknik relaksasi : distraksi, imajinasi terbimbing.
- b. Perubahan sensori / persepsi Auditorius berhubungan dengan Gangguan penghantaran bunyi pada organ pendengaran. Tujuan : Memperbaiki Komunikasi. Intervensi : mengurangi kegaduhan pada lingkungan klien, Memandang klien ketika sedang berbicara, Berbicara jelas dan tegas pada klien tanpa perlu berteriak, Memberikan pencahayaan yang memadai bila klien bergantung pada gerak bibir, Menggunakan tanda-tanda nonverbal (mis. Ekspresi wajah, menunjuk, atau gerakan tubuh) dan bentuk komunikasi lainnya, Instruksikan kepada keluarga atau orang terdekat klien tentang bagaimana teknik komunikasi yang efektif sehingga mereka dapat saling berinteraksi dengan klien. Bila klien menginginkan dapat digunakan alat bantu pendengaran.
- c. Gangguan Body Image berhubungan dengan paralysis nervus fasialis. Intervensi : Kaji tingkat kecemasan dan mekanisme koping klien terlebih dahulu. Beritahukan pada klien kemungkinan terjadinya fasial palsy akibat tindak lanjut dari penyakit tersebut, Informasikan bahwa keadaan ini biasanya hanya bersifat sementara dan akan hilang dengan pengobatan yang teratur dan rutin.
- d. Ancietas berhubungan dengan prosedur pembedahan ; miringoplasty / mastoidektomi. Intervensi : Kaji tingkat kecemasan klien dan anjurkan klien untuk mengungkapkan kecemasan serta keprihatinannya mengenai pembedahan, Informasi mengenai pembedahan dan lingkungan ruang operasi penting untuk diketahui klien sebelum pembedahan, Mendiskusikan harapan pasca operatif dapat membantu mengurangi ansietas mengenai hal – hal yang tidak diketahui pasien.

Langkah yang terakhir dalam asuhan keperawatan pada pasien otitis media adalah evaluasi, dimana evaluasi merupakan penilaian efektifitas terhadap intervensi keperawatan sehubungan dengan keluhan dan pemeriksaan fisik menunjukkan hasil yang normal. Intervensi dikatakan efektif bila tingkah laku pasien sesuai dengan tujuan yang ditetapkan. Dalam evaluasi, perawat melakukan pengkajian ulang tentang keluhan dan terapi yang diberikan pada pasien serta perilaku pasien setelah melakukan implementasi dari intervensi. Evaluasi menggunakan observasi, mengukur dan wawancara dengan pasien.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Nah, setelah Anda melakukan pengkajian maka tentukan diagnosa keperawatan yang akan muncul pada pasien dengan otitis media dengan cara menuliskan jawaban Anda pada titik-titik :

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

Petunjuk Jawaban Latihan

Setelah Anda menulis jawaban, maka bandingkan jawaban Anda dengan pernyataan dibawah ini. Diagnosa keperawatan yang muncul antara lain :

- 1) Nyeri berhubungan dengan proses inflamasi pada jaringan telinga tengah
- 2) Perubahan sensori / persepsi Auditorius berhubungan dengan Gangguan penghantaran bunyi pada organ pendengaran.
- 3) Gangguan Body Image berhubungan dengan paralysis nervus fasialis
- 4) ansietas berhubungan dengan prosedur pembedahan ; miringoplasty / mastoidektomi.

Nah, sampai di sini uraian materi Topik 2 secara garis besar, tentulah Anda telah memahaminya, namun, untuk lebih memantapkan pemahaman Anda mengenai materi pembelajaran yang baru saja Anda pelajari, bacalah secara cermat rangkuman berikut ini!

Ringkasan

Otitis media merupakan peradangan pada telinga tengah Otitis media terbagi menjadi 2 yaitu otitis media akut dan otitis media kronik. Proses terjadinya atau patofisiologi otitis media pada umumnya dari infeksi nasofaring yang kemudian menyebar telinga tengah. diagnosa otitis dapat ditegakkan melalui anamnese yaitu otore terus-menerus/kumat-kumatan lebih dari 6-8 minggu, pendengaran menurun (tuli). Untuk meyakinkan maka perlu dilakukan pemeriksaan penunjang yaitu foto radiologi mastoid. Untuk mencegah terjadinya komplikasi yang serius maka diperlukan pengobatan dengan memberikan antibiotik tetes dan pembersihan pada sekret dengan memberikan tetes telinga. Diagnosa keperawatan utama yang muncul pada pasien ini adalah Nyeri berhubungan dengan proses inflamasi pada jaringan telinga tengah.

Tugas

Langkah-langkah

Berikut ini diberikan soal formatif, Anda diminta mengerjakan di lembar kertas tersendiri (tidak didalam bab). Apabila semua soal formatif sudah selesai Anda kerjakan, Anda dipersilahkan untuk melihat kunci jawaban dan membandingkan jawaban Anda dengan jawaban yang ada di kunci jawaban.

Periksalah hasil pekerjaan Anda. kemudian hitunglah jawaban Anda yang benar, gunakan rumus yang ada pada bagian pendahuluan. Apabila Anda berhasil menyelesaikan (menjawab) soal formatif dengan 80% benar, maka Anda diperkenankan untuk melankutkan mempelajari pembelajaran yang diuraikan pada Topik 3.

Semoga Anda berhasil.

Tes 3

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Otitis media merupakan peradangan pada
 - A. Semua bagian telinga
 - B. Telinga dalam
 - C. Telinga tengah
 - D. Telinga luar

- 2) Penyebab terbanyak dari otitis media adalah
 - A. Infeksi pada nasofaring
 - B. Penggunaan earphone
 - C. Mengkorek telinga
 - D. Kemasukan air

- 3) Salah satu cairan yang dipergunakan untuk membersihkan sekret pada otitis media adalah
 - A. Betadin
 - B. Perhidrol
 - C. Alkohol
 - D. Iodine

- 4) Salah satu obat tetes yang dipakai pada pasien otitis adalah
 - A. Kloramphenikol
 - B. Dexametason
 - C. Kalmetason
 - D. Betadine cair

- 5) Pemeriksaan audiometri bertujuan untuk melihat
 - A. Membedakan otitis akut dan kronik

- B. Memastikan adanya otitis
 - C. Stadium otitis
 - D. Ketulian
- 6) Diagnosa keperawatan utama pada pasien otitis media adalah
- A. Body image
 - B. Ketulian
 - C. Ansietas
 - D. Nyeri
- 7) Salah satu intervensi dari diagnosa keperawatan utama pada pasien otitis adalah
- A. Ukur tingkat ketulian
 - B. Jelaskan penyebab
 - C. kaji tingkat nyeri
 - D. Berikan obat tetes
- 8) Salah satu ciri dari otitis media akut adalah....
- A. Biasanya ditemukan pada anak usia 3 bulan-3 tahun
 - B. Adanya infeksi pada nasofaring
 - C. Banyak sekret yang keluar
 - D. Nyeri yang hebat
- 9) Komplikasi dari otitis adalah
- A. Meningitis
 - B. Kejang
 - C. Batuk
 - D. Tuli
- 10) Obat pilihan untuk otitis adalah
- A. Analgesik
 - B. Antibiotik
 - C. Antipiretik
 - D. Antiemetik

Bagaimana jawaban Anda? Tentunya ke sepuluh soal tadi sudah selesai Anda kerjakan. Jika belum, cobalah pelajari kembali materi yang masih kurang Anda pahami dan jangan lupa kerjakan soal formatif yang belum selesai Anda kerjakan. Apabila semua soal formatif sudah selesai Anda kerjakan, periksalah jawaban Anda dengan menggunakan kunci jawaban yang disediakan pada bagian akhir bab ini.

Bagaimana hasil jawaban Anda? Semoga semua jawaban Anda benar. Nah, selamat atas keberhasilan Anda. Apabila belum sepenuhnya berhasil atau belum mencapai 80% benar, sebaiknya Anda pelajari kembali materi pembelajaran Topik 1 terutama materi pembelajaran yang belum Anda pahami. Setelah itu, cobalah kerjakan kembali soal formatif Topik 1. Semoga kali ini Anda dapat menyelesaikan dengan benar.

Bagaimana? Apabila memang Anda telah berhasil menyelesaikan semua soal formatif dengan benar atau setidaknya 80% benar, Anda diperkenankan untuk mempelajari materi pembelajaran yang diuraikan pada Topik 3. Selamat belajar dan sukses mempelajari materi pembelajaran Topik 3.

Topik 4

Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Trauma Mata

1. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah selesai mempelajari materi pembelajaran yang diuraikan pada Topik 4 ini, Anda diharapkan akan mampu memahami asuhan keperawatan pasien dengan trauma mata

2. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah selesai mempelajari materi pembelajaran yang diuraikan pada Topik 4 ini, Anda diharapkan akan dapat :

- a. Menjelaskan pengertian trauma mata
- b. Menjelaskan penyebab trauma mata
- c. Menjelaskan Faktor resiko terjadinya trauma mata
- d. Menjelaskan gejala trauma mata
- e. Menjelaskan Pengkajian keperawatan pasien trauma mata
- f. Menjelaskan diagnosa keperawatan pasien trauma mata
- g. Menjelaskan rencana tindakan keperawatan pasien trauma mata
- h. Menentukan evaluasi tindakan keperawatan pasien trauma mata

3. Pokok-Pokok Materi

Adapun pokok-pokok materi yang akan Anda pelajari pada Topik 4 ini adalah:

- a. Pengertian trauma mata
- b. Penyebab trauma mata
- c. Faktor resiko terjadinya trauma mata
- d. Gejala trauma mata
- e. Pengkajian keperawatan pasien trauma mata
- f. Diagnosa keperawatan pasien trauma mata
- g. Rencana tindakan keperawatan pasien trauma mata
- h. Evaluasi tindakan keperawatan pasien trauma mata

URAIAN MATERI PEMBELAJARAN

1. Pengertian :

Selamat bertemu kembali pada kegiatan belajar yang ke 4. Nah, sekarang Anda akan belajar tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan trauma mata. Kira-kira Anda mengetahui tentang definisi trauma mata? Sekarang tolong tuliskan tentang pengertian trauma mata pada titik-titik
untuk meyakinkan pendapat Anda, maka bandingkan pendapat Anda dengan penjelasan pengertian pada trauma mata, trauma mata adalah tindakan sengaja maupun tidak yang menimbulkan perlukaan mata. Trauma mata merupakan kasus gawat darurat mata, dan

dapat juga sebagai kasus polisi. Perlukaan yang ditimbulkan dapat ringan sampai berat atau menimbulkan kebutaan bahkan kehilangan mata.

2. Penyebab

Nah menurut penyebabnya trauma mata terbagi atas :

- a. Trauma tumpul atau kontusio yang dapat di sebabkan oleh benda tumpul, benturan atau ledakan.
- b. Trauma tajam, yang mungkin perforatif atau non perforatif, dapat juga di sertai dengan adanya korpus alienum (benda asing) atau tidak. Korpus alienum dapat terjadi di intraokuler (didalam mata) maupun ekstraokuler (diluar mata).
- c. Trauma termis oleh jilatan api atau kontak dengan benda panas.
- d. Trauma khemis karena kontak dengan benda yang bersifat asam atau basa.
- e. Trauma listrik oleh karena listrik yang bertegangan rendah maupun yang bertegangan tinggi.
- f. Trauma barometrik, misalnya pada pesawat terbang atau menyelam.
- g. Trauma radiasi oleh gelombang pendek atau partikel-partikel atom (proton dan neutron).

3. Gejala

Trauma mata dapat menimbulkan beberapa akibat pada mata, yaitu : **1)** Hematoma palpebra : Adanya hematoma pada satu mata merupakan keadaan yang ringan, tetapi bila terjadi pada kedua mata, hati-hati kemungkinan adanya fraktur basis kranii, Penanganan : Kompres dingin 3 kali sehari. **2)** Ruptura kornea : Kornea pecah, bila daerah yang pecah besar dapat terjadi prolapsus iris, merupakan suatu keadaan yang gawat dan memerlukan operasi segera. **3)** Ruptura membran descemet : Di tandai dengan adanya garis kekeruhan yang berkelok-kelok pada kornea, yang sebenarnya adalah lipatan membran descemet, visus sangat menurun dan kornea sulit menjadi jernih kembali, maka penanganannya dapat diberikan obat-obatan yang membantu menghentikan perdarahan dan tetes mata kortisol. **4)** Hifema : Perdarahan dalam kamera okuli anterior, yang berasal dari pembuluh darah iris atau korpus siliaris, biasanya di sertai odema kornea dan endapan di bawah kornea, hal ini merupakan suatu keadaan yang serius. Hifema terbagi : **a.** Hifema primer, timbul segera oleh karena adanya trauma. **b.** Hifema sekunder, timbul pada hari ke 2-5 setelah terjadi trauma. Hifema ringan tidak mengganggu visus, tetapi apabila sangat hebat akan mempengaruhi visus karena adanya peningkatan tekanan intra okuler. Penanganan : Istirahat, dan apabila karena peningkatan tekanan intra okuli yang di sertai dengan glaukoma maka perlu adanya operasi segera dengan di lakukannya parasintesis yaitu membuat insisi pada kornea dekat limbus, kemudian di beri salep mata antibiotik dan di tutup dengan verband. Komplikasi hifema: **a.** Galukoma sekunder, di sebabkan oleh adanya penyumbatan oleh darah pada sudut kamera okuli anterior. **b.** Inhibisi kornea, yaitu masuknya darah yang terurai ke dalam lamel-lamel kornea, sehingga kornea menjadi berwarna kuning tengguli dan visus sangat menurun. Penanganan terhadap imhibisi kornea: Tindakan pembedahan yaitu keratoplastik.

5) Iridoparese-iridoplegia : adanya kelumpuhan pada otot pupil sehingga terjadi midriasis. Penanganan : Berikan pilokarpin, apabila dengan pemberian yang sampai berbulan-bulan tetap midriasis maka telah terjadi iridoplegia yang iriversibel. **6) Iridodialisis** ialah iris yang pada suatu tempat lepas dari pangkalnya, pupil menjadi tidak bula dan disebut dengan pseudopupil. Penanganan : Bila tidak ada keluhan tidak perlu dilakukan apa-apa, tetapi jika ada maka perlu adanya operasi untuk memfixasi iris yang lepas. **7) Irideremia** ialah keadaan di mana iris lepas secara keseluruhan. Penanganan secara konservatif adalah dengan memberikan kacamata untuk mengurangi silau. **8) Subluksasio lentis- luksasio lentis.** Luksasio lentis yang terjadi bisa ke depan atau ke belakang. Jika ke depan akan menimbulkan glaukoma dan jika ke belakang akan menimbulkan afakia. Bila terjadi glaukoma maka perlu operasi untuk ekstraksi lensa dan jika terjadi afakia pengobatan dilakukan secara konservatif. **9) Hemoragia pada korpus vitreum** : Perdarahan yang terjadi berasal dari korpus siliare, karena banyak terdapat eritrosit pada korpus siliare, visus akan sangat menurun. **10) Glaukoma** : Di sebabkan oleh karena robekan trabekulum pada sudut kamera okuli anterior, yang disebut "*traumatic angle*" yang menyebabkan gangguan aliran akwos humour. Penanganan dilakukan secara operatif. **11) Ruptura sklera**, menimbulkan penurunan tekanan intra okuler. Perlu adanya tindakan operatif segera. **12) Ruptura retina** menyebabkan timbulnya ablasio retina sehingga menyebabkan kebutaan, harus dilakukan operasi.

4. Asuhan Keperawatan

Setelah Anda mengetahui konsep trauma mata, maka pengkajian keperawatan terdiri dari :

- a. **Aktivitas dan istirahat** : Perubahan dalam pola aktivitas sehari-hari/hobi dikarenakan adanya penurunan daya/ kemampuan penglihatan.
- b. **Makan dan minum** : mungkin juga terjadi mual dan muntah akibat dari peningkatan tekanan intraokuler.
- c. **Neurosensori** : Adanya distorsi penglihatan, silau bila terkena cahaya, kesulitan dalam melakukan adaptasi (dari terang ke gelap/ memfokuskan penglihatan). Pandangan kabur, halo, penggunaan kacamata tidak membantu penglihatan. Peningkatan pengeluaran air mata.
- d. **Nyeri dan kenyamanan** : Rasa tidak nyaman pada mata, kelelahan mata. Tiba-tiba dan nyeri yang menetap di sekitar mata, nyeri kepala.
- e. **Keamanan** : Penyakit mata, trauma, diabetes, tumor, kesulitan/ penglihatan menurun.
- f. **Pemeriksaan penunjang** : Kartu snellen: pemeriksaan penglihatan dan penglihatan sentral mungkin mengalami penurunan akibat dari kerusakan kornea, vitreous atau kerusakan pada sistem suplai untuk retina. Luas lapang pandang: mengalami penurunan akibat dari tumor/ massa, trauma, arteri cerebral yang patologis atau karena adanya kerusakan jaringan pembuluh darah akibat trauma. Pengukuran tekanan IOL dengan tonography: mengkaji nilai normal tekanan bola mata (normal 12-25 mmHg). Pengkajian dengan menggunakan optalmoskop: mengkaji struktur internal dari okuler, papiledema, retina hemoragi.

Diagnosa dan Intervensi Keperawatan

Setelah anda menyusun diagnosa keperawatan, maka langkah selanjutnya adalah menentukan intervensi atau rencana tindakan keperawatan :

- a. Resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (tindakan pembedahan), Tujuan : Tidak terjadi infeksi, Rencana: a. Diskusikan dan ajarkan pada pasien pentingnya cuci tangan yang bersih sebelum menyentuh mata. b. Gunakan dan demonstrasikan tehnik yang benar tentang cara perawatan dengan kapas yang steril serta dari arah yang dalam memutar kemudian keluar. c. Jelaskan pentingnya untuk tidak menyentuh mata/ menggosok mata. d. Diskusikan dan observasi tanda-tanda dari infeksi (merah, darinase yang purulen). e. Kolaborasi dalam pemberian obat-obat antibiotik sesuai indikasi.
- b. Penurunan sensori perceptual (penglihatan) berhubungan dengan adanya trauma, penggunaan alat bantu terapi. Tujuan : Dengan penurunan penglihatan tidak mengalami perubahan/ injuri. Rencana: a. Kaji keadaan penglihatan dari kedua mata. b. Observasi tanda-tanda dari adanya disorientasi. c. Gunakan alat yang menggunkan sedikit cahaya (mencegah terjadinya pandangan yang kabur, iritasi mata). d. Anjurkan pada pasien untuk melakukan aktivitas yang bervariasi (mendengarkan radio, berbincang-bincang). e. Bantu pasien dalam melakukan kegiatan sehari-hari. f. Anjurkan pasien untuk mencoba melakukan kegiatan secara mandiri.
- c. Kurangnya pengetahuan (perawatan) berhubungan dengan keterbatasan informasi. Tujuan : Pasien dan keluarga memiliki pengetahuan yang memadai tentang perawatan. Rencana: a. Jelaskan kembali tentang keadaan pasien, rencana perawatan dan prosedur tindakan yang akan di lakukan. b. Jelaskan pada pasien agar tidak menggunakan obat tetes mata secara senbarangan. c. Anjurkan pada pasien gara tidak membaca terlebih dahulu, “mengedan”, “buang ingus”, bersin atau merokok. d. Anjurkan pada pasien untuk tidur dengan megunakan punggung, mengtur cahaya lampu tidur. e. Observasi kemampuan pasien dalam melakukan tindakan sesuai dengan anjuran petugas.

Langkah yang terakhir dalam mempelajari asuhan keperawatan pada pasien trauma mata adalah evaluasi, dimana evaluasi merupakan penilaian efektifitas terhadap intervensi keperawatan sehubungan dengan keluhan pasien dan pemeriksaan hasil laboratorium menunjukkan hasil yang normal. Komplikasi tidak ada yang meliputi resiko penurunan visus atau kebutaan. Dalam evaluasi, perawat melakukan pengkajian ulang tentang keluhan pada mata. Evaluasi menggunakan observasi, mengukur dan wawancara dengan pasien.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Kira-kira menurut anda, diagnosa keperawatan apa yang akan muncul pada pasien trauma mata, tolong tuliskan jawaban Anda pada titik-titik dibawah ini :

- 1)
- 2)
- 3)

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk meyakinkan jawaban Anda, maka cocokkan jawaban Anda dengan pernyataan dibawah ini tentang diagnosa keperawatan pada pasien trauma mata :

- 1) Resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (tindakan pembedahan).
- 2) Penurunan sensori perceptual (penglihatan) berhubungan dengan adanya trauma, penggunaan alat bantu terapi.

Kurangnya pengetahuan (perawatan) berhubungan dengan keterbatasan informasi Nah, sampai di sini uraian materi Topik 4 secara garis besar, tentulah Anda telah memahaminya, namun, untuk lebih memantapkan pemahaman Anda mengenai materi pembelajaran yang baru saja Anda pelajari, bacalah secara cermat rangkuman berikut ini!

Ringkasan

Trauma mata adalah tindakan sengaja maupun tidak yang menimbulkan perlukaan mata yang merupakan kasus gawat darurat mata juga sebagai tindakan kriminal, dampaknya Perlukaan yang ditimbulkan dapat ringan sampai berat atau menimbulkan kebutaan bahkan kehilangan mata. menurut penyebabnya trauma mata terbagi atas : Trauma tumpul, Trauma tajam, Trauma termis oleh jilatan api atau kontak dengan benda panas, Trauma khemis, Trauma listrik, Trauma barometrik, Trauma radiasi. Masalah keperawatan utamanya adalah Resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (tindakan pembedahan).

Tugas

Langkah-langkah

Berikut ini diberikan soal formatif, Anda diminta mengerjakan di lembar kertas tersendiri (tidak didalam bab). Apabila semua soal formatif sudah selesai Anda kerjakan, Anda dipersilahkan untuk melihat kunci jawaban dan membandingkan jawaban Anda dengan jawaban yang ada dikunci jawaban.

Periksalah hasil pekerjaan Anda. kemudian hitunglah jawaban Anda yang benar, gunakan rumus yang ada pada bagian pendahuluan. Apabila Anda berhasil menyelesaikan (menjawab) soal formatif dengan 80% benar, maka Anda diperkenankan untuk melanjutkan mempelajari pembelajaran pada bab berikutnya.

Semoga Anda berhasil.

Tes 4

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Trauma mata yang disebabkan oleh jilatan api
 - A. Trauma tumpul
 - B. Trauma termis
 - C. Trauma elektrik
 - D. Trauma chemis

- 2) Dampak dari trauma mata tergantung
 - A. kondisi kesehatan pasien
 - B. Berat ringannya trauma
 - C. Waktu kejadian
 - D. Usia pasien

- 3) Penanganan hematome pada trauma mata
 - A. Diberikan tetes antibiotik
 - B. kompres Norma salin
 - C. Perban mata
 - D. Operasi

- 4) Perdarahan dalam kamera okuli anterior
 - A. Tekanan intra okuli
 - B. Glukoma
 - C. Hifema
 - D. Katarak

- 5) Komplikasi yang dapat timbul dengan adanya hifema adalah
 - A. Kebutaan
 - B. Glukoma
 - C. Infeksi
 - D. Nyeri

- 6) Pengkajian pada pola makan dan minum pasien trauma mata adalah
 - A. Makanan kesukaan
 - B. Jumlah asupan
 - C. Mual muntah
 - D. Riwayat alergi

- 7) Pemeriksaan struktur interna mata menggunakan alat
 - A. Ophthalmoskop
 - B. Tonography
 - C. Stetoskop
 - D. Senter

- 8) Diagnosa keperawatan utama pada pasien trauma mata adalah
 - A. Penurunan visus
 - B. Resiko trauma
 - C. Resiko infeksi
 - D. Nyeri

- 9) Salah satu intervensi keperawatan pada diagnosa resiko infeksi adalah
 - A. kolaborasi tetes mata
 - B. Beri kompres mata
 - C. Ajari cuci tangan
 - D. observasi neyeri

- 10) Hal-hal yang harus diajarkan pada pasien paska trauma mata adalah
 - A. Makan minum tidak ada pantangan
 - B. Diperbolehkan menggosok mata
 - C. Aktivitas seperti biasa
 - D. dilarang membaca

Bagaimana jawaban Anda? Tentunya ke sepuluh soal tadi sudah selesai Anda kerjakan. Jika belum, cobalah pelajari kembali materi yang masih kurang Anda pahami dan jangan lupa kerjakan soal formatif yang belum selesai Anda kerjakan. Apabila semua soal formatif sudah selesai Anda kerjakan, periksalah jawaban Anda dengan menggunakan kunci jawaban yang disediakan pada bagian akhir bab ini.

Bagaimana hasil jawaban Anda? Semoga semua jawaban Anda benar. Nah, selamat atas keberhasilan Anda. Apabila belum sepenuhnya berhasil atau belum mencapai 80% benar, sebaiknya Anda pelajari kembali materi pembelajaran Topik 2 terutama materi pembelajaran yang belum Anda pahami. Setelah itu, cobalah kerjakan kembali soal formatif Topik 4. Semoga kali ini Anda dapat menyelesaikan dengan benar.

✂ ■ Keperawatan Medikal Bedah I ✂ ■

Bagaimana? Apabila memang Anda telah berhasil menyelesaikan semua soal formatif dengan benar atau setidaknya 80% benar, Anda diperkenankan untuk mempelajari materi pembelajaran yang diuraikan pada Topik 4.

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) D
- 2) C
- 3) A
- 4) B
- 5) B
- 6) C
- 7) C
- 8) C
- 9) D
- 10) C

Tes 2

- 1) B
- 2) A
- 3) B
- 4) C
- 5) C
- 6) C
- 7) D
- 8) A
- 9) C
- 10) A

Tes 3

- 1) C
- 2) A
- 3) B
- 4) A
- 5) D
- 6) B
- 7) B
- 8) C
- 9) A
- 10) B

Tes 4

- 1) B
- 2) B
- 3) B

- 4) C
- 5) A
- 6) C
- 7) A
- 8) A
- 9) A
- 10) D

Daftar Pustaka

Doenges, Marilyn E, (1999), *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, Edisi 3, EGC, Jakarta

Long, Barbara C, (1996), *Perawatan Medikal Bedah; Suatu Pendekatan Proses Holistik*, Yayasan Ikatan Alumni Pendidikan Keperawatan Padjajaran, Bandung.

Suyono, Slamet, (2001), *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Jilid II, Edisi 3, Balai Penerbit FKUI, Jakarta.

Underwood, J.C.E, (1999), *Patologi Umum dan Sistemik*, Edisi 2, EGC, Jakarta.

BAB IV

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN PERNAFASAN AKIBAT PERADANGAN

Moh. Najib, SKP, MSc.

PENDAHULUAN

Bab ini berisi tiga kegiatan pembelajaran Asuhan Keperawatan pada pasien dengan gangguan system pernafasan akibat Peradangan antara lain :

Topik 1 : Asuhan Keperawatan pada pasien dengan COPD/PPOK

Topik 2 : Asuhan Keperawatan pada pasien dengan TBC

Topik 3 : Asuhan Keperawatan pada pasien dengan PNEUMONIA

Setelah mempelajari bab ini Anda dapat melaksanakan asuhan keperawatan pasien dengan gangguan system pernafasan yang meliputi : pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan tindakan keperawatan dan mengevaluasi hasil tindakan asuhan keperawatan pada pasien gangguan system pernafasan

Proses pembelajaran untuk materi asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem pernafasan sebagai berikut :

1. Pahami anatomi dan fisiologi sistem pernafasan
2. Pahami patofisiologi sistem pernafasan
3. Pahami farmakologi obat-obatan pada sistem pernafasan
4. Pahami pemeriksaan fisik sistem pernafasan
5. Pahami proses asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penentuan diagnosa, merencanakan tindakan dan evaluasi keperawatan.
6. Mengidentifikasi penyakit-penyakit pada sistem pernafasan antara lain, COPD/PPOK, TBC, Pneumonia, Keberhasilan proses pembelajaran anda dalam mata kuliah ini sangat tergantung kepada kesungguhan anda dalam mengerjakan latihan. Untuk itu, berlatihlah secara mandiri atau berkelompok dengan teman sejawat.
7. Bila anda menemui kesulitan, silahkan hubungi instruktur pembimbing atau fasilitator yang mengajar mata diklat ini.

Baiklah selamat belajar bagi Anda dengan pembelajaran dari Universitas Terbuka, semoga Anda sukses mempelajari pengetahuan yang diuraikan dalam mata kuliah ini.

