

**ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN MENINGOENSEFALITIS
PADA TN. B DI RUANG IRNA B LANTAI I KIRI RSCM
Oleh : Sunardi (Residensi Sp.Kmb)**

PENGKAJIAN :

a. Identitas Pasien

Nama : Tn. B
Umur : 32 tahun
Alamat : Jl. Kramat No. 30 Ulu Jami Jaksel.
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Dagang Baju
Status perkawinan : Kaw in
Suku : Betawi
Tanggal MRS : 21 Mei 2006
Pengkajian : 22 Mei 2006
Diagnosa masuk : Meningoensefalitis
Penanggung jawab : Ny. Y
Hubungan : Istri
Alamat : Jl. Kramat No. 30 Ulu Jami Jaksel

b. Keluhan Utama (Saat Masuk Rumah Sakit)

klien mengalami penurunan kesadaran sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit.

Keluhan Utama (Saat Pengkajian)

Klien mengalami penurunan kesadaran sejak 2 hari yang lalu

c. Alasan Masuk Rumah Sakit

sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit, pasien mengalami penurunan kesadaran, pasien tidak berespon meskipun diajak bicara. Demam (38⁰C) hilang timbul sejak 6 bulan yang lalu, batuk-batuk tetapi tidak berdahak setelah minum obat batuk (vicks), batuk mulai berkurang serta berkeringat malam . Sakit kepala sejak 2 minggu yang lalu. Sejak 4 hari sebelum masuk rumah sakit pasien mengalami hilang ingatan.

d. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada bulan Desember 2005, klien periksa ke dokter umum. Berdasarkan hasil foto thorak, klien dinyatakan adanya flek-flek pada paru-parunya. Maka pasien diberikan obat (nama tidak tahu) untuk menghilangkan flek-flek paru tetapi setelah minum obat selama 2 minggu, klien mengalami diare dan perut nyeri akhirnya obat dihentikan.

Pada bulan Februari 2006, klien di rawat di RS Fatmawati selama 10 hari. Kata keluarga, klien mengalami anemia

klien mengalami penurunan kesadaran sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit, oleh keluarga di bawah ke UGD RSCM, berdasarkan hasil CT Scan klien

dinyatakan meningoensefalitis dengan fokus lesi multiple di lobus frontalis parietalis kiri dengan penyebab susp TB.

e. Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga mengatakan bahwa klien tidak pernah menderita DM, hipertensi, riwayat TB disangkal

f. Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat penyakit keturunan : keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami sakit seperti pasien, TB.

g. Pola Aktivitas Sehari-hari

Aktivitas	Sebelum MRS	MRS
1. Nutrisi – Cairan	Makan 3 x sehari Nasi, sayur, ikan 1 piring/ makan kesulitan tidak ada minum: 2000-2500 cc/hari Jenis : air putih, teh	Makan 3 x sehari Diet cair (sonde) 500 cc/makan Kesulitan : penurunan kesadaran 250 cc/hari Air putih
2. Eliminasi	volume tidak teridentifikasi Warna kuning jernih Frekwensi 6 -7/24 jam Kesulitan tidak ada BAB :frekwensi 1hari Warna : kuning Konsistensi lunak Kesulitan tidak ada	150 cc / 2 jam warna kuning dohwer kateter Tidak ada Belum BAB - - -
3. tidur-istirahat	Jumlah 6-7 jam Siang jarang tidur Malam 6-7 jam Kesulitan : tidak	Penurunan kesadaran
4. Aktivitas	Jualan baju di pasar dari pagi sampai sore.	Penurunan kesadaran
5. Ketergantungan	Kebiasaan merokok ⊖, penggunaan obat bebas ⊖, ketergantungan terhadap bahan kimia ⊖, jamu ⊖, Olah raga/gerak badan ⊖.	- tidak terkaji

h. Pola sensori dan kognitif

Sensori : tidak terkaji karena klien mengalami penurunan kesadaran.

