

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN M DENGAN  
POST OPERASI ETHMOIDEKTHOMY  
PADA HARI I RUANG SOKA  
RSUD KOTA DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun oleh :

**ISTIANA**

NIM. 89.331.3985

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2011**

## HALAMAN PERSETUJUAN


Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapkan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Senin

Tanggal : 23 Mei 2011

Semarang, 23 Mei 2011

Pembimbing,

  
Ns. Suyanto, S. Kep

NIK: 210909018

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari kamis tanggal 9 juni 2011 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 2 Juli 2011

Tim Penguji,

Penguji I



(Ns. Furaida Khasanah, S.Kep.)

NIK : 210910022

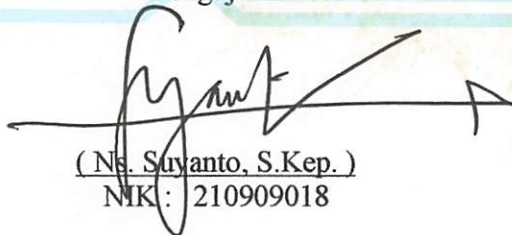
Penguji II



(Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, M. Kep.)

NIK : 210998005

Penguji III



(Ns. Suyanto, S.Kep.)

NIK : 210909018

## HALAMAN PERSEMBAHAN

Puji syukur saya persembahkan kepada Allah SWT karena berkat rahmat dan hidayah-Nya serta inayah-Nya saya dapat menyusun sekaligus menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang menjadi kewajiban dalam menyelesaikan jenjang pendidikan tahap akhir. Karya tulis Ilmiah ini saya persembahkan pada Ayah dan Ibu tercinta "TAMBAH dan SUMARNI" karena kasih sayang serta doa dan dukungannya baik materil maupun moril dan spiritual. Berkat dukungan beliaulah saya bisa menyelesaikan tugas akhir ini dan lulus menjadi Ahli Madya Keperawatan. Terimakasih kakakku mbak Tetiek dan mbak Toby serta ke-2 keponakanku dek Dicky dan dek Velly yang selalu menemani dan memberikan dukungan serta doanya, sahabat-sahabatku semua dan teman-teman senasib seperjuangan

D-III Keperawatan 2008 I MISS YOU FULL

## MOTTO

God I make me keep smiling, make me as a patient servant! Make me small in the eyes but big in presence of the people

Ilmu pengetahuan adalah mengetahui kedua-duanya, yaitu apa-apa yang di ketahui orang dan apa-apa yang tidak di ketahui orang dan ilmu yang tiada di amalkan adalah kosong dan pekerjaan yang tiada di selesaikan adalah sia-sia.

Jangan anda mau di genggam dunia sehingga anda tenggelam di dalam kesulitan-kesulitannya, akan tetapi letakkanlah dunia itu di dalam telapak tanganmu sehingga anda dapat mengguncangkan sesuka hatimu. Dan jadikanlah dirimu sebagai lautan yang luas, apapun kejadian itu harus diterima dengan tawakal dan dengan iman yang tebal.

Jika kamu tidak dapat mencapai tujuanmu melalui satu jalan berusaha mencarinya dengan jalan lain dan janganlah bersusah hati karena orang tidak mengenalmu, berusaha agar kamu pantas di kenal.

Di mana ada kemauan pasti ada jalan

The most approved charm to let disappear the pessimistic is believe in religion

Sesuatu usaha yang anda mulai janganlah anda hentikan sebelum hasilnya anda rasakan

Every more over my knowledge, I am also more over know my folly

Peliharalah cita-citamu dengan baik karena bila cita-citamu sudah padam maka samalah artinya dengan mati

## KATA PENGANTAR

### Bismillahirrohmanirohim

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan laporan dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn M Dengan Post Op Ethmoidektomy Pada hari Pertama Di Ruang Soka RSUD KOTA DEMAK”.

Adapun maksud dan tujuan dari laporan ini adalah untuk menyelesaikan tugas akhir program Ahli madya Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.

Dalam penyusunan laporan ini penulis menemui beberapa kendala atau masalah namun berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak akhirnya laporan ini dapat di selesaikan tepat pada waktunya. Penulis juga mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaludin, M.Sc. M.Eng, selaku rektor Universitas Islam Sultan Agung
2. Bapak Iwan Ardian, SKM Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang
3. Ibu Endang Setyowati, SKM Selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang
4. Bapak Suyanto, Skep, Ns selaku pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini

5. Tn M sekeluarga yang sudah bersedia meluagkan waktunya
6. Bapak Tambah dan Ibu Sumarni tercinta yang telah memberi dukungan dengan segala pengorbanan yang telah membesarkan, mendidik, mendoakan dan memberi motivasi dan semangat untuk kesuksesan putrinya.
7. Mbak Tatiek dan Mbak Toby dan kedua keponakanku dek Dicky dan dek Velli yang selalu memberikan motivasi dalam setiap kata-katanya.
8. Lana dan mas Soleh yang selalu mendukungku dalam setiap ucapannya
9. Teman-teman senasib dan seperjuanganku ada Via, Azza, Atiek Aida, Chawari dan teman-teman di FIK UNISSULA 2008 serta semua pihak yang membantu dan mendukungku dalam penyelesaian laporan ini.

Penulis menyadari Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari kesempurnaan dengan keterbatasan dan kemampuan serta pengetahuan yang penulis miliki. Untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan di masa mendatang.

Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi penulis dan untuk semua pembaca dalam menambah pengetahuan dan wawasan dalam penetalaksanaan.

Semarang, Mei 201

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN .....	iv
HALAMAN MOTTO.....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan.....	4
C. Manfaat.....	4
<b>BAB II KONSEP DASAR</b>	
A. Konsep Dasar Penyakit	
1. Pengertian .....	6
2. Etiologi .....	6
3. Patofisiologi.....	7
4. Manifestasi klinis.....	7
5. Pemeriksaan Diagnostik .....	8
6. Komplikasi.....	8
7. Penatalaksanaan.....	8
8. Pathway .....	10



<b>B. Konsep Dasar Keperawatan</b>	
1. Pengkajian keperawatan .....	11
2. Diagnosa Keperawatan .....	12
a. Diagnosa Sebelum Operasi.....	12
b. Diagnosa Setelah Operasi.....	12
3. Intervensi Sebelum Operasi.....	13
4. Intervensi Setelah Operasi .....	17

**BAB III HASIL ASUHAN KEPERAWATAN**

A. Pengkajian Keperawatan .....	28
B. Diagnosa Keperawatan .....	35
C. Planing/Intervensi .....	35
D. Implementasi .....	37
E. Evaluasi .....	40

**BAB IV PEMBAHASAN**

A. Pengkajian .....	42
B. Diagnosa, Intervensi, Implementasi, Evaluasi.....	42

**BAB V PENUTUP**

A. Kesimpulan.....	50
B. Saran.....	51

**DAFTAR PUSTAKA**

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat kesediaan pembimbing

Lampiran 2. Surat keterangan konsultasi

Lampiran 3. Lembar konsultasi

Lampiran 4. Lembar asuhan keperawatan



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar belakang**

Manusia membutuhkan informasi berupa rangsangan dari lingkungan luar sekitar untuk dapat menjalani hidupnya dengan baik. Agar rangsangan yang berasal dari luar tubuh dapat ditangkap dibutuhkan alat-alat tubuh tertentu yang bernama indera. Kelima alat indera itu adalah mata, hidung, telinga / kuping, kulit dan lidah. Setiap orang normalnya memiliki lima / panca indera yang berfungsi dengan baik untuk menangkap rangsangan sehingga dapat memberikan respon sesuai dengan keinginan atau sesuai dengan insting kita. Salah satu panca indera yang dimiliki manusia adalah indera penciuman. yang berperan penting dalam indera penciuman adalah hidung (Godam. 2008. 5 alat indera manusia hidung, lidah, kulit dan panca indera.<http://organisasi.org/>.diunduh tanggal 19 April 2011).

Hidung adalah indera yang kita gunakan untuk mengenali lingkungan sekitar atau sesuatu dari aroma yang dihasilkan. Di dalam hidung kita terdapat banyak sel kemoreseptor untuk mengenali bau. Orang yang cacat indera masih bisa hidup namun tidak akan bisa menikmati hidup layaknya manusia normal. Seperti pada indera penciuman yang berperan penting adalah hidung. Pada hidung normal manusia tidak terdapat benjolan pada daerah dalam hidungnya. Apabila di dalam hidung manusia terdapat benjolan maka itu merupakan suatu kelainan. Kelainan yang dapat terjadi di hidung salah satunya adalah polip (Godam. 2008. 5 alat indera

manusia hidung, lidah, kulit dan panca indra. <http://organisasi.org/>.diunduh tanggal 19 April 2011).