Topik 1

Asuhan Keperawatan pada pasien dengan COPD (Cronic Obstruktif Pulmonal Disease)/ PPOK (Penyakit Paru Obstruktif Kronis)

I. COPD/PPOK

A. Tujuan Pembelajaran umum

Setelah menyelesaikan materi Topik 1 ini di harapkan Anda mampu memberikan asuhan keperawatan pasien dengan PPOK

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah menyelesaikan materi Topik 1 ini diharapkan anda mampu menjelaskan : 1) Pengertian PPOK, 2) Penyebab PPOK, 3) Pathofisiologi PPOK, 4) Managemen Medis PPOK, 5) Managemen Keperawatan

C. Pokok-Pokok Materi

Dalam Topik 1 ini Anda akan mempelajari materi tentang Asuhan Keperawatan pada gangguan system Pernafasan PPOK yang meliputi :

1. Pengertian
2. Penyebab
3. Patofisiologi
4. Managemen medis
5. Managemen Keperawatan

D. Uraian Materi

Pernahkah Anda mendengar, menolong atau bahkan mengalami sendiri sakit pada saluran pernafasan ? dibawah ini adalah salah satu pengertian penyakit pada saluran pernafasan yaitu PPOK, sekarang Anda perhatikan dan pelajari materi dibawah ini.

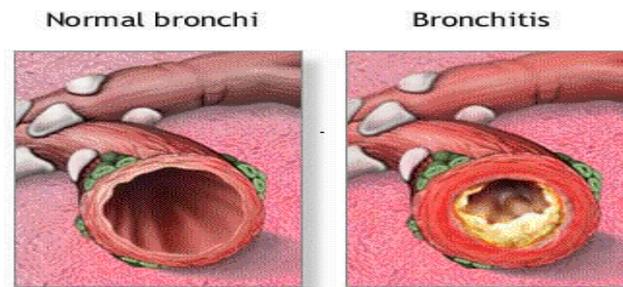
1. Pengertian

Apa pengertian dari gangguan system Pernafasan PPOK? PPOK adalah Suatu kondisi dimana aliran udara pada paru tersumbat secara terus menerus. Proses penyakit ini seringkali kombinasi dari 2 atau 3 kondisi berikut ini (bronkhitis kronis, emfisema, asthma) dengan suatu penyebab primer dan yang lain adalah komplikasi dari penyakit primer. (Enggram, B. 1996)

Dari pengertian diatas Anda dapat menjelaskan penyebab Penyakit Paru Obstruktif Kronis, gambaran penyebab PPOK Anda dapat pelajari, seperti gambar dibawah ini :

2. Penyebab

- a. **bronkhitis kronis.** Adalah infeksi pada bronchus



ADAM.

Pada gambar diatas Anda dapat membedakan bagaimana bentuk bronchus pada orang yang terkena bronchitis kronis, dengan bronchus pada orang normal

3. Pathofisiologis Bronkhitis Kronis

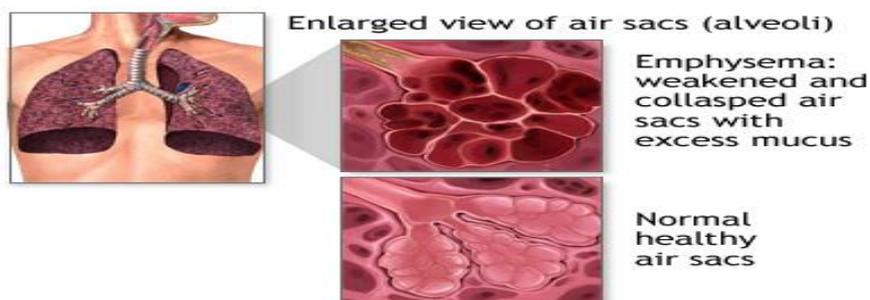
Merupakan inflamasi pada bronkhus yang menyebabkan peningkatan produksi mukus dan batuk kronik. Juga terdapat penurunan ratio FEV1/FVC kurang dari 75 %.

Gangguan ini disebabkan oleh paparan iritan khususnya asap rokok. Klien akan mengalami :

- a. peningkatan ukuran dan jumlah kelenjar submukosa pada bronkhus (besar), sehingga meningkatkan produksi mukus.
- b. pengentalan mukus
- c. gangguan fungsi ciliary, sehingga menurunkan pembersihan mukus.

Sehingga terjadi gangguan pertahanan mucociliary paru dan mudah terkena infeksi sekunder. Jika terjadi infeksi sekunder produksi mukus akan bertambah banyak, dan kental yang akan mengakibatkan obstruksi udara khususnya saat ekspirasi. Hal ini akan mengakibatkan udara terperangkap pada paru-paru. Obstruksi ini juga menurunkan ventilasi alveoler dan terjadi hipoksia serta asidosis. Klien mengalami penurunan oksigenasi jaringan; ratio V/Q (ventilasi – perfusi) abnormal yang berhubungan dengan penurunan PaO₂. Gangguan ventilasi alveoli juga mengakibatkan peningkatan PaCO₂. Sebagai kompensasi dari hioksemia tubuh akan banyak memproduksi eritrosit (polisetemia).

- b. Anda cermati penyebab kedua adalah Empisema yaitu suatu perubahan anatomis parenkhim paru-paru yg ditandai dengan pembesaran alveolus dan duktus alveolaris serta destruksi dinding alveoler



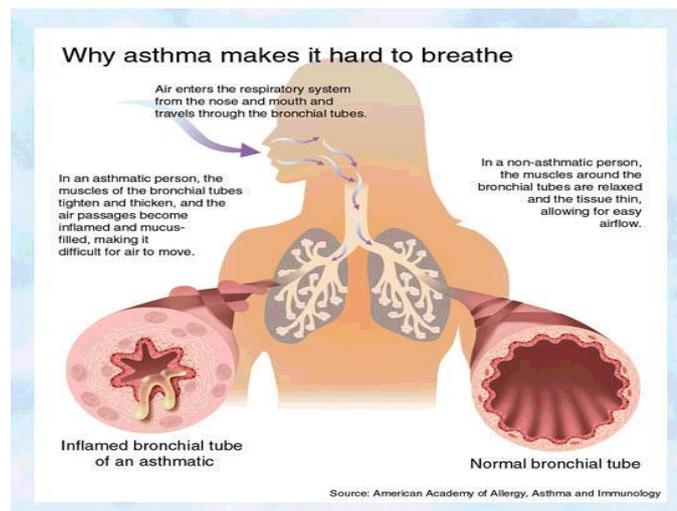
ADAM.

Pathofisiologi emfisema

Gangguan ini akibat dari kerusakan dinding alveoli, sehingga terjadi over distension ruang udara yang permanen. Obstruksi aliran udara lebih merupakan akibat dari perubahan ini dari pada produksi mukus yang berlebihan seperti pada bronkhitis kronis.

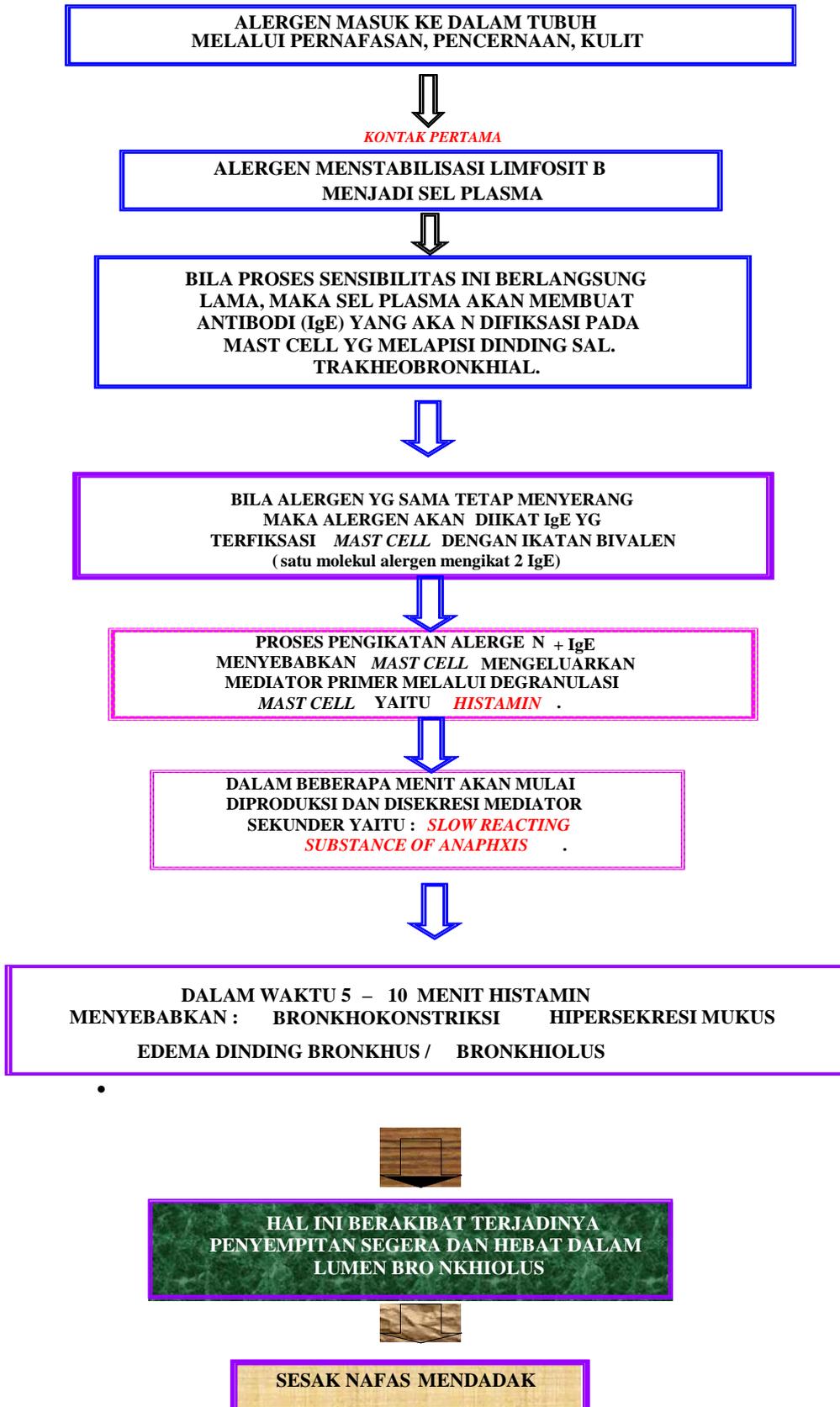
Terdapat dua tipe dari emfisema :

- 1) Centri lobuler emphysema / centriacinar emphysema
 - a) Terjadi kerusakan pada bronkiolus respiratorius
 - b) Dinding berlubang, membesar, akhirnya cenderung menjadi satu ruang
 - c) Sering menyerang bagian atas paru-paru
 - d) Dikaitkan dengan bronkhitis kronis dan perokok
 - 2) Panlobuler emphysema / Panacinar emphysema
 - a) Alveolus distal dari bronkiolus terminalis mengalami pembesaran serta kerusakan secara merata.
 - b) Tersebar merata diseluruh bagian paru terutama bagian basal
 - c) Merupakan emfisema primer
 - d) Familial akibat defisiensi enzim alpha antitripsin (AAT), yang merupakan inhibitor enzim proteolitik non spesifik. Klien tanpa AAT akan mengalami peningkatan PPOM sebab dinding paru akan mempunyai resiko tinggi mengalami kerusakan. Asap rokok akan mengganggu keseimbangan enzim ini dan kerusakan jaringan paru akan meningkat.
 - e) Dikaitkan dengan usia tua karena elastisitas paru mengalami penurunan.
- c. Penyebab PPOK lainnya adalah Asthma yaitu suatu penyakit pada sistem pernafasan yang meliputi peradangan dari jalan nafas dan gejala-gejala bronchospasme yang bersifat reversibel (Crockett)



Anda lihat perbedaan bronchus pada orang menderita asma dengan orang normal

Pathofisiologi asma



4. **Managemen Medis**

Tujuan utama : meningkatkan oksigenasi dan menurunkan retensi oksigen.

Hal ini dicapai dengan :

- a. membebaskan obstruksi jalan napas yang reversibel (asthma)
- b. memfasilitasi pengeluaran sekresi bronkhial
- c. mencegah dan mengobati infeksi saluran pernapasan
- d. meningkatkan toleransi latihan
- e. control adanya komplikasi
- f. mencegah alergen / iritasi jalan napas
- g. membebaskan adanya ansietas dan mengobati depresi yang sering menyertai obstruksi jalan napas kronis.

5. **Pharmacologic Management**

Jenis obat yang biasa digunakan adalah :

- a. bronkodilator
- b. antihistamin
- c. steroids
- d. antibiotik
- e. ekspektorans

Oksigen digunakan 3 L/m dengan cannula nasal.

6. **Higiene Paru (*Pulmonary Hygiene*)**

Higiene paru bertujuan membersihkan sekret dari paru-paru dan kemudian meningkatkan kerja silia dan menurunkan resiko infeksi.

Dilaksanakan dengan : nebulizer, fisioterapi dada, postural drainase.

a. Exercise

Latihan tidak akan meningkatkan fungsi paru. Ini digunakan untuk mempertinggi kebugaran dan melatih fungsi otot skeletal agar lebih efektif. Bentuk latihan dapat berupa jalan sehat. Namun sebelum latihan jalan dimulai nilai analisa gas darah perlu dikaji dan dibandingkan dengan saat istirahat. Oksigen tambahan harus digunakan saat latihan jika klien menjadi hipoksemia berat.

b. Mencegah iritans

Penyebab iritans jalan napas harus dihindari seperti asap rokok dan perlu juga mencegah adanya alergen yang masuk tubuh.

c. Diet

Klien sering mengalami kesulitan makan karena adanya dipsnea. Pemberian porsi yang kecil namun sering lebih baik dari pada makan langsung banyak.

7. Managemen Keperawatan

a. Pengkajian :

- 1) Riwayat atau faktor penunjang :
 - a) merokok (faktor penyebab utama)
 - b) tinggal atau bekerja di area dengan polusi udara berat
 - c) riwayat alergi pada keluarga
 - d) riwayat asthma pada anak-anak
- 2) Riwayat atau adanya faktor pencetus eksaserbasi :
 - a) alergen
 - b) stress emosional
 - c) aktivitas fisik yang berlebihan
 - d) polusi udara
 - e) infeksi saluran napas
- 3) Pemeriksaan fisik :
 - a) manifestasi klinik PPOM :
 - peningkatan dispnea
 - penggunaan otot-otot aksesori pernapasan (retraksi otot-otot abdominal, mengangkat bahu saat inspirasi, napas cuping hidung)
 - penurunan bunyi napas
 - takipnea
 - gejala yang menetap pada penyakit dasar
 - b) asthma
 - batuk (mungkin produktif atau non produktif), dan perasaan dada seperti terikat
 - mengi saat inspirasi maupun ekspirasi yang dapat terdengar tanpa stetoskop
 - pernapasan cuping hidung
 - ketakutan dan diaforesis
 - c) Bronkhitis
 - Batuk produktif dengan sputum berwarna putih keabu-abuan, yang biasanya terjadi pada pagi hari
 - Inspirasi ronkhi kasar dan wheezing
 - Sesak napas
 - d) Bronkhitis (tahap lanjut)
 - Penampilan sianosis
 - Pembengkakan umum atau “blue bloaters” (disebabkan oleh edema asistemik yang terjadi sebagai akibat dari kor pulmonal)
 - e) Emfisema
 - Penampilan fisik kurus dengan dada “barrel chest” (diameter thoraks anterior posterior meningkat sebagai akibat hiperinflasi paru-paru)
 - Fase ekspirasi memanjang

- f) Emfisema (tahap lanjut)
 - Hipoksemia dan hiperkapnia
 - Penampilan sebagai “pink puffers”
 - Jari-jari tabuh
- 4) Pemeriksaan diagnostik
 - a) Gas darah arteri : PaO₂ rendah, PaCO₂ tinggi
 - b) Sinar X dada : hiperinflasi paru-paru, pembesaran jantung dan bendungan area paruparu
 - c) Pemeriksaan faal paru : FEV₁ dan ratio FEV₁/FVC
 - d) Darah : peningkatan Hb, hematokrit, jumlah darah merah dan peningkatan IgE serum.
- 5) Lain-lain perlu dikaji Berat badan, rata-rata intake cairan dan diet harian

b. Diagnosa keperawatan dan rencana intervensi :

- 1) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan pembatasan jalan napas, kelelahan otot pernapasan, peningkatan produksi mukus.

Tujuan : Klien mampu menunjukkan perbaikan oksigenasi

Kriteria hasil :

- a) Gas darah arteri dalam batas normal
- b) Warna kulit membaik
- c) RR : 12 – 24 X/menit
- d) Bunyi napas bersih
- e) Batuk : tidak ada
- f) Nadi 60 – 100 X/menit
- g) Dyspnea : tidak ada

Rencana Intervensi :

- a) observasi : status pernapasan, hasil gas darah arter, nadi dan nilai oksimetri
 - b) berikan obat yang telah diresepkan
 - c) konsultasikan pada dokter jika gejala tetap memburuk dan menetap (komplikasi utama gagal napas)
 - d) berikan oksigen yang telah dilembabkan 2 – 3 L/menit
 - e) pertahankan posisi fowler’s dengan tangan abduksi dan disokong oleh bantal atau duduk condong ke depan dengan ditahan oleh meja
 - f) hindari penggunaan depresan saraf pusat secara berlebihan (sedatif/narkotik)
 - g) anjurkan untuk berhenti merokok.
- 2) Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan ketidakadekuatan batuk, peningkatan produksi mukus.
Tujuan : Klien dapat meningkatkan bersihan jalan napas
Kriteria hasil :

- a) mampu mendemostrasikan batuk terkontrol
- b) intake cairan adekuat

Rencana intervensi :

- a) Kaji kemampuan klien untuk memobilisasi sekresi, jika tidak mampu :
- b) ajarkan metode batuk terkontrol
- c) gunakan suction (jika perlu untuk mengeluarkan sekret)
- d) lakukan fisioterapi dada
- e) Secara rutin tiap 8 jam sekali lakukan auskultasi dada untuk mengetahui kualitas suara napas dan kemajuannya.
- f) berikan obat sesuai resp : mukolitik dan ekspektorans
- g) anjurkan minum kurang lebih 2 liter per hari jika tidak ada kontra indikasi
- h) Instruksikan pada klien untuk mencegah infeksi.

Stressor :

- a) cegah ruangan yang ramai pengunjung atau kontak dengan individu yang menderita influenza
- b) mencegah iritasi : rokok
- c) imunisasi : vaksin influenza

- 3) Gangguan kebutuhan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakadekuatan intake nutrisi sekunder terhadap peningkatan kerja pernapasan.

Tujuan : Klien akan menunjukkan kemajuan / peningkatan status nutrisi

Kriteria hasil :

- a) klien tidak mengalami kehilangan berat badan lebih lanjut
- b) masukan makanan dan cairan meningkat
- c) urine tidak pekat
- d) out put urine meningkat
- e) membran mukosa lembab
- f) kulit tidak kering

Rencana intervensi :

- a) Observasi : intake dan out put tiap 8 jam, jumlah makanan yang dikonsumsi, BB tiap minggu
- b) Ciptakan suasana yang menyenangkan, lingkungan bebas dari bau selama makan :
- c) perawatan mulut sebelum dan sesudah makan
- d) bersihkan meja sebelum makanan dihidangkan
- e) tidak menggunakan pengharum ruangan yang terlalu menyengat.
- f) Fisioterapi dada dan nebulizer selambatnya 1 jam sebelum makan

- g) Tempat yang tepat untuk membuang tissue dan sekret.
 - h) Rujuk ke Ahli gizi jika makanan yang dikunsumsi kurang dari 30 %
- 4) Cemas berhubungan dengan episode dyspnea atau serangan asthma.
- Tujuan* : Cemas berkurang
- Kriteria hasil* :
- a) Ekspresi wajah rileks
 - b) RR : 12 – 24 X/menit
 - c) N : 60 – 100 X/menit
- Rencana Intervensi* :
- a) Selama periode distress pernapasan akut :
 - buka baju yang terlalu tebal
 - batasi jumlah dan frekuensi pengunjung saat itu
 - ijin seorang untuk menemani pasien
 - oksigen nasal kanula 2 – 3 L/menit
 - buka pintu dan tirai
 - pertahankan suhu ruangan yang sejuk
 - pertahankan posisi fowler's
 - b) Hindarkan pemberian informasi dan instruksi yang bertele-tele dan terus menerus.
 - c) Berikan penjelasan yang sederhana dan singkat tentang
 - tujuan intervensi
 - pemeriksaan diagnostik
 - d) Lakukan pendekatan kepada pasien dengan tenang dan meyakinkan.

Ringkasan

PPOK adalah Suatu kondisi dimana aliran udara pada paru tersumbat secara terus menerus. Proses penyakit ini seringkali kombinasi dari 2 atau 3 kondisi berikut ini (bronkhitis kronis, emfisema, asthma) dengan suatu penyebab primer dan yang lain adalah komplikasi dari penyakit primer. (Enggram, B. 1996)

Bronkhitis kronis merupakan inflamasi pada bronkhus yang menyebabkan peningkatan produksi mukus dan batuk kronik. Emfisema yaitu suatu perubahan anatomis parenkhim paru-paru yg ditandai dengan pembesaran alveolus dan duktus alveolaris serta destruksi dinding alveoler. Asthma yaitu suatu penyakit pada sistem pernafasan yang meliputi peradangan dari jalan nafas dan gejala-gejala bronchospasme yang bersifat reversibel.

Managemen medis

Tujuan utama : meningkatkan oksigenasi dan menurunkan retensi oksigen. Hal ini dicapai dengan :1) membebaskan obstruksi jalan napas yang reversibel (asthma), 2) memfasilitasi pengeluaran sekresi bronkhial, 3) mencegah dan mengobati infeksi saluran pernapasan, 4) meningkatkan toleransi latihan, 5) control adanya komplikasi, 6) mencegah

alergen / iritasi jalan napas, 7) membebaskan adanya ansietas dan mengobati depresi yang sering menyertai obstruksi jalan napas kronis.

Managemen Keperawatan

Pengkajian :

Riwayat atau faktor penunjang : merokok (faktor penyebab utama), tinggal atau bekerja di area dengan polusi udara berat, riwayat alergi pada keluarga, riwayat asthma pada anak-anak.

Riwayat atau adanya faktor pencetus eksaserbasi : alergen, stress emosional, aktivitas fisik yang berlebihan, polusi udara, infeksi saluran napas.

Pemeriksaan fisik : peningkatan dispnea, penggunaan otot-otot aksesori pernapasan (retraksi otot-otot abdominal, mengangkat bahu saat inspirasi, napas cuping hidung), penurunan bunyi napas, takipnea, gejala yang menetap pada penyakit dasar

1. asthma ; batuk (mungkin produktif atau non produktif), dan perasaan dada seperti terikat, mengi saat inspirasi maupun ekspirasi yang dapat terdengar tanpa stetoskop, pernapasan cuping hidung, ketakutan dan diaforesis
2. Bronkhitis ; Batuk produktif dengan sputum berwarna putih keabu-abuan, yang biasanya terjadi pada pagi hari, Inspirasi ronkhi kasar dan wheezing, Sesak napas, Penampilan sianosis, Pembengkakan umum atau “blue bloaters” (disebabkan oleh edema asistemik yang terjadi sebagai akibat dari kor pulmonal)
3. Emfisema ; Penampilan fisik kurus dengan dada “barrel chest” (diameter thoraks anterio posterior meningkat sebagai akibat hiperinflasi paru-paru), fase ekspirasi memanjang, hipoksemia dan hiperkapnia, penampilan sebagai “pink puffers” jari-jari tabuh

Pemeriksaan diagnostik ; Gas darah arteri (PaO₂ rendah, PaCO₂ tinggi), Sinar X dada (hiperinflasi paru-paru, pembesaran jantung dan bendungan area paru-paru), pemeriksaan faal paru (FEV₁ dan ratio FEV₁/FVC), darah (peningkatan Hb, hematokrit, jumlah darah merah dan peningkatan IgE serum). Lain-lain perlu dikaji Berat badan, rata-rata intake cairan dan diet harian

Diagnosa keperawatan yang dapat terjadi adalah ; 1) Gangguan pertukaran gas s.d. pembatasan jalan napas, kelelahan otot pernapasan, peningkatan produksi mukus, 2) Ketidakefektifan bersihan jalan napas s.d. ketidakadekuatan batuk, peningkatan produksi mukus, 3) Gangguan kebutuhan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh s.d. ketidakadekuatan intake nutrisi sekunder terhadap peningkatan kerja pernapasan, 4) Cemas s.d. episode dyspnea atau serangan asthma.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Penyakit paru obstruksi menahun merupakan penyakit yang ditandai dengan adanya obstruksi aliran udara pada saluran pernafasan yang disebabkan oleh
 - A. Bronchitis kronis
 - B. stres
 - C. bakteri
 - D. Virus

- 2) Faktor resiko yang dapat menyebabkan terjadinya penyakit paru obstruksi menahun adalah
 - A. Tembakau
 - B. Stres
 - C. polusi udara
 - D. Genetik

- 3) Pada pasien dengan radang akut parenkhim paru dapat mengakibatkan gangguan permeabilitas kapiler paru (meningkat), hal ini dapat menyebabkan gangguan
 - A. Pertukaran gas
 - B. Ventilasi
 - C. Difusi
 - D. Transportasi

- 4) Pasien PPOK mengalami gangguan ventilasi, sehingga O₂ atmosfer yang masuk kedalam alveoli berkurang dan menyebabkan penurunan jumlah O₂ dalam darah. O₂ dalam darah dibawa keseluruh jaringan dipengaruhi oleh
 - A. Curah jantung
 - B. Jumlah eritrosit
 - C. Hematokrit darah
 - D. Latihan

- 5) Proses pathofisiologis yang terjadi pada PPOK adalah
 - A. Alergen masuk kedalam tubuh melalui pernafasan, pencernaan, kulit
 - B. Histamin menyebabkan bronchokonstriksi, hiper sekresi mukus
 - C. Proses ikatan alergen dengan ige menyebabkan mast cell mengeluarkan mediator primer (histamin)
 - D. Bila alergen yang sama tetap menyerang, maka alergen tersebut diikat oleh ige dengan ikatan bivalen

Kasus

Seorang laki-laki 56 tahun datang ke rumah sakit dengan keluhan sesak nafas sejak 1 minggu yang lalu dan sudah sering keluar masuk rumah sakit dengan keluhan yang sama. Pemeriksaan fisik didapatkan adanya sekret, riwayat merokok sejak usia 20 tahun, diagnosa medis PPOK.

- 6) Pada kasus diatas diagnosa keperawatan utama adalah....
 - A. Pertukaran gas
 - B. Kekurangan oksigen
 - C. Kurangnya informasi
 - D. Kurang efektifnya terapi

- 7) Rencana keperawatan pada soal nomor 6 adalah
 - A. Kaji tanda-tanda vital
 - B. Berikan oksigen secara nasal
 - C. Berikan informasi
 - D. Latih nafas panjang

- 8) Kolaborasi medis pada soal nomor 6 adalah
 - A. Pemberian obat pengencer dahak
 - B. Pemberian obat antitusif
 - C. Pemberian obat penenang
 - D. Pemberian minum hangat

- 9) Tindakan keperawatan independen pada nomor 6 adalah
 - A. Pemberian minum hangat
 - B. Pemberian obat pengencer dahak
 - C. Melatih nafas panjang
 - D. Menganjurkan olah raga rutin

- 10) Faktor resiko terjadinya kasus diatas adalah
 - A. Merokok
 - B. Usia
 - C. Berat badan
 - D. Jenis kelamin

Topik 2

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan TBC

A. Tujuan Pembelajaran umum

Setelah menyelesaikan materi Topik ini di harapkan Anda mampu memberikan asuhan keperawatan pasien dengan penyakit TBC

B. Tujuan pembelajaran khusus

Setelah menyelesaikan materi Topik ini diharapkan Anda mampu menjelaskan : 1) Pengertian TBC 2) Penyebab TBC, 3) Pathofisiologi TBC, 4) Managemen Medis TBC, 5) Managemen Keperawatan TBC

C. Pokok-Pokok Materi

Dalam Topik ini Anda akan mempelajari materi tentang Asuhan Keperawatan pada gangguan system Pernafasan (TBC) yang meliputi :

1. Pengertian
2. Penyebab
3. Pathofisiologi
4. Managemen medis
5. Managemen Keperawatan

D. Uraian Materi

Pada saat Anda menjenguk teman atau keluarga di rumah sakit, pernahkah Anda melihat orang sakit saat bernafas, badannya kurus, posisi tubuh membungkuk, kadang nafasnya bersuara ? dibawah ini adalah salah satu pengertian penyakit pada saluran pernafasan yaitu TBC, sekarang Anda perhatikan dan pelajari materi dibawah ini,

1. Pengertian

Apa pengertian dari gangguan system Pernafasan TBC ? TBC suatu penyakit system pernafasan yang mengalami peradangan pada paru-paru disebabkan oleh mycobakterium tuberkolosis

Dari pengertian diatas Anda dapat memperkirakan bagaimana bakteri masuk kedalam tubuh manusia, seperti yang diuraikan dibawah ini :

2. Penyebab

Penyakit Tubercolosa Paru disebabkan oleh Mycobakterium Tuberkolosis, yang mempunyai sifat : basil berbentuk batang, bersifat aerob, mudah mati pada air mendidih (5 menit pada suhu 80°C), mudah mati terkena sinar ultra violet (matahari) serta tahan hidup berbulan-bulan pada suhu kamar dan ruangan yang lembab.