Kognitif :

Proses berfikir, isi pikiran, daya ingat, orientasi (tempat, waktu, orang) tidak terkaji.

i. Pola penanggulangan stress

Pertahanan diri klien, biasanya meminta bantuan istrinya.

j. Status Neurologi

Tingkat kesadaran koma ringan, GCS : 1 2 2

Tanda-tanda rangsang selaput otak : kaku kuduk (+), tanda lasegue, tanda kernig tidak dapat di evaluasi, tanda brudzinski I dan II (+)

Syaraf cranial : N. olfaktorius, N. Optikus, N. okulomotorius, N. troklearis, N. trigemimus, B. Abdusen, N. fasialis, N. Vestibulo, N. glosofaringeus, N. vagus, N. aksesorius, N. hipoglosus : tidak dapat dievaluasi.

Motorik : gaya berjalan tidak dapat di evaluasi, atropi (-), hipertropi (-), gerakan tidak disadari (-)

Sensibilitas : tidak dapat dievaluasi.

Reflek fisiologi : radius, patella, tendon achiles (+_.

Reflek patologi : chaddock, Gordon, oppenheim, gonad, Schaefer (-).

Fungsi serebellum : tidak dapat dievaluasi

Fungsi luhur : tidak dapat dievaluasi

Fungsi safar autonom : inkontinensia (-), hiper saliva (-), tachicardi (-), tachipnea (-).

Tanda - tanda tekanan intracranial : kaku kuduk (+), pupil isokor, gelisa (-), deficit neurology (+), penurunan kesadaran (+).

j. Pemeriksaan fisik

1. Status kesehatan umum

Keadaan penyakit sedang, kesadaran koma, tekanan darah 120/80 mmHg, suhu tubuh 38⁰C, pernapasan 18X/menit, nadi 80X/menit (regular), GCS 1 2 2. BB (sakit): tidak diketahui, BB (Sblm Sakit) ; tidak diketahui,

2. Sistem integument

Tidak tampak ikterus, permukaan kulit kering, tekstu rkasar, rambut hitam dan bersih , tidak botak, perubahan warna kulit tidak ada, adanya dekubitus grade 1 pada daerah koksigis.

3. Kepala

Normo cephalic, simetris, nyeri kepala, benjolan tidak ada.

4. Muka

Simetris, odema \ominus , otot muka dan rahang kekuatan lemah, sianosis tidak ada

5. Mata

Alis mata, kelopak mata normal, konjunktiva anemis (- /-), pupil isokor sclera ikterus (-/ -), reflek cahaya positif. Tajam penglihatan tidak dapat dievaluasi, mata cowong.

6. Telinga

Secret, serumen, benda asing, membran timpani dalam batas normal,

7. Hidung

Deformitas, mukosa, secret, bau, obstruksi tidak ada, pernafasan cuping hidung tidak ada. Pernafasan cuping hidung (-).

8. Mulut dan faring

Bau mulut \ominus , stomatitis (-), gigi banyak yang hilang, lidah merah merah mudah, kelainan lidah tidak ada. Terpasang NGT

9. Leher

Simetris, kaku kuduk tidak ada, pembesaran vena jugularis 5 + 2cm H₂O. adanya benjolan limphe nodul.

10. Thoraks

Paru

Gerakan simetris, retraksi supra sternal (-), retraksi intercoste (-), perkusi resonan, rhonchi -/- pada basal paru, wheezing -/-, vocal fremitus tidak teridentifikasi.

11. Jantung

Batas jantung kiri ics 2 sternal kiri dan ics 4 sternal kiri, batas kanan ics 2 sternal kanan dan ics 5 mid axilla kanan. perkusi dullness. Bunyi s1 dan s2 tunggal, gallop (-), mumur (-). capillary refill 2 - 3 detik .

12. Abdomen

Bising usus +, tidak ada benjolan, nyeri tekan tidak ada, perabaan massa tidak ada, hepar tidak teraba, asites (-).

13. Inguinal-Genitalia-Anus

Nadi femoralis teraba, tidak ada hernia, pembengkakan pembuluh limfe tidak ada., tidak ada hemoroid, terpasang kateter.

14. Ekstrimitas

Akral hangat, edema -/-, kekuatan 2/2, gerak yang tidak disadari -/-, atrofi -/-, capillary refill 3 detik, atrofi -/-.