Polip adalah massa lunak yang mengandung banyak cairan di dalam rongga hidung, berwarna putih keabu-abuan, yang terjadi akibat inflamasi mukosa (Soepardi, 2007).

Dampak dari polip adalah apabila terdapat sumbatan hidung menetap maka semakin lama dapat terjadi hiposmia dan anosmia. Bila menyumbat ostium dapat mengakibatkan sinusitis denganingus purulen (Mansjoer,2001).

Etmoidektomi atau bedah sinus endoskopi fungsional (BSEF/FESS) merupakan tindakan pengangkatan polip sekaligus operasi sinus. Kriteria polip yang diangkat adalah polip yang sangat besar, berulang, dan jelas terdapat kelainan di kompleks osteomeatal ( Muhammad Al-Fatih II. 2007. Polip hidung. <http://henykartika.wordpress.com/2007/12/29/polip-hidung/>. Di unduh tanggal 16 juni 2010).

Data dari DEPKES RI tahun 2003 menyebutkan bahwa penyakit hidung dan polip berada pada urutan ke-25 dari 50 pola penyakit peringkat utama atau sekitar 102.817 penderita rawat jalan di rumah sakit. Data dari Divisi Rinologi Departemen THT RSCM Januari-Agustus 2005 menyebutkan jumlah pasien pada kurun waktu tersebut adalah 435 pasien, 69% nya adalah polip. Dari jumlah tersebut 30% mempunyai indikasi operasi polidektomy. Karena berbagai kendala dari jumlah ini hanya 60%nya (53 kasus) yang dilakukan operasi.

Di Bagian THT RS Dr. Wahidin Sudirohusodo, Makasar dilaporkan tindakan operasi pada periode Januari 2005- Juli 2006 adalah 21 kasus atas indikasi polip, 33 kasus pada polip hidung disertai sinusitis dan 30 kasus polip disertai dengan tindakan septum koreksi atas indikasi sinusitis dan septum deviasi. Sekitar 0,2-1 % orang dewasa di Inggris pernah menderita polip hidung, dan lebih banyak pada laki-laki dari pada perempuan. (Godam. 2008. 5 alat indra manusia hidung, lidah, kulit dan panca indra <http://organisasi.org/> diunduh tanggal 19 April 2011).

Peran perawat dalam hal ini bisa sebagai pemberi asuhan keperawatan, sebagai advokat di mana perawat dapat mempertahankan dan melindungi hak-hak klien, sebagai edukator dilakukan untuk meningkatkan tingkat pengetahuan, sebagai kolaborator dengan tim kesehatan lain, sebagai konsultan untuk tempat konsultasi terhadap masalah atau tindakan keperawatan yang tepat untuk di berikan (<http://www.scribd.com/doc/331063531/Peran-Dan-Fungsi-Perawat>.diunduh tanggal 24 Februari 2011).

Berdasarkan hasil uraian di atas yang menjelaskan bahwa penyakit polip ini dapat mengganggu sistem pernafasan dan angka kejadian yang cukup banyak di Indonesia maka penulis tertarik untuk mengambil kasus “Asuhan Keperawatan Pada Tn M Dengan Post OP Etmoidekthomy “ di ruang Soka RSUD KOTA DEMAK.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Menganalisis asuhan keperawatan pada Tn. M dengan post op ethmoidektomy pada hari pertama.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Dapat menjelaskan tentang pengkajian pada pasien post op etmoidektomy
- b. Dapat menjelaskan diagnosa pada pasien post op etmoidektomy
- c. Dapat menjelaskan perencanaan yang akan dilakukan pada pasien post op etmoidektomy
- d. Dapat menjelaskan tentang implementasi pada pasien post op ethmoidektomy
- e. Dapat menjelaskan evaluasi pada asuhan keperawatan pada pasien post op ethmoidektomy

## **C. Manfaat**

### **1. Bagi penulis**

- a. Untuk meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan medikal bedah khususnya polip.
- b. Untuk menambahkan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan medikal bedah yang tepat pada polip.

2. Bagi institusi pendidikan.

Mengetahui sejauh mana kemampuan mahasiswa dalam asuhan keperawatan khususnya menangani kasus polip serta memberikan masukan terhadap pendidikan dalam perbaikan selanjutnya.

3. Bagi masyarakat

Dengan adanya karya tulis ilmiah yang di buat oleh penulis yang membahas tentang polip khususnya maka di harapkan masyarakat akan lebih faham tentang penyakit polip, apa yang dapat menyebabkan terjadinya polip, apa saja komplikasi yang dapat ditimbulkan apabila polip tidak di tangani, dan bagaimana cara penatalaksanaan pada klien polip. Dan masyarakat akan segera tanggap bila menemui tanda dan gejala yang ditemui nanti.



## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. KONSEP DASAR PENYAKIT**

##### **1. Pengertian**

Polip hidung ialah masa lunak yang mengandung banyak cairan di dalam rongga hidung, berwarna putih keabu-abuan, yang terjadi akibat inflamasi mukosa (Soepardi, 2007)

Polip adalah kelainan mukosa hidung berupa massa lunak yang bertangkai, berbentuk bulat atau lonjong, berwarna putih keabu-abuan dengan permukaan licin dan agak bening karena mengandung banyak cairan (Soepardi, 2001).

Polip hidung adalah massa lunak, berwarna putih keabu-abuan yang terdapat dalam rongga hidung (Mansjoer, 2001).

##### **2. Etiologi**

Etiologi yang pasti belum diketahui tetapi ada 3 faktor penting pada terjadinya polip yaitu adanya peradangan kronik dan berulang pada mukosa hidung dan sinus, adanya gangguan keseimbangan vasomotor, adanya peningkatan tekanan cairan menyatakan bahwa udara yang mengalir melalui tempat yang sempit akan mengakibatkan tekanan negative pada daerah sekitarnya (Soepardi, 2001).



### 3. Patofisiologi

Pada awalnya ditemukan edema mukosa yang kebanyakan terjadi di daerah meatus medius. Kemudian stroma akan terisi oleh cairan intraseluler sehingga mukosa yang sembab menjadi polipoid. Bila proses terjadi secara terus menerus mukosa yang sembab makin membesar dan kemudian turun ke dalam rongga hidung sambil membentuk tangkai, sehingga terjadilah polip. Polip dapat timbul pada hidung yang tidak terinfeksi kemudian dapat menyebabkan sinusitis, tetapi polip juga dapat timbul akibat iritasi kronis yang disebabkan oleh infeksi hidung dan sinusitis (Soepardi, 2001).

### 4. Manifestasi klinis

Sumbatan hidung yang menetap dan semakin lama semakin berat dan rinorea. Dapat terjadi hiposmia dan anosmia. Bila menyumbat ostium, dapat terjadi sinusitis dengan ingus purulen. Karena disebabkan alergi, gejala utama adalah bersin, dan iritasi di hidung.

Pada pemeriksaan klinis tampak massa putih ke abu-abuan atau kuning kemerahan dalam kavum nasi, sehingga mudah di gerakkan, konsistensinya lunak, tidak nyeri bila di tekan, tidak mudah berdarah, dan tidak mengecil pada pemakaian vasokonstriktor (Mansjoer,2001).

## **5. Pemeriksaan diagnostik**

### **a. Pemeriksaan radiologi**

Foto polos sinus paranasal (posisi Waters, AP, Caldwell dan lateral) dapat memperlihatkan penebalan mukosa dan adanya batas udara cairan di dalam sinus, tetapi kurang bermanfaat pada kasus polip. Pemeriksaan tomografi computer (TK, CT Scan) sangat bermanfaat untuk melihat dengan jelas keadaan di hidung dan sinus paranasal apakah ada proses radang, kelainan anatomi, polip atau sumbatan pada kompleks osteomeatal. TK terutama diindikasikan pada kasus polip yang gagal di obati dengan terapi medikamentosa, jika ada komplikasi dari sinusitis dan pada perencanaan tindakan bedah terutama bedah endoskopi (Soepardi,2007).