3. Pathofisiologi

Setelah seseorang menghirup Mycobakterium Tuberkolosis, kemudiam masuk melalui mukosiliar saluran pernafasan, akhirnya basil TBC sampai ke alveoli (paru), kuman mengalami multiplikasi di dalam paru-paru disebut dengan Focus Ghon, melalui kelenjar limfe basil mencapai kelenjar limfe hilus. Focus Ghon dan limfe denopati hilus membentuk Kompleks Primer. Melalui kompleks Primer inilah basil dapat menyebar melalui pembuluh darah samapi keseluruh tubuh.

Perjalanan penyakit selanjutnya ditentukan oleh banyaknya basil TBC dan kemampuan daya tahan tubuh seseorang, kebanyakan respon imun tubuh dapat menghentikan multiplikasi kuman, namun sebaqqian kecil basil TBC menjadi kuman Dorman. Kemudian kuman tersebut menyebar ke jaringan sekitar, penyebaran secara Bronchogen keparu-paru sebelahnya, penyebaran secara hematogen dan limfogen ke organ lain seperti; tulang, ginjal, otak.

Terjadi setelah periode beberapa bulan atau tahun setelah infeksi primer, reaktivasi kuman Dorman pada jaringan setelah mengalam multiplikasi terjadi akibat daya tahan tubuh yang menurun/lemah. Reinfeksi dapat terjadi apabila ; ada sumber infeksi, jumlah basil cukup, virulensi kuman tinggi dan daya tahan tubuh menurun.

4. Managemen Medis

5. Tes Diagnostik

- a. Bakteriologis dengan specimen dahak, cairan pleura, cairan serebrospinalis.
- b. Dahak untuk menentukan BTA, specimen dahak SPS (sewaktu, Pagi, sewaktu). Dinyatakan positif bila 2 dari 3 pemeriksaan tersebut ditemukan BTA positif.
- c. Foto thorax : Bila ditemukan 1 pemeriksaan BTA positif, maka perlu dilakukan foto thorax atau SPS ulang, bila foto thorax dinyatakan positif maka dinyatakan seseorang tersebut dinyatakan BTA positif, bila foto thorax tidak mendukung maka dilakukan SPS ulang, bila hasilnya negatif berarti bukan TB paru.
- d. Uji Tuberkulin yaitu periksaan guna menunjukkan reaksi imunitas seluler yang timbul setelah 4 – 6 minggu pasien mengalami infeksi pertama dengan basil BTA. Uji ini sering dengan menggunakan cara Mantoux test.

Bahan yang dipakai adalah OT (old tuberculin), PPD (purified protein derivate of tuberculin). Cara pemberian, Intra Cutan (IC), pada 1/3 atas lengan bawah kiri, pembacaan hasil dilakukan setelah 6-8 jam penyuntikan, hasil positif, bila diameter indurasi lebih dari 10 mm, negatif bila kurang dari 5 mm, meragukan bila indurasi 5-10 mm.

6. Pengobatan

Pengobatan TBC bertujuan untuk; menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah relaps, menurunkan penularan ke orang lain, mencegah terjadinya resistensi terhadap obat. Pengobatan membutuhkan waktu yang lama 6-8 bulan untuk membunuh kuman Dorman.

Terdapat 3 aktifitas anti TBC yaitu :

- a. Obat bakterisidal : Isoniasid (INH), rifampisin, pirasinamid
- b. Obat dengan kemampuan sterilisasi : rifampisin, PZA
- c. Obat dengan kemampuan mencegah resistensi: rifampisin dan INH, sedangkan etambutol dengan streptomisin kurang efektif.

Cara pengobatan terdiri dari 2 fase

a. *Fase initial/fase intensif (2 bulan)*

Fase ini membunuh kuman dengan cepat, dalam waktu 2 minggu pasien infeksius menjadi tidak infeksi dan gejala klinis membaik BTA positif akan menjadi negatif dalam waktu 2 bulan

b. *Fase Lanjutan (4-6 bulan)*

Fase ini membunuh kuman persisten dan mencegah relaps.

Pada pengobatan ini (fase I dan II) membutuhkan pengawas minum obat (PMO)

Contoh pengobatan

2(HRZE)/4(HR)3, maksudnya adalah :

- 1) Fase initial obatnya adalah 2(HRZE), lama pengobatan 2 bulan dengan obat INH, rifampisin, pirazinamid dan etambutol diminum tiap hari.
- 2) Fase lanjutan 4(HR)3, adalah lama pengobatan 4 bulan, dengan INH dan rifampisin diminum 3 kali sehari.

7. Penularan

Coba Anda lihat bagaimana cara penularan TBC di masyarakat seperti pada gambar dibawah ini, lalu anda berfikir bagaimana cara mencegah penularannya.



8. Managemen Keperawatan

a. Pengkajian

Batuk lebih dari 3 minggu, berdahak, kadang batuk darah, nyeri dada, sesak nafas, demam keringat malam hari, lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, riwayat paparan TBC, riwayat vaksinasi. Suara nafas bronchial, ronchi basah, gerakan nafas tertinggal, perkusi redup.

b. Diagnose Keperawatan dan intervensi

Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi yang ada, kerbatasan kognitif atau salah interpretasi.

Tujuan : pasien memahami proses penyakit dan kebutuhan pengobatan dirinya

Intervensi :

- 1) Kaji pengetahuan tentang penyakitnya, identifikasi salah persepsi dan reaksi emosi

- 2) Kaji kemampuan dan perhatian untuk belajar, tingkat perkembangan dan hambatan untuk belajar
- 3) Identifikasi support system termasuk orang lain yang berperan
- 4) Ciptakan hubungan saling percaya antara pasien-perawat dan lainnya.
- 5) Ajarkan tentang TBC dan penatalaksanaannya meliputi :
 - Sifat penyakit dan penyebarannya
 - Tujuan pengobatan dan prosedur control
 - Pencegahan penyakit ke orang lain
 - Pentingnya memelihara kesehatan dengan diet TKTP, latihan dan istirahat yang teratur, hindari merokok
 - Nama obat, dosis, tujuan dan efek samping dari masing-masing obat
 - Minum cairan 2,5 – 3 liter tiap hari
 - Segera lapor ke dokter bila ada, nyeri dada, batuk darah, kesulitan bernafas, penurunan penglihatan, penurunan pendengaran.
- 6) Dokumentasikan seluruh pengajaran dan hasilnya.

Ketidakefektifan penatalaksanaan terapi obat berhubungan dengan ketidakmampuan mengelola penatalaksanaan pengobatan yang cukup kompleks dan lama.

Tujuan :

Klien mendapatkan program pengobatan yang memadai dan paripurna

Intervensi :

- 1) kaji kemampuan perawatan diri klien dan adanya support system
- 2) Kaji pengetahuan dan pengertian klien terhadap penyakit, komplikasi, penatalaksanaan dan resiko yang lain, bila perlu berikan pengetahuan tambahan
- 3) Kolaborasi dengan keluarga atau lainnya untuk mengidentifikasi hambatan pengobatan
- 4) Berikan instruksi secara tertulis atau verbal dengan jelas tentang pemberian obat dan caranya
- 5) Rujuk klien ke pelayanan kesehatan masyarakat untuk memberikan pengobatan lanjutan

Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan sifat basil mikobakterium tuberkulosa yang tahan hidup setelah disekresikan.

Tujuan :

- Mengidentifikasi intervensi untuk mencegah/menurunkan resiko penyebaran infeksi
- Melakukan perubahan pola hidup untuk meningkatkan lingkungan yang aman

intervensi :

- 1) Kaji patologi penyakit (fase aktif atau bta (+)) dan potensial penyebaran infeksi melalui batuk, bersin, meludah, bicara.
- 2) Identifikasi orang lain yang beresiko tertular : anggota keluarga, sahabat

- 3) Anjurkan untuk batuk / bersin dengan menutup mulut/hidung dengan tissue yang *disposable*
- 4) Buang tissue bekas tersebut pada tempat yang layak
- 5) Anjurkan untuk meludah atau mengeluarkan dahak pada wadah yg telah diberikan desinfektan
- 6) Kaji kontrol penyebaran infeksi, gunakan masker atau isolasi pernafasan
- 7) Identifikasi faktor resiko infeksi berulang seperti status nutrisi, adanya dm, penggunaan kortikosteroid, hiv, kanker dsb.
- 8) Anjurkan untuk pemeriksaan dahak ulang sesuai anjuran
- 9) Penting !!!! kolaborasi pemberiaan pengobatan **OAT**(obat anti tbc).

Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan proses infeksi paru

Tujuan :

Klien memperlihatkan RR dalam batas normal dan tidak melaporkan adanya sesak nafas

Intervensi :

- 1) Kaji RR dan kenyamanan untuk bernafas
- 2) Auskultasi suara nafas
- 3) Kumpulkan spesimen sputum untuk pemeriksaan bta / kultur, observasi warna, jumlah dan konsistensi sputum
- 4) Rencanakan aktivitas klien yang diikuti periode istirahat
- 5) Anjurkan cukup cairan bila tidak ada kontra indikasi
- 6) Laksanakan program pengobatan

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekret kental, upaya batuk buruk, kelemahan.

Tujuan : Jalan nafas klien paten, Mengeluarkan sekret tanpa bantuan, Menunjukkan perilaku untuk memperbaiki/ mempertahankan jalan nafas, Berpartisipasi dalam program pengobatan

Intervensi :

- 1) kaji fungsi pernafasan : rr, kedalaman pernafasan dan penggunaan otot bantu nafas
- 2) kaji kemampuan untuk batuk efektif
- 3) ajarkan batuk efektif
- 4) posisi semi fowler tinggi
- 5) bersihkan sekret dari mulut, bila perlu lakukan penghisapan
- 6) berikan cairan sedikitnya 2500 ml per hari
- 7) kolaborasi pemberian mukolitik, bronkhodilator

Gangguan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, sering batuk, dispnea

Tujuan : Berat badan klien menuju BB ideal, Perubahan pola hidup untuk mempertahankan / meningkatkan BB ideal

Intervensi :

- 1) Kaji status nutrisi pasien secara periodik
- 2) Berikan diet TKTP
- 3) Anjurkan untuk membawa makanan dari rumah bila tidak nafsu makan dari RS
- 4) Anjurkan makan sedikit-sedikit tetapi sering
- 5) Berikan perawatan mulut sebelum dan sesudah makan
- 6) Tingkatkan nafsu makan klien dengan : Ruang bebas bau yang tidak sedap, Atur jadwal tindakan perawatan dengan jam makan, Sediakan menu yang menarik

Ringkasan

TBC suatu penyakit system pernafasan yang mengalami peradangan pada paru-paru disebabkan oleh mycobakterium tuberkolosis

Managemen Medis

Tes Diagnostik: Bakteriologis dengan specimen dahak, cairan pleura, cairan serebrospinalis, Dahak untuk menentukan BTA, specimen dahak SPS (sewaktu, Pagi, sewaktu). Dinyatakan positif bila 2 dari 3 pemeriksaan tersebut ditemukan BTA positif. Foto thorax : Bila ditemukan 1 pemeriksaan BTA positif, maka perlu dilakukan foto thorax atau SPS ulang, bila foto thorax dinyatakan positif maka dinyatakan seseorang tersebut dinyatakan BTA positif, bila foto thorax tidak mendukung maka dilakukan SPS ulang, bila hasilnya negatif berarti bukan TB paru.

Uji Tuberkulin yaitu pemeriksaan guna menunjukkan reaksi imunitas seluler yang timbul setelah 4 – 6 minggu pasien mengalami infeksi pertama dengan basil BTA (Bahan yang dipakai adalah OT (old tuberculin), PPD (purified protein derivate of tuberculin). Cara pemberian, Intra Cutan (IC), pada 1/3 atas lengan bawah kiri, pembacaan hasil dilakukan setelah 6-8 jam penyuntikan, hasil positif, bila diameter indurasi lebih dari 10 mm, negatif bila kurang dari 5 mm, meragukan bila indurasi 5-10 mm). Uji lain sering dengan menggunakan cara Mantoux test.

Pengobatan

Pengobatan TBC bertujuan untuk ; menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah relaps, menurunkan penularan ke orang lain, mencegah terjadinya resistensi terhadap obat. Pengobatan membutuhkan waktu yang lama 6-8 bulan untuk membunuh kuman Dorman,

Terdapat 3 aktifitas anti TBC yaitu : 1) Obat bacterisidal : Isoniasid (INH), rifampisin, pirasinamid, 2) Obat dengan kemampuan sterilisasi : rifampisin, PZA, 3) Obat dengan kemampuan mencegah resistensi: rifampisin dan INH, sedangkan etambutol dengan streptomisin kurang efektif.

Cara pengobatan terdiri dari 2 fase ; 1) Fase initial/fase intensif (2 bulan), Fase ini membunuh kuman dengan cepat, dalam waktu 2 minggu pasien infeksius menjadi tidak infeksi dan gejala klinis membaik BTA positif akan menjadi negatif dalam waktu 2 bulan, 2) Fase Lanjutan (4-6 bulan), Fase ini membunuh kuman persisten dan mencegah relaps.

Pada pengobatan ini (fase I dan II) membutuhkan pengawas minum obat (PMO)

Managemen Keperawatan

Pengkajian ; Batuk lebih dari 3 minggu, berdahak, kadang batuk darah, nyeri dada, sesak nafas, demam keringat malam hari, lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, riwayat paparan TBC, riwayat vaksinasi. Suara nafas bronchial, ronchi basah, gerakan nafas tertinggal, perkusi redup.

Diagnose Keperawatan : 1) Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi yang ada, keterbatasan kognitif atau salah interpretasi, 2) Ketidakefektifan penatalaksanaan terapi obat b.d. ketidakmampuan mengelola penatalaksanaan pengobatan yang cukup kompleks dan lama, 3) Resiko penyebaran infeksi b.d. sifat basil m. TBC yang tahan hidup setelah disekresikan, 4) Ketidakefektifan pola nafas b.d. proses infeksi paru, 5) Gangguan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b.d. anoreksia, sering batuk, dispnea

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

Cobalah menjawab pertanyaan dibawah ini, dengan petunjuk sebagai berikut:

1) Pilihlah satu jawaban yang benar

Selamat mengerjakan

- 1) Untuk menentukan atau mendiagnose seseorang menderita penyakit paru-paru (TBC) adalah dengan pemeriksaan "Dahak", dalam pemeriksaan ini dikenal dengan SPS (Sewaktu Padi Sewaktu), dikatakan positif menderita TBC kalau hasil pemeriksaannya
 - A. Hasil satu pemeriksaan Pagi positif
 - B. Hasil satu pemeriksaan Sewaktu positif
 - C. Hasil dua pemeriksaan positif (baik pagi dan sewaktu, atau 2 pemeriksaan pagi)
 - D. Hasil satu pemeriksaan positif dan hasil foto X-ray negative

- 2) Pengobatan TBC dilakukan jangka panjang/lama dan melalui 2 fase, sehingga membutuhkan pengawas minum obat (PMO), fase pengobatan awal yang benar adalah
 - A. Fase initial/fase intensif (2 bulan)
 - B. Fase initial/fase intensif (4 bulan)
 - C. Fase Lanjutan (4-6 bulan)
 - D. Fase Lanjutan (6-8 bulan)

- 3) Salah satu diagnose keperawatan yang terjadi pada penderita TBC adalah Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan sifat basil mikobakterium tuberkulosa yang tahan hidup setelah disekresikan. Cara penularan TBC adalah
- A. Dapat menular melalui pakaian penderita
 - B. Dapat menular melalui Alat makan seperti piring, sendok, gelas
 - C. Dapat menular melauai udara (droplet nuclei)
 - D. Dapat menular melalui hubungan sex
- 4) Angka Kejadian gagal obat pada penderita TBC masih tinggi, ini disebabkan karena : Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi yang ada, keterbatasan kognitif atau salah interpretasi terhadap obat, maka anda sebagai perawat mempunyai tujuan
- A. pasien memahami proses penyakit dan kebutuhan pengobatan dirinya
 - B. Klien mendapatkan program pengobatan yang memadai dan paripurna
 - C. Klien akan menunjukkan kemajuan / peningkatan status nutrisi
 - D. Cemas pasien berkurang.
- 5) Sifat dari mikobakterium Tuberculosis sebagai penyebab penyakit TBC adalah
- A. Bersifat anaerob (hidup tanpa membutuhkan Oksigen)
 - B. Tidak mudah mati pada suhu air mendidih
 - C. tahan hidup berbulan-bulan pada suhu kamar dan ruangan yang lembab.
 - D. Bentuknya bulat

Topik 3

Asuhan Keperawatan pada pasien dengan PNEUMONIA

A. Tujuan Pembelajaran umum

Setelah menyelesaikan materi Topik ini di harapkan Anda mampu memberikan asuhan keperawatan pasien dengan penyakit Pneumonia

B. Tujuan pembelajaran khusus

Setelah menyelesaikan materi Topik ini diharapkan Anda mampu menjelaskan : 1) Pengertian Pneumonia 2) Penyebab Pneumonia, 3) Pathofisiologi Pneumonia, 4) Managemen Medis Pneumonia, 5) Managemen Keperawatan Pneumonia

C. Pokok-Pokok Materi

Dalam Topik ini anda akan mempelajari materi tentang Asuhan Keperawatan pada gangguan system Pernafasan (Pneumonia) yang meliputi :

1. Pengertian
2. Penyebab
3. Pathofisiologi
4. Managemen medis
5. Managemen Keperawatan

D. Uraian Materi

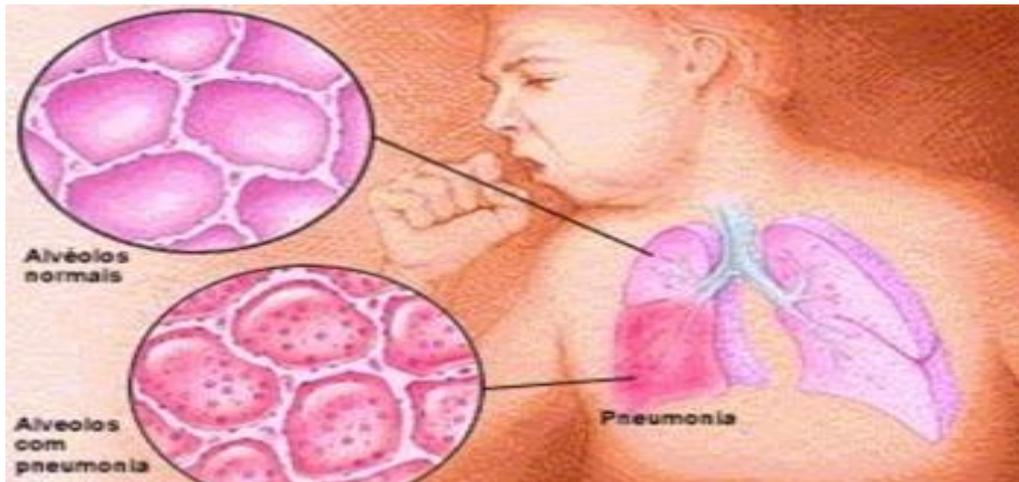
Pada saat Anda menjenguk teman atau keluarga di rumah sakit, pernahkah Anda melihat orang sakit saat bernafas, batuk-batuk memegang tenggorokan/dadanya? dibawah ini adalah salah satu pengertian penyakit pada saluran pernafasan yaitu Pneumonia, sekarang Anda perhatikan dan pelajari materi dibawah ini,

1. Pengertian

Apa pengertian dari gangguan system Pernafasan Pneumonia ? Pneumonia suatu penyakit system pernafasan yang mengalami peradangan yaitu proses inflamasi yg mengakibatkan edema jaringan interstitial paru dan ekstrasvasasi cairan ke alveoli sehingga mengakibatkan hipoksemia (donna & marilyn, 2002).

Pneumonia adalah peradangan parenkhim paru dimana asinus terisi dengan cairan radang, dengan atau tanpa disertai infiltrasi dari sel radang ke dalam interstitium (sudarsono, 2005).

Secara klinis Pneumonia didefinisikan sebagai suatu peradangan paru yg disebabkan oleh mikroorganisme (bakteri, virus, jamur, parasit), bahan kimia, radiasi, aspirasi, obat-obatan dan lain-lain. bila disebabkan m. tuberculosis tidak termasuk pneumonia. peradangan yg disebabkan non infeksi disebut pneumonitis (sudarsono, 2005).



2. Penyebab

Penyakit ini terbagi menjadi beberapa bagian menurut penyebabnya, sekarang Anda pelajari penyebab tersebut seperti dibawah ini:

a. Berdasar klinis dan epidemiologis

- 1) pneumonia komunitas (community-acquired pneumonia)
- 2) pneumonia nosokomial (hospital-community-acquired pneumonia)
- 3) pneumonia aspirasi / pneumonia pada pasien immunocompromised

b. Berdasar kuman penyebab

- 1) Pneumonia bakterial / tipikal
Kuman mempunyai tendensi menyerang orang yang peka seperti klebsiela pada alkoholik, staphylococcus pada paska infeksi influenza
- 2) Pneumonia atipikal
disebabkan oleh mycoplasma, legionella dan chlamydia
- 3) Pneumonia virus
- 4) Pneumonia jamur
merupakan infeksi sekunder, predileksi terutama pada pasien dengan daya tahan lemah (*immunocompromised*).

c. Berdasar predileksi infeksi

- 1) Pneumonia lobaris
 - Sering pada pneumonia bakterial, jarang pada bayi dan orang tua.
 - Terjadi pada satu lobus atau segmen paru
 - Kemungkinan sekunder obstruksi bronkus, misal aspirasi benda asing, atau adanya proses keganasan.
- 2) Bronkhopneumonia
 - Dapat disebabkan bakteri atau virus
 - Sering pada bayi dan orang tua
 - Ditandai adanya bercak-bercak infiltrat pada lapang paru
 - Terebar dekat bronkus

- Jarang dihubungkan dengan obstruksi bronkhus

3) Pneumonia interstisiil

3. Patofisiologi

a. Stadium prodromal

- 1) alveoli mulai terisi sekret akibat infeksi kuman patogen yang berhasil masuk.
- 2) setelah 1 minggu berdatanglah sel leukosit terutama pmn sampai alveoli menjadi penuh dan padat

pada stadium ini Anda perhatikan gejala-gejalanya sebagai berikut : panas badan cenderung tinggi, letargi, nyeri otot, nafsu makan turun, disertai batuk-batuk yang cenderung semakin berat dengan dahak yg hanya sedikit dan sulit sekali untuk dibatukkan keluar.

b. Stadium Hepatisasi

Proses ini meliputi lobus secara serentak : lobus yang terserang menjadi padat tidak bedanya dengan hati yang mengalami hepatitis sehingga, secara akut salah satu lobus tidak dapat menjalankan fungsi pernafasan (jadi merupakan gangguan restriksi), peningkatan kebutuhan O_2 s.d. panas yang tinggi, proses radang mengenai pleura viseralis yang membungkus lobus tersebut yang akan menimbulkan nyeri setempat, nyeri dada tersebut menyebabkan ekspansi paru terhambat, ketiga faktor tersebut diatas menyebabkan pasien mengalami sesak nafas, tetapi tidak ada obstruksi bronkhus sehingga tidak terdengar wheezing.

Pada stadium keadaan klinis pasien adalah keadaan pasien nampak semakin parah sehingga tampak sakit berat, demam ($39^{\circ}C$), menggigil, sesak nafas, pernafasan cuping hidung, nyeri dada, batuk semakin parah, thoraks yang sakit tampak tetinggal pada pernafasan, fremitus suara meningkat, perkusi redup, auskultasi : terdengar suara nafas bronchial, terdapat dehidrasi, dapat meninggal bila tidak mendapat penatalaksanaan yang adekuat.

c. Stadium Resolusi

Pada stadium ini bila pasien dapat mengatasi infeksi akut ini, maka mulai minggu ke 2 isi alveolus akan melunak untuk berubah menjadi dahak dan akan dibatukkan keluar, pasien mulai merasakan badannya agak enak, panas mulai turun, batuk semakin longgar, dahak mudah dikeluarkan, sesak berkurang, nyeri dada berkurang

4. Managemen Medis

a. Tes diagnose

- 1) Sinar x : didapatkan adanya infiltrat, perubahan patologi-anatomi
- 2) Analisa gas darah arteri : tidak normal dapat terjadi, tergantung pada luas paru yang terkena
- 3) Pemeriksaan kultur sputum, darah : didapatkan adanya kuman penyebab
- 4) Darah lengkap : leukositosis
- 5) Pemeriksaan fungsi paru : penurunan volume

- b. Therapi : pemberian Oksigen, bila perlu dilakukan intubasi atau penggunaan ventilasi mekanik, antibiotik, antipireutik, bila diperlukan hidrasi, isolasi.

5. Managemen Keperawatan

a. Pengkajian

Aktifitas : kelemahan / kelelahan, Insomnia, letargi, penurunan toleransi terhadap aktifitas

Sirkulasi ; riwayat gangguan jantung, takikardia, penampilan pucat

Integritas ego ; banyak stressor, masalah financial

Makanan / cairan ; kehilangan nafsu makan, mual, muntah, riwayat Diabetes mellitus, kulit kering dengan turgor menurun, penampilan malnutrisi, Berat badan turun, mukosa kering

Neurosensori ; sakit kepala daerah frontal, perubahan mental (bingung, somnolen

Nyeri / kenyamanan ; sakit kepala, demam (38,5 – 39,60), nyeri dada (pleuritik) meningkat oleh batuk, mialgia, atralgia, pasien melindungi area yang sakit (pasien umumnya tidur pada sisi yang sakit untuk membatasi gerakan), berkeringat, menggigil

Pernafasan ; riwayat adanya PPOM, merokok, takhipnea, dispnea progresif, pernafasan dangkal, penggunaan otot bantu nafas, pernafasan cuping hidung, sputum : merah muda, berkarat atau purulen, perkusi : pekak di atas area yang konsolidasi, fremitus : taktil dan vokal bertahap meningkat dengan konsolidasi, *friction rub (auskultasi terdengar seperti gesekan rambut)*

warna bibir, kuku sianosis

b. Diagnose keperawatan dan rencana intervensi

- 1) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan efek dari perubahan membran alveoli-kapiler paru

Tujuan : Klien dengan pneumonia mampu memelihara PaO₂ dan PaCO₂ dan saturasi oksigen dalam batas normal.

Rencana Intervensi :

- a) Pelihara patensi jalan nafas dengan posisi klien yang memaksimalkan ventilasi, bantu mengencerkan sekresi dan mengeluarkan sekresi dari jalan nafas.
- b) monitor status respirasi meliputi tanda vital, suara nafas, saturasi oksigen,
- c) Berikan terapi oksigen sesuai order dokter
- d) Pemberian terapi obat bronkhodilator sesuai order dokter
- e) Anjurkan latihan nafas dalam
- f) Penggunaan incentive spirometry sangat dianjurkan

- 2) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan pengaruh infeksi, sekresi trakheobronkhial yang berlebihan, kelelahan dan penurunan energi, ketidaknyamanan dada dan kelemahan otot.