15. Tulang belakang

Tidak ada lordosis, kifosis atau scoliosis.

k. Pemeriksaan penunjang

Darah Lengkap : 21 - 5 - 2006		
Hb	: 9.5	13 - 16
Hematokrit	: 28	40 - 48
Leukosit	: 10.500	5-10x 10 ³
Trombosit	: 374.000	15-40x10 ⁴
MCV	: 68	82 - 92
MCH	: 23	27 - 31
MCHC	: 34	32 - 36
Diff Count	: 0/0/4/84/13/30	
LED	: 80	< 15
SGOT	: 69	< 25
SGPT	: 86	< 30
Urobilinogen	: 0.2	-
Nitrit	: -	-
Esterase leucosit	: -	-
Urine		
- BJ	: 1.015	
- PH	: 7.0	
- Protein	: -	
- Keton	: -	
- Glukosa	: -	
- sel epitel	: +	
- Leukosit	: 2- 3	
- eritrosit	: 0+	
- Silinder	: -	
- Kristal	: -	
- Bakteri	: -	
- Bilirubin	: -	
		Analisa Gas Darah
		- PH : 7.573
		- PCO2 : 31.7
		- PO2 : 87.3
		- HCO3 : 29.3
		- BE : + 7.1
		- O2 Sat : 98.9%
		- Na/K/Cl : 116/2.8/71
		CT Scan ;
		Kesimpulan : sesuai dengan gambaran meningoensefallitis dengan fokus lesi multiple di lobus frontal parietalis kiri e.e susp. TB

1. Terapi
Obat-obatan.

Nama obat	Dosis	Pemakaian	Efek Samping (evaluasi perawat)
KSR	3x1 tab	Tablet	Kadar kalium
HP pro	3x1 tab	Tablet	
B6	3 x 1tab	Tablet	Mual, muntah
Rifampizin	1 x 450	Tablet	Diare, telinga berdenging, fungsi liver,
INH	1 x500	Tablet	
PZA	2 x 500	Tablet	
Ethambutol	3 x 200	Tablet	
Dexametason	4 x 5 g	Injeksi	Alergi
ranitidin	2x 1 amp	Injeksi	Mual muntah
Cefriaxon	1 x 2 gr	Injeksi	Alergi
streptomycin	1 x 200	Injeksi	alergi

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN MENINGOENSEFALITIS PADA TN. S DI RUANG IRNA B LANTAI I KIRI RSCM

PENGKAJIAN :

a. Identitas Pasien

Nama : Tn. S
Umur : 63 tahun
Alamat : Jl. H. Ilyas No 16 Pesanggrahan Jaksel
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Pensiunan PNS (Administrasi RSCM)
Status perkawinan : Kaw in
Suku : Betawi
Tanggal MRS : 19 Mei 2006
Pengkajian : 22 Mei 2006
Diagnosa masuk : Meningoensefalitis
Penanggung jawab : Tn. A
Hubungan : Anak
Alamat : Jl. H. Ilyas No 16 Pesanggrahan Jaksel

b. Keluhan Utama (Saat Masuk Rumah Sakit)

keluarga mengatakan bahwa klien mengalami penurunan kesadaran sejak 4 jam sebelum masuk rumah sakit.

Keluhan Utama (Saat Pengkajian)

Keluarga mengatakan bahwa klien mengalami penurunan kesadaran sejak 4 jam sebelum masuk rumah sakit.

c. Alasan Masuk Rumah Sakit

keluarga mengatakan bahwa sejak 4 jam sebelum masuk rumah sakit, klien mengalami penurunan kesadaran, dan sulit diajak komunikasi oleh keluarga.

d. Riwayat Penyakit Sekarang

sejak lima bulan yang lalu, klien mengalami batuk – batuk, nafsu makan menurun, batuk berdarah (+), penurunan berat badan. Meskipun begitu klien tidak berobat ke dokter. Sejak 3 hari yang lalu, pasien hanya berbaring di tempat tidur, bila ke kamar mandi harus dibantu, demam tinggi (+), muntah (-), kejang (-), sakit kepala (+).

e. Riwayat Penyakit Dahulu

Sekitar 10 tahun yang lalu, klien menderita TB dan menjalani pengobatan TB sampai tuntas. Menderita diabetes mellitus sejak 9 tahun yang lalu dan hipertensi 8 tahun yang lalu serta berobat teratur ke RSCM.

f. Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat penyakit keturunan : keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami sakit seperti pasien, TB, DM, hipertensi.

g. Pola Aktivitas Sehari-hari

Aktivitas	Sebelum MRS	MRS
1. Nutrisi – Cairan	Makan 3 x sehari Nasi, sayur, ikan 1 piring/ makan kesulitan tidak ada minum: 2000-2500 cc/hari Jenis : air putih, teh	Makan 3 x sehari Diet cair (sonde) 500 cc/makan Kesulitan : penurunan kesadaran 700cc/hari Air putih
2. Eliminasi	volume tidak teridentifikasi Warna kuning jernih Frekwensi 9-10/24 jam Kesulitan tidak ada BAB :frekwensi 1hari Warna : kuning Konsistensi lunak Kesulitan tidak ada	1200 cc / 24 jam warna kuning dohwer kateter Tidak ada BAB, 1 / 3 hari kuning lembek tidak ada
3. tidur-istirahat	Jumlah 7 -9 jam Siang 1- 2 jam Malam 6-7 jam Kesulitan : tidak	Penurunan kesadaran
4. Aktivitas	Tidak ada kegiatan khusus.	Penurunan kesadaran
5. Ketergantungan	Kebiasaan merokok ⊖, penggunaan obat bebas ⊖, ketergantungan terhadap bahan kimia ⊖, jamu ⊖, Olah raga/gerak badan ⊖.	Kebiasaan merokok ⊖, penggunaan obat bebas ⊖, ketergantungan terhadap bahan kimia ⊖, jamu ⊖, Olah raga/gerak badan ⊖.

h. Pola sensori dan kognitif

Sensori : tidak terkaji karena klien mengalami penurunan kesadaran.

Kognitif :

Proses berfikir, isi pikiran, daya ingat, orientasi (tempat, waktu, orang) tidak terkaji.

ii. Pola penanggulangan stress

Pertahanan diri klien, biasanya meminta bantuan istrinya dan anak-anaknya.

j. Status Neurologi

Tingkat kesadaran koma ringan, GCS : 2 2 2

Tanda-tanda rangsang selaput otak : kaku kuduk (+), tanda lasegue, tanda kernig tidak dapat di evaluasi, tanda brudzinski I dan II (+)

Syaraf cranial : N. olfaktorius, N. Optikus, N. okulomotorius, N. trokhlearis, N. trigenimus, B. Abdusen, N. fasialis, N. Vestibulo, N. glosfaringeus, N. vagus, N. aksesorius, N. hipoglosus : tidak dapat dievaluasi.

Motorik : gaya berjalan tidak dapat di evaluasi, atropi (-), hipertropi (-), gerakan tidak disadari (-)

Sensibilitas : tidak dapat dievaluasi.

Reflek fisiologi : radius, patella, tendon achiles (+)

Reflek patologi : chaddock, Gordon, oppenheim, gonad,schaefer (-).

Fungsi serebellum : tidak dapat dievaluasi

Fungsi luhur : tidak dapat dievaluasi

Fungsi safar autonom : inkontinensia (-), hiper saliva (-), tachicardi (-), tachipnea (-).

Tanda - tanda tekanan intracranial : kaku kuduk (+), pupil isokor, gelisa (-), deficit neurology (+), penurunan kesadaran (+).

j. Pemeriksaan fisik

1. Status kesehatan umum

Keadaan penyakit sedang, kesadaran koma, tekanan darah 160/80 mmHg, suhu tubuh 36⁵°C, pernapasan 18X/menit, nadi 80X/menit (regular), GCS 2 2 2. BB (sakit): tidak diketahui, BB (Sblm Sakit) ; tidak diketahui,

2. Sistem integument

Tidak tampak ikterus, permukaan kulit kering, tekstur kasar, rambut hitam dan bersih , tidak botak, perubahan warna kulit tidak ada, tidak ada dekubitus. Rambut hitam campur putih

3. Kepala

Normo cephalic, simetris, nyeri kepala, benjolan tidak ada.

4. Muka

Simetris, odema \ominus , otot muka dan rahang kekuatan lemah , sianosis tidak ada

5. Mata

Alis mata, kelopak mata normal, konjuktiva anemis (- /-), pupil isokor sclera ikterus (-/ -), reflek cahaya positif. Tajam penglihatan tidak dapat dievaluasi, mata cowong.