## **6. Komplikasi**

Polip dapat timbul pada hidung yang tidak terinfeksi kemudian menyebabkan sumbatan yang dapat menjadi sinusitis (Soepardi, 2001).

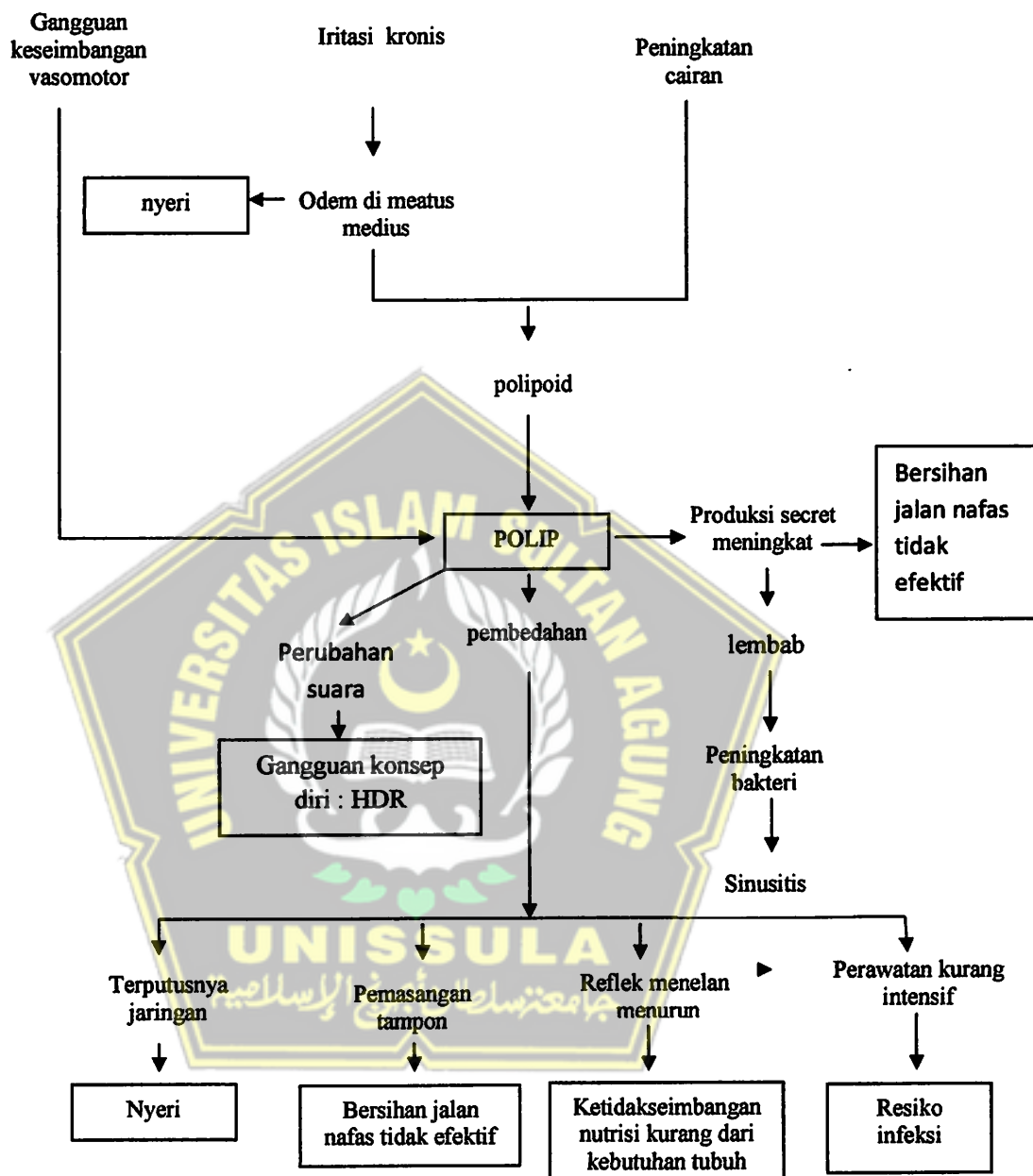
## **7. Penatalaksanaan**

Tujuan utama pengobatan pada kasus polip adalah menghilangkan keluhan-keluhan, mencegah komplikasi dan mencegah rekurensi polip. Pemberian kortikosteroid untuk menghilangkan polip disebut juga polipektomy medikamentosa. Dapat di berikan topikal atau sistemik. Polip tipe eosinofilik memberikan respon yang lebih baik terhadap pengobatan kortikosteroid intranasal di bandingkan polip tipe neutrofilik.

Kasus polip yang tidak membaik dengan terapi medikamentosa atau polip yang sangat massif di pertimbangkan untuk terapi bedah. Dapat dilakukan ekstrasi polip (polipektomy) menggunakan senar polip atau cunam dengan analgesik lokal, ethmoidektomy intranasal atau ethmoidektomy ekstrasasal untuk polip etmoid, operasi Cadwell-Luc untuk sinus maksila. Yang terbaik ialah bila tersedia fasilitas endoskop maka dapat di lakukan tindakan BSEF (Bedah Sinus Endoskopi Fungsional) (Soepardi, 2007).



## 8. Pathway



(Soepardi, 2001)

## **B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN**

### **1. Pengkajian keperawatan**

Pengkajian keperawatan adalah langkah awal dalam berfikir kritis dan pembuatan keputusan yang mengarah pada diagnosis keperawatan (Meiliya, 2007).

Pada kasus polip ini pengkajian yang di utamakan pada saat pengkajian hidung, saat kita mengkaji hidung klien hendaknya perawat adalah melakukan anamnesa untuk mengkaji kronologis sakitnya. Apakah keadaan sakit tersebut sudah berlangsung seminggu, khususnya bila terdapat wabah selesma dan sindroma yang ada kaitannya, atukah terjadi secara musiman ketika tepung sari tanaman banyak tersebar dalam udara lingkungan, apakah sakitnya berkaitan dengan kontak atau lingkungan tertentu, obat-obat apa saja yang sudah di gunakan oleh klien, berapa lama penggunaannya, bagaimana khasiatnya (Bickley,2009).

#### **a. Sebelum operasi**

##### **1) Data subyektif**

- a) Hidung terasa tersumbat, susah bernafas.
- b) Keluhan gangguan membau atau tidak bisa membau
- c) Merasa banyak lender, keluar darah
- d) Klien merasa lesu, tidak nafsu makan
- e) Merasa pusing

##### **2) Data obyektif**

- a) Kelainan bentuk hidung, kemerahan, edema

- b) Adanya lender dari hidung, perdarahan hidung
  - c) Ekspresi wajah tampak tegang dan cemas
  - d) Tampak massa putih seperti buah anggur yang menggantung
- b. Sesudah operasi
- 1) Data subyektif
    - a) Hidung terasa tersumbat, susah bernafas
    - b) Merasa nyeri kepala pada daerah operasi
    - c) Sulit bernafas melalui hidung
    - d) Klien merasa lemas
  - 2) Data obyektif
    - a) Hidung terpasang tampon
    - b) Ekspresi wajah tampak menahan nyeri/tegang

## 2. Diagnosa keperawatan

Diagnose keperawatan adalah sebuah label singkat, menggambarkan kondisi klien yang di observasi di lapangan (Meiliya, 2007).

- a. Diagnosa pre operasi
  - 1) Nyeri akut
  - 2) Bersihan jalan nafas tidak efektif
- b. Diagnosa post operasi
  - 1) Nyeri akut
  - 2) Bersihan jalan nafas tidak efektif
  - 3) Resiko infeksi
  - 4) Ketidakseimbangan nutrisi

### **3. Intervensi sebelum operasi**

#### **a. Nyeri akut**

##### **1) Definisi:**

Rasa yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang timbul secara nyata atau potensi kerusakan jaringan atau yang digambarkan sebagai kerusakan (asosiasi internasional untuk studi dari nyeri), onset atau kejadian yang tiba-tiba atau pelan dari banyak intensitas mulai dari ringan sampai berat dengan antisipasi atau prediksi akhirnya dan durasi kurang dari enam bulan (Meiliya,2007).