Tujuan : Suara nafas klien diharapkan bersih

Rencana Intervensi :

- a) Kaji status respirasi meliputi tanda vital, suara nafas, saturasi oksigen, dan warna kulit tiap 4 jam sekali
 - b) Kaji batuk dan sputum (jumlah, warna, konsistensi dan bau)
 - c) Monitor hasil pemeriksaan analisa gas darah dan laporkan ke dokter yang merwatnya bila terdapat hipoksemia atau temuan abnormal lainnya.
 - d) Posisi klien Fowler's atau high fowlwr's. Anjurkan untuk berganti posisi dengan seringdan diikuti ambulasi.
 - e) Bantu untuk latihan nafas dalam dan batuk terkontrol. Bila perlu lakukan suction.
 - f) Berikan masukan cairan per oral 2500 – 3000 ml/hari.
 - g) Berikan obat-obat untuk pengenceran mukus dan pengeluaran sesuai order dan observasi efeknya.
 - h) Kerjasama dengan fisioterapi untuk pengeluaran sekret.
- 3) Masalah kolaborasi : Potensial sepsis b.d. infeksi organisme
Tujuan : Klien dengan pneumonia bebas dari invansi organisme dan kembali seperti status kesehatan sebelum terkena pneumonia.
Rencana Intervensi :
- a) Observasi tanda-tanda sepsis seperti panas tinggi yang tidak turun
 - b) Berikan obat-obat antibiotik sesuai order
 - c) Monitor hasil pemeriksaan sel darah putih
- 4) Ketidakefektifan pola nafas b.d. efek proses inflamasi
Tujuan : Pola nafas klien kembali normal dengan RR, kedalaman, ritme pernafasan dalam batas normal.
Rencana Intervensi :
- a) Berikan waktu untuk istirahat
 - b) Kaji ketidaknyaman dada dan berikan anlgelik sesuai order
 - c) monitor status respirasi meliputi tanda vital, suara nafas, saturasi oksigen,
 - d) Berikan terapi oksigen
 - e) Ajarkan latihan nafas abdominal secara lambat
 - f) Ajarkan tehnik relaksasi
- 5) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan gangguan pertukaran gas
Tujuan : Klien mampu memelihara aktivitas sehari-hari dengan normal
Rencana intervensi :
- a) kaji intoleransi aktifitas dan catat peningkatan nadi, RR, dyspnea diaforesis atau sianosis
 - b) Bantu aktivitas sehari-hari klien seperti mandi.
 - c) Jadwalkan untuk aktifitas dan berikan waktu untuk istirahat
 - d) Dapatkan bantuan keluarga untuk meminimalkan stress dan tingkat kecemasan.

- e) Lakukan latihan ROM pasif maupun aktif
- f) Berikan dukungan emosional dan pastikan kembali bahwa kekuatan dan energi akan kembali normal ketika proses infeksi sembuh dan terjadi keseimbangan kebutuhan dan masukan oksigen.

Setelah selesai Topik 1 ini anda dapat mempelajari Topik 2 yaitu tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan system pernafasan dengan trauma dada.

Ringkasan

Pneumonia adalah peradangan parenkhim paru dimana alveoli terisi dengan cairan radang, dengan atau tanpa disertai infiltrasi dari sel radang ke dalam interstitium

Penyebab: pneumonia komuniti (*community-acquired pneumonia*), pneumonia nosokomial (*hospital-community-acquired pneumonia*), pneumonia aspirasi / pneumonia pada pasien *immunocompromised*. Pneumonia bakterial / tipikal, Pneumonia atipikal, Pneumonia virus, Pneumonia jamur

Patofisiologi

Stadium prodromal ; alveoli mulai terisi sekret akibat infeksi kuman patogen yang berhasil masuk, setelah 1 minggu berdatanglah sel leukosit terutama pmn sampai alveoli menjadi penuh dan padat, pada stadium ini Anda perhatikan gejala-gejalanya sebagai berikut: panas badan cenderung tinggi, letargi, nyeri otot, nafsu makan turun, disertai batuk-batuk yang cenderung semakin berat dengan dahak yg hanya sedikit dan sulit sekali untuk dibatukkan keluar.

Stadium Hepatisasi ; Proses ini meliputi lobus secara serentak : lobus yang terserang menjadi padat tidak bedanya dengan hati yang mengalami hepatitis sehingga, secara akut salah satu lobus tidak dapat menjalankan fungsi pernafasan (jadi merupakan gangguan restriksi), peningkatan kebutuhan O_2 s.d. panas yang tinggi, proses radang mengenai pleura viseralis yang membungkus lobus tersebut yang akan menimbulkan nyeri setempat, nyeri dada tersebut menyebabkan ekspansi paru terhambat, ketiga faktor tersebut diatas menyebabkan pasien mengalami sesak nafas, tetapi tidak ada obstruksi bronkhus sehingga tidak terdengar wheezing.

Stadium Resolusi ; Pada stadium ini bila pasien dapat mengatasi infeksi akut ini, maka mulai minggu ke 2 isi alveolus akan melunak untuk berubah menjadi dahak dan akan dibatukkan keluar, pasien mulai merasakan badannya agak enak, panas mulai turun, batuk semakin longgar, dahak mudah dikeluarkan, sesak berkurang, nyeri dada berkurang.

Managemen Medis

Tes diagnose; Sinar x : didapatkan adanya infiltrat, perubahan patologi-anatomi, Analisa gas darah arteri : tidak normal dapat terjadi, tergantung pada luas paru yang terkena, Pemeriksaan kultur sputum, darah : didapatkan adanya kuman penyebab, Darah lengkap : leukositosis, Pemeriksaan fungsi paru : penurunan volume

Terapi : pemberian Oksigen, bila perlu dilakukan intubasi atau penggunaan ventilasi mekanik, antibiotik, antipireutik, bila diperlukan hidrasi, isolasi.

Managemen Keperawatan

Pengkajian ; Aktifitas : kelemahan / kelelahan, Insomnia, letargi, penurunan toleransi terhadap aktifitas, Sirkulasi; riwayat gangguan jantung, takikardia, penampilan pucat, Integritas ego; banyak stressor, masalah financial, Makanan / cairan; kehilangan nafsu makan, mual, muntah, riwayat Diabetes mellitus, kulit kering dengan turgor menurun, penampilan malnutrisi, Berat badan turun, mukosa kering, Neurosensori; sakit kepala daerah frontal, perubahan mental (bingung, somnolen, Nyeri / kenyamanan; sakit kepala, demam (38,5 – 39,60), nyeri dada (pleuritik) meningkat oleh batuk, mialgia, atralgia, pasien melindungi area yang sakit (pasien umumnya tidur pada sisi yang sakit untuk membatasi gerakan), berkeringat, menggigil, Pernafasan ; riwayat adanya PPOM, merokok, takhipnea, dispnea progresif, pernafasan dangkal, penggunaan otot bantu nafas, pernafasan cuping hidung, sputum : merah muda, berkarat atau purulen, perkusi: pekak di atas area yang konsolidasi, fremitus : taktil dan vokal bertahap meningkat dengan konsolidasi, warna bibir, kuku sianosis

Diagnose keperawatan ; 1) Gangguan pertukaran gas b.d. efek dari perubahan membran alveoli-kapiler paru, 2) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d. pengaruh infeksi, sekresi trakheobronkhial yang berlebihan, kelelahan dan penurunan energi, ketidaknyamanan dada dan kelemahan otot, 3) Masalah kolaborasi : Potensial sepsis b.d. infeksi organisme, 4) Ketidakefektifan pola nafas b.d. efek proses inflamasi, 5) Intoleransi aktifitas b.d. gangguan pertukaran gas.

Tes 3

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Pada pasien pneumonia akan terjadi pengisian cairan pada alveoli , alveoli mulai terisi sekret akibat infeksi kuman patogen yang berhasil masuk, setelah 1 minggu berdatanglah sel leukosit terutama pmn sampai alveoli menjadi penuh dan padat. Diagnose keperawatan yang terjadi adalah
 - A. Gangguan pertukaran gas b.d. efek dari perubahan membran alveoli-kapiler paru
 - B. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d. pengaruh infeksi, sekresi trakheobronkhial yang berlebihan, kelelahan dan penurunan energi, ketidaknyamanan dada dan kelemahan otot
 - C. Masalah kolaborasi : Potensial sepsis b.d. infeksi organisme
 - D. Ketidakefektifan pola nafas b.d. efek proses inflamasi

- 2) pada stadium ini Anda perhatikan gejala-gejalanya sebagai berikut : panas badan cenderung tinggi, letargi, nyeri otot, nafsu makan turun, disertai batuk-batuk yang cenderung semakin berat dengan dahak, ini terjadi pada stadium
- A. hepatitisasi
 - B. prodomal
 - C. Resolusi
 - D. Ekselerasi
- 3) keadaan pasien nampak semakin parah sehingga tampak sakit berat, demam (39oc), menggigil, sesak nafas, pernafasan cuping hidung, nyeri dada, batuk semakin parah, thoraks yang sakit tampak tetinggal pada pernafasan, fremitus suara meningkat, perkusi redup, auskultasi : terdengar suara nafas bronchial, terdapat dehidrasi, dapat meninggal bila tidak mendapat penatalaksanaan yang adekuat. Ini terjadi pada stadium
- A. hepatitisasi
 - B. prodomal
 - C. Resolusi
 - D. Ekselerasi
- 4) Pada stadium ini bila pasien dapat mengatasi infeksi akut ini, maka mulai minggu ke 2 isi alveolus akan melunak untuk berubah menjadi dahak dan akan dibatukkan keluar, pasien mulai merasakan badannya agak enak, panas mulai turun, batuk semakin longgar, dahak mudah dikeluarkan, sesak berkurang, nyeri dada berkurang, ini terjadi pada stadium
- A. hepatitisasi
 - B. prodomal
 - C. Resolusi
 - D. Ekselerasi
- 5) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan efek dari perubahan membran alveoli-kapiler paru, pada diagnose keperawatan ini tujuan keperawatan diarahkan untuk
- A. Suara nafas klien diharapkan bersih
 - B. Klien dengan pneumonia mampu memelihara PaO₂ dan PaCO₂
 - C. Klien dengan pneumonia bebas dari invansi organisme dan kembali seperti
 - D. status kesehatan sebelum terkena pneumonia.

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) A
- 2) C
- 3) C
- 4) A
- 5) C
- 6) A
- 7) B
- 8) A
- 9) A
- 10) A

Tes 2

- 1) C
- 2) A
- 3) C
- 4) B
- 5) C

Tes 3

- 1) A
- 2) B
- 3) A
- 4) C
- 5) B

Daftar Pustaka

Doenges, Marilyn E, (1999), *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, Edisi 3, EGC, Jakarta

Long, Barbara C, (1996), *Perawatan Medikal Bedah; Suatu Pendekatan Proses Holistik*, Yayasan Ikatan Alumni Pendidikan Keperawatan Padjajaran, Bandung.

Suyono, Slamet, (2001), *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Jilid II, Edisi 3, Balai Penerbit FKUI, Jakarta.

Underwood, J.C.E, (1999), *Patologi Umum dan Sistemik*, Edisi 2, EGC, Jakarta.

BAB V

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN PERNAFASAN AKIBAT TRAUMA DAN KANKER

Moh. Najib, SKP, MSc Mohammad Najib, SKp, MSC.

PENDAHULUAN

Bab ini berisi dua kegiatan pembelajaran Asuhan Keperawatan pada pasien dengan gangguan system pernafasan antara lain :

Topik 1: Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Trauma Dada

Topik 2: Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Kanker

Setelah mempelajari modul ini Anda dapat melaksanakan asuhan keperawatan pasien dengan gangguan system pernafasan yang meliputi : pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan tindakan keperawatan dan mengevaluasi hasil tindakan asuhan keperawatan pada pasien gangguan system pernafasan

Proses pembelajaran untuk materi asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem pernafasan sebagai berikut :

1. Pahami anatomi dan fisiologi sistem pernafasan
2. Pahami patofisiologi sistem pernafasan
3. Pahami farmakologi obat-obatan pada sistem pernafasan
4. Pahami pemeriksaan fisik sistem pernafasan
5. Pahami proses asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penentuan diagnosa, merencanakan tindakan dan evaluasi keperawatan.
6. Mengidentifikasi penyakit-penyakit pada sistem pernafasan antara lain, akibat Trauma dada dan Kanker pada saluran pernafasan, Keberhasilan proses pembelajaran anda dalam mata kuliah ini sangat tergantung kepada kesungguhan anda dalam mengerjakan latihan. Untuk itu, berlatihlah secara mandiri atau berkelompok dengan teman sejawat.
7. Bila anda menemui kesulitan, silahkan hubungi instruktur pembimbing atau fasilitator yang mengajar mata diklat ini.

Baiklah selamat belajar bagi Anda dengan pembelajaran dari Universitas terbuka, semoga Anda sukses mempelajari pengetahuan yang diuraikan dalam mata kuliah ini.

Topik 1

Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Trauma Dada

I. TAUMA DADA

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah menyelesaikan materi Topik 1 ini di harapkan Anda mampu memberikan asuhan keperawatan pasien dengan Trauma dada

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah menyelesaikan materi Topik 1 ini diharapkan Anda mampu menjelaskan : 1) Pengertian Trauma dada, 2) Penyebab Trauma dada, 3) Pathofisiologi Trauma dada, 4) Managemen Medis Trauma dada, 5) Managemen Keperawatan

C. Pokok-Pokok Materi

Dalam Topik 1 ini anda akan mempelajari materi tentang Asuhan Keperawatan pada gangguan system Pernafasan trauma dada yang meliputi :

1. Pengertian
2. Penyebab
3. Gejala-gejala
4. Managemen medis
5. Managemen Keperawatan

D. Uraian Materi

Pernahkah Anda melihat, menolong atau bahkan mengalami sendiri sakit pada daerah dada akibat kecelakaan atau dipukul oleh teman Anda ? dibawah ini adalah salah satu pengertian penyakit pada saluran pernafasan akibat trauma dada, sekarang Anda perhatikan dan pelajari materi dibawah ini,

1. Pengertian

Coba Anda berfikir sebentar Apa yang ada dibenak Anda dikala membaca atau mendengarkan tentang trauma dada ?. pengertian dari gangguan system Pernafasan akibat trauma dada. Trauma dada merupakan masalah yang kompleks dan multidemensi yang biasanya dikategorikan menurut penyebab.

2. Penyebab

Trauma tumpul ; terjadi sebagai akibat penekanan langsung pada daerah dada, biasanya tertutup sehingga tidak terdapat hubungan antara ruang dalam dada dengan udara atmosfer, disebabkan oleh benda tumpul.

Trauma tajam/penetrasi ; terjadi sebagai akibat luka tembak/tusuk, hal ini menyebabkan luka dada terbuka karena terdapat hubungan antara ruang dalam dada

dengan udara atmosfer, trauma ini yang paling sering disebabkan oleh tembakan peluru kemudian karena pisau/ditusuk.

3. Gejala-gejala

Trauma tumpul : dyspnea, agitasi, restlessness, anxiety, chest pain during respiration

Potensial Komplikasi : Pneumothorax, flail chest, hemothorax, pulmonary contusion, myocardial contusion, cardiac tamponade

Inspeksi : RR>20x/mnt, Hiperpnea, ventilatory distress, penggunaan otot-otot aksesori, penurunan tidal volume, hemoptasis, asymmetric chest wall motion, jugular venous distention, sianosis, pucat pada kulit, bibir. Palpasi ; flail chest segmen, tanda-tanda fraktur. Perkusi ; dullness pertanda hemothorax, hiperesonan pertanda pneumothorax, auskultasi ; krepitasi disekitar patahan tulang, penurunan tekanan darah.

Trauma tajam ; dyspnea, nyeri yang hebat, cemas, gangguan istirahat

Potensial komplikasi: Hemothorax, pneumothorax, tension pneumothorax, hemorrhage, shock, infeksi

Inspeksi : RR>20x/mnt, hiperpnea, respiratory distress, use accessory muscle, decrease tidal volume, asymetris chest wall, sianosis, estimate blood loss, do not remove penetrating object. Palpasi ; deviasi trachea, emfisema subcutan, akral dingin, perkusi : pertanda hemothorax, hiperesonan pertanda pneumothorax, auskultasi ; pernafasan stridor, bradycardi.

4. Manajemen Medis

a. Tes diagnostik

- 1) X-ray dada, melihat adanya udara atau cairan dalam rongga pleura, membedakan pneumothorax atau hemothorax, konfirmasi adanya patah tulang thorax
- 2) Analisa Gas darah ; evaluasi oksigenasi adekuat atau tidak
- 3) ECG ; melihat efektifitas elektrik jantung
- 4) Hb/Hct ; untuk mengetahui kebutuhan darah (transfusi)
- 5) Sel darah putih ; indicator dasar adanya infeksi

b. Therapy

- 1) Pemberian Oksigen
- 2) Bila diperlukan intubasi atau pemakaian ventilasi mekanik
- 3) Transfusi/normal saline/plasma/albumin tergantung prioritas pasien
- 4) Pemasangan WSD/chest tube insertion
- 5) Pemberian analgesic ; manajemen nyeri
- 6) Thoracentesis/thoracotomy.

5. Managemen Keperawatan

- a. Pengkajian ; Tanda dan gejala yang muncul merupakan masalah serius, hati-hati dengan perubahan status mental yg merupakan gejala kerusakan sistem saraf pusat, diakibatkan karena hipoxemia

Trauma tumpul : dyspnea, agitasi, restlessness, anxiety, chest pain during respiration, RR>20x/mnt, Hiperpnea, ventilatory distress, penggunaan otot-otot asesori, penurunan tidal volume, hemoptasis, asymmetric chest wall motion, jugular venous distention, sianosis, pucat pda kulit, bibir. flail chest segmen, tanda-tanda fraktur.dullness pertanda hemothorax, hiperesonan pertanda pneumothorax, krepitasi disekitar patahan tulang, penurunan tekanan darah.

Trauma tajam ; dyspnea, nyeri yang hebat, cemas, gangguan istirahat, RR>20x/mnt, hiperpnea, respiratory distress, use accessory muscle, decrease tidal volume, asymetris chest wall, sianosis, estimate blood loss, do not remove penetrating object. deviasi trachea, empisema subcutan, akral dingin, pertanda hemothorax, hiperesonan pertanda pneumothorax, pernafasan stridor, bradycardi.

- b. Diagnose Keperawatan dan rencana intervensi

- 1) Potensial kekurangan volume cairan sehubungan dengan kehilangan cairan darah sekunder thd trauma dada

Tujuan ; Normovolemic, dengan criteria : BP and HR normal, BB stabil, urine output >30 cc/jam (0,5cc/kgBB/jam), RR <20x/mnt, chest drainage/ perdarahan rongga dada melalui WSD < 100cc/jam

Rencana keperawatan :

- Perhatikan kondisi pasien, laporkan adanya perdarahan terutama 24-48 jam pertama, setelah 48 jam perdarahan harus sudah berhenti, bila masih segera lapor.
- Monitor drainage (WSD), lapor bila perdarahan masih aktif (>100ml/jam)
- Monitor perlengkapan transfusi (Infus)
- Monitor BP, penurunan BP peningkatan HR dan RR adalah tanda shock
- Kaji status hidrasi dgn monitor BB setiap hari, intake and output cairan
- Periksa Hb sbg indikator hemostasis, hati-hati dgn penurunan Hb indikator adanya perdarahan.

- 2) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan penurunan aliran darah alveolar dan penurunansuplai oksigen sekunder thd peningkatan tekanan pleura

Tujuan ; Pasien menunjukkan pertukaran udara adekwat yg ditandai dgn Pa O₂ >60mmHg, Pa CO₂ <45 mmHg, RR<20x/mnt dgn kedalaman dan pola yg normal, orientasi thd orang, waktu dan tempat baik.

Rencana keperawatan

- Monitor analisa gas darah (ABG)
- Observasi indikator adanya hipoxia, meliputi increase restlessness, anxiety dan perubahan status mental

- c) Kaji adanya distress nafas, peningkatan RR, penurunan gerakan dinding dada, adanya sianosis.
 - d) Posisikan pasien agar ekspansi penuh (semi fowler).
 - e) Ubah posisi pasien tiap 2 jam untuk mendukung drainage dan re ekspansi paru
 - f) Latih pasien untuk nafas dalam, sediakan analgesik untuk mengurangi nyeri selama latihan, nafas dalam dapat meningkatkan ekspansi paru dan mencegah terjadinya atelektasis.
 - g) Berikan oksigen jika diperlukan
 - h) Kaji dan pelihara sistem drainage (WSD) ;pastikan sambungan selang dada baik, pastikan tidak ada penekanan pada selang dada, pastikan tekanan alat masih dapat menghisap (suction WSD)
- 3) Nyeri berhubungan dengan insersi pleura dan pemasangan pipa (WSD)
Tujuan : subyektif pasien penurunan nyeri dibuktikan dengan skala nyeri,
Rencana keperawatan :
- a) Pada interval tertentu kaji tingkat nyeri dgn skala nyeri (0-10), bila perlu berikan analgesik sesuai dengan advis.
 - b) Berikan posisi yg nyaman untuk nyerinya
 - c) Ajarkan pasien untuk melindungi sisi yang sakit (insersi) bila dipakai bergerak
 - d) Jadwalkan aktifitas pasien, berikan waktu istirahat yang cukup.
 - e) stabilkan tube dada untuk mengurangi dorongan penghubung tube (diisolasi pada dinding dada)

Patient and family teaching :

- 1) batasi aktifitas yang menyebabkan pergerakan tulang rusuk tempat insersi, instruksikan untuk meminta bantuan bila ingin merubah posisi tidur, instruksikan untuk menjaga ROM.
- 2) Ajarkan untuk melindungi area, dengan tangan atau bantal untuk mengurangi rasa nyeri
- 3) Penting untuk menghindari terjadinya infeksi paru-paru

Ringkasan

Trauma dada merupakan masalah yang kompleks dan multidemensi yang biasanya dikategorikan menurut penyebab. Trauma dada menurut penyebab terbagi menjadi 2:

Trauma tumpul; terjadi sebagai akibat penekanan langsung pada daerah dada, biasanya tertutup sehingga tidak terdapat hubungan antara ruang dalam dada dengan udara atmosfer, disebabkan oleh benda tumpul, 2) Trauma tajam/penetrasi ; terjadi sebagai akibat luka tembak/tusuk, hal ini menyebabkan luka dada terbuka karena terdapat hubungan antara ruang dalam dada dengan udara atmosfer, trauma ini yang paling sering disebabkan oleh tembakan peluru kemudian karena pisau/ditusuk.

Gejala-gejala : Trauma tumpul : dyspnea, agitasi, restlessness, anxiety, chest pain during respiration, Potensial Komplikasi : Pneumothorax, flail chest, hemothorax, pulmonary contusion, myocardial contusion, cardiac tamponade

Trauma tajam ; dyspnea, nyeri yang hebat, cemas, gangguan istirahat, Potensial komplikasi : Hemothorax, pneumothorax, tension pneumothorax, hemorrhage, shock, infeksi

Managemen medis

Tes diagnostic ; X-ray dada, Analisa Gas darah, EC, Hb/Hct , Sel darah putih.

Therapy ; Pemberian Oksigen, Bila diperlukan intubasi atau pemakaian ventilasi mekanik, Transfusi/normal saline/plasma/albumin tergantung prioritas pasien, Pemasangan WSD/chest tube insertion, Pemberian analgesic ; managemen nyeri, Thoracentesis/thoracotomy.

Managemen keperawatan :

Pengkajian ; Tanda dan gejala yang muncul merupakan masalah serius, hati-hati dengan perubahan status mental yg merupakan gejala kerusakan sistem saraf pusat, diakibatkan karena hipoxemia

Trauma tumpul : dyspnea, agitasi, restlessness, anxiety, chest pain during respiration, RR>20x/mnt, Hiperpnea, ventilatory distress, penggunaan otot-otot asesori, penurunan tidal volume, hemoptasis, asymmetric chest wall motion, jugular venous distention, sianosis, pucat pada kulit, bibir. flail chest segmen, tanda-tanda fraktur.dullness pertanda hemothorax, hiperesonan pertanda pneumothorax, krepitasi disekitar patahan tulang, penurunan tekanan darah.

Trauma tajam ; dyspnea, nyeri yang hebat, cemas, gangguan istirahat, RR>20x/mnt, hiperpnea, respiratory distress, use accessory muscle, decrease tidal volume, asymetris chest wall, sianosis, estimate blood loss, do not remove penetrating object. deviasi trachea, empisema subcutan, akral dingin, pertanda hemothorax, hiperesonan pertanda pneumothorax, pernafasan stridor, bradycardi.

Diagnose Keperawatan : 1) Potensial kekurangan volume cairan b.d. kehilangan cairan darah sekunder thd trauma dada, 2) Gangguan pertukaran gas b.d. penurunan aliran darah alveolar dan penurunansuplai oksigen sekunder thd peningkatan tekanan pleura, 3) Nyeri b.d. insersi pleura dan pemasangan pipa (WSD)

Tes 1

Cobalah menjawab pertanyaan dibawah ini, dengan petunjuk sebagai berikut :

- 1) Pilih jawaban A bila jawaban 1, 2 dan 3 benar
B bila jawaban 1 dan 3 benar
C bila jawaban 2 dan 4 benar
D bila jawaban 4 saja yang benar
E bila semua salah/semua betul
- 2) Pilihlah satu jawaban yang benar

Selamat mengerjakan

KASUS : seorang laki-laki umur 43 tahun datang ke poli paru dengan keluhan sulit bernafas (Dyspnea), nyeri dada saat bernafas, mengalami gangguan nyeri dada saat bernafas, setelah diperiksa ditemukan adanya penurunan gerakan thorak, perkusi dada ditemukan hipersonan, cemas, gangguan istirahat, kebingungan, Tn A tersebut habis jatuh di pinggir jalan dan dadanya mengenai batu

- 1) Kemungkinan yang dialami pada kasus diatas adalah
 - A. TBC paru
 - B. Pneumothorak
 - C. Asma bronchial
 - D. hematotorak
- 2) Untuk memastikan diagnose pada kasus diatas adalah dengan pemeriksaan
 - A. analisa gas darah
 - B. ECG
 - C. chest X-ray
 - D. faal paru
- 3) Diagnose keperawatan yang mungkin terjadi pada kasus diatas setelah di pasang WSD (Water Seal Drainage) adalah
 - A. Gangguan pertukaran gas
 - B. Nyeri b.d. kolaps paru
 - C. Nyeri b.d. insersi WSD
 - D. Ansietas b.d. prosedur pembedahan
- 4) Pemasangan WSD pada pasien apabila tidak dilakukan perawatan dengan baik akan menimbulkan komplikasi, komplikasi sekunder yang dapat terjadi
 - A. infeksi
 - B. perdarahan

- C. emphyema
 - D. edema paru
- 5) Pada pasien dengan adanya udara dalam rongga pleura tidak boleh dilakukan vibrasi, sebab
- A. membuat udara dalam cavum pleura tidak dapat keluar
 - B. mengakibatkan gangguan proses difusi
 - C. mengakibatkan lapisan pleura semakin rusak
 - D. membuat cairan dalam cavum pleura keluar

Topik 2

Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker Laring Faring dan Paru

KANKER LARING

A. Tujuan Pembelajaran umum

Setelah menyelesaikan materi Topik 2 ini di harapkan Anda mampu memberikan asuhan keperawatan pasien dengan Kanker laring Trauma dada

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah menyelesaikan materi Topik 2 ini diharapkan Anda mampu menjelaskan : 1) Pengertian Kanker laring, 2) Penyebab Kanker laring, 3) Pathofisiologi Kanker laring, 4) Managemen Medis Kanker laring, 5) Managemen Keperawatan

C. Pokok-Pokok Materi

Dalam Topik 2 ini Anda akan mempelajari materi tentang Asuhan Keperawatan pada gangguan system Pernafasan Kanker laring yang meliputi :

1. Pengertian
2. Patofisiologi
3. Gambaran klinis
4. Managemen medis
5. Managemen Keperawatan

D. Uraian Materi

Pernahkah Anda mendengar kata Kanker sebelum ini ? dibawah ini adalah salah satu pengertian penyakit pada saluran pernafasan yaitu Kanker laring, sekarang Anda perhatikan dan pelajari materi dibawah ini.