6. Telinga

Secret, serumen, benda asing, membran timpani dalam batas normal,

7. Hidung

Deformitas, mukosa, secret, bau, obstruksi tidak ada, pernafasan cuping hidung tidak ada. Pernafasan cuping hidung (-).

8. Mulut dan faring

Bau mulut \ominus , stomatitis (-), gigi banyak yang hilang, lidah merah merah mudah, kelainan lidah tidak ada. Terpasang NGT

9. Leher

Simetris, kaku kuduk tidak ada, pembesaran vena jugularis 5 + 2cm H₂O. tidak ada benjolan limphe

10. Thoraks

Paru

Gerakan simitris, retraksi supra sternal (-), retraksi intercoste (-), perkusi resonan, rhonchi -/- pada basal paru, wheezing -/-, vocal fremitus tidak teridentifikasi.

11. Jantung

Batas jantung kiri ics 2 sternal kiri dan ics 4 sternal kiri, batas kanan ics 2 sternal kanan dan ics 5 mid axilla kanan. perkusi dullness. Bunyi s1 dan s2 tunggal, gallop (-), murmur (-). capillary refill 2 - 3 detik .

12. Abdomen

Bising usus +, tidak ada benjolan, nyeri tekan tidak ada, perabaan massa tidak ada, hepar tidak teraba, asites (-).

13. Inguinal-Genitalia-Anus

Nadi femoralis teraba, tidak ada hernia, pembengkakan pembuluh limfe tidak ada., tidak ada hemoroid, terpasang kateter.

14. Ekstremitas

Akral hangat, edema -/-, kekuatan 2/2, gerak yang tidak disadari -/-, atrofi -/-, capillary refill 3 detik, atrofi -/-.

14. Tulang belakang

Tidak ada lordosis, kifosis atau scoliosis.

m. Pemeriksaan penunjang

<p>Darah Lengkap : 22 - 5 - 2006</p> <p>Hb : 14 13 - 16 Hematokrit : 40,4 40 - 48 LED : 10.0 Leukosit : 5.7 5-10x 10³ Trombosit : 145 15-40x10⁴ MCV : 88.0 82 - 92 MCH : 30.5 27 - 31 MCHC : 34.7 32 - 36 Diff Count : 0./0/82/82/4,6/13.1 SGOT : 40 < 25 SGPT : 27 < 30 GDP : 187 Hapusan darah tepi : Eritrosit : Kesan normokrom normositik. Leukosit : Kesan jumlah & morfologi normal Trombosit : Kesan jumlah & morfologi normal. Urine lengkap : pending</p>	<p>21 - 5 - 2006</p> <p>Analisa Gas Darah</p> <p>- PH : 7.300 - PCO2 : 30.4 - PO2 : 173.5 - HCO3 : 15.0 - BE : -3.5 - O2 Sat : 98.9% - Na/K/Cl : 116/2.8/71</p> <p>CT Scan ; Kesimpulan : tidak tampak kelainan intra cranial baik sebelum maupun setelah pemberian kontras intravena.</p>
---	---

n. Terapi

Obat-obatan.

Nama obat	Dosis	Pemakaian	Efek Samping (evaluasi perawat)
HP pro	3x1 tab	Tablet	
B6	3 x 1tab	Tablet	Mual, muntah

Rifampizin	1 x 450	Tablet	Diare, telinga berdenging, fungsi liver,
INH	1 x 500	Tablet	
PZA	2 x 500	Tablet	
Ethambutol	3 x 200	Tablet	
Dexametason	4 x 5 mg	Injeksi	Alergi
ranitidin	2x 1 amp	Injeksi	Mual muntah
Cefriaxon	2x 2 gr	Injeksi	Alergi

RESUME KASUS

Nama : Tn. S
 Umur : 63 tahun
 Alamat : Jl. H. Ilyas No 16 Pesanggrahan Jaksel
 Agama : Islam
 Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : Pensiunan PNS (Administrasi RSCM)
 Status perkawinan : Kaw in
 Suku : Betawi
 Tanggal MRS : 19 Mei 2006
 Diagnosa masuk : Meningoensefalitis