##### **2) Batasan karakteristik menurut Meiliya, 2007 :**

- a) Perubahan ketegangan otot
- b) Perubahan nafsu makan
- c) Perubahan denyut jantung
- d) Codet report
- e) Diaphoresis
- f) Gangguan perilaku
- g) Tingkah laku yang ekspresif
- h) Kedok wajah
- i) Perilaku hati-hati
- j) Fokus yang terbatas
- k) Observasi kejadian nyeri
- l) Keadaan untuk menghindari nyeri

m) Isyarat perlindungan

n) Dilatasi pupil

o) Fokus diri

p) Gangguan tidur

q) Ungkapan nyeri

3) Faktor – faktor yang berhubungan menurut Smith 2010:

Penyebab luka (biologi, kimia, fisika, psikologis).

4) Tujuan menurut Meiliya, 2007: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x 24 jam klien dapat :

a) Menunjukkan teknik relaksasi secara individual yang efektif untuk mencapai kenyamanan

b) Mempertahankan tingkat nyeri pada atau kurang (skala 0-10)

c) Melaporkan kesejahteraan fisik dan psikologis

d) Mengenali faktor penyebab dan menggunakan tindakan untuk mencegah nyeri

e) Melaporkan nyeri pada penyedia perawatan kesehatan

f) Menggunakan tindakan mengurangi nyeri dengan analgesic dan nonanalgesic secara tepat

5) Intervensi menurut Carpenito, 2007:

a) Kurangi adanya kurang pengetahuan

(1)Jelaskan sebab-sebab nyeri

(2)Jelaskan pemeriksaan diagnostik dan prosedur secara detail



- b) Beri informasi yang akurat untuk mengurangi rasa takut
- c) Hubungkan penerimaan perawat tentang respon individu terhadap nyeri
  - (1) Ketahui adanya rasa nyeri
  - (2) Dengarkan dengan penuh perhatian mengenai nyeri
  - (3) Perlihatkan bahwa perawat sedang mengkaji nyeri karena perawat ingin mengerti lebih baik
- d) Bicarakan alasan individu mengalami peningkatan atau penurunan nyeri
  - (1) Beri dorongan anggota keluarga untuk saling menceritakan rasa prihatinnya secara pribadi
  - (2) Anjurkan keluarga untuk tetap memberi perhatian walaupun nyeri tidak di beritahukan.
- e) Beri individu kesempatan untuk istirahat siang dan dengan waktu tidur yang tidak terganggu pada malam hari
- f) Bicarakan dengan individu dan keluarga penggunaan terapi distraksi, serta metode pereda nyeri lain.
- g) Ajarkan metode distraksi selama nyeri akut
- h) Ajarkan tindakan pereda nyeri noninvasif
  - (1) Relaksasi
  - (2) Stimulasi kutan
- i) Beri individu pereda rasa sakit yang optimal dengan analgesic

- j) Beri informasi yang akurat untuk meluruskan kesalahan konsep pada keluarga.

**b. Bersihkan jalan nafas tidak efektif**

- 1) Definisi, menurut Carpenito, 2007 yaitu:

Keadaan ketika seseorang individu mengalami kehilangan ventilasi yang aktual dan potensial yang berhubungan dengan perubahan pola pernafasan.

- 2) Batasan karakteristik menurut carpenito,2007 :

- a) Mayor

- (1) Perubahan dalam frekuensi atau pola pernafasan
- (2) Perubahan pada nadi

- b) Minor

- (1) Ortopneu
- (2) Takipneu, hiperpneu,hiperventilasi
- (3) Pernafasan sukar

- 3) Faktor yang berhubungan dengan

Lihat resiko gangguan fungsi pernafasan

- 4) Tujuan

Individu memeperlihatkan frekuensi pernapasan yang efektif dan mengalami perbaikan pertukaran gas pada paru.

- 5) Indikator

Menyatakan faktor penyebab, jika di ketahui

Menyatakan cara adaptif mengatasi factor tersebut

- 6) Intervensi generik
  - a) Pastikan individu bahwa tindakan tersebut dilakukan untuk menjamin keamanan
  - b) Alihkan perhatian alihkan perhatian individu dari memikirkan tentang keadaan ansietas dengan meminta individu mempertahankan kontak mata dengan anda
  - c) Pertimbangkan penggunaan kantong kantung jika bermaksud mengeluarkan kembali ekspirasi udara
  - d) Tetap bersama individu dan latih untuk bernafas
  - e) Jelaskan seorang dapat belajar untuk mengatasi hiperventilasi

#### 4. Intervensi setelah operasi

##### a. Nyeri akut

##### 1) Definisi:

Rasa yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang timbul secara nyata atau potensi kerusakan jaringan atau yang digambarkan sebagai kerusakan (asosiasi internasional untuk studi dari nyeri), onset atau kejadian yang tiba-tiba atau pelan dari banyak intensitas mulai dari ringan sampai berat dengan antisipasi atau prediksi akhirnya dan durasi kurang dari enam bulan (Meiliya,2007).

##### 2) Batasan karakteristik menurut Meiliya, 2007 yaitu:

- a) Perubahan ketegangan otot

- b) Perubahan nafsu makan
  - c) Perubahan denyut jantung
  - d) Codet report
  - e) Diaphoresis
  - f) Gangguan perilaku
  - g) Tingkah laku yang ekspresif
  - h) Kedok wajah
  - i) Perilaku hati-hati
  - j) Fokus yang terbatas
  - k) Observasi kejadian nyeri
  - l) Keadaan untuk menghindari nyeri
  - m) Isyarat perlindungan
  - n) Dilatasi pupil
  - o) Fokus diri
  - p) Gangguan tidur
  - q) Ungkapan nyeri
- 3) Faktor – faktor yang berhubungan menurut Smith (2010) yaitu:  
Penyebab luka (biologi, kimia, fisika, psikologis).
- 4) Tujuan menurut Meiliya,2007: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x 24 jam klien dapat :
- a) Menunjukkan teknik relaksasi secara individual yang efektif untuk mencapai kenyamanan

- b) Mempertahankan tingkat nyeri pada atau kuang (skala 0-10)
  - c) Melaporkan kesejahteraan fisik dan psikologis
  - d) Mengenali faktor penyebab dan menggunakan tindakan untuk mencegah nyeri
  - e) Melaporkan nyeri pada penyedia perawatan kesehatan
  - f) Menggunakan tindakan mengurangi nyeri dengan analgesik dan nonanalgesik secara tepat
- 5) Intervensi menurut Carpenito, 2007 :
- a) Kurangi adanya kurang pengetahuan
    - (1) Jelaskan sebab-sebab nyeri
    - (2) Jelaskan pemeriksaan diagnostik dan prosedur secara detail
  - b) Beri informasi yang akurat untuk mengurangi rasa takut
  - c) Hubungkan penerimaan perawat tentang respon individu terhadap nyeri
    - (1) Ketahui adanya rasa nyeri
    - (2) Dengarkan dengan penuh perhatian mengenai nyeri
    - (3) Perlihatkan bahwa perawat sedang mengkaji nyeri karena perawat ingin mengerti lebih baik
  - d) Bicarakan alasan individu mengalami peningkatan atau penurunan nyeri
    - (1) Beri dorongan anggota keluarga untuk saling menceritakan rasa prihatinnya secara pribadi

- (2) Anjurkan keluarga untuk tetap memberi perhatian walaupun nyeri tidak di beritahukan.
  - e) Beri individu kesempatan untuk istirahat siang dan dengan waktu tidur yang tidak terganggu pada malam hari
  - f) Bicaraka dengan individu dan keluarga penggunaan terapi distraksi, serta metode pereda nyeri lain.
  - g) Ajarkan metode distraksi selama nyeri akut
  - h) Ajarkan tindakan pereda nyeri noninvasif
    - (1) Relaksasi
    - (2) Stimulasi kutan
      - i) Beri individu pereda rasa sakit yang optimal dengan analgesik
      - j) Beri informasi yang akurat untuk meluruskan kesalahan konsep pada keluarga
- b. Bersihan jalan nafas tidak efektif**
- 1) Definisi, menurut Carpenito, 2007 :

Keadaan ketika seseorang individu mengalami kehilangan ventilasi yang aktual dan potensial yang berhubungan dengan perubahan pola pernafasan.
  - 2) Batasan karakteristik menurut Carpenito
    - a) Mayor
      - (1) Perubahan dalam frekuensi atau pola pernafasan
      - (2) Perubahan pada nadi

- b) Minor
  - (1) Ortopneu
  - (2) Takipneu, hiperpneu,hiperventilasi
  - (3) Pernafasan sukar
- 3) Faktor yang berhubungan dengan  
lihat resiko gangguan fungsi pernafasan
- 4) Tujuan  
individu memeperlihatkan frekuensi pernapasan yang efektif dan  
mengalami perbaikan pertukaran gas pada paru.
- 5) Indikator  
menyatakan faktor penyebab, jika di ketahui  
menyatakan cara adaptif mengatasi factor tersebut
- 6) Intervensi generik  
Untuk hiperventilasi
  - a) Pastikan individu bahwa tindakan tersebut dilakukan untuk  
menjamin keamanan
  - b) Alihkan perhatian individu dari memikirkan tentang keadaan  
ansietas dengan meminta individu mempertahankan kontak mata  
dengan anda
  - c) Pertimbangkan penggunaan kantong kentang jika bermaksud  
mengeluarkan kembali ekspirasi udara
  - d) Tetap bersama individu dan laih untuk bernafas
  - e) Jelaskan seorang dapat belajar untuk mengatasi hiperventilasi

### c. Resiko infeksi

#### 1. Definisi

Suatu kondisi individu yang mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik (Meiliya, 2007).