1. Pengertian

Secara anatomi tumor laring dibagi atas tiga bagian yaitu 1) supra glotik ; tumor pada plika ventrikularis, aritenoid, epiglottis dan sinus piriformis, 2) Glotis : tumor pada korda vokalis, 3) Subglotis : tumor dibawah korda vokalis.

2. Patofisiologi

Karsinoma laring banyak dijumpai pada usia lanjut diatas 40 tahun. Kebanyakan pada orang laki-laki. Hal ini mungkin berkaitan dengan kebiasaan merokok, bekerja dengan debu serbuk kayu, kimia toksik atau serbuk, logam berat. Bagaimana terjadinya belum diketahui secara pasti oleh para ahli. Kanker kepala dan leher menyebabkan 5,5% dari semua penyakit

keganasan. Terutama neoplasma laringeal 95% adalah karsinoma sel skuamosa. Bila kanker terbatas pada pita suara (intrinsik) menyebar dengan lambat. Pita suara miskin akan pembuluh limfe sehingga tidak terjadi metastase ke arah kelenjar limfe. Bila kanker melibatkan epiglottis (ekstrinsik) metastase lebih umum terjadi. Tumor supraglotis dan subglotis harus cukup besar, sebelum mengenai pita suara sehingga mengakibatkan suara serak. Tumor pita suara yang sejati terjadi lebih dini biasanya pada waktu pita suara masih dapat digerakan.

3. Gambaran Klinik

Paling dini adalah berupa suara parau atau serak kronik, tidak sembuh-sembuh walaupun penderita sudah menjalani pengobatan pada daerah glotis dan subglotis. Tidak seperti suara serak laringitis, tidak disertai oleh gejala sistemik seperti demam. Rasa tidak enak ditenggorok, seperti ada sesuatu yang tersangkut. Pada fase lanjut dapat disertai rasa sakit untuk menelan atau berbicara. Sesak napas terjadi bila rima glotis tertutup atau hampir tertutup tumor 80%. Sesak napas tidak timbul mendadak tetapi perlahan-lahan. Karena itu penderita dapat beradaptasi, sehingga baru merasakan sesak bila tumor sudah besar (terlambat berobat). Stridor terjadi akibat sumbatan jalan napas. Bila sudah dijumpai pembesaran kelenjar berarti tumor sudah masuk dalam stadium lanjut. Bahkan kadang-kadang tumornya dapat teraba, menyebabkan pembengkakan laring. Bila tumor laring mengadakan perluasan ke arah faring akan timbul gejala disfagia, rasa sakit bila menelan dan penjaran rasa sakit ke arah telinga. Apabila dijumpai kasus dengan jelas diatas, khususnya dengan keluhan suara parau lebih dari dua minggu yang dengan pengobatan tidak sembuh, diderita orang dewasa atau tua, sebaiknya penderita segera dirujuk.

4. Manajemen Medis

a. *Diagnostic studies*

Pemeriksaan laring dengan kaca laring atau laringoskopi langsung dapat menunjukkan tumor dengan jelas. Tempat yang sering timbul tumor dapat dilihat pada gambar. Sinar X dada, Scan tulang, untuk mengidentifikasi kemungkinan metastase. Darah lengkap, dapat menyatakan anemi yang merupakan masalah umum. Laringografi dapat dilakukan dengan kontras untuk pemeriksaan pembuluh darah dan pembuluh limfe., Kemudian laring diperiksa dengan anestesi umum dan dilakukan biopsi pada tumor. Gigi yang berlubang, sebaiknya dicabut pada saat yang sama.

b. *Terapi*

Pada kasus karsinoma laring dapat dilakukan pengobatan dengan radiasi dan pengangkatan laring (Laringektomi). Pengobatan dipilih berdasar stadiumnya. Radiasi diberikan pada stadium 1 dan 4. Alasannya mempunyai keuntungan dapat mempertahankan suara yang normal, tetapi jarang dapat menyembuhkan tumor yang sudah lanjut, lebih-lebih jika sudah terdapat pembesaran kelenjar leher. Oleh karena itu radioterapi sebaiknya dipergunakan untuk penderita dengan lesi yang kecil saja tanpa pembesaran kelenjar leher. Kasus yang ideal adalah pada tumor yang terbatas pada satu pita suara, dan masih

mudah digerakkan. Penderita dengan tumor laring yang besar disertai dengan pembesaran kelenjar limfe leher, pengobatan terbaik adalah laringektomi total dan diseksi radikal kelenjar leher. Dalam hal ini masuk stadium 2 dan 3. Ini dilakukan pada jenis tumor supra dan subglotik. Pada penderita ini kemungkinan sembuh tidak begitu besar, hanya satu diantara tiga penderita akan sembuh sempurna. Laringektomi diklasifikasikan kedalam :

- 1) Laringektomi parsial. Tumor yang terbatas pada pengangkatan hanya satu pita suara dan trakeotomi sementara yang dilakukan untuk mempertahankan jalan napas. Setelah sembuh dari pembedahan suara pasien akan parau.
- 2) Hemilaringektomi atau vertikal. Bila ada kemungkinan kanker termasuk pita suara satu benar dan satu salah. Bagian ini diangkat sepanjang kartilago aritenoid dan setengah kartilago tiroid. Trakeostomi sementara dilakukan dan suara pasien akan parau setelah pembedahan.
- 3) Laringektomi supraglotis atau horisontal. Bila tumor berada pada epiglotis atau pita suara yang salah, dilakukan diseksi leher radikal dan trakeotomi. Suara pasien masih utuh atau tetap normal. Karena epiglotis diangkat maka resiko aspirasi akibat makanan peroral meningkat.
- 4) Laringektomi total. Kanker tahap lanjut yang melibatkan sebagian besar laring, memerlukan pengangkatan laring, tulang hioid, kartilago krikoid, 2-3 cincin trakea, dan otot penghubung ke laring. Mengakibatkan kehilangan suara dan sebuah lubang (stoma) trakeostomi yang permanen. Dalam hal ini tidak ada bahaya aspirasi makanan peroral, dikarenakan trakea tidak lagi berhubungan dengan saluran udara – pencernaan. Suatu sayatan radikal telah dilakukan dileher pada jenis laringektomi ini. Hal ini meliputi pengangkatan pembuluh limfatik, kelenjar limfe di leher, otot sternokleidomastoideus, vena jugularis interna, saraf spinal aksesori, kelenjar salivaria submandibular dan sebagian kecil kelenjar parotis (Sawyer, 1990). Operasi ini akan membuat penderita tidak dapat bersuara atau berbicara. Tetapi kasus yang demikian dapat diatasi dengan mengajarkan pada mereka berbicara menggunakan esofagus (*Esofageal speech*), meskipun kualitasnya tidak sebaik bila penderita berbicara dengan menggunakan organ laring. Untuk latihan berbicara dengan esofagus perlu bantuan seorang binawicara.

5. Manajemen Keperawatan

a. pengkajian

Data pre dan posoperasi tergantung pada tipe kesus atau lokasi proses kanker dan komplikasi yang ada.

1) Integritas ego

Gejala : Perasaan takut akan kehilangan suara, mati, terjadi atau berulangnya kanker. Kwatir bila pembedahan mempengaruhi hubungan keluarga, kemampuan kerja dan keuangan. Tanda : Ansietas, depresi, marah dan menolak operasi.

- 2) Makanan atau cairan
Tanda : Kesulitan menelan, mudah tersedak, sakit menelan, sakit tenggorok yang menetap. Bengkak, luka. Inflamasi atau drainase oral, kebersihan gigi buruk. Pembengkakan lidah dan gangguan gag reflek.
 - 3) Higiene
Tanda : kemunduran kebersihan gigi. Kebutuhan bantuan perawatan dasar.
 - 4) Neurosensori
Diplopia (penglihatan ganda), ketulian.
Tanda : Hemiparesis wajah (keterlibatan parotid dan submandibular). Parau menetap atau kehilangan suara (gejala dominan dan dini kanker laring intrinsik). Kesulitan menelan. Kerusakan membran mukosa.
 - 5) Nyeri atau kenyamanan
Gejala : Sakit tenggorok kronis, benjolan pada tenggorok. Penyebaran nyeri ke telinga, nyeri wajah (tahap akhir, kemungkinan metastase). Nyeri atau rasa terbakar dengan pembengkakan (khususnya dengan cairan panas), nyeri lokal pada orofaring.
Pascaoperasi : Sakit tenggorok atau mulut (nyeri biasanya tidak dilaporkan kecuali nyeri yang berat menyertai pembedahan kepala dan leher, dibandingkan dengan nyeri sebelum pembedahan). Tanda : Perilaku berhati-hati, gelisah, nyeri wajah dan gangguan tonus otot.
 - 6) Pernapasan
Gejala : Riwayat merokok atau mengunyah tembakau. Bekerja dengan debu serbuk kayu, kimia toksik atau serbuk, dan logam berat. Riwayat penyakit paru kronik. Batuk dengan atau tanpa sputum. Drainase darah pada nasal. Tanda : Sputum dengan darah, hemoptisis, dispnoe (lanjut), dan stridor.
 - 7) Keamanan
Gejala : Terpajan sinar matahari berlebihan selama periode bertahun-tahun atau radiasi. Perubahan penglihatan atau pendengaran. Tanda : Massa atau pembesaran nodul.
 - 8) Interaksi sosial
Gejala : masalah tentang kemampuan berkomunikasi, dan bergabung dalam interaksi sosial. Tanda : Parau menetap, perubahan tinggi suara, bicara kacau, enggan untuk bicara, dan menolak orang lain untuk memberikan perawatan atau terlibat dalam rehabilitasi.
- b. Diagnosa keperawatan dan rencana intervensi*
- 1) Ansietas berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang pra dan pascaoperasi dan takut akan kecacatan.
Tujuan ; Cemas berkurang atau hilang.
Kriteria Hasil : Mengungkapkan perasaan dan pikirannya secara terbuka, melaporkan berkurangnya cemas dan takut, mengungkapkan mengerti tentang pre dan posoperasi, secara verbal mengemukakan menyadari terhadap apa yang diinginkannya yaitu menyesuaikan diri terhadap perubahan fisiknya.

Rencana Tindakan :

- a) Jelaskan apa yang terjadi selama periode praoperasi dan pascaoperasi, termasuk tes laboratorium praoperasi, persiapan kulit, alasan status puasa, obat-obatan praoperasi, obat-obatan posoperasi, tinggal di ruang pemulihan, dan program pascaoperasi. Informasikan pada klien obat nyeri tersedia bila diperlukan untuk mengontrol nyeri. **Rasional** pengetahuan tentang apa yang diperkirakan membantu mengurangi kecemasan dan meningkatkan kerjasama pasien.
 - b) Jika laringektomi total akan dilakukan, konsultasikan dulu dengan pasien dan dokter untuk mendapatkan kunjungan dari anggota klub laringektomi. Atur waktu untuk berdiskusi dengan terapi tentang alternatif metoda-metoda untuk rehabilitasi suara. **Rasional** mengetahui apa yang diharapkan dan melihat hasil yang sukses membantu menurunkan kecemasan dan memungkinkan pasien berpikir realistis.
 - c) Izinkan pasien untuk mengetahui keadaan pascaoperasi : satu atau dua hari akan dirawat di UPI sebelum kembali ke ruangan semula, mungkin ruangan penyakit dalam atau ruangan bedah. Mungkin saja akan dipasang NGT. Pemberian makan per sonde diperlukan sampai beberapa minggu setelah pulang hingga insisi luka sembuh dan mampu untuk menelan (jika operasi secara radikal di leher dilaksanakan). Alat bantu jalan napas buatan (seperti trakeostomi atau selang laringektomi) mungkin akan terpasang hingga pembengkakan dapat diatasi. Manset trakeostomi atau selang T akan terpasang di jalan napas buatan, untuk pemberian oksigen yang telah dilembabkan atau memberikan udara dengan tekanan tertentu. **Rasional** pengetahuan tentang apa yang diharapkan dari intervensi bedah membantu menurunkan kecemasan dan memungkinkan pasien untuk memikirkan tujuan yang realistis.
 - d) Jika akan dilakukan laringektomi horizontal atau supraglotik laringektomi, ajarkan pasien dan latih cara-cara menelan sebagai berikut : Ketika makan duduk dan tegak lurus ke depan dengan kepala fleksi, letakan porsi kecil makanan di bagian belakang dekat tenggorok, tarik napas panjang dan tahan (ini akan mendorong pita suara bersamaan dengan menutupnya jalan masuk ke trakea), menelan dengan menggunakan gerakan menelan, batukan dan menelan kembali untuk memastikan tidak ada makanan yang tertinggal di tenggorok. **Rasional** karena epiglotis sudah diangkat pada jenis laringektomi seperti ini, aspirasi karena makanan per oral merupakan komplikasi yang paling sering terjadi. Belajar bagaimana beradaptasi dengan perubahan fisiologik dapat menjadikan frustrasi dan menyebabkan ansietas. Berlatih secara terus – menerus dapat membantu mempermudah belajar dan beradaptasi terhadap perubahan tersebut
- 2) Menolak operasi berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang prosedur pre dan pascaoperasi, kecemasan, ketakutan akan kecacatan dan ancaman kematian.
Tujuan ; Klien akan bersedia dioperasi.

Kriteria hasil : Mengungkapkan perasaan dan pikirannya secara terbuka, mengatakan mengerti pre dan posoperasi, mengatakan berkurangnya kecemasan, klien dioperasi.

Rencana tindakan :

- a) Kaji faktor-faktor yang menyebabkan klien menolak untuk dioperasi.
- b) Anjurkan keluarga untuk memberikan suport seperti dukungan spiritual.
- c) Direncanakan tindakan sesuai diagnosa keperawatan no.1.

- 3) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan pengangkatan sebagian atau seluruh glotis, gangguan kemampuan untuk bernapas, batuk dan menelan, serta sekresi banyak dan kental.

Tujuan ; Klien akan mempertahankan jalan napas tetap terbuka.

Kriteria hasil : bunyi napas bersih dan jelas, tidak sesak, tidak sianosis, frekwensi napas normal.

Rencana tindakan

- a) Awasi frekwensi atau kedalaman pernapasan. Auskultasi bunyi napas. Selidiki kegelisahan, dispnea, dan sianosis. Rasional perubahan pada pernapasan, adanya ronki, mengi, diduga adanya retensi sekret.
- b) Tinggikan kepala 30-45 derajat. Rasional memudahkan drainase sekret, kerja pernapasan dan ekspansi paru.
- c) Dorong menelan bila pasien mampu. Rasional mencegah pengumpulan sekret oral menurunkan resiko aspirasi. Catatan : menelan terganggu bila epiglotis diangkat atau edema paskaoperasi bermakna dan nyeri terjadi.
- d) Dorong batuk efektif dan napas dalam. Rasional memobilisasi sekret untuk membersihkan jalan napas dan membantu mencegah komplikasi pernapasan.
- e) Hisap selang laringektomi atau trakeotomi, oral dan rongga nasal. Catat jumlah, warna dan konsistensi sekret. Rasional mencegah sekresi menyumbat jalan napas, khususnya bila kemampuan menelan terganggu dan pasien tidak dapat meniup lewat hidung.
- f) Observasi jaringan sekitar selang terhadap adanya perdarahan. Ubah posisi pasien untuk memeriksa adanya pengumpulan darah dibelakang leher atau balutan posterior. Rasional sedikit jumlah perembesan mungkin terjadi. Namun perdarahan terus-menerus atau timbulnya perdarahan tiba-tiba yang tidak terkontrol dan menunjukkan sulit bernapas secara tiba-tiba.
- g) Ganti selang atau kanul sesuai indikasi. Rasional mencegah akumulasi sekret dan perlengketan mukosa tebal dari obstruksi jalan napas. Catatan: ini penyebab umum distres pernapasan atau henti napas pada paskaoperasi.
- h) Berikan humidifikasi tambahan, contoh tekanan udara atau oksigen dan peningkatan masukan cairan. Rasional fisiologi normal (hidung) berarti menyaring atau melembabkan udara yang lewat. Tambahan kelembaban menurunkan mengerasnya mukosa dan memudahkan batuk atau penghisapan sekret melalui stoma.

- i) Awasi seri GDA atau nadi oksimetri, foto dada. Rasional pengumpulan sekret atau adanya atelektasis dapat menimbulkan pneumonia yang memerlukan tindakan terapi lebih agresif.
- 4) Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan defisit anatomi (pengangkatan batang suara) dan hambatan fisik (selang trakeostomi).
Tujuan ; Komunikasi klien akan efektif .
Kriteria hasil : Mengidentifikasi atau merencanakan pilihan metode berbicara yang tepat setelah sembuh.
Rencana tindakan :
- a) Kaji atau diskusikan praoperasi mengapa bicara dan bernapas terganggu,gunakan gambaran anatomik atau model untuk membantu penjelasan.Rasional untuk mengurangi rasa takut pada klien.
 - b) Tentukan apakah pasien mempunyai gangguan komunikasi lain seperti pendengaran dan penglihatan.Rasional adanya masalah lain mempengaruhi rencana untuk pilihan komunikasi.
 - c) Berikan pilihan cara komunikasi yang tepat bagi kebutuhan pasien misalnya papan dan pensil, papan alfabet atau gambar, dan bahasa isyarat.Rasional memungkinkan pasien untuk menyatakan kebutuhan atau masalah. Catatan : posisi IV pada tangan atau pergelangan dapat membatasi kemampuan untuk menulis atau membuat tanda.
 - d) Berikan waktu yang cukup untuk komunikasi.Rasional kehilangan bicara dan stres mengganggu komunikasi dan menyebabkan frustrasi dan hambatan ekspresi, khususnya bila perawat terlihat terlalu sibuk atau bekerja.
 - e) Berikan komunikasi non verbal, contoh sentuhan dan gerak fisik. Rasional mengkomunikasikan masalah dan memenuhi kebutuhan kontak dengan orang lain.
 - f) Dorong komunikasi terus-menerus dengan dunia luar contoh koran,TV, radio dan kalender. Rasional mempertahankan kontak dengan pola hidup normal dan melanjutkan komunikasi dengan cara lain.
 - g) Beritahu kehilangan bicara sementara setelah laringektomi sebagian dan atau tergantung pada tersedianya alat bantu suara. Rasional memberikan dorongan dan harapan untuk masa depan dengan memikirkan pilihan arti komunikasi dan bicara tersedia dmungkin.
 - h) Ingatkan pasien untuk tidak bersuara sampai dokter memberi izin.Rasional meningkatkan penyembuhan pita suara dan membatasi potensi disfungsi pita permanen.
 - i) Atur pertemuan dengan orang lain yang mempunyai pengalaman prosedur ini dengan tepat. Rasional memberikan model peran, meningkatkan motivasi untuk pemecahan masalah dan mempelajari cara baru untuk berkomunikasi.

- j) Konsul dengan anggota tim kesehatan yang tepat atau terapis atau agen rehabilitasi (contoh patologis wicara, pelayanan sosial, kelompok laringektomi) selama rehabilitasi dasar dirumah sakit sesuai sumber komunikasi (bila ada). Rasional Kemampuan untuk menggunakan pilihan suara dan metode bicara (contoh bicara esofageal) sangat bervariasi, tergantung pada luasnya prosedur pembedahan, usia pasien, dan motivasi untuk kembali ke hidup aktif. Waktu rehabilitasi memerlukan waktu panjang dan memerlukan sumber dukungan untuk proses belajar.
- 5) Nyeri akut berhubungan dengan insisi bedah, pembengkakan jaringan, adanya selang nasogastrik atau orogastrik.
Tujuan ; Nyeri klien akan berkurang atau hilang.
Kriteria hasil : klien mengatakan nyeri hilang, tidak gelisah, rileks dan ekspresi wajah ceria.
Rencana tindakan :
- Sokong kepala dan leher dengan bantal.Tunjukkan pada pasien bagaimana menyokong leher selama aktivitas.Rasional kelemahan otot diakibatkan oleh reseksi otot dan saraf pada struktur leher dan atau bahu. Kurang sokongan meningkatkan ketidaknyamanan dan mengakibatkan cedera pada area jahitan.
 - Dorong pasien untuk mengeluarkan saliva atau penghisap mulut dengan hati-hati bila tidak mampu menelan. Rasional menelan menyebabkan aktivitas otot yang dapat menimbulkan nyeri karena edema atau regangan jahitan.
 - Selidiki perubahan karakteristik nyeri, periksa mulut, jahitan tenggorok untuk trauma baru.Rasional dapat menunjukkan terjadinya komplikasi yang memerlukan evaluasi lanjut atau intervensi.Jaringan terinflamasi dan kongesti dapat dengan mudah mengalami trauma dengan penghisapan kateter dan selang makanan.
 - Catat indikator non verbal dan respon otomatis terhadap nyeri. Evaluasi efek analgesik. Rasional alat menentukan adanya nyeri dan keefektifan obat.
 - Anjurkan penggunaan perilaku manajemen stres, contoh teknik relaksasi, bimbingan imajinasi. Rasional meningkatkan rasa sehat, dapat menurunkan kebutuhan analgesik dan meningkatkan penyembuhan.
 - Kolaborasi dengan pemberian analgesik, contoh codein, ASA, dan Darvon sesuai indikasi. Rasional derajat nyeri sehubungan dengan luas dan dampak psikologi pembedahan sesuai dengan kondisi tubuh.Diharapkan dapat menurunkan atau menghilangkan nyeri.

II. KANKER NASOPHARING

A. Tujuan Pembelajaran umum

Setelah menyelesaikan materi kedua Topik 2 ini di harapkan Anda mampu memberikan asuhan keperawatan pasien dengan Kanker nasopharing.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah menyelesaikan materi kedua Topik 2 ini diharapkan Anda mampu menjelaskan:

1) Pengertian Kanker nasopharing , 2) Penyebab Kanker nasopharing , 3) Pathofisiologi Kanker nasopharing, 4) Managemen Medis Kanker nasopharing, 5) Managemen Keperawatan

C. Pokok-Pokok Materi

Dalam materi kedua Topik 2 ini Anda akan mempelajari materi tentang Asuhan Keperawatan pada gangguan system Pernafasan Kanker nasopharing yang meliputi ;

1. Pengertian
2. Klasifikasi
3. Gambaran klinis
4. Managemen medis
5. Managemen Keperawatan

D. Uraian Materi

Pernahkah Anda mendengar kata Kanker sebelum ini ? dibawah ini adalah salah satu pengertian penyakit pada saluran pernafasan yaitu Kanker nasopharing, sekarang Anda perhatikan dan pelajari materi dibawah ini.

1. Pengertian

Secara anatomi tumor nasopharing Karsinoma Nasofaring adalah tumor ganas yang berasal dari epitel mukosa nasofaring atau kelenjar yang terdapat di nasofaring. Carsinoma Nasofaring merupakan karsinoma yang paling banyak terjadi pada sistem Telinga Hidung Tenggorokan(THT).

2. Klasifikasi

Tipe WHO 1 :Karsinoma sel skuamosa (KSS), Deferensiasi baik sampai sedang, Sering eksofilik (tumbuh dipermukaan).

Tipe WHO 2 : Karsinoma non keratinisasi (KNK), Paling banyak pariasinya, Menyerupai karsinoma transisional

Tipe WHO 3 : Karsinoma tanpa diferensiasi (KTD), Seperti antara lain limfoepitelioma, Karsinoma anaplastik, "Clear Cell Carsinoma", varian sel spindel, Lebih radiosensitif, prognosis lebih baik.

3. Gambaran klinik; Pilek dari satu atau kedua lubang hidung yang terus-menerus/kronik, Lendir dapat bercampur darah atau nanah yang berbau, Epistaksis dapat sedikit atau banyak dan berulang, Dapat juga hanya berupa riak campur darah, Obstruksio nasi unilateral atau bilateral bila tumor tumbuh secara eksofilik, Kurang pendengaran,Tinitus, OMP.

4. Managemen Medis

- a. Pemeriksaan Rinoskopia anterior : Pada tumor endofilik tak jelas kelainan di rongga hidung, mungkin hanya banyak sekret. Pada tumor eksofilik, tampak tumor di bagian belakang rongga hidung, tertutup sekret mukopurulen, fenomena palatum mole negatif.
- b. Rinoskopia posterior : Pada tumor indofilik tak terlihat masa, mukosa nasofaring tampak agak menonjol, tak rata dan paskularisasi meningkat. Pada tumor eksofilik tampak masa kemerahan.
- c. Faringoskopi dan laringoskopi : Kadang faring menyempit karena penebalan jaringan retrofaring; reflek muntah dapat menghilang.
- d. X – foto : tengkorak lateral, dasar tengkorak, CT Scan
- e. Biopsi : Biopsi sedapat mungkin diarahkan pada tumor/daerah yang dicurigai. Dilakukan dengan anestesi lokal. Biopsi minimal dilakukan pada dua tempat (kiri dan kanan), melalui rinoskopi anterior, bila perlu dengan bantuan cermin melalui rinoskopi posterior. Bila perlu Biopsi dapat diulang sampai tiga kali.
- f. Penatalaksanaan :
Terapi utama : Radiasi/Radioterapi → ditekankan pada penggunaan megavoltage dan pengaturan dengan komputer (4000 – 6000 R)
Terapi tambahan : diseksi leher, pemberian tetrasiklin, faktor transfer, inferferon, Sitostatika/Kemoterapi, seroterapi, vaksin dan anti virus, Semua pengobatan tambahan ini masih dalam pengembangan, sedangkan kemoterapi masih tetap terbaik sebagai terapi ajuvan (tambahan).

5. Managemen Keperawatan

a. Pengkajian

Aktivitas/istirahat ; Kelemahan dan/atau kelelahan. Perubahan pada pola istirahat /jam tidur karena keringat berlegih, nyeri atau ansietas.
Integritas Ego : Faktor stress (perubahan peran atau keuangan), Cara mengatasi stress (keyakinan/religius). Perubahan penampilan.
Makanan/cairan ; Kebiasaan diet buruk (Bahan Pengawet)
Neurosensori ; Pusing atau sinkope
Pernafasan ; Pemajanan bahan aditif
Interaksi sosial ;Kelemahan sistem pendukung
Pembelajaran ; Riwayat kanker pada keluarga

b. Diagnose keperawtan dan rencana intervensi

1) Gangguan pola tidur berhubungan dengan rasa nyeri pada kepala.

Tujuan : Gangguan pola tidur pasien akan teratasi.

Kriteria hasil : Pasien mudah tidur dalam waktu 30 – 40 menit. Pasien tenang dan wajah segar. Pasien mengungkapkan dapat beristirahat dengan cukup.

Rencana tindakan :

- a) Ciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang , Rasional : Lingkungan yang nyaman dapat membantu meningkatkan tidur/istirahat.
 - b) Kaji tentang kebiasaan tidur pasien di rumah, Rasional : Mengetahui perubahan dari hal-hal yang merupakan kebiasaan pasien ketika tidur akan mempengaruhi pola tidur pasien.
 - c) Kaji adanya faktor penyebab gangguan pola tidur yang lain seperti cemas, efek obat-obatan dan suasana ramai, Rasional : Mengetahui faktor penyebab gangguan pola tidur yang lain dialami dan dirasakan pasien.
 - d) Anjurkan pasien untuk menggunakan pengantar tidur dan teknik relaksasi Rasional : Pengantar tidur akan memudahkan pasien dalam jatuh dalam tidur, teknik relaksasi akan mengurangi ketegangan dan rasa nyeri.
 - e) Kaji tanda-tanda kurangnya pemenuhan kebutuhan tidur pasien. Rasional : Untuk mengetahui terpenuhi atau tidaknya kebutuhan tidur pasien akibat gangguan pola tidur sehingga dapat diambil tindakan yang tepat.
- 2) Cemas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya.
Tujuan : rasa cemas berkurang/hilang.
Kriteria Hasil : Pasien dapat mengidentifikasi sebab kecemasan. Emosi stabil, pasien tenang.Istirahat cukup.
Rencana tindakan :
- a) Kaji tingkat kecemasan yang dialami oleh pasien. Rasional : Untuk menentukan tingkat kecemasan yang dialami pasien sehingga perawat bisa memberikan intervensi yang cepat dan tepat.
 - b) Beri kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan rasa cemasnya. Rasional : Dapat meringankan beban pikiran pasien.
 - c) Gunakan komunikasi terapeutik. Rasional : Agar terbina rasa saling percaya antar perawat-pasien sehingga pasien kooperatif dalam tindakan keperawatan.
 - d) Beri informasi yang akurat tentang proses penyakit dan anjurkan pasien untuk ikut serta dalam tindakan keperawatan. Rasional : Informasi yang akurat tentang penyakitnya dan keikutsertaan pasien dalam melakukan tindakan dapat mengurangi beban pikiran pasien.
 - e) Berikan keyakinan pada pasien bahwa perawat, dokter, dan tim kesehatan lain selalu berusaha memberikan pertolongan yang terbaik dan seoptimal mungkin. Rasional : Sikap positif dari timkesehatan akan membantu menurunkan kecemasan yang dirasakan pasien.
 - f) Berikan kesempatan pada keluarga untuk mendampingi pasien secara bergantian. Rasional : Pasien akan merasa lebih tenang bila ada anggota keluarga yang menunggu.
 - g) Ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman. Rasional : Lingkung yang tenang dan nyaman dapat membantu mengurangi rasa cemas pasien.