Pada tanggal 24 Mei 2006 telah dilakukan terminasi pemberian asuhan keperawatan dikarenakan perawat pindah ruangan dan dioperken kepada perawat primer ruang irna B I kiri. Keadaan umum lemah, tekanan darah 160/80 mmHg, HR : 90/mnt, RR : 18/mnt (dispneu), Suhu : 37°C,

Diagnosa yang muncul	Diagnosa yang belum teratasi
<p>Tanggal 22 Mei 2006</p> <p>a. Resiko perubahan perfusi serebral b.d interupsi aliran darah</p> <p>b. Resiko tinggi terhadap penyebaran infeksi b.d pemajanan orang lain terhadap pathogen</p> <p>c. Resiko tidak efektif bersihan jalan nafas b.d akumulasi sputum dampak penurunan kesadaran.</p> <p>d. Resiko terjadi gangguan integritas kulit b.d bedrest dampak dari penurunan kesadaran.</p>	<p>a. Resiko perubahan perfusi serebral b.d interupsi aliran darah</p> <p>b. Resiko tinggi terhadap penyebaran infeksi b.d pemajanan orang lain terhadap pathogen.</p> <p>c. Resiko tidak efektif bersihan jalan nafas b.d akumulasi sputum dampak penurunan kesadaran.</p> <p>d. Resiko terjadi gangguan integritas kulit b.d bedrest dampak dari penurunan kesadaran.</p>

Hal – hal yang sudah dilakukan dalam pendidikan kesehatan pada keluarga adalah

1. Penjelasan tentang pengertian, penyebab, pengobatan dan komplikasi meningitis
2. Penjelasan tentang pengertian, penyebab, pengobatan dan komplikasi TB
3. Mobilisasi untuk menghindari ulkus dekubitus
4. Melatih ROM
5. Membatasi pengunjung, untuk mengurangi infeksi silang.

Jakarta, 24 Mei 2006

KEMOTERAPI PADA PASIEN KANKER

Setelah pasien dinyatakan dengan diagnosa kanker, maka salah satu terapi yang dilakukan adalah pemberian kemoterapi. Pemberian kemoterapi dapat dilakukan di rumah sakit atau tempat praktek dokter, oleh karena itu perawat harus mengetahui dan mengerti tentang kemoterapi mulai dari persiapan, pemberian sampai selesainya pemberian kemoterapi. Obat kemoterapi sangat toksik untuk semua sel serta membunuh sel – sel kanker tetapi juga mengganggu sel – sel yang normal, untuk itu perlu penanganan khusus dalam pemberian kemoterapi .

Akhir – akhir ini jumlah pemakai media kemoterapi telah meningkat dengan pesat, oleh karena itu perhatian terhadap perawat berkenaan dengan resiko pekerjaan yang berhubungan dengan obat – obatan tersebut. Petunjuk penanganan yang aman sebaiknya digunakan apabila melaksanakan kebijakan dan prosedur dalam mempersiapkan, menjalankan, menyimpan dan untuk kemoterapi yang digunakan. Penanganan yang aman meliputi : persiapan obat, pemberian obat dan pengelolaannya. Penanganan yang aman dalam mempersiapkan obat – obatan kemoterapi di Rumah Sakit dengan menggunakan Biosaveti, Laminari, Air Flow, tetapi apabila tidak ada maka dapat dilakukan penanganan yang aman dengan memakai proteksi : topi, kacamata, masker, gaun, sarung tangan dan pengalas kaki.

Pemilihan vena dan tempat penusukan

Berbagai media kemoterapi dapat mengiritasi vena dan jaringan lunak. Tempat penusukan vena harus dirubaha setiap 48 jam untuk mengurangi kemungkinan peradangan dan perembesan. Vena yang tepat untuk penusukan terasa halus dan lembut serta tidak keras. Vena yang paling sering digunakan yaitu : Basilic, Cephalic, Metacarpal.

PROSEDUR PEMBERIAN OBAT KEMOTERAPI

- Periksa nama pasien, obat, dosis, jenis cairan yang digunakan, cara pemberian, waktu pemberian sesuai dengan prosedur yang tertulis.
- Tinjau riwayat alergi terhadap obat.
- Antisipasi efek samping obat.
- Periksa hasil pemeriksa laboratorium.
- Periksa inform concent.
- Periksa peralatan yang tepat dan lengkap.
- Hitung dosis obat yang telah ditetapkan.
- Ikuti protokol penanganan yang aman.