#### 2. Faktor yang berhubungan dengan menurut Carpenito, 2007 :

##### a) Patofisiologis :

Berhubungan dengan melemahnya daya tahan penjamu sekunder akibat penyakit kronis seperti kanker, gagal ginjal dan lain-lain.

##### b) Tindakan yang berhubungan dengan

Berhubungan dengan tepat masuknya organisme akibat pembedahan, nutrisi parenteral total, intubasi.

##### c) Situasional

Berhubungan dengan melemahnya daya tahan penjamu sekunder akibat terapi radiasi, transplantasi organ, terapi obat-obatan.

#### 3. Intervensi generik menurut Carpenito, 2007 :

##### a) Identifikasi individu yang beresiko infeksi nosokomial

1) Kaji prediktornya

2) Kaji faktor pemberat

##### b) Kurangi organisme yang masuk ke individu

1) Cuci tangan dengan cermat



- 2) Teknik antiseptik
  - 3) Tindakan isolasi
  - 4) Tidak melakukan prosedur terapeutik atau diagnostik yang tidak perlu
- c) Lindungi individu yang mengalami deficit imun dari infeksi
- 1) Instruksikan individu untuk meminta kepada seluruh pengunjung dan personil untuk mencuci tangan sebelum mendekatinya
  - 2) Batasi pengunjung bila memungkinkan
  - 3) Batasi alat invasif
  - 4) Ajarkan individu dan anggota keluarga tentang tanda dan gejala infeksi
- d) Kurangi kerentanan individu terhadap infeksi
- 1) Pantau penggunaan atau penggunaan berlebihan terapi antimikroba
  - 2) Beri anti mikroba yang telah diresepkan dari 15 menit dari waktu yang telah di jadwalkan
  - 3) Minimalkan lamanya tinggal di rumah sakit

**d. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh**

1) Definisi

Suatu keadaan ketika individu yang tidak puasa mengalami penurunan berat badan yang berhubungan dengan asupan yang

tidak adekuat atau metabolisme nutrient yang tidak adekuat untuk kebutuhan metabolik (Carpenito,2007).

2) Batasan karakteristik menurut Carpenito, 2007 :

a) Mayor

- (a) Individu yang tidak puasa melaporkan atau mengalami asupan makanan tidak adekuat kurang dari yang dianjurkan dengan atau tanpa penurunan berat badan
- (b) Kebutuhan metabolic actual atau potensial dengan asupan yang lebih.

b) Minor

- (a) Berat badan 10 % samapi 205 atau lebih di bawah berat badan ideal untuk tinggi dan kerangka tubuh
- (b) Lipatan kulit trisep, lingkaran lengan tengah, dan lingkaran otot lengan tengah kurang dari 60 % standar pengukuran
- (c) Kelemahan otot dan nyeri tekan
- (d) Peka rangsang mental dan kekacauan mental
- (e) Penurunan albumin serum
- (f) Penurunan transferin serum atau penurunan kapasitas ikatan besi.

3) Faktor yang berhubungan dengan menurut Carpenito (2007)

a) Patofisiologis

- (1) Berhubungan dengan peningkatan kebutuhan kalori dan kesulitan dalam mencerna kalori yang mencukupi

sekunder akibat luka bakar (fase pasca-akut), kanker , infeksi, trauma, atau ketergantungan bahan-bahan kimia

(2) Berhubungan dengan disfagia sekunder akibat cedera serebrivaskuler, sklerosisi amiotrofik lateral, paralysis serebral, penyakit parkinson, kelainan neuro muskuler, distrofi otot.

(3) Berhubungan dengan penurunan nutrient sekunder akibat penyakit Crohn, intoleransi laktosa, atau fibrosis kostik

(4) Berhubungan dengan penurunan keinginan untuk makan sekunder akibat perubahan tingkat kesadaran

(5) Berhubungan dengan muntah yang di rangsang sendiri, latihan fisik karena kelebihan asupan kalori atau menolak untuk makan sekunder akibat anoreksia nervosa.

(6) Berhubungan dengan anoreksia, agitasi fisik, berlebihan sekunder akibat kelainan bipolar

(7) Berhubungan dengan muntah, anoreksia, dan agngguan pencernaan sekunder akibat pankreatitis

(8) Berhubungan dengan anoreksia, gangguan metabolisme lemak dan protein dan gangguan penyimpanan vitamin sekunder akibat serosis.

b) Berhubungan dengan tindakan

(1) Berhubungan dengan peningkatan kebutuhan protein dan vitamin untuk penyembuhan luka dan penurunan asupan

sekunder akibat pembedahan medikasi, rekonstruksi bedah mulut, kawat rahang, atau terapi radiasi

(2) Berhubungan dengan ketidakadekuatan absorpsi sebagai efek samping dari kolkisin, antasida, piarmetamin, neomisin

(3) Berhubungan dengan penurunan asupan oral, ketidaknyamanan mulut, mual, muntah sekunder akibat terapi radiasi, kemoterapi, tonsilektomi

c) Situasional (personan, lingkungan)

(1) Berhubungan dengan penurunan keinginan untuk makan sekunder akibat anoreksia, depresi, stress, isolasi social, mual dan muntah atau alergi

(2) Berhubungan dengan ketidakmampuan untuk menghasilkan makanan

(3) Berhubungan dengan ketidakmampuan mengunyah

(4) Berhubungan dengan diare sekunder

4) Intervensi generik

a) Tentukan kebutuhan kalori yang realistis dan adekuat, konsulkan pada ahli gizi.

b) timbang berat badan setiap hari, pantau hasil pemeriksaan laboratorium.

c) Jelaskan pentingnya nutrisi yang adekuat.

d) Ajarkan individu untuk menggunakan penyedap rasa.

- e) Beri dorongan individu untuk makan dengan orang lain rencanakan perawatan sehingga prosedur yang tidak menyenangkan atau menyakitkan tidak di lakukan sebelumnya
- f) Beri suasana makan yang rileks
- g) Atur rencana keperawatan untuk mengurangi atau menghilangkan bau yang menyebabkan ingin muntah atau prosedur yang di lakukan mendekati waktu makan
- h) Ajarkan atau bantu individu untuk istirahat sebelum makan
- i) Pertahankan kebersihan mulut yang baik
- j) Tawarkan makanan porsi kecil tapi sering
- k) Atur agar mendapatkan nutrient yang berprotein atau kalori yang sangat tinggi yang dia sajikan pada saat individu ingin makan
- l) Instruksikan individu yang mengalami penurunan nafsu makan untuk makan makanan kering, makanan yang asin jika tidak ada pantangan, hindaarkan makanan yang terlalu manis, menggemukkan atau berminyak atau makanan kering
- m) Cobalah minuman bening atau yang dingin
- n) Minum sedikit-sedikit tapi sering

## **BAB III**

### **HASIL ASUHAN KEPERAWATAN**

#### **A. PENGKAJIAN**

##### **1. Identitas**

###### **a. Identitas klien**

klien bernama Tn M, berusia 30 tahun, pendidikan terakhir Tn M SMP, bertempat tinggal di Kendal Doyong, beragama Islam, masuk RSUD KOTA DEMAK pada tanggal 22 februari 2010.

###### **b. Penanggung jawab**

Yang bertanggung jawab terhadap Tn M adalah istri TN M yaitu Ny MF, beragama islam, berusia 30 th, dan bertempat tinggal dengan suaminya di kendal Doyong.