- 3) Kurangnya pengetahuan tentang proses penyakit, diet, perawatan dan pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi.

Tujuan : Pasien memperoleh informasi yang jelas dan benar tentang penyakitnya.

Kriteria Hasil : Pasien mengetahui tentang proses penyakit, diet, perawatan dan pengobatannya dan dapat menjelaskan kembali bila ditanya. Pasien dapat melakukan perawatan diri sendiri berdasarkan pengetahuan yang diperoleh.

Rencana Tindakan :

- a) Kaji tingkat pengetahuan pasien/keluarga tentang penyakit DM dan Ca. Nasofaring, Rasional : Untuk memberikan informasi pada pasien/ keluarga, perawat perlu mengetahui sejauh mana informasi atau pengetahuan yang diketahui pasien/keluarga.
 - b) Kaji latar belakang pendidikan pasien. Rasional : Agar perawat dapat memberikan penjelasan dengan menggunakan kata-kata dan kalimat yang dapat dimengerti pasien sesuai tingkat pendidikan pasien.
 - c) Jelaskan tentang proses penyakit, diet, perawatan dan pengobatan pada pasien dengan bahasa dan kata-kata yang mudah dimengerti. Rasional : Agar informasi dapat diterima dengan mudah dan tepat sehingga tidak menimbulkan kesalahpahaman.
 - d) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan, manfaatnya bagi pasien dan libatkan pasien didalamnya. Rasional : Dengan penjelasan yang ada dan ikut secara langsung dalam tindakan yang dilakukan, pasien akan lebih kooperatif dan cemasnya berkurang.
 - e) Gunakan gambar-gambar dalam memberikan penjelasan (jika ada / memungkinkan). Rasional : Gambar-gambar dapat membantu mengingat penjelasan yang telah diberikan.
- 4) Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake makanan yang kurang.
- Tujuan : Kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi
- Kriteria hasil : Berat badan dan tinggi badan ideal, Pasien mematuhi dietnya, Kadar gula darah dalam batas normal. Tidak ada tanda-tanda hiperglikemia/hipoglikemia.
- Rencana Tindakan :
- a) Kaji status nutrisi dan kebiasaan makan. Rasional : Untuk mengetahui tentang keadaan dan kebutuhan nutrisi pasien sehingga dapat diberikan tindakan dan pengaturan diet yang adekuat.
 - b) Anjurkan pasien untuk mematuhi diet yang telah diprogramkan. Rasional : Kepatuhan terhadap diet dapat mencegah komplikasi terjadinya hipoglikemia/hiperglikemia.
 - c) Timbang berat badan setiap seminggu sekali. Rasional : Mengetahui perkembangan berat badan pasien (berat badan merupakan salah satu indikasi untuk menentukan diet).

- d) Identifikasi perubahan pola makan. Rasional : Mengetahui apakah pasien telah melaksanakan program diet yang ditetapkan.
- e) Kerja sama dengan tim kesehatan lain untuk pemberian insulin dan diet diabetik. Rasional : Pemberian insulin akan meningkatkan pemasukan glukosa ke dalam jaringan sehingga gula darah menurun, pemberian diet yang sesuai dapat mempercepat penurunan gula darah dan mencegah komplikasi.

III. KANKER PARU

A. Tujuan Pembelajaran umum

Setelah menyelesaikan materi ketiga Topik 2 ini di harapkan Anda mampu memberikan asuhan keperawatan pasien dengan Kanker Paru.

B. Tujuan pembelajaran khusus

Setelah menyelesaikan materi kedua Topik 2 ini diharapkan Anda mampu menjelaskan: 1) Pengertian Kanker Paru, 2) Penyebab Kanker Paru, 3) Pathofisiologi Kanker Paru, 4) Managemen Medis Kanker Paru, 5) Managemen Keperawatan

C. Pokok-Pokok Materi

Dalam materi ketiga Topik 2 ini Anda akan mempelajari materi tentang Asuhan Keperawatan pada gangguan system Pernafasan Kanker paru yang meliputi ;

- 1. Pengertian
- 2. Etiologi
- 3. Pathofisiologi
- 4. Managemen medis
- 5. Managemen Keperawatan

D. Uraian Materi

Pernahkah Anda mendengar kata Kanker sebelum ini ? dibawah ini adalah salah satu pengertian penyakit pada saluran pernafasan yaitu Kanker paru, sekarang Anda perhatikan dan pelajari materi dibawah ini.

1. Pengertian

Anda cermati beberapa pengertian kanker paru dibawah ini ;

- a) Kanker paru merupakan keganasan pada jaringan paru (Price, Patofisiologi, 1995).
- b) Kanker paru merupakan abnormalitas dari sel – sel yang mengalami proliferasi dalam paru (Underwood, Patologi, 2000).
- c) Kanker paru-paru adalah pertumbuhan sel kanker yang tidak terkendali dalm jaringan paru-paru dapat disebabkan oleh sejumlah karsinogen, lingkungan, terutama asap rokok.(Suryo, 2010)

2. Etiologi

a. Merokok

Asap tembakau mengandung lebih dari 4,000 senyawa-senyawa kimia, banyak darinya telah ditunjukkan menyebabkan kanker, atau karsinogen. Dua karsinogenik-karsinogenik utama didalam asap tembakau adalah kimia-kimia yang dikenal sebagai nitrosamines dan polycyclic aromatic hydrocarbons.

b. Merokok Pasif

Pekerja-pekerja asbes yang tidak merokok mempunyai suatu risiko sebesar lima kali mengembangkan kanker paru daripada bukan perokok, dan pekerja-pekerja asbes yang merokok mempunyai suatu risiko sebesar 50 sampai 90 kali lebih besar daripada bukan perokok.

c. Radon Gas

Radon gas adalah suatu gas mulia secara kimia dan alami yang adalah suatu pemecahan produk uranium alami (Produk radio aktif). Ia pecah/hancur membentuk produk-produk yang mengemisi suatu tipe radiasi yang mengionisasi. Radon gas adalah suatu penyebab kanker paru yang dikenal, dengan suatu estimasi 12% dari kematian-kematian kanker paru diakibatkan oleh radon gas.

d. Kecenderungan Keluarga

Penelitian akhir-akhir ini telah melokalisir suatu daerah pada lengan panjang dari kromosom manusia nomor 6 yang kemungkinan mengandung suatu gen yang memberikan suatu kepekaan yang meningkat mengembangkan kanker paru pada perokok-perokok.

e. Penyakit-Penyakit Paru

Kehadiran penyakit-penyakit paru tertentu, khususnya chronic obstructive pulmonary disease (COPD), dikaitkan dengan suatu risiko yang meningkat sedikit (empat sampai enam kali risiko dari seorang bukan perokok) untuk mengembangkan kanker paru bahkan setelah efek-efek dari menghisap rokok serentak telah ditiadakan.

f. Sejarah Kanker Paru sebelumnya

Orang-orang yang selamat dari kanker paru mempunyai suatu risiko yang lebih besar daripada populasi umum mengembangkan suatu kanker paru kedua. Orang-orang yang selamat dari non-small cell lung cancers (NSCLCs, lihat dibawah) mempunyai suatu risiko tambahan dari 1%-2% per tahun mengembangkan suatu kanker paru kedua. Pada orang-orang yang selamat dari small cell lung cancers (SCLCs), risiko mengembangkan kanker-kanker kedua mendekati 6% per tahun.

g. Polusi Udara

Polusi udara dari kendaraan-kendaraan, industri, dan tempat-tempat pembangkit tenaga (listrik) dapat meningkatkan kemungkinan mengembangkan kanker paru pada individu-individu yang terpapar. Sampai 1% dari kematian-kematian kanker paru disebabkan

oleh pernapasan udara yang terpolusi, dan ahli-ahli percaya bahwa paparan yang memanjang (lama) pada udara yang terpolusi sangat tinggi dapat membawa suatu risiko serupa dengan yang dari merokok pasif untuk mengembangkan kanker paru.

3. Patofisiologi

Dari etiologi yang menyerang percabangan segmen/ sub bronkus menyebabkan cilia hilang dan deskuamasi sehingga terjadi pengendapan karsinogen. Dengan adanya pengendapan karsinogen maka menyebabkan metaplasia, hyperplasia dan displasia. Bila lesi perifer yang disebabkan oleh metaplasia, hyperplasia dan displasia menembus ruang pleura, biasa timbul efusi pleura, dan bisa diikuti invasi langsung pada kosta dan korpus vertebra. Lesi yang letaknya sentral berasal dari salah satu cabang bronkus yang terbesar. Lesi ini menyebabkan obstruksi dan ulserasi bronkus dengan diikuti dengan supurasi di bagian distal. Gejala-gejala yang timbul dapat berupa batuk, hemoptysis, dispneu, demam, dan dingin. Wheezing unilateral dapat terdengar pada auskultasi. Pada stadium lanjut, penurunan berat badan biasanya menunjukkan adanya metastase, khususnya pada hati. Kanker paru dapat bermetastase ke struktur-struktur terdekat seperti kelenjar limfe, dinding esofagus, pericardium, otak, tulang rangka

4. Manajemen Medis

a. Pemeriksaan Diagnostik

- 1) Radiologi ; Foto thorax posterior – anterior (PA) dan lateral serta Tomografi dada.
- 2) Bronkhografi ; Untuk melihat tumor di percabangan bronkus.
- 3) Laboratorium (Sitologi sputum, pleural, atau nodus limfe, Pemeriksaan fungsi paru dan GDA, Tes kulit, jumlah absolute limfosit)
- 4) Histopatologi (Bronkoskopi, Biopsi Trans Thorakal (TTB), Torakoskopi, Mediastinosopi, Torakotomi.
- 5) CT-Scanning, MRI

b. Pembedahan.

Tujuan pada pembedahan kanker paru sama seperti penyakit paru lain, untuk mengangkat semua jaringan yang sakit sementara mempertahankan sebanyak mungkin fungsi paru-paru yang tidak terkena kanker.

- 1) Toraktomi eksplorasi ; Untuk mengkonfirmasi diagnosa tersangka penyakit paru atau toraks khususnya karsinoma, untuk melakukan biopsy.
- 2) Pneumonektomi ; pengangkatan paru,
- 3) Lobektomi ; pengangkatan lobus paru
- 4) Radiasi ; Pada beberapa kasus, radioterapi dilakukan sebagai pengobatan kuratif dan bisa juga sebagai terapi adjuvant/paliatif pada tumor dengan komplikasi, seperti mengurangi efek obstruksi/penekanan terhadap pembuluh darah bronkus.

- 5) Kemoterapi. : Kemoterapi digunakan untuk mengganggu pola pertumbuhan tumor, untuk menangani pasien dengan tumor paru sel kecil atau dengan metastasi luas serta untuk melengkapi bedah atau terapi radiasi.

5. Managemen Keperawatan

a. Pengkajian

Preoperasi (Doenges, Rencana Asuhan Keperawatan, 1999).

Aktivitas/ istirahat; Kelemahan, ketidakmampuan mempertahankan kebiasaan rutin, dispnea karena aktivitas, Kelesuan

Sirkulasi. : obstruksi vena kava, Bunyi jantung : gesekan pericardial, Takikardi/ disritmia, Integritas ego : Perasaan takut, Takut hasil pembedahan, Menolak kondisi yang berat/ potensi keganasan, Kegelisahan, insomnia, pertanyaan yang diulang – ulang.

Eliminasi ; Diare yang hilang timbul, Peningkatan frekuensi/jumlah urine

Makanan/ cairan ; Penurunan berat badan, nafsu makan buruk, penurunan masukan makanan, Kesulitan menelan, Haus/peningkatan masukan cairan, Kurus, Edema wajah/ leher, dada punggung (obstruksi vena kava), edema wajah/periorbital)

Nyeri/ kenyamanan ; Nyeri dada (tidak biasanya ada pada tahap dini dan tidak selalu pada tahap lanjut) dimana dapat/ tidak dapat dipengaruhi oleh perubahan posisi, Nyeri bahu/ tangan (khususnya pada sel besar atau adenokarsinoma)

Pernafasan ; Batuk ringan atau perubahan pola batuk dari biasanya dan atau produksi sputum, Nafas pendek, Serak, paralysis pita suara. Dispnea, Peningkatan fremitus taktil, Krekels/ mengi pada inspirasi atau ekspirasi, Hemoptisis.

Pascaoperasi (Doenges, Rencana Asuhan Keperawatan, 1999)

Karakteristik dan kedalaman pernafasan dan warna kulit pasien, Frekuensi dan irama jantung, Pemeriksaan laboratorium yang terkait (GDA. Elektrolit serum, Hb dan Ht), Pemantauan tekanan vena sentral, Status nutrisi. Status mobilisasi ekstremitas khususnya ekstremitas atas di sisi yang di operasi. Kondisi dan karakteristik water seal drainase.

b. Diagnose keperawatan dan rencana keperawatan

- 1) Kerusakan pertukaran gasberhubungan dengan Hipoventilasi.

Tujuan ; Menunjukkan perbaikan ventilasi dan oksigenasi adekuat dengan GDA dalam rentang normal dan bebas gejala distress pernafasan.

Intervensi :

- a) Kaji status pernafasan dengan sering, catat peningkatan frekuensi atau upaya pernafasan atau perubahan pola nafas. Rasional Dispnea merupakan mekanisme kompensasi adanya tahanan jalan nafas
- b) Catat ada atau tidak adanya bunyi tambahan dan adanya bunyi tambahan, misalnya krekels, mengi, **Rasional** : Bunyi nafas dapat menurun, tidak sama atau tak ada pada area yang sakit. Krekels adalah bukti peningkatan cairan dalam

area jaringan sebagai akibat peningkatan permeabilitas membrane alveolar-kapiler. Mengi adalah bukti adanya tahanan atau penyempitan jalan nafas sehubungan dengan mukus/ edema serta tumor.

- c) Kaji adanya sianosis, **Rasional** : Penurunan oksigenasi bermakna terjadi sebelum sianosis. Sianosis sentral dari “organ” hangat contoh, lidah, bibir dan daun telinga adalah paling indikatif.
 - d) Kolaborasi pemberian oksigen lembab sesuai indikasi, **Rasional** : Memaksimalkan sediaan oksigen untuk pertukaran.
 - e) Awasi atau gambarkan seri GDA, **Rasional** : Menunjukkan ventilasi atau oksigenasi. Digunakan sebagai dasar evaluasi keefektifan terapi atau indikator kebutuhan perubahan terapi.
- 2) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan Kehilangan fungsi silia jalan nafas, Peningkatan jumlah/ viskositas sekret paru, Meningkatnya tahanan jalan nafas
Tujuan : Mempertahankan jalan nafas paten dengan bunyi nafas bersih, Mengeluarkan sekret tanpa kesulitan.
- Intervensi :**
- a) Catat perubahan upaya dan pola bernafas, **Rasional** : Penggunaan otot interkostal/ abdominal dan pelebaran nasal menunjukkan peningkatan upaya bernafas.
 - b) Observasi penurunan ekspansi dinding dada dan adanya, **Rasional** : Ekspansi dada terbatas atau tidak sama sehubungan dengan akumulasi cairan, edema, dan sekret dalam seksi lobus.
 - c) Catat karakteristik batuk (misalnya, menetap, efektif, tak efektif), juga produksi dan karakteristik sputum, **Rasional** : Karakteristik batuk dapat berubah tergantung pada penyebab/ etiologi gagal pernafasan. Sputum bila ada mungkin banyak, kental, berdarah, adan/ atau puulen.
 - d) Pertahankan posisi tubuh/ kepala tepat dan gunakan alat jalan nafas sesuai kebutuhan, **Rasional** : Memudahkan memelihara jalan nafas atas paten bila jalan nafas pasein dipengaruhi.
 - e) Kolaborasi pemberian bronkodilator, contoh aminofilin, albuterol dll. Awasi untuk efek samping merugikan dari obat, contoh takikardi, hipertensi, tremor, insomnia, **Rasional** : Obat diberikan untuk menghilangkan spasme bronkus, menurunkan viskositas sekret, memperbaiki ventilasi, dan memudahkan pembuangan sekret. Memerlukan perubahan dosis/ pilihan obat.
- 3) Ketakutan/Anxietas berhubungan dengan Krisis situasi, Ancaman untuk/ perubahan status kesehatan, takut mati, Faktor psikologis.
Tujuan ; Tampak rileks dan melaporkan ansietas menurun sampai tingkat dapat diatangani, Menunjukkan pemecahan masalah dan penggunaan sumber efektif.

Intervensi :

- a) Observasi peningkatan gelisah, emosi labil, **Rasional** : Memburuknya penyakit dapat menyebabkan atau meningkatkan ansietas.
 - b) Pertahankan lingkungan tenang dengan sedikit rangsangan, **Rasional** : Menurunkan ansietas dengan meningkatkan relaksasi dan penghematan energi.
 - c) Tunjukkan/ Bantu dengan teknik relaksasi, meditasi, bimbingan imajinasi, **Rasional** : Memberikan kesempatan untuk pasien menangani ansietasnya sendiri dan merasa terkontrol.
 - d) Identifikasi perspsi klien terhadap ancaman yang ada oleh situasi, **Rasional** : Membantu pengenalan ansietas/ takut dan mengidentifikasi tindakan yang dapat membantu untuk individu.
 - e) Dorong pasien untuk mengakui dan menyatakan perasaan, **Rasional** : Langkah awal dalam mengatasi perasaan adalah terhadap identifikasi dan ekspresi. Mendorong penerimaan situasi dan kemampuan diri untuk mengatasi.
- 4) Kurang pengetahuan mengenai kondisi, tindakan, prognosis berhubungan dengan Kurang informasi, Kesalahan interpretasi informasi, Kurang mengingat.
Tujuan ; Menjelaskan hubungan antara proses penyakit dan terapi, Menggambarkan/ menyatakan diet, obat, dan program aktivitas, Mengidentifikasi dengan benar tanda dan gejala yang memerlukan perhatian medik.

Intervensi :

- a) Dorong belajar untuk memenuhi kebutuhan pasien. Beri informasi dalam cara yang jelas/ ringkas, **Rasional** : Sembuh dari gangguan gagal paru dapat sangat menghambat lingkup perhatian pasien, konsentrasi dan energi untuk penerimaan informasi/ tugas baru.
 - b) Berikan informasi verbal dan tertulis tentang obat, **Rasional** : Pemberian instruksi penggunaan obat yang aman memungkinkan pasien untuk mengikuti dengan tepat program pengobatan.
 - c) Kaji konseling nutrisi tentang rencana makan; k ebutuhan makanan kalori tinggi, **Rasional** : Pasien dengan masalah pernafasan berat biasanya mengalami penurunan berat badan dan anoreksia sehingga memerlukan peningkatan nutrisi untuk menyembuhkan.
 - d) Berikan pedoman untuk aktivitas, **Rasional** : Pasien harus menghindari untuk terlalu lelah dan mengimbangi periode istirahat dan aktivitas untuk meningkatkan regangan/ stamina dan mencegah konsumsi/ kebutuhan oksigen berlebihan.
- 5) Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan Pengangkatan jaringan paru, Gangguan suplai oksigen, Penurunan kapasitas pembawa oksigen darah (kehilangan darah).
Tujuan ; Menunjukkan perbaikan ventilasi dan oksigenasi jaringan adekuat dengan GDA dalam rentang normal, Bebas gejala distress pernafasan.

Intervensi :

- a) Catat frekuensi, kedalaman dan kemudahan pernafasan. Observasi penggunaan otot bantu, nafas bibir, perubahan kulit/ membran mukosa, **Rasional** : Pernafasan meningkat sebagai akibat nyeri atau sebagai mekanisme kompensasi awal terhadap hilangnya jaringan paru.
 - b) Auskultasi paru untuk gerakam udara dan bunyi nafas tak normal, **Rasional** : Konsolidasi dan kurangnya gerakan udara pada sisi yang dioperasi normal pada pasien pneumonotomi. Namun, pasien lubektomi harus menunjukkan aliran udara normal pada lobus yang masih ada.
 - c) Pertahankan kepatenan jalan nafas pasien dengan memberikan posisi, penghisapan, dan penggunaan alat, **Rasional** : Obstruksi jalan nafas mempengaruhi ventilasi, mengganggu pertukaran gas.
 - d) Ubah posisi dengan sering, letakkan pasien pada posisi duduk juga telentang sampai posisi miring, **Rasional** : Memaksimalkan ekspansi paru dan drainase sekret.
 - e) Dorong/ bantu dengan latihan nafas dalam dan nafas bibir dengan tepat, **Rasional** : Meningkatkan ventilasi maksimal dan oksigenasi dan menurunkan/ mencegah atelektasis.
- 6) Nyeri (akut) berhubungan dengan Insisi bedah, trauma jaringan, dan gangguan saraf internal, Adanya selang dada, Invasi kanker ke pleura, dinding dada
Tujuan ; Melaporkan nyeri hilang/ terkontrol, Tampak rileks dan tidur/ istirahat dengan baik, Berpartisipasi dalam aktivitas yang diinginkan/ dibutuhkan.

Intervensi :

- a) Tanyakan pasien tentang nyeri. Tentukan karakteristik nyeri. Buat rentang intensitas pada skala 0 – 10, **Rasional** : Membantu dalam evaluasi gejala nyeri karena kanker. Penggunaan skala rentang membantu pasien dalam mengkaji tingkat nyeri dan memberikan alat untuk evaluasi keefektifan analgesic, meningkatkan control nyeri.
- b) Kaji pernyataan verbal dan non-verbal nyeri pasien, **Rasional** : Ketidaksesuaian antar petunjuk verbal/ non verbal dapat memberikan petunjuk derajat nyeri, kebutuhan/ keefektifan intervensi.
- c) Catat kemungkinan penyebab nyeri patofisiologi dan psikologi, **Rasional** : Insisi posterolateral lebih tidak nyaman untuk pasien dari pada insisi anterolateral. Selain itu takut, distress, ansietas dan kehilangan sesuai diagnosa kanker dapat mengganggu kemampuan mengatasinya.
- d) Dorong menyatakan perasaan tentang nyeri, **Rasional** : Takut/ masalah dapat meningkatkan tegangan otot dan menurunkan ambang persepsi nyeri.
- e) Berikan tindakan kenyamanan. Dorong dan ajarkan penggunaan teknik relaksasi, Meningkatkan relaksasi dan pengalihan perhatian.

Ringkasan

Secara anatomi tumor laring dibagi atas tiga bagian yaitu 1) supra glotis ; tumor pada plika ventrikularis, aritenoid, epiglotis dan sinus piriformis, 2) Glotis : tumor pada korda vokalis, 3) Subglotis : tumor dibawah korda vokalis.

Patofisiologi

Karsinoma laring banyak dijumpai pada usia lanjut diatas 40 tahun. Kebanyakan pada orang laki-laki. Hal ini mungkin berkaitan dengan kebiasaan merokok, bekerja dengan debu serbuk kayu, kimia toksik atau serbuk, logam berat. Bagaimana terjadinya belum diketahui secara pasti oleh para ahli. Kanker kepala dan leher menyebabkan 5,5% dari semua penyakit keganasan. Terutama neoplasma laringeal 95% adalah karsinoma sel skuamosa. Bila kanker terbatas pada pita suara (intrinsik) menyebar dengan lambat. Pita suara miskin akan pembuluh limfe sehingga tidak terjadi metastase kearah kelenjar limfe. Bila kanker melibatkan epiglotis (ekstrinsik) metastase lebih umum terjadi. Tumor supraglotis dan subglotis harus cukup besar, sebelum mengenai pita suara sehingga mengakibatkan suara serak. Tumor pita suara yang sejati terjadi lebih dini biasanya pada waktu pita suara masih dapat digerakan.

Managemen medis

Diagnostic studies : Sinar X dada, Scan tulang, untuk mengidentifikasi kemungkinan metastase. Darah lengkap, dapat menyatakan anemi yang merupakan masalah umum. Laringografi dapat dilakukan dengan kontras untuk pemeriksaan pembuluh darah dan pembuluh limfe., Kemudian laring diperiksa dengan anestesi umum dan dilakukan biopsi pada tumor. Gigi yang berlubang, sebaiknya dicabut pada saat yang sama.

Therapi : Pada kasus karsinoma laring dapat dilakukan pengobatan dengan radiasi dan pengangkatan laring (Laringektomi). Pengobatan dipilih berdasar stadiumnya. Radiasi diberikan pada stadium 1 dan 4.

Managemen keperawatan

Pengkajian : Data pre dan posoperasi tergantung pada tipe kusus atau lokasi proses kanker dan koplikasi yang ada.

Integritas ego ; Gejala : Perasaan takut akan kehilangan suara, mati, terjadi atau berulangnya kanker. Kwatir bila pembedahan mempengaruhi hubungan keluarga, kemampuan kerja dan keuangan. Tanda : Ansietas, depresi, marah dan menolak operasi.

Makanan atau cairan ; Kesulitan menelan, mudah tersedak, sakit menelan, sakit tenggorok yang menetap. Bengkak, luka. Inflamasi atau drainase oral, kebersihan gigi buruk. Pembengkakan lidah dan gangguan gag reflek.

Higiene : kemunduran kebersihan gigi. Kebutuhan bantuan perawatan dasar.

Neurosensori ; Diplopia (penglihatan ganda), ketulian Hemiparesis wajah (keterlibatan parotid dan submandibular). Parau menetap atau kehilangan suara (gejala dominan dan dini kanker laring intrinsik). Kesulitan menelan. Kerusakan membran mukosa.

Nyeri atau kenyamanan ; Sakit tenggorok kronis, benjolan pada tenggorok. Penyebaran nyeri ke telinga, nyeri wajah (tahap akhir, kemungkinan metastase). Nyeri atau rasa terbakar dengan pembengkakan (khususnya dengan cairan panas), nyeri lokal pada orofaring. Pascaoperasi : Sakit tenggorok atau mulut (nyeri biasanya tidak dilaporkan kecuali nyeri yang berat menyertai pembedahan kepala dan leher, dibandingkan dengan nyeri sebelum pembedahan). Tanda : Perilaku berhati-hati, gelisah, nyeri wajah dan gangguan tonus otot.

Pernapasan ; Riwayat merokok atau mengunyah tembakau. Bekerja dengan debu serbuk kayu, kimia toksik atau serbuk, dan logam berat. Riwayat penyakit paru kronik. Batuk dengan atau tanpa sputum. Drainase darah pada nasal. Tanda : Sputum dengan darah, hemoptisis, dispnoe (lanjut), dan stridor.

Diagnose keperawatan ; 1) Ansietas berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang pra dan pascaoperasi dan takut akan kecacatan, 2) Menolak operasi berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang prosedur pre dan pascaoperasi, kecemasan, ketakutan akan kecacatan dan ancaman kematian, 3) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan pengangkatan sebagian atau seluruh glotis, gangguan kemampuan untuk bernapas, batuk dan menelan, serta sekresi banyak dan kental, 4) Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan defisit anatomi (pengangkatan batang suara) dan hambatan fisik (selang trakeostomi), 5) Nyeri akut berhubungan dengan insisi bedah, pembengkakan jaringan, adanya selang nasogastrik atau orogastrik.

Secara anatomi tumor nasopharing Karsinoma Nasofaring adalah tumor ganas yang berasal dari epitel mukosa nasofaring atau kelenjar yang terdapat di nasofaring. Carcinoma Nasofaring merupakan karsinoma yang paling banyak terjadi pada sistem Telinga Hidung Tenggorokan(THT).

Gambaran klinik ; Pilek dari satu atau kedua lubang hidung yang terus-menerus/kronik, Lendir dapat bercampur darah atau nanah yang berbau, Epistaksis dapat sedikit atau banyak dan berulang, Dapat juga hanya berupa riak campur darah, Obstruksio nasi unilateral atau bilateral bila tumor tumbuh secara eksofilik, Kurang pendengaran, Tinitus, OMP.