- Lakukan teknik aseptik dan anti septik.
- Jelaskan prosedur pemberian obat kepada pasien dan keluarga.
- Persiapkan lokasi penusukan vena atau penusukan vena sentral.
- Jalankan anti ametik.
- Berikan antibiotic.
- Jalankan kemoterapi.
- Monitor pasien setiap jam, periksa daerah penusukan vena tetesan dan cairan masuk.
- Cacat semua prosedur yang telah dilakukan.

DAMPAK PEMBERIAN KEMOTERAPI BAGI PERAWAT DAN PASIEN

Banyak obat kemoterapi diketahui carsinogenic, genotoxic, teratogenic, dan fetogenic yang merupakan resiko pada orang yang menangani obat – obat kemoterapi (Gullo 1998). Dampak pemberian kemoterapi yang merupakan resiko terhadap perawat dapat terjadi pada waktu persiapan obat, pemberian obat, dan pembuangan obat tersebut (mahon et al.1994).

Selanjutnya obat kemoterapi yang sangat toksik tersebut didapat akibat terhirupnya aerosol obat, terpercik kontak obat dengan kulit atau langsung dari tangan kepermukaan kulit lainnya, membrane mukosa, makanan pada pencernaan, rokok yang terkontaminasi oleh debu obat atau percikan (Yodaiken dan Bennett 1986).

Dari penyalahgunaan pada waktu persiapan, pemberian dan pembuangan, perawat dan pekerja lainnya mempunyai resiko untuk mendapatkan dampak kemoterapi secara langsung apabila tidak menuruti penanganan yang aman pada saat berhubungan dengan obat kemoterapi.

Untuk menekan resiko yang mungkin akan didapatkan yaitu diharuskan perawat dan pekerja lainnya jangan makan, minum, mengunyah permen karet, mengisap rokok, atau memakai kosmetik didaerah dimana obat kemoterapi ditangani, tidak menyimpan makanan dan minuman bersama – sama didalam kulkas dengan obat kemoterapi.perhatikan dan lakukan tehnik mencuci tangan yang baik dan hindarkan kontak dengan mata, kontak tangan kemulut pada saat memproduksi obat kemoterapi kontak tangan kemulut pada saat memproduksi obat kemoterapi (Gullo 1988). Langkah yang paling baik untuk mengjhindarkan kemungkinan dampak yang tidak dikehendaki terhadap perawat dan pekerja lainnya adalah dengan menggunakan pelindung (proteksi).

CARA PENCEGAHAN TERHADAP DAMPAK PEMBERIAN KEMOTERAPI TERHADAP PERAWAT.

Untuk mencegah dampak pemberian kemoterapi terhadap perawat, maka harus diikuti petunjuk yang aman sebagai berikut :

- A. Yang diijinkan untuk menangani obat kemoterapi adalah mereka yang mendapat pendidikan tentang :
 - Cara menangani obat kemoterapi dengan benar.
 - Mengetahui resiko kemungkinan yang terjadi.
 - Cara mengawasi barang – barang yang terkontaminasi.

- Pencegahan terhadap perawat yang bekerja.
- Perawat yang berpotensi terhadap obat berbahaya.

B Yang tidak diijinkan untuk menangani obat kemoterapi dan kotoran – kotoran passion yang menerima obat kemoterapi.

- Wanita hamil dan menyusui
- Orang yang belum dewasa.
- Siswa perawat yang sedang praktek.
- Pegawai/perawat yang tidak memakai pelindung.

C. Pencegahan dengan alat :

- Kepala ruangan harus bertanggungjawab untuk menyiapkan baju pelindung untuk para pekerja.
 - * Baju lengan panjang, celana panjang berkaret tertutup didepan/Gaun panjang tertutup didepan.
 - * Sarung tangan disposable yang tidak tembus.
- Gunakan baju pelindung pada waktu menggunakan obat kemoterapi.