##### **2. Keluhan utama**

Klien mengatakan sulit bernafas, hidung terasa tersumbat, menderita pilek selama 2 bulan sebelum akhirnya di bawa ke RSUD KOTA DEMAK.

##### **3. Riwayat penyakit sekarang**

Kurang lebih klien selama 2 bulanan mengalami pilek, selain itu kadang klien merasakan susah bernafas karena hidung terasa ada sumbatan dan tenggorokan terasa ada sekret. Pada tanggal 22 Februari 2010 klien di bawa ke RSUD KOTA DEMAK dan klien di lakukan operasi etmoidektomy.

#### 4. Riwayat masa lampau

Klien mengatakan pernah menderita perdarahan hidung. Klien tidak pernah mengalami kecelakaan, klien juga tidak pernah di rawat di RS dan juga tidak pernah mengalami alergi.

#### 5. Riwayat keluarga

Klien merupakan anak ke tiga dari lima bersaudara, klien menikah dengan ny MF dan memiliki 3 orang anak. Keluarga klien tidak ada yang menderita penyakit seperti klien dan tidak ada yang menderita penyakit menular dan penyakit keturunan.

#### 6. Riwayat sosial

Lingkungan sekitar rumah cukup bersih, rindang terdapat pepohonan di sekeliling rumah. Di dalam rumah juga terdapat ventilasi dan jendela rumah, kebersihan cukup bersih dan sehat.

#### 7. Keadaan kesehatan saat ini

##### a. Diagnosa medis

Klien di bawa ke RSUD KOTA DEMAK dan dilakukan operasi ethmoidektomy yang dilakukan pada tanggal 23 Februari 2010 dan di rawat inap di ruang soka.

##### b. Tindakan operasi

Klien di lakukan tindakan operasi etmoidekthomy pada tanggal 23 february 2010

##### c. Obat-obatan

Obat-obatan yang di terima klien adalah :

- 1) Cefotaxim
- 2) Dexametason
- 3) Ketorolak
- 4) Kalnek
- 5) Infus

**d. Tindakan keperawatan**

- 1) Kaji monitor TTV
- 2) Kaji skala nyeri
- 3) Mengajarkan teknik relaksasi
- 4) Ciptakan lingkungan terapeutik

**e. Hasil laboratorium**

Hasil laboratoriumnya adalah sebagai berikut mid % H  $1.6^3$ /ul, gran %L 18.0, Lymph 44,5, LED 2/5 mm/jam, HCT L 13,5g/dl, ICV L 30,6%, MCHC H 59,8f, RDW.CV H 26,3 pg, RDW SD L 44,1 g/dl.

**8. Pengkajian pola fungsional menurut Gordon**

**a. Persepsi kesehatan/penanganan kesehatan**

Pasien mengatakan nyeri setelah dilakukan tindakan operasi ethmoidektomy dan klien sebelum operasi merasa terganggu dengan keadaan semula. Pasien berharap setelah dilakukan tindakan keperawatan dapat segera sembuh dan dapat beraktifitas seperti biasa.

**b. Nutrisi**

Sebelum klien di rawat di RS klien biasa makan tiga kali sehari dengan menu nasi, lauk pauk dan sayur. Klien juga bisa minum 8-9 gelas



perhari. Dan selama di rawat di RS klien hanya makan tiga kali sehari dengan menu bubur, lauk pauk dan sayur dan biasanya klien hanya makan dengan porsi setengah saja dan minum hanya 6-7 gelas saja perhari.

c. Eliminasi

Klien BAK 5x sehari warnanya kuning jernih, dan kllien BAB 1x sehari konsistensi normal, tidak diare, mengalami flatul.

d. Aktivitas dan latihan

Dalam beraktivitas klien mampu melakukannya sendiri seperti makan, toileting ke kamar mandi. Namun klien masih perlu bantuan bila mandi atau membersihkan diri. Klien bernafas dengan irama dengan teratur, kedalaman dangkal, tidak terpasang alat bantu pernafasan, frekuensi normal, tidak batuk dan tidak ada sputum, nadi klien irama teratur, frekuensi denyut jantung normal.

e. Tidur / istirahat

Klien tidur 8-9 jam perhari, istirahat tercukupi tapi klien setelah di rawat istirahat berkurang menjadi 6-7 jam perhari. Karena nyeri post op dan terganggu dengan lingkungan.

f. Kognitif dan persepsi

Penglihatan klien baik, pendengaran baik, penciuman kurang baik, pengecapan baik, vokal pengucapan kalimat klien jelas dan baik.

**g. Persepsi diri/ konsep diri**

Klien mengatakan sedikit terganggu dengan penyakit yang sedang di alami dan ingin segera pulang.

**h. Peran/hubungan**

Hubungan klien dengan keluarga dan orang sekitar baik klien bertanggung jawab terhadap istri dan anak-anaknya. Terjalin interaksi dengan keluarga yang harmonis.

**i. Seksualitas**

Hubungan interaksi klien dengan istri tidak ada masalah.

**j. Coping/stres**

Klien akan mengatakan dan bermusyawarah dengan keluarga setiap ada masalah yang timbul.

**k. Spiritual**

Klien mengatakan kegiatan beribadah sehari-hari adalah sholat 5 waktu tapi selama di rawat klien tidak bisa melakukannya dan hanya dapat berdoa agar diberi kesembuhan oleh Allah SWT.

**9. Pemeriksaan fisik**

Keadaan umum postur tubuh klien tinggi besar, tanda-tanda vital klien adalah meliputi tekanan darah 111/71 mmHg karena klien menggunakan tensi yang digital, tinggi badan klien adalah 188 cm dan berat badannya 70 kg. kepala klien berbentuk mesocephal tidak ada lesi, rambut hitam dan cukup bersih. Mata klien simetris. Hidung klien simetris dan terdapat tampon akiabat operasi polip(ethmoidektomy) pada hidung kanannya, tidak terpasang O2 dan

terdapat lender. Mulut klien tidak ada stomatitis dan mukosa bibir lembab. Telinga klien simetris tidak ada gangguan pendengaran. Leher klien tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Pada pemeriksaan dada klien penulis lakukan 2 pemeriksaan yaitu pemeriksaan pada jantung dan mendapat hasil pada inspeksinya ictus cordis tidak terlihat, pada palpasi ictus cordis teraba pada ics 5, pada saat perkusi hasilnya redup dan pada saat auskultasi terdengar bunyi jantung 1 dan bunyi jantung 2. pada pemeriksaan paru-paru pada saat inspeksi terlihat datar, pada saat palpasi vocal vromitus semakin ke bawah semakin redup, perkusi hasilnya sonor, dan pada saat auskultasi hasilnya resonan. Pada pemeriksaan abdomen saat inspeksi hasilnya datar dan tidak terdapat lesi, pada saat auskultasi peristaltik usus 15x per menit, pada saat perkusi terdengar timpany dan pada saat palpasi tidak ada nyeri tekan. Pada pemeriksaan punggung datar tidak terdapat benjolan dan kelainan. Pada pemeriksaan genitalia bersih dan tidak terpasang kateter. Pada pemeriksaan ekstremitas atas terpasang infus RL 20 tetes per menit pada tangan kiri dan pada ekstermitas bawah tidak ada kelainan

#### 10. Pemeriksaan penunjang

Hasil laboratoriumnya adalah sebagai berikut mid % H  $1.6^3$ /ul, gran %L 18,0, Lymph 44,5, LED 2/5 mm/jam, HCT L 13,5g/dl, ICV L 30,6%, MCHC H 59,8f, RDW.CV H 26,3 pg, RDW SD L 44,1 g/dl.

#### 11. Analisa data

Pada tanggal 24-02-2010 jam 14.15 WIB di temukan data subyektif kalau klien mengatakan nyeri akibat luka post op, dan pada data obyektif

klien tampak meringis menahan nyeri, klien tampak pucat dan kesakitan, P: peningkatan agen injuri, Q: senut-senut dan terasa gatal, R: di daerah hidung, S: skala 6, T: sering. Karena data tersebut di atas penulis mengangkat diagnosa nyeri post op berhubungan dengan peningkatan agen injuri.