- Managemen medis
- Pemeriksaan Rinoskopia anterior
- Faringoskopi dan laringoskopi

Penatalaksanaan :

Terapi utama : Radiasi/Radioterapi → ditekankan pada penggunaan megavoltage dan pengaturan dengan komputer (4000 – 6000 R)

Managemen keperawatan

Pengkajian :

Aktivitas/istirahat ; Kelemahan dan / atau kelelahan. Perubahan pada pola istirahat / jam tidur karena keringat berlegih, nyeri atau ansietas.

Integritas Ego : Faktor stress (perubahan peran atau keuangan)., Cara mengatasi stress (keyakinan/religius). Perubahan penampilan.

- Makanan/cairan ; Kebiasaan diet buruk (Bahan Pengawet)

- Neurosensori ; Pusing atau sinkop
- Pernafasan ; Pemajanan bahan aditif
- Interaksi sosial ;Kelemahan sistem pendukung
- Pembelajaran ; Riwayat kanker pada keluarga

Diagnose keperawatan : 1) Gangguan pola tidur berhubungan dengan rasa nyeri pada kepala, 2) Cemas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya, 3) Kurangnya pengetahuan tentang proses penyakit, diet, perawatan dan pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi, 4) Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake makanan yang kurang.

Kanker paru merupakan keganasan pada jaringan paru (Price, Patofisiologi, 1995), Kanker paru merupakan abnormalitas dari sel – sel yang mengalami proliferasi dalam paru (Underwood, Patologi, 2000), Kanker paru-paru adalah pertumbuhan sel kanker yang tidak terkendali dalm jaringan paru-paru dapat disebabkan oleh sejumlah karsinogen, lingkungan, terutama asap rokok.(Suryo, 2010)

Etiologi

Merokok, Radon Gas, Penyakit-Penyakit Paru, Polusi Udara,

Patofisiologi Dari etiologi yang menyerang percabangan segmen/ sub bronkus menyebabkan cilia hilang dan deskuamasi sehingga terjadi pengendapan karsinogen. Dengan adanya pengendapan karsinogen maka menyebabkan metaplasia,hyperplasia dan displasia. Bila lesi perifer yang disebabkan oleh metaplasia, hyperplasia dan displasia menembus ruang pleura, biasa timbul efusi pleura, dan bisa diikuti invasi langsung pada kosta dan korpus vertebra. Lesi yang letaknya sentral berasal dari salah satu cabang bronkus yang terbesar. Lesi ini menyebabkan obstruksi dan ulserasi bronkus dengan diikuti dengan supurasi di bagian distal.

Managemen medis

Pemeriksaan Diagnostik :

Radiologi ; laboratorium (Sitologi sputum, pleural, atau nodus limfe,Pemeriksaan fungsi paru dan GDA, Tes kulit, jumlah absolute limfosit), Histopatologi (Bronkoskopi, Biopsi Trans Thorakal (TTB), Torakoskopi, Mediastinosopi, Torakotomi, CT-Scanning, MRI.

Therapy Pembedahan.

Tujuan pada pembedahan kanker paru untuk mengangkat semua jaringan yang sakit sementara mempertahankan sebanyak mungkin fungsi paru –paru yang tidak terkena kanker ; Toraktomi eksplorasi, Pneumonektomi, Lobektomi, Radiasi ; (radioterapi dilakukan sebagai pengobatan kuratif dan bisa juga sebagai terapi adjuvant/paliatif pada tumor dengan komplikasi, seperti mengurangi efek obstruksi /penekanan terhadap pembuluh darah bronkus), Kemoterapi. : Kemoterapi digunakan untuk mengganggu pola pertumbuhan tumor,

untuk menangani pasien dengan tumor paru sel kecil atau dengan metastasi luas serta untuk melengkapi bedah atau terapi radiasi.

Managemen keperawatan

Pengkajian ;

Preoperasi (Doenges, Rencana Asuhan Keperawatan,1999).

Aktivitas/ istirahat; Kelemahan, ketidakmampuan mempertahankan kebiasaan rutin, dispnea karena aktivitas, Kelesuan

Sirkulasi. : obstruksi vana kava, Bunyi jantung : gesekan pericardial, Takikardi/ disritmia, Integritas ego : Perasaan takut, Takut hasil pembedahan, Menolak kondisi yang berat/ potensi keganasan, Kegelisahan, insomnia, pertanyaan yang diulang – ulang.

Eliminasi ; Diare yang hilang timbul, Peningkatan frekuensi/jumlah urine

Makanan/ cairan ; Penurunan berat badan, nafsu makan buruk, penurunan masukan makanan, Kesulitan menelan, Haus/peningkatan masukan cairan, Kurus, Edema wajah/ leher, dada punggung (obstruksi vena kava), edema wajah/periorbital)

Nyeri/ kenyamanan ; Nyeri dada (tidak biasanya ada pada tahap dini dan tidak selalu pada tahap lanjut) dimana dapat/ tidak dapat dipengaruhi oleh perubahan posisi, Nyeri bahu/ tangan (khususnya pada sel besar atau adenokarsinoma)

Pernafasan ; Batuk ringan atau perubahan pola batuk dari biasanya dan atau produksi sputum, Nafas pendek, Serak, paralysis pita suara. Dispnea, Peningkatan fremitus taktil, Krekels/ mengi pada inspirasi atau ekspirasi, Hemoptisis.

Pascaoperasi (Doenges, Rencana Asuhan Keperawatan, 1999)

Karakteristik dan kedalaman pernafasan dan warna kulit pasien, Frekuensi dan irama jantung, Pemeriksaan laboratorium yang terkait (GDA. Elektolit serum, Hb dan Ht), Pemantauan tekanan vena sentral, Status nutrisi. Status mobilisasi ekstremitas khususnya ekstremitas atas di sisi yang di operasi. Kondisi dan karakteristik water seal drainase.

Diagnosa keperawatan : 1) Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan Hipoventilasi, 2) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan Kehilangan fungsi silia jalan nafas, Peningkatan jumlah/ viskositas sekret paru, Meningkatnya tahanan jalan nafas, 3) Ketakutan/Anxietas berhubungan dengan Krisis situasi, Ancaman untuk/ perubahan status kesehatan, takut mati, Faktor psikologis 4) Kurang pengetahuan mengenai kondisi, tindakan, prognosis berhubungan dengan Kurang informasi, Kesalahan interpretasi informasi, Kurang mengingat, 5) Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan Pengangkatan jaringan paru, Gangguan suplai oksigen, Penurunan kapasitas pembawa oksigen darah (kehilangan darah), 6) Nyeri (akut) berhubungan dengan Insisi bedah, trauma jaringan, dan gangguan saraf internal, Adanya selang dada, Invasi kanker ke pleura, dinding dada.

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Kanker Paru
 - A. Kanker yg berasal dan terjadi pada satu atau kedua paru.
 - B. Umumnya bermula pada satu paru, kelenjar limfa, pleura paru yg satunya
 - C. Metastase
 - D. Cepat : mengenai otak, tulang, hati, dsb

- 2) Pada dasarnya kanker dapat terjadi karena hal berikut, kecuali
 - A. Mutasi pada proto onkogen – perubahan pada protein yg dihasilkan.
 - B. Produk yang berkurang dari onkogen normal.
 - C. Penyisipan onkogen dari virus onkogenik.
 - D. Aktivasi protoonkogen enhancer virus onkogenik.

- 3) Penyebab kanker paru yang sering adalah
 - A. Merokok
 - B. Perokok Pasif
 - C. Radon Gas
 - D. Kecenderungan Keluarga

- 4) Pembedahan pada pasien dengan kanker paru adalah
 - A. Toraktomi eksplorasi
 - B. Pneumonektomi
 - C. Lobektomi
 - D. Radiasi

- 5) Diagnosa keperawatan yang dapat terjadi pada kanker paru adalah
 - A. Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan Hipoventilasi.
 - B. Nyeri (akut) berhubungan dengan Insisi bedah, trauma jaringan, dan gangguan saraf internal, Adanya selang dada, Invasi kanker ke pleura, dinding dada
 - C. Ketakutan/Anxietas berhubungan dengan Krisis situasi, Ancaman untuk/perubahan status kesehatan, takut mati, Faktor psikologis.
 - D. Kurang pengetahuan mengenai kondisi, tindakan, prognosis berhubungan dengan Kurang informasi, Kesalahan interpretasi informasi, Kurang mengingat.

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Tes 2

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Daftar Pustaka

Doenges, Marilyn E, (1999), **Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien**, Edisi 3, EGC, Jakarta

Long, Barbara C, (1996), **Perawatan Medikal Bedah; Suatu Pendekatan Proses Holistik**, Yayasan Ikatan Alumni Pendidikan Keperawatan Padjajaran, Bandung.

Suyono, Slamet, (2001), **Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam**, Jilid II, Edisi 3, Balai Penerbit FKUI, Jakarta.

Underwood, J.C.E, (1999), **Patologi Umum dan Sistemik**, Edisi 2, EGC, Jakarta

BAB VI

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN PENCERNAAN

Moh. Najib, SKP, MSc.

PENDAHULUAN

Setelah Anda mempelajari bab ke 5 sekarang Anda akan mulai mempelajari bab yang ke 6 membahas tentang Asuhan Keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem pencernaan. Bab ini sangat penting untuk Anda pelajari karena Keperawatan merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan dalam memasuki era baru yang ditandai dengan tuntutan masyarakat terhadap pelayanan keperawatan yang semakin komplek, dengan beralihnya perawatan kesehatan dari rumah sakit ke lingkungan komunitas, kelompok dan rumah dalam usaha untuk menurunkan biaya perawatan kesehatan maka profesi keperawatan dihadapkan pada respons akan kebutuhan dan perubahan.

Sebagaimana perawat berurusan dengan perubahan dalam sistem kesehatan, perawat juga diminta untuk berespon terhadap perubahan yang berhubungan dengan kemajuan teknologi dan ilmu pengetahuan dalam perawatan kesehatan. Meskipun peran perawat terhadap perawatan pasien telah diketahui di masa lalu, kebutuhan perawat untuk berperan aktif dan lebih nyata dalam mempengaruhi kebijakan sosial yang berhubungan dengan kesehatan pada tingkat lokal dan nasional, menjadi semakin penting dengan peningkatan penyakit degeneratif dan penyakit infeksi pada sistem pencernaan seperti gastritis, thypus abdominalis, gastroenteritis, hepatitis, colitis ulseratif; penyakit keganasan seperti kanker lambung, kanker colorektal, kanker hati dan trauma abdomen. Dengan meningkatnya angka kesakitan pada system pencernaan , maka peran perawat menjadi lebih komplek dalam upaya peningkatan kesehatan, pencegahan serta pengobatan bagi yang telah menderita sakit.

bab ini berisi tiga kegiatan pembelajaran Asuhan Keperawatan pada pasien dengan gangguan system pencernaan antara lain :

Topik 1 : Asuhan keperawatan pada pasien dengan Gastritis dan thypus abdominalis

Topik 2 : Asuhan keperawatan pada pasien dengan hepatitis,

Topik 3 : Asuhan keperawatan pada pasien dengan colitis ulseratif dan Gastroenteritis

Setelah mempelajari modul ini Anda dapat melaksanakan asuhan keperawatan pasien dengan gangguan system pencernaan yang meliputi : pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan tindakan keperawatan dan mengevaluasi hasil tindakan asuhan keperawatan pada pasien gangguan system pencernaan

Proses pembelajaran untuk materi asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem pencernaan adalah sebagai berikut :

1. Dapat menjelaskan anatomi dan fisiologi sistem pencernaan

2. Dapat menjelaskan patofisiologi sistem pencernaan
3. Dapat menjelaskan farmakologi obat-obatan pada sistem pencernaan
4. Dapat melaksanakan pemeriksaan fisik sistem pencernaan
5. melaksanakan proses asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penentuan diagnosa, merencanakan tindakan dan evaluasi keperawatan.

Keberhasilan proses pembelajaran Anda dalam mata kuliah ini sangat tergantung kepada kesungguhan Anda dalam mengerjakan latihan. Untuk itu, berlatihlah secara mandiri atau berkelompok dengan teman sejawat.

Bila anda menemui kesulitan, silahkan hubungi instruktur pembimbing atau fasilitator yang mengajar mata kuliah ini.

Pada setiap akhir Topik disajikan soal-soal test yang harus Anda kerjakan secara tuntas untuk mengetahui tingkat penguasaan Anda terhadap materi Topik. Apabila semua soal tes sudah selesai Anda kerjakan, periksalah jawaban anda dengan menggunakan kunci yang disediakan pada bagian akhir bab ini.

Baiklah selamat belajar bagi Anda dengan pembelajaran jarak jauh, semoga Anda sukses memahami pengetahuan yang diuraikan dalam mata kuliah ini.

Topik 1

Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gastritis dan Typus Abdominalis

I. GASTRITIS

A. Tujuan Pembelajaran umum

Setelah menyelesaikan materi Topik 1 ini di harapkan Anda mampu memberikan asuhan keperawatan pasien dengan Gastritis.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah menyelesaikan materi Topik 1 ini diharapkan Anda mampu menjelaskan : 1) Pengertian Gastritis, 2) Penyebab Gastritis, 3). Pathofisiologi Gastritis, 4) Managemen Medis Gastritis, 6) Managemen Keperawatan

C. Pokok-Pokok Materi

Dalam Topik 1 ini Anda akan mempelajari materi tentang Asuhan Keperawatan pada gangguan system Pencernaan gastritis yang meliputi :

1. Pengertian
2. Etiologi
3. Pathofisiologi
4. Managemen medis
5. Managemen Keperawatan

D. Uraian Materi

Pernahkah Anda mendengar, atau menolong pasien dengan Gastritis? Berikut ini akan kita pelajari materi asuhan keperawatan pasien dengan Gastritis.

1. Pengertian :

Apa pengertian dari gangguan system Pencernaan Gastritis ? Gastritis adalah Inflamasi lapisan lambung karena iritasi dari mukosa lambung (*LeMone & Burke, 2008*), sedangkan menurut *Brunner & Suddarth's(2009)* adalah Inflamasi mukosa gastrik/lambung Fisiologi (fungsi pencernaan & sekresi dan motorik)

Normalnya gaster dilindungi oleh barier mukosa gastrik dari HCl dan pepsin.

Barier mukosa gastrik meliputi :

- a. Lapisan impermiabel lipid hidrophobic → melindungi sel epitel gaster, mencegah difusi molekul yg larut air (alkohol dan aspirin bisa menembus lapisan ini).
- b. Sekresi Ion bicarbonat sebagai respon terhadap sekresi HCl, $\text{HCO}_3^- = \text{H}^+ \rightarrow$ mukosa gaster tetap intak. Prostaglandin support produksi HCO_3^- dan blood flow.

- c. Mukus gel, menjaga lapisan lambung dari pepsin dan menangkap HCO_3^- untuk menetralkan HCl, berfungsi juga sebagai pelumasan untuk mencegah kerusakan mekanik yang disebabkan isi lambung.

2. Etiologi

Penyebab gastritis akut adalah konsumsi alkohol dan obat anti inflamasi non steroid (NSAID) yang berkepanjangan, krisis medis akut seperti operasi besar, trauma, luka bakar dan infeksi berat. Penyebab gastritis kronis meliputi : infeksi *Helicobacter pylori*, refluk cairan empedu kronik, stres dan penyakit imun.

3. Patofisiologi

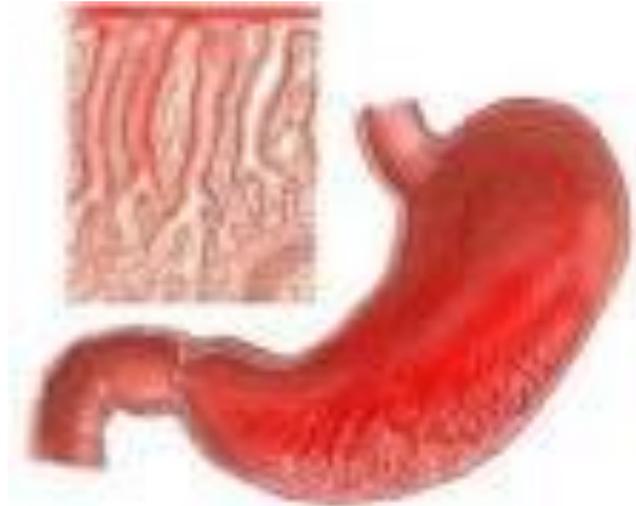
Gastritis akut ditandai dengan kerusakan **barier mukosa** oleh karena iritasi lokal (membran mukosa gaster menjadi edema dan hiperemi = kongesti dari cairan dan darah) → kerusakan ini menyebabkan kontak antara HCl dan pepsin dengan jaringan gaster → iritasi, inflamasi dan erosi superfisial Mukosa gastric mengalami regenerasi secara cepat, gastritis akut → *self-limiting disorder* yang resolusi dan penyembuhannya terjadi dalam beberapa hari. Bentuk terberat dari gastritis akut disebabkan karena tidak sengaja maupun dengan sengaja mencerna Asam atau alkali kuat (amonia, lysol), inflamasi berat ataupun nekrosis, gangren lambung, mengakibatkan perforasi, perdarahan sampai peritonitis, jika sampai terbentuk jaringan parut maka akan terjadi obstruksi pilorus (LeMone & Burke, 2008)

Mekanisme primer dari erosive gastritis adalah terjadinya iskemia dari mukosa gaster yang terjadi akibat vasokonstriksi simpatetik, dan tissue injury akibat asam sehingga menimbulkan ulser superfisial mukosa gaster multiple

Gastritis kronis, Kerusakan progresif yang diawali adanya inflamasi superfisial dan secara bertahap berkembang menyebabkan atrofi pada jaringan gaster (gambar 1)

Unrelated to acute gastritis Tahap awal dikarakteristikan adanya perubahan pada mukosa gaster dan penurunan produksi mucus, Seiring perkembangan penyakit, kelenjar mukosa gaster terganggu dan rusak

Tipe A (gastritis autoimun) diakibatkan oleh perubahan pada sel parietal yang menimbulkan atrofi & infiltrasi seluler Pada tipe ini tubuh menghasilkan antibodi terhadap sel parietal & faktor intrinsik, antibodi ini merusak sel mukosa gaster mengakibatkan atrofi, infiltrasi seluler & hilangnya kemampuan untuk sekresi HCl serta pepsin



Gambar 1: iritasi pada dinding lambung (gastritis)

Tipe B (gastritis H. Pylori) Gram negatif spiral bakterium Mempengaruhi antrum dan pilorus Infeksi Helicobacter Pylori (H. Pylori) menyebabkan inflamasi pada mukosa gaster disertai infiltrasi neutrofil dan limfocyte → lapisan terluar gaster menjadi tipis dan atrofi sehingga kemampuan untuk melindungi gaster dari autodegestif oleh HCl dan pepsin berkurang H. Pylori → meningkatkan risiko terjadinya Ulkus peptikum, Ca. gaster

3. Manajemen Medis

Gastritis Akut, didiagnosa berdasarkan riwayat kesehatan dan manifestasi klinis. Gastritis kronis, karena gejalasamar maka diperlukan pemeriksaan lanjut dan intensif. Pasien dengan gastritis akut dan kronis pada umumnya tidak sampai di rawat di rumah sakit dalam waktu lama. Pasien membutuhkan perawatan akut hanya pada saat mengalami mual dan muntah berat sehingga memungkinkan atau sampai terjadi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit serta nutrisi.

Terapi obat untuk mengeliminasi bakteri H pylori (antiinfeksi agent); clarithromycin dan metronidazole dan proton pump inhibitor, biasanya diberikan selama satu minggu; Untuk mengurangi sekresi gastric; H₂ reseptor antagonist ; ranitidin, cimetidine, prostaglandin analog (misoprostol) dan antasida (magnesium hidroksida, aluminium hidroksida), antisekretori agen (omeprazole, rabeprazole). Untuk mencegah difusi balik HCl dan menstimulasi produksi mukus biasanya diberikan mucosal barrier fortifier (sucralfate). Pembedahan meliputi parsial gastrectomi, pyloroplasti, vagotomi ataupun gastrektomi total diindikasikan pada pasien dengan perdarahan hebat karena gastritis erosiva berat.

5. Manajemen Keperawatan.

a. Pengkajian

Data-data yang perlu untuk dikaji antara lain :

Riwayat hidup ; Dalam riwayat hidup yang perlu dikaji antara lain; umur, jenis kelamin, jenis stres, pola makan (diet), perokok, alkoholik, minum kopi, penggunaan obat-obatan tertentu.

Pemeriksaan fisik : Secara subyektif dijumpai; keluhan pasien berupa : nyeri epigastrium, perut lembek, kram, ketidakmampuan mencerna, mual, muntah.

Sedangkan secara obyektif dijumpai :tanda-tanda yang membahayakan, meringis, kegelisahan, atau merintih, perubahan tanda-tanda vital, kelembekan daerah epigastrium, dan penurunan peristaltik, erythema palmer, mukosa kulit basah tanda-tand dehidrasi.

Psikologis ; Dijumpai adanya kecemasan dan ketakutan pada penderita atau keluarganya mengenai kegawatan pada kondisi krisis.

b. Diagnosis keperawatan ;

- 1) Nyeri akut atau nyeri kronik berhubungan dengan iritasi mukosa lambung sekunder stres psikologi
- 2) Gangguan nutrisi: kekurangan makanan sehubungan dengan kurangnya asupan makanan sekunder akibat mual, muntah
- 3) Resiko kekurangan volume cairan sehubungan dengan pemasukan cairan dan elektrolit yang kurang, muntah.
- 4) Kurang pengetahuan sehubungan dengan informasi yang kurang tentang penyebab gastritis dan pengobatan yang teratur

c. Perencanaan

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung sekunder stres psikologi

Tujuan : setelah tindakan keperawatan pasien mengatakan nyeri berkurang

Intervensi Keperawatan :

- a) Kaji keluhan nyeri, lokasi, intensitas dan skala nyeri
- b) Jelaskan penyebab dan efek nyeri pada pasien
- c) Anjurkan pasien untuk istirahat selama fase akut
- d) anjurkan pasien menghindari makanan yang menyebabkan ketidaknyaman/nyeri (alkohol, rempah, makanan pedas/panas dll)
- e) Bantu pasien untuk mengurangi nyeri(tehnik relaksasi)
- f) Berikan obat analgesik sesuai resep.

- 2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan sekunder akibat mual, muntah

Tujuan : Kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi

Intervensi keperawatan :

- a) Anjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan sedikit tetapi sering
- b) Batasi asupan makanan dan rempah yang menyebabkan distress.
- c) Bantu pasien mengidentifikasi makanan yang menyebabkan ketidaknyaman (teh, kopi, cola, merica, makanan panas dll)
- d) Berikan makanan lunak
- e) Lakukan oral higine
- f) Berikan diet yang bervariasi sesuai dietnya
- g) Berikan obat anti emetik sesuai resep

- h) Monitor dan catat frekuensi jumlah dan warna warna muntahan,
 - i) Observasi asupan dan output nutrisi pasien
 - j) Timbang berat badan
- 3) Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan mual dan muntah
Tujuan : setelah tindakan keperawatan asupan cairan pasien menjadi adekuat
Intervensi Keperawatan:
- a) Motivasi pasien untuk minum \pm 1500-2500ml
 - b) Berikan cairan intravena sesuai resep
 - c) Monitor tanda vital, evaluasi turgor kulit, membran mukosa
 - d) Monitor intake dan output dan keseimbangan elektrolit

d. Evaluasi

Berdasarkan diagnosis keperawatan yang telah diidentifikasi, perawat mengevaluasi respon pasien dengan gastritis. Kriteria yang diharapkan meliputi :

- 1) Mengelola nyeri dan menyatakan peningkatan kenyamanan dicapai.
- 2) Mencegah eksaserbasi dengan identifikasi dan menghindari situasi dan stimuli yang berlebihan
- 3) Mempertahankan berat badan pada tingkatan yang normal/ideal dengan mengikuti diet yang tepat tanda kekambuhan tanda dan gejala gastritis.
- 4) Menggambarkan dan mentaati aturan terapi yang diresepkan.

II. THYPUS ABDOMINALIS

A. Tujuan Pembelajaran umum

Setelah menyelesaikan materi kedua Topik 1 ini di harapkan Anda mampu memberikan asuhan keperawatan pasien dengan thypus abdominalis

B. Tujuan pembelajaran khusus

Setelah menyelesaikan materi Topik 1 ini diharapkan Anda mampu menjelaskan : 1) Pengertian thypus abdominalis, 2) Penyebab thypus abdominalis, 3) Pathofisiologi thypus abdominalis, 4) Managemen Medis thypus abdominalis, 5) Managemen Keperawatan

C. Pokok-Pokok Materi

Dalam Topik 1 ini Anda akan mempelajari materi tentang Asuhan Keperawatan pada pasien thypus abdominalis yang meliputi :

- 1. Pengertian
- 2. Penyebab
- 3. Pathofisiologi
- 4. Managemen medis
- 5. Managemen Keperawatan

D. Uraian Materi

Berikut ini akan diuraikan tentang asuhan keperawatan pasien dengan thypus abdominalis, silahkan Anda pelajari dan pahami materi berikut.

1. Pengertian

Apa pengertian dari gangguan system Pencernaan thypus abdominalis? Adalah suatu penyakit infeksi sistemik yang bersifat akut yang disebabkan oleh Salmonella typhi menyerang usus halus khususnya daerah ileum.

2. Penyebab

Salmonella typhi Bakteri Gram negatif, tidak berkapsul, memiliki flagella peritrikosa Mempunyai :antigen somatik (O) terdiri dari Oligosakarida, antigen flagerlar (H) terdiri dari protein, Antigen selubung (K) terdiri dari polisakarida Endotoksin berupa makromolekuler

3. Patofisiologi

S. typhi penularan melalui oral (makanan atau minuman yang terkontaminasi)Melewati “barrier” asam lambung, Melewati “barrier” usus halus , Menempel dan masuk ke dalam sel epitel usus halus,bergerak kearah baso lateral, keluar dari epitel usus halus, masuk ke lamina propia Fenomena “KUDA TROYA” menimbulkan **bakteremia I yang asimtomatik.**

Selain melalui lapisan sel epitel usus halus, S. typhi masuk lewat sel M yang berada diatas “*Plaque de Peyer*” usus halus, Bakteremia I terjadi 24 – 72 jam setelah infeksi,Sebagian S. typhi dalam makrofag keluar dari sirkulasi masuk ke dalam jaringan organ nonlimfoid → berkembangbiak

S. typhi yang ada dalam makrofag dapat bertahan hidup & berkembangbiak didalam fagosom makrofag. Sel mengalami lysis → S.typhi keluar ke peredaran darah umum menimbulkan **bakteremia II yang simtomatis**

4. Managemen Medis

- a. Pemeriksaan darah : Biakan darah : positif pada minggu I, Reaksi widal : Aglutinin O, H, Vi, Makin tinggi titernya makin besar kemungkinan pasien menderita tyfoid. Pada infeksi aktif, titer reaksi akan meningkat pada pemeriksaan ulang.
- b. Terapi obat : kloramfenikol , kotrimoksazol, Ampicillin & amoxicillin biasanya diberikan padapasien thyfoid dengan leukopenia
- c. Pengobatan tyfoid pada wanita hamil :Kloramphenicol pada trimester III dapat berakibat partus prematur, IUFD, Grey sindrom padaneonates, Tiamfenicol pd trimester I – teratogenik
- d. Diet.

5. Managemen Keperawatan

a. Pengkajian

Kaji pasien tentang penyediaan air bersih, kebersihan individu dalam kebiasaan makan, minum, sanitasi lingkungan, Riwayat vaksinasi, Penyakit Thyfoid aberhubungan denganominalis sebelumnya, Riwayat keluhan sekarang : lesu, nyeri kepala, pusing, nyeri otot, anoreksia, sakit waktu menelan, perasaan tidak enak diperut, batuk ---- minggu I

Suhu badan pada sore dan malam hari, Riwayat pengobatan anti mikroba suhu badan meningkat, bradikardi relative, lidah yang khas (kotor ditengah, tepi dan ujung merah dan tremor, hepatomegali, splenomegali, meteorismus (akumulasi udara dalam intestin), gangguan kesadaran : somnolen, stupor, koma, delirium atau psikosis, roseola: bintik merah pada leher, punggung, paha

b. Diagnosis keperawatan

Diagnosa yang mungkin muncul pada pasien typhoid adalah :

- 1) Resiko tinggi ketidakseimbangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan hipertermi dan muntah.
- 2) Resiko tinggi gangguan pemenuhan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat
- 3) Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi salmonella thypi
- 4) Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan sehari-hari berhubungan dengan kelemahan fisik
- 5) Kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya berhubungan dengan kurang informasi atau informasi yang tidak adekuat.

c. Perencanaan

- 1) Resiko tinggi gangguan ketidakseimbangan volume cairan dan elektrolit, kurang dari kebutuhan berhubungan dengan hipertermia dan muntah.