D. Pencegahan saat persiapan :

Saat menyiapkan obat kemoterapi terutama obat injeksi, mengisi cairan injeksi kedalam spuit, mengisi obat kedalam plabot atau botol infus dan pada waktu membuang alat – alat yang sudah terkontaminasi maupun obat sitostatika :

- Pakailah baju pelindung.
- Gunakan kaca mata pelindung untuk mencegah percikan dari arah samping dan depan.
- Gunakan masker untuk mengurangi resiko percikan terhisap melalui mulut dan hidung.

E. Pencegahan saat penyiapan dan prosedur penyiapan :

- Sikat seluruh tangan setelah menggunakan sarung tangan.
- Cegah kebocoran sarung tangan.
- Gunakan spuit dan set yang telah disiapkan.

PEMBAHASAN

Meningitis adalah radang pada meningen dan disebabkan oleh virus, bakteri atau organ-organ jamur. Infeksi meningeal umumnya dihubungkan dengan satu atau dua jalan : melalui salah satu aliran darah sebagai konsekuensi dari infeksi-infeksi bagian lain. Pada kedua kasus diatas, bahwa serangan meningitis

disebabkan oleh adanya infeksi ditempat lain yaitu adanya serangan TB paru. Pada Tn. B dibuktikan oleh adanya hasil CT scan yaitu adanya meningoensefalitis yang disebabkan oleh kuman TB. Pada Tn. S, bahwa serangan meningitis disebabkan oleh kuman TB juga, hal ini dibuktikan oleh adanya riwayat dan hasil laboratorium.

Evaluasi diagnostic untuk menegakkan meningitis antara lain CT scan, lumbal punksi, laboratorium darah untuk melihat kondisi dan kultus darah untuk melihat kuman, biakan sputum untuk melihat kuman sebagai penyebab meningitis. Pada Tn. B dan Tn. S semua pemeriksaan labotarium dilakukan yaitu antara lain CT Scan, biakan sputum, biakan darah. Kecuali lumbal pungksi tidak dilakukan, karena kondisi pasien yang tidak memungkinkan karena mengalami penurunan kesadaran.

Gejala meningitis diakibatkan dari infeksi dan peningkatan TIK, antara lain : sakit kepala dan demam adaloah gejala awal yang sering, perubahan tingkat kesadaran dihubungkan dengan meningitis bakteri, disorientasi dan gangguan memori biasanya merupakan awal adanya infeksi . iritasi meningen mengakibatkan sejumlah tanda yang mudah dikenali yang umumnya terlihat pada semua tipe meningitis. Pada Tn. B gejala yang muncul sama dengan teori yaitun riwayat demam, sakit kepala, penurunan kesadaran dan kaku kuduk. Demikian juga dengan Tn. S. Diagnosa keperawatan yang muncul sama dengan teori, antara Tn.B dan Tn. S yaitu Resiko perubahan perfusi serebral b.d interupsi aliran darah, resiko tinggi terhadap penyebaran infeksi b.d pemajanan orang lain terhadap pathogen., Resiko tidak efektif bersihan jalan nafas b.d akumulasi sputum dampak penurunan kesadaran, Resiko terjadi gangguan integritas kulit b.d bedrest dampak dari penurunan kesadaran.

Intervensi keperawatan dari semua diagnosa keperawatan dapat dilaksanakan secara total dan sempurna. Intervensi keperawatan antara lain monitor tanda vital, kaji frekwensi dan kedalaman pernafasan, cuci tangan sesudah dan sebelum kontak dengan pasien, observasi sputum, ubah posisi tiap dua jam, periksa adanya luka atau inflamasi pada daerah invasive, monitor status neurology, evaluasi pupil, pertahankan elevasi tempat tidur 30 – 45 °, cegah terjadinya maneuver valsava, monitor integritas kulit, lakukan massage dan

berikan lotion, jaga kebersihan tempat tidur dari kelembaban dan kusut, tingkatkan hidrasi 2000 ml / 24 jam. Kolaborasi pemberian O₂, antibiotic, antipiretik, pelunak feses, dan pemeriksaan laboratorium secara berkala.

Evaluasi keperawatan pada saat dilakukan terminasi asuhan keperawatan belum ada diagnosa keparawatan yang teratasi dan dilakukan operan pasien kepada perawat primer ruangan.