Selain itu pada tanggal 24-02-2010 jam 14.20 WIB penulis juga mendapat data subyektif sebagai berikut, klien mengatakan sulit untuk bernafas, dan data obyektif, klien tampak gelisah, TTV : TD: 111/71 mmhg, nadi 99x /menit, suhu 37,3 derajat celcius, RR 23 x /menit. Karena data tersebut penulis mengangkat diagnosa jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan adanya sumbatan (secret).

Sedangkan pada tanggal 26-02-2010 jam 14.30WIB ditemukan data sebagai berikut data subyektif klien mengatakan luka bekas operasi terinfeksi (tidak sembuh), data obyektif luka terlihat basah dan mengeluarkan ingus, dan karena data inilah penulis mengangkat diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan adanya bakteri yang masuk.

Pada tanggal 26-02-2010 jam 14.35 WIB dan penulis juga menemukan data subyektif sebagai berikut klien mengatakan kurang nafsu makan, mulut terasa pahit dan sulit menelan, data obyektif klien tidak pernah menghabiskan porsi makanan yang telah di sediakan dan karena data ini juga klien mengangkat diagnosa keseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang nafsu makan (anoreksi).

## **B. Diagnosa keperawatan / prioritas masalah**

Berdasarkan dari data tersebut di atas penulis mengangkat diagnosa keperawatan sebagai berikut:

Yang pertama penulis mengangkat diagnosa nyeri post op berhubungan dengan agen injuri, yang kedua jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan adanya sumbatan(secret), yang ketiga resiko infeksi berhubungan dengan adanya bakteri yang masuk, dan yang ke empat ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan penurunan nafsu makan (anoreksia).

## **C. Planing / intervensi**

Pada tanggal 24-02-2010 jam 14.30 WIB pada diagnosa pertama yaitu nyeri post op berhubungan dengan agen injuri penulis mempunyai tujuan dan kriteria hasil nyeri akan berkurang setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam dengan kriteria hasil data subyektif klien mengatakan nyeri berkurang pada daerah hidung post op dan data obyektif klien tampak nyaman dan terlihat segar, klien tidak tampak kesakitan lagi. Dan planing yang di rencanakan oleh penulis untuk mengatasi masalah diagnosa tersebut adalah monitor TTV, kaji skala nyeri, ajarkan teknik relaksasi, ciptakan lingkungan nyaman dan terapeutik, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik yaitu ketorolak.

Pada tanggal 24-02-2010 jam 14.35 WIB pada diagnosa yang kedua yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan adanya secret di hidung, penulis mempunyai planing dengan tujuan dan kriteria hasil

setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan klien dapat bernafas dengan normal dan tanpa gangguan, dengan kriteria hasil data subyektif pasien sudah lebih ringan bernafas dan mengatakan lebih nyaman dan data obyektif frekuensi nafas normal, tidak ada suara nafas tambahan dan tidak terjadi dispneu dan sianosis. Dan planing yang di rencanakan oleh penulis adalah kaji bunyi atau kedalaman pernafasan dan gerakan dada, bersihkan secret dari mulut dan trakhea, lakukan suction jika perlu atau beri obat pengencer dahak.

Pada tanggal 26-02-2010 jam, pada jam 15.00 WIB penulis mempunyai planing untuk diagnosa yang ketiga yaitu resiko infeksi berhubungan dengan adanya bakteri yang masuk dengan tujuan kriteria hasil setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24jam di harapkan luka dapat kering dan tercegah dari infeksi dengan data subyektif klien mengatakan luka semakin membaik dan kering data obyektif luka semakin membaik dan kering, lendir yang keluar semakin berkurang dan penulis mempunyai planing untuk mengatasi diagnosa yang ketiga yaitu tingkatkan cuci tangan yang baik saat perawatan luka, ganti balut luka, berikan perawatan kulit, perianal, dan oral dengan cermat, berikan salep analgetik atau kassa betadine.

Pada tanggal 26-02-2010 jam 15.20 WIB diagnosa keempat yaitu ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan penurunan nafsu makan (anoreksia), tujuan dan kriteria hasil yang di harapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan peningkatan masuknya

makanan dengan kriteria hasil data subyektif klien mengatakan sudah semakin bisa dan ingin makan karena sudah tidak tersa sakit, data obyektif klien sudah semakin nafsu makan dengan menghabiskan porsi makanan yang disediakan. Planing yang di rencanakan oleh penulis untuk mengatasi diagnosa tersebut adalah awasi masukan makanan dan pengeluaran, motivasi klien untuk makan dalam porsi kecil tapi sering dengan tinggi kalori dan karbohidrat, berikan makanan sesuai selera klien.

#### **D. Implementasi**

Pada tanggal 24-02-2010 jam 15.00 WIB, pada diagnosa pertama yaitu nyeri berhubungan dengan agen injuri penulis menerapkan planing yang telah direncanakan, memonitor TTV data subyektif klien kooperatif data obyektif TD: 111/71 mmhg, nadi 92x/menit, suhu 36 derajat celcius, RR 22x/menit. Mengkaji skala nyeri, respon klien data subyektif klien mengatakan nyeri post op pada daerah hidung P: peningkatan agen injuri, Q: senut-sebut dan gatal, R: daerah hidung, S: skala 6, T: sering. Data obyektif klien tampak menahan rasa sakit. Mengajarkan teknik relaksasi dengan data subyektif klien kooperatif, data obyektif klien mau melakukan apa yang di ajarkan oleh perawat.

Pada tanggal 24-02-2010 jam 15.10 WIB pada diagnosa kedua yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan adanya secret di dalam hidung, penulis menerapkan planing ke dalam implementasi yaitu membersihkan secret yang keluar, dengan data subyektif klien kooperatif,

dan pada data obyektif klien tampak rilex dan nyaman, mengkaji bunyi atau kedalaman pernafasan dan gerakan dada dengan data subyektif klien tampak mengikuti dan kooperatif, data obyektif klien mau dilakukan tindakan oleh perawat.

Pada tanggal 26-02-2010 jam 15.15 WIB pada diagnosa pertama yaitu nyeri berhubungan dengan agen injuri penulis menerapkan planing yang telah direncanakan, memonitor TTV data subyektif klien kooperatif data obyektif TD: 120/80 mmhg, nadi 92x/menit, suhu 36 derajat celcius, RR 22x/menit. Mengkaji skala nyeri, respon klien data subyektif klien mengatakan nyeri post op pada daerah hidunng P: peningkatan agen injuri, Q: senut-sebut dan gatal, R: daerah hidung, S: skala 5, T: sering. Data obyektif klien tampak menahan rasa sakit. Mengajarkan teknik relaksasi dengan data subyektif klien kooperatif, data obyektif klien mau melakukan apa yang di ajarkan oleh perawat.

Pada tanggal 26-02-2010 jam 17.00 WIB diagnosa kedua yaitu jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan adanya secret di dalam hidung, penulis menerapkan planing ke dalam implementasi yaitu membersihkan secret yang keluar, dengan data subyektif klien kooperatif klien tampak rilex dan nyaman, mengkaji bunyi atau kedalaman pernafasan dan gerakan dada dengan data subyektif klien tampak mengikuti dan kooperatif, data obyektif klien mau dilakukan tindakan oleh perawat



Pada tanggal 26-02-2010 jam 19.00 WIB pada diagnosa yang ketiga resiko infeksi berhubungan dengan adanya bakteri yang masuk, penulis menerapkan planing ke dalam implementasi yaitu ganti balut luka pada hidung post op dengan respon klien pada data subyektif klien kooperatif dan pada data obyektif klien melakukan perintah yang di instruksikan perawat, planing yang kedua yaitu mengajarkan cara merawat luka dengan prinsip steril dan menjaga kebersihan dengan data subyektif klien lebih menjaga kebersihan diri sendiri data obyektifnya klien tampak lebih nyaman dan luka semakin kering dan membaik. Pada tanggal 26-02-2010 jam 19.30 WIB diagnosa yang keempat yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan kurangnya nafsu makan (anoreksia). Penulis menerapkan planing pada implementasi yaitu mengawasi masukan makanan yang masuk pada klien dengan data subyektif klien mengatakan bersedia diawasi asupan makanannya dan data obyektif klien tampak antusias, implementasi berikutnya yaitu memberi motifasi klien untuk makan dalam porsi sedikit tapi sering dengan data subyektif klien mengatakan bersedia mengikuti perintah perawat dan data obyektif klien nampak makan dengan porsi sedikit tapi sering, implementasi berikutnya yaitu memberikan makanan sesuai dengan selera klien dengan data subyektif klien nampak antusias dengan makanan yang telah di sediakan karena sesuai dengan selera klien dan data obyektif klien memakan makanannya.