Tujuan ; Ketidak seimbangan volume cairan tidak terjadi

Dengan Kriteria hasil : Membran mukosa bibir lembab, tanda-tanda vital (Tekanan Darah, Suhu, Nadi dan Rerpiratory Rate) dalam batas normal, tanda-tanda dehidrasi tidak ada

Intervensi Keperawatan :

- a) Kaji tanda-tanda dehidrasi seperti mukosa bibir kering, turgor kulit tidak elastis dan peningkatan suhu tubuh,
- b) pantau intake dan output cairan dalam 24 jam,
- c) ukur BB tiap hari pada waktu dan jam yang sama,
- d) catat laporan atau hal-hal seperti mual, muntah nyeri dan distorsi lambung.
- e) Anjurkan pasien minum banyak \pm 2000-2500 cc per hari,
- f) Kolaborasi dalam pemeriksaan laboratorium (Hb, Ht, K, Na, Cl) dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian cairan tambahan melalui parenteral sesuai indikasi.

- 2) Resiko tinggi perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat
Tujuan ; Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh tidak terjadi
Intervensi Keperawatan :
- Kaji pola nutrisi pasien, kaji makan yang di sukai dan tidak disukai pasien,
 - Anjurkan tirah baring/pembatasan aktivitas selama fase akut,
 - Timbang berat badan tiap hari.
 - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian diet Bantu klien mengidentifikasi jenis makanan rendah selulosa
 - Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering, catat laporan atau hal-hal seperti mual, muntah, nyeri dan distensi lambung,
 - Kolaborasi dalam pemeriksaan laboratorium seperti Hb, Ht dan Albumin
 - Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antiemetik seperti (ranitidine).
- 3) Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi salmonella thypi
Tujuan ; Hipertermi teratasi
Kriteria hasil ; Suhu, nadi dan pernafasan dalam batas normal bebas dari kedinginan dan tidak terjadi komplikasi yang berhubungan dengan masalah typhoid.
Intervensi Keperawatan :
- Observasi suhu tubuh pasien,
 - Anjurkan keluarga untuk membatasi aktivitas pasien,
 - Beri kompres dengan air dingin (air biasa) pada daerah axila, lipat paha, temporal bila terjadi panas,
 - Anjurkan keluarga untuk memakaikan pakaian yang dapat menyerap keringat seperti katun,
 - Anjurkan klien untuk minum banyak (2-3 lt/hari)
 - Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat anti piretik.
 - Berikan antibiotik sesuai resep
- 4) Ketidak mampuan memenuhi kebutuhan sehari-hari berhubungan dengan kelemahan fisik
Tujuan ; Kebutuhan sehari-hari pasien terpenuhi
Kriteria hasil ; pasien mampu melakukan aktivitas, bergerak dan menunjukkan peningkatan kekuatan otot.
Intervensi Keperawatan:
- Berikan lingkungan tenang dengan membatasi pengunjung,
 - Bantu kebutuhan sehari-hari pasien seperti mandi, BAB dan BAK,
 - Bantu pasien mobilisasi secara bertahap,
 - Jika kesadaran klien menurun rubah posisi tiap 2 jam
 - Dekatkan barang-barang yang selalu di butuhkan ke meja pasien,
 - Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian vitamin sesuai indikasi.

- 5) Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang informasi atau informasi yang tidak adekuat

Tujuan ; Pengetahuan keluarga meningkat

Kriteria hasil ; Pasien menunjukkan pemahaman tentang penyakitnya, melalui perubahan gaya hidup dan ikut serta dalam pengobatan.

Intervensi Keperawatan:

- a) Kaji sejauh mana tingkat pengetahuan keluarga pasien tentang penyakit anaknya
- b) Beri pendidikan kesehatan tentang penyakit dan perawatan pasien,
- c) Beri kesempatan keluarga untuk bertanya bila ada yang belum dimengerti,
- d) Beri reinforcement positif jika pasien menjawab dengan tepat,
- e) Pilih berbagai strategi belajar seperti teknik ceramah, tanya jawab
- f) Demonstrasikan dan tanyakan apa yang tidak di ketahui pasien
- g) Libatkan keluarga dalam setiap tindakan yang dilakukan pada pasien

d. Evaluasi

Berdasarkan diagnosis keperawatan yang telah diidentifikasi, perawat mengevaluasi respon pasien dengan tifoid . Kriteria yang diharapkan meliputi :

- 1) Mempertahankan berat badan pada tingkatan yang normal/ideal dengan mengikuti diet yang tepat tanda kekambuhan tanda dan gejala tifoid
- 2) Menjelaskan pentingnya asupan nutrisi yang adekuat untuk penyembuhan penyakit.
- 3) Membran mukosa basah, turgor kulit baik

Latihan

Nah, untuk lebih memperkuat penjelasan tentang gastritis, cobalah Anda diskusikan tentang cara kerja obat yang biasa diberikan pada pasien, serta jenis pembedahan dan perawatan pasca pembedahan pada pasien gastritis pada kolom dibawah ini!

| |
|--|
| H2 reseptor antagonist..... |
| Gastrectomi adalah |
| Perawatan post op gastrectomi meliputi : |

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Perawat mengidentifikasi, diagnosis keperawatan yang paling prioritas pada pasien yang masuk rumah sakit dengan gastritis dengan kemungkinan ulcer adalah
 - A. Nyeri akut
 - B. Mual , muntah
 - C. diare
 - D. Gangguan integritas jaringan intestinal

- 2) Perawat mengevaluasi penyuluhan pada pasien stres gastritis akut efektif, ketika pasien mengatakan
 - A. Menghindari penggunaan aspirin atau NSAID untuk mengurangi nyeri secara rutin
 - B. Hanya mengonsumsi makanan halus
 - C. Kembali untuk pemeriksaan endoskopi atas tiap tahun
 - D. Memasak penuh semua daging, ayam dan telur.

- 3) Bagian yang mengalami kelainan patologik utama pada tifus abdominalis adalah
 - A. Duodenum
 - B. Ileum distal
 - C. Jejunum
 - D. Ileum proksimal

- 4) Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pada klien tifoid, intervensi yang diberikan adalah
 - A. Sebaiknya klien dipuaskan sampai 7 hari bebas panas
 - B. Diet tinggi serat untuk mencegah obstipasi
 - C. Diberikan diet nasi, sayur mayur yang disaring setelah 7 hari bebas panas
 - D. Klien diberikan makanan nasi dan lauk pauk rendah selulosa sedini mungkin

- 5) Perawat mengajarkan pada kelompok klien yang terinfeksi hepatitis A, bahwa penyakit ini biasanya menyebar melalui
 - A. darah dan cairan yang terinfeksi
 - B. kontak seksual
 - C. fecal oral route
 - D. pemakaian jarum kotor bergantian

- 6) Dikuadrant abdomen yang mana saudara melakukan palpasi untuk mengkaji hati ?
- A. Kanan atas
 - B. Kanan bawah
 - C. Kiri atas
 - D. Kiri bawah
- 7) Tn Y didiagnosis kolitis ulseratif, dan dokter menyarankan istirahat total dengan kamar mandi khusus. Rasional pembatasan aktifitas ini adalah
- A. mencegah trauma
 - B. meningkatkan istirahat dan kenyamanan
 - C. mengurangi peristaltik usus
 - D. menghemat energi
- 8) Keluhan utama pasien dengan colitis ulseratif adalah
- A. Penurunan berat badan
 - B. Nyeri intermiten saat diare dan tidak hilang setelah defekasi
 - C. Mengejan saat defekasi
 - D. Nyeri saat lapar dan hilang setelah makan
- 9) Kelompok berikut yang beresiko mengalami dehidrasi akibat gastroenteritis adalah
- A. Bayi
 - B. Orang dengan sistem imun lemah
 - C. Anak-anak
 - D. Lanjut usia
- 10) Seorang klien dirawat di klinik darurat dengan keluhan diare selama beberapa minggu, pertama kali yang seharusnya dilakukan perawat adalah
- A. Menyarankan pasien tidak makan sampai diare berhenti
 - B. Menanyakan pasien kemungkinan terpapar enterotoksin atau parasit
 - C. Menyarankan pasien membeli obat bebas antidiare.
 - D. Meminta pasien menggambarkan jumlah dan karakter feses keseharian

Topik 2

Asuhan Keperawatan Pasien Hepatitis

A. Tujuan Pembelajaran umum

Setelah menyelesaikan materi kedua Topik 2 ini di harapkan Anda mampu memberikan asuhan keperawatan pasien dengan hepatitis

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah menyelesaikan materi Topik 2 ini diharapkan Anda mampu menjelaskan : 1) Pengertian hepatitis, 2) Penyebab hepatitis, 3) Pathofisiologi hepatitis, 4) Managemen Medis hepatitis, 5) Managemen Keperawatan

C. Pokok-Pokok Materi

Dalam Topik 2 ini anda akan mempelajari materi tentang Asuhan Keperawatan pada pasien hepatitis yang meliputi :

1. Pengertian
2. Penyebab
3. Patofisiologi
4. Managemen medis
5. Managemen Keperawatan

D. Uraian Materi

Anda mungkin sering mendengar suatu penyakit yaitu hepatitis. Topik Hepatitis akan kita bahas bersama berikut ini:

1. Pengertian

Apa definisidari hepatitis ?adalahproses peradangan jaringan hati, Keradangan hati dapat juga karena paparan agen farmakologik atau kimia baik dengan inhalasi, ingesti atau pemberian parenteral

2. Penyebab

Infeksi disebabkan oleh virus hepatitis A,B,C,D,E,(F,G jarang), virus lain : Eptein Barr, cytomegalovirus; Reaksi transfusi darah yang terpapar virus hepatitis.

Non infeksi disebabkan oleh bahan beracun , alkohol, obat-obatan,acetaminophen, carbon tetrachloride, trichloroethylene, fosfor kuning.

Gejala Klinis

Tahap Pra Ikterik (Tahap Prodromal), 3-10 hari (rata-rata 1 minggu) ; anorexia, hipertermi (sampai menggigil), mual & muntah, dispepsia , artralgi ,nyeri tekan pada hepar, malaise, berat badan menurun.

Tahap Ikterik (puncak dalam 1-2 minggu) ; Didahului urin berwarna coklat, sklera kuning , kemudian seluruh badan, ikterik :gangguan metabolisme bilirubin, anorexia, mual & muntah, dispepsia, nyeri tekan pada hepar, malaise.

Tahap Paska Ikterik (Tahap Penyembuhan) ; Hilang dalam waktu 2-6 minggu , Ikterus berangsur berkurang dan hilang,dalam waktu 2-6 minggu , Penyembuhan sempurna terjadidalam waktu 3-4 bulan

3. Patofisiologi

Virus hepatitis menyebabkan Inflamasi → menyebar ke jaringan hepar melalui infiltrasi, inflamasi, degenerasi & regenerasi bisa terjadi secara serentak, inflamasi yang disertai oedema dapat menekan cabang vena porta, transaminase serum meningkat, masa protombin memanjang.

4. Manajemen Medis

Tidak ada pengobatan spesifik difokuskan pada penegakan diagnosis

Terapi suportif :cairan dan elektrolit, vitamin K, antihistamin untuk pruritus, antiemetik. kortikosteroid untuk hepatitis virus fulminan, obat untuk mengurangi kegelisahan & malaise harus dicegah (mengandung sedatif & detoksifikasi hepar)

Hasil laboratorium : Alanine aminotransferase (ALT) > 1000mU/ml, Aspartate aminotransferase (AST) > 1000-2000 mu/ml, Serum total bilirubin > 2.5 mg/dl, HAV diidentifikasi dengan adanya anti HAV dalam darah, Keradangan yang berlanjut ditandai dengan adanya IgM dalam darah, infeksi sebelumnya ditandai dengan IgG antibodi , Adanya HBsAg dan IgM anti HBc indikasi terkena HBV, adanya Anti HBs indikasi sembuh atau kebal terhadap Hep B, Untuk HCV discreening dengan ELISA dan lebih spesifik RIBA (recombinant immunoblot assay)

5. Manajemen Keperawatan

a. Pengkajian

Pengkajian psikososial : gejala kelemahan, inaktifitas, keluhan yang samar dapat menyebabkan depresi,pasien mungkin merasa malu dengan isolasi pencegahan dan hygiene sehingga membatasi interaksi sosial , pasien dapat bosan karena perawatan yang lama dan komplikasi, anggota keluarga kadang takut mungkin menjaga jarak dengan pasien

Pengkajian riwayat sebelumnya : tanyakan ; ia telah terpapar oleh pasien hepatitis lain?, transfusi darah atau hemodialisis terakhir?, tanyakan : aktifitas seksual, aktifitas sosial, pemakaian obat injeksi, tattoo atau tindik telinga terakhir, kehidupan khusus (barak militer, apartemen), menerima darah atau produk darah atau transplantasi ?, riwayat pekerjaan , perjalanan pasien , riwayat makan/minum air yang mungkin terkontaminasi

Pengkajian fisik : Pasien mungkin mengeluh penurunan nafsu makan, mudah lelah , Kaji adanya keluhan berikut : nyeri abdomen, arthralgia, myalgia, diarrhea/konstipasi, demam, iritabel, lemah badan, mual/muntah.Kulit, membran mukosa, sklera diinspeksi adanya jaundice, rash pada kulit ; hepatitis B,C?, pasien mungkin mengeluh gatal kulit , Pasien mungkin mengeluh urine warna gelap, feses pucat , suhu (38-39°C pada hepatitis A).

b. *Diagnosis keperawatan*

- 1) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan. Penurunan produksi metabolisme energi sekunder disfungsi hati
- 2) Nutrisi Imbalans: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Anoreksia, mual, muntah
- 3) Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan penyebab dan cara penularan hepatitis
- 4) Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan pruritus sekunder disfungsi hati
- 5) Ketidakefektifan proteksi berhubungan dengan peningkatan resiko perdarahan sekunder penurunan absorpsi vit K dan trombositopenia

c. *Perencanaan*

- 1) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan produksi metabolisme energi sekunder disfungsi hati ,
Tujuan ; Pasien secara bertahap meningkatkan aktifitas pada tingkat sebelum hepatitis terjadi
Intervensi
 - a) Istirahatkan pasien beberapa hari
 - b) Kelola pelayanan sehingga pasien tidak kelelahan
 - c) Jadwalkan waktu istirahat dan aktifitas keseharian
 - d) Berikan aktifitas pengganti sesuai kesukaan pasien
 - e) Dorong keluarga/anggota keluarga mengunjungi pasien beberapa saat
- 2) Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual, muntah
Tujuan : Pasien akan mencapai intake nutrient & kalori yang optimal untuk meningkatkan penyembuhan hati
Intervensi :
 - a) Berikan diet tinggi kalori, moderat lemak dan protein
 - b) Berikan makanan sedikit, sering dan penyajian menarik
 - c) Sarankan keluarga membawa makanan jika diijinkan
 - d) Berikan vitamin dan makanan cair suplemen sesuai resep
 - e) Berikan anti emetik sesuai resep (tigan)
 - f) Berikan terapi supresi asam sesuai resep
 - g) Hilangkan bau menyengat dan pindahkan obyek yang tidak sedap
- 3) Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan pruritus sekunder disfungsi hati
Tujuan : Kulit pasien akan tetap intact (utuh)
Intervensi :
 - a) Jaga hidrasi dengan kelembaban yang sesuai
 - b) Hindari mandi air panas, gunakan emmolin

- c) Pelihara kuku pasien pendek
 - d) Berikan antihistamin sesuai resep, observasi adanya sedasi
- 4) Ketidakefektifan proteksi berhubungan dengan peningkatan resiko perdarahan sekunder penurunan absorpsi vit K dan trombositopenia
Tujuan : Pasien Bebas dari perdarahan
Intervensi :
- a) Monitor nilai protombine time, platelet
 - b) Periksa adanya bekuan darah, tanda perdarahan (gusi, feses, perdarahan saluran cerna)
 - c) Hindari injeksi intramuskuler jika mungkin, gunakan jarum kecil jika diperlukan
 - d) Berikan vitamin K sesuai resep
 - e) Anjurkan pasien menggunakan sikat dan pisau cukur elektrik yang lunak

d. Evaluasi

Berdasarkan diagnosis dan dukungan intervensi keperawatan, perawat mengevaluasi perawatan pasien dengan hepatitis. Hasil yang diharapkan pada pasien dengan hepatitis meliputi bahwa pasien:

- 1) Mengikuti pembatasan fisik dan aktifitas
- 2) Menyatakan mengikuti tindakan isolasi pencegahan
- 3) Meningkatkan asupan nutrisi dan nafsu makan kembali penuh
- 4) Mencari perawatan medik untuk tindak lanjut secara rutin dan analisis marker serologis.

III. KOLITIS ULSERATIF

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah menyelesaikan materi kesatu Topik 3 ini di harapkan Anda mampu memberikan asuhan keperawatan pasien dengan kolitis

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah menyelesaikan materi Topik 1 ini diharapkan Anda mampu menjelaskan : 1) Pengertian kolitis, 2) Penyebab kolitis, 3) Patofisiologi kolitis , 4) Manajemen Medis kolitis, 5) Manajemen Keperawatan

C. Pokok-Pokok Materi

Dalam Topik 1 ini anda akan mempelajari materi tentang Asuhan Keperawatan dengan kolitis ulseratif yang meliputi :

- 1. Pengertian
- 2. Penyebab
- 3. Pathofisiologi
- 4. Manajemen medis
- 5. Manajemen Keperawatan

D. Uraian Materi

1. Pengertian

Apa pengertian colitis ulseratif? Kolitis ulseratif adalah suatu penyakit inflamasi usus yang menyebabkan peradangan berkelanjutan dan ulkus (luka terbuka) di lapisan terdalam dari usus besar (kolon) dan rektum. Ulkus berdarah, memproduksi nanah dan lendir, dan peradangan menyebabkan usus untuk sering mengosongkan, menyebabkan diare. Colitis ulseratif dapat menyebabkan nyeri dan memiliki komplikasi yang mengancam jiwa.

2. Penyebab

Apa penyebab Kolitis? Tidak ada yang tahu apa yang menyebabkan kolitis ulseratif. Teori yang paling mungkin adalah bahwa hal itu disebabkan oleh beberapa faktor mulai dari genetika, reaksi sistem kekebalan tubuh yang rusak, dan pengaruh lingkungan. Karena kolitis ulserativa lebih umum di negara maju, itu mungkin bahwa diet tinggi lemak dan makanan olahan jenuh berkontribusi terhadap penyakit. Beberapa faktor resiko adalah riwayat penyakit keluarga, keturunan Yahudi, terutama Yahudi Ashkenazi (Eropa), diet tinggi gula, tinggi kolesterol, dan lemak (terutama dari daging dan produk susu).

Gejala Klinis

Tanda-tanda dan gejala kolitis ulseratif bervariasi tergantung pada seberapa parah peradangan dan di mana ia berada. Yang paling umum yaitu nyeri perut, dan diare berdarah. Gejala-gejala dapat berkisar dari ringan sampai parah, yang mungkin muncul sangat tiba-tiba atau secara bertahap. Gejala lain meliputi : diare berkepanjangan, perdarahan rektum, feses seperti darah, penurunan berat badan, anemia, demam dan dehidrasi.

Dokter akan melakukan pemeriksaan fisik dan serangkaian tes untuk mendiagnosis kolitis ulserativa meliputi, pemeriksaan darah, tinja; kolonoskopi dan sigmoidoskopi digunakan untuk mengambil gambar dari usus besar dan rektum. Foto-foto ini dapat mengungkapkan peradangan, perdarahan, atau borok di sepanjang dinding usus besar dan rektum secara keseluruhan.

3. Patofisiologi

Kolitis adalah penyakit radang usus besar yang kronis, dan 20% kasus terjadi sebelum individu mencapai usia 20 tahun. Biasanya, penyakit ini dimulai di rektum dan kolon sigmoid dan secara bertahap menyebar sampai usus besar. Proses inflamasi melibatkan mukosa dan submukosa usus besar. Secara bertahap, beberapa ulserasi dan abses terbentuk di daerah radang. Akibat penyakit berlangsung, mukosa usus menjadi edema dan menebal dengan pembentukan jaringan parut, yang menghasilkan kemampuan perubahan menyerap usus besar. Tingkat keparahan penyakit ini berkisar dari bentuk ringan yang terlokalisasi di daerah tertentu usus besar ke sindrom kritis dengan komplikasi yang mengancam jiwa.

4. Managemen Medis

Tujuan utama pengobatan kolitis ulseratif adalah mengurangi peradangan, menekan respon imun, mengistirahatkan usus yang sakit, sehingga terjadi penyembuhan. Jenis pengobatan tergantung pada beratnya penyakit. Obat-obatan yang biasa digunakan pada kolitis meliputi ; aminosalisilat (Sulfasalazine)– obat anti inflamasi; kortikosteroid (seperti budesonide, prednisone, and prednisolone) – obat ini mengurangi peradangan akut, anti diare (diphenoxylate, loperamide, or psyllium) dan anti sedatif digunakan untuk mengurangi peristaltik, mengistirahatkan usus yang terinflamasi.

Cairan oral, diet rendah serat, tinggi kalori dan protein dan terapi suplemen vitamin dan pengganti besi diberikan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi. Pada kasus kolitis disertai perdarahan masif, sakit berat, ruptur kolon atau resiko kanker, dilakukan pengangkatan kolon atau rektum (kolektomi atau proctokolektomi).

5. Managemen Keperawatan

a. Pengkajian

Riwayat keperawatan perlu dikaji antara lain karakteristik nyeri, adanya diare atau dorongan buang air besar, mencejan saat defekasi (tenesmus), mual, muntah, penurunan berat badan serta riwayat keluarga tentang penyakit radang usus. Keluhan yang paling utama adalah nyeri intermitten sewaktu diare tetapi tidak hilang setelah defekasi. Pola diet yang dikaji mencakup jumlah alkohol, kafein dan nikotin yang digunakan setiap hari; diet tinggi gula, tinggi kolesterol, dan lemak. Pola eliminasi mencakup karakter dan frekuensi, adanya pus, darah, lemak atau mukus/lendir dalam feses. Pada pemeriksaan fisik mencakup auskultasi terhadap bising usus, palpasi terhadap distensi, nyeri tekan atau nyeri, gejala dehidrasi, gejala anemi. Feses diinspeksi terhadap adanya darah dan mukus, termasuk adanya perdarahan rektal.

b. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian, diagnosis keperawatan meliputi

- 1) Diare berhubungan dengan proses peradangan usus
- 2) Perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, diare dan penurunan absorpsi usus halus.
- 3) Defisit volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan anoreksia dan diare
- 4) Nyeri abdomen berhubungan dengan peradangan dengan inflamasi usus dan peningkatan peristaltik.

d. Perencanaan

- 1) Diare berhubungan dengan proses peradangan usus

Tujuan : pasien melaporkan pengurangan diare

Intervensi Keperawatan :

- a) Pertahankan lingkungan basien bebas bau
- b) Lakukan perawatan perianal yang baik
- c) Kurangi aktifitas fisik selama periode diare akut

- d) Berikan cairan dan elektrolit oral
 - e) Tentukan hubungan antara diare dan makanan tertentu yang dikonsumsi
 - f) Kaji penurunan frekuensi /jumlah feses, peningkatan konsistensi feses
- 2) Perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, diare dan penurunan absorpsi usus halus.
Tujuan : Pasien akan mencapai intake nutrient & kalori yang optimal untuk meningkatkan penyembuhan usus
Intervensi :
- a) Berikan nutrisi parenteral (TPN) bila gejala usus bertambah berat
 - b) Berikan diet tinggi protein, rendah lemak dan rendah serat
 - c) Berikan makanan porsi kecil tapi sering
 - d) Berikan obat anti diare sesuai resep
 - e) Pantau intake dan output
 - f) anjurkan untuk timbang berat badan secara periodik (sekali seminggu).
- 3) Resiko kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan anoreksia dan diare
Tujuan : Pasien dapat mencegah kekurangan cairan dan elektrolit
Intervensi :
- a) Timbang berat badan setiap hari
 - b) Kaji terhadap adanya tanda kekurangan cairan (mukosa/ kulit kering, turgor turun, oliguria, hipotensi, nadi cepat dan lainnya)
 - c) Berikan cairan intravena sesuai resep
 - d) Monitor kadar elektrolit serum
- 4) Nyeri abdomen berhubungan dengan berhubungan dengan inflamasi usus dan peningkatan peristaltik
Tujuan : Pasien menyetakan nyeri abdomen berkurang atau teradaptasi
Intervensi :
- a) Berikan aktivitas untuk mengalihkan nyeri
 - b) Batasi aktifitas pasien/ hindari kelelahan
 - c) Beri kompres hangat pada abdomen.
 - d) Berikan obat anti mikroba, antidiare/antimotilitas sesuai resep
 - e) Ajarkan teknik relaksasi pernafasan dalam pada saat nyeri muncul.
 - f) Berikan obat analgesik sesuai resep.
 - g) Observasi karakter nyeri

d. Evaluasi

Berdasarkan diagnosis yang telah diidentifikasi, perawat mengevaluasi perawatan pasien dengan kolitis ulseratif. Kriteria hasil yang diharapkan bahwa pasien akan :

- 1) Mengalami penurunan frekuensi diare

- 2) Memilih diet tinggi serat, dan enghindari makanan yang dapat meningkatkan gejala
- 3) Menentukan pola eliminasi usus yang teratur.
- 4) Tidak menunjukkan manifestasi komplikasi kolitis.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Untuk lebih memperkuat penjelasan tentang Hepatitis , cobalah Anda diskusikan dengan teman lainnya tentang cara penularan dan gejala hepatitis akibat virus A, B,C,D dan E pada kolom dibawah ini!

| | Hep.A | Hep.B | Hep.C | Hep.D | Hep.E |
|-------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Kel.Resiko Tinggi | | | | | |
| Penularan | | | | | |
| Masa inkubasi | | | | | |

Pada Topik 3 : kali ini Anda akan mempelajari asuhan keperawatan pasien dengan colitis ulseratif dan Gastroenteritis

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) D
- 2) A
- 3) B
- 4) D
- 5) C
- 6) A
- 7) C
- 8) B
- 9) D
- 10) D

Daftar Pustaka

- Brunner dan Suddarth.2002.Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah vol 2.Jakarta:EGC
- Carpernito, Lynda Juall . 2000. Buku Saku Diagnosa Keperawatan, Jakarta, EGC
- Gale, Danielle, Charette, Jane. 2000. Rencana Asuhan Keperawatan Onkologi, Jakarta, EGC.
- Henley, C.E., Gastroenteritis. Manual of Family Practice. Taylor, Robert B., Little, Brown, 2nd Edition, 2000
- Ignatavicius D, Workman M.L, 2006, Medical Surgical Nursing critical Nursing for Collaborative care, Elsevier Saunders.
- Joice M Black and Jane Hokanson H, 2005, Medical Surgical Nursing clinical Management for positive Outcome, Elsevier Saunders, page 743 - 852
- Lab/UPF Ilmu Penyakit Dalam FK. Unair RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 1994, Pedoman Diagnosis dan Terapi, RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
- Marilyn E. Doenges, Merry Frances Mourhouse, Allice C. Glisser. 2000. Nursing Care Planning Guidelines For Planning and Documenting Patient Care. Third Edition.Philadelphia FA. Davis. Company.
- [Nancy Nurse](http://searchwarp.com/swa449365.htm), 2009, Nursing Care of Ulcerative Colitis NET Education, In<http://searchwarp.com/swa449365.htm>
- Priscilla Le Mone and Karen Burke, 2008, Medical Surgical Nursing Critical Thinking in Client Care, 4th, Pearson Education International
- Soeparman, Sarwono Maspadji 1990. Ilmu Penyakit Dalam II Jakarta : Balai Penerbit FKUI.