## **E. Evaluasi**

Pada tanggal 26-02-2010 jam 19.50 WIB pada diagnosa yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen injuri evaluasi subyektif yaitu klien mengatakan nyeri luka post op pada hidung sudah tidak terlalu sakit, dengan paliatif peningkatan agen injuri, kualitatif tersa gatal dan agak sengkring-sengkring, regio pada daerah hidung, skala 4, time jika tersenggol dan bergerak. Oyektif klien merasa lebih nyaman, analisa masalah masalah teratasi sebagian, planing monitor TTV, kaji skala nyeri, ajarkan teknik relaksasi, ciptakan lingkungan nyaman dan terapeutik, kolaborasi dengan tenaga medis lainnya.

Pada tanggal 26-02-2010 jam 20.00 WIB pada diagnosa kedua yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan adanya secret di dalam hidung, evaluasi subyektif klien mengatakan masih terganggu dalam bernafas, evaluasi obyektif secret masih berkurang tapi sudah agak berkurang, analisa masalah teratasi sebagian, planing kaji bunyi atau kedalaman pernafasan dan gerakan dada, bersihkan secret dari mulut dan trakhea, lakukan suction jika perlu dan beri obat pengencer dahak.

Pada tanggal 28-02-2010 jam 19.45 WIB pada diagnosa yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen injuri evaluasi subyektif yaitu klien mengatakan nyeri luka post op pada hidung sudah tidak terlalu sakit, dengan paliatif peningkatan agen injuri, kualitatif tersa gatal dan agak sengkring-sengkring, regio pada daerah hidung, skala 4, time jika tersenggol dan bergerak. Oyektif klien merasa lebih nyaman, analisa

masalah teratasi sebagian, planing monitor TTV, kaji skala nyeri, ajarkan teknik relaksasi, ciptakan lingkungan nyaman dan terapeutik, kolaborasi dengan tenaga medis lainnya.

Pada tanggal 28-02-2010 jam 19.50 WIB pada diagnosa kedua yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan adanya secret di dalam hidung, evaluasi subyektif klien mengatakan masih terganggu dalam bernafas, evaluasi obyektif secret masih berkurang tapi sudah agak berkurang, analisa masalah teratasi sebagian, planing kaji bunyi atau kedalaman pernafasan dan gerakan dada, bersihkan sekret dari mulut dan trakhea, lakukan suction jika perlu dan beri obat pengencer dahak.

Pada tanggal 28-02-2010 jam 20.15 WIB pada diagnosa ketiga yaitu resiko infeksi berhubungan dengan adanya bakteri yang masuk, evaluasi subyektif klien mengatakan luka makin membaik dan kering, evaluasi obyektif luka terlihat semakin membaik dan kering, analisa masalah teratasi sebagian, planing jaga keadaan luka dan lanjutkan intervensi yaitu tingkatkan cuci tangan yang baik saat perawatan luka, ganti balut luka, berikan perawatan kulit, perianal, dan oral dengan cermat, berikan salep analgetik/kassa betadine.

Pada tanggal 28-02-2010 jam 20.20 WIB diagnosa yang keempat yaitu ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan kurangnya nafsu makan (anoreksia) dengan evaluasi subyektif klien mengatakan sudah mau makan dan nafsu makannya sudah stabil, evaluasi obyektif makanan yang di sediakan selalau habis analisa masalah teratasi, pertahankan intervensi.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Pengkajian**

Pada saat pengkajian penulis mengkaji dengan menggunakan pengkajian pola fungsional menurut Gordon. Dan data yang di peroleh dari alloanamnesa dan autoanamnesa. Hasil pengkajian pola persepsi kesehatan atau penanganan kesehatan sudah baik, akan tetapi penulis saat melakukan pengkajian kurang teliti dan tidak mendapatkan data mengenai PQRST, dan pada saat melakukan analisa data di cantumkan dan penulis salh memasukkan data tersebut ke dalam DO seharusnya data tersebut di masukkan dalam data DS.

Pada saat melakukan pengkajian penulis juga belum memasukkan data ke dalam analisa data pada diagnosa yang keempat yaitu ABCD, seharusnya untuk menegakkan diagnosa tersebut menurut Carpenito, 2007 harus di cantumkan. Penulis mengangkat diagnosa yang ke dua yaitu jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan adanya sumbatan atau secret tidak memasukkan data pada analisa data saat yaitu adanya secret pada hidung klien.

#### **B. Diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi tindakan keperawatan.**

Berdasarkan analisa data yang di peroleh, penulis mengangkat diagnosa keperawatan, membuat intervensi dan melakukan implementasi sampai evaluasi sebagai berikut:

### **1. Nyeri post op berhubungan dengan peningkatan agen injuri**

Nyeri akut adalah rasa yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang timbul secara nyata atau potensial kerusakan jaringan atau yang di gambarkan sebagai kerusakan (asosiasi studi dari nyeri ), onset atau kejadian yang tiba-tiba atau pelan dari banyak intensitas mulai dari ringan sampai berat dengan antisipasi atau prediksi akhirnya dan durasi kurang dari enam bulan (Meiliya,2007).

Penulis mengangkat diagnosa nyeri karena pada saat melakukan pengkajian di temukan data klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasinya, dan klien tampak meringis menahan sakit. Penulis kurang tepat mengangkat diagnosa nyeri berhubungan dengan post op, seharusnya penulis mengangkat diagnosa nyeri akut berhubungan dengan peningkatan agen injuri.

Penulis kurang tepat mengangkat diagnosa keperawatan nyeri ini menjadi diagnosa yang pertama karena menurut triage konsep keperawatan memprioritaskan penanganan yang dapat berpengaruh pada kebutuhan fisiologis dan pada hirarki maslow nyeri dapat di tolerir dan juga dapat berpengaruh pada kebutuhan fisiologis seperti terjadi peningkatan respiratori, kardiovaskuler, tekanan darah, peningkatan peristaltik yang dapat berakibat diare dan perubahan psikologis. Sehingga masalah ini tidak mengancam jiwa klien apabila tidak segera di tangani.

Untuk mengatasi diagnosa nyeri penulis membuat rencana asuhan keperawatan dengan tujuan setelah di lakukan tindakan keperawatan 2x24 jam nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil klien mengatakan nyeri berkurang skala nyeri menjadi 3, ini belum sesuai dengan SMART (Spesifik Measurable Acifable Rasional time), seharusnya penulis menuliskan 0-3. Intervensi yang di lakukan untuk mengurangi rasa nyeri yaitu monitor TTV, kaji skala nyeri rasionalnya yaitu untuk mengidentifikasi faktor- faktor yang memeperberat ketidaknyamanan, hal ini dilakukan untuk mengetahui klien berada pada rentang respon yang mana dapat menentukan kualitas baik nyeri ringan, sedang, atau berat. Ajarkan teknik relaksasi dengan cara tarik nafas untuk menangani nyeri, rasional untuk meningkatkan rasa kontrol dan dapat menurunkan beratnya ketidaknyamanan. Kolaborasi dengan tim medis lain, guna untuk pemberian obat anti nyeri.

Pada implementasi keperawatan untuk mengatasi diagnosa nyeri berhubungan dengan peningkatan agen injuri penulis tidak mengalami hambatan. Nyeri klien dapat di atasi dengan teknik relaksasi selain itu klien juga mendapat obat analgetik karena klien merasakan nyeri sedang sehingga dilakukan kolaborasi dengan memberikan informasi tentang keadaan klien ke dokter guna untuk pemberian analgetik. Pada saat kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik seharusnya penulis lebih spesifik dengan menulis obatnya yaitu ketorolak tapi penulis juga harus mencantumkan dosisnya.

Hasil evaluasi akhir pada tanggal 26-02-2010 jam 19.50 WIB dengan masalah keperawatan dengan kriteria hasil yang sudah di tetapkan yaitu masalah nyeri berhubungan dengan peningkatan agen injuri data subyektif klien mengatakan masih nyeri di luka bekas operasinya data obyektif klien tampak meringis menahan sakit pada P: peningkatan agen injuri,Q: senut-senut dan gatal,R; bebrada di fdaerah luka bekas operasi yaitu di hidung kanan klien, S: skala :4, T:jika di senggol dan bergerak.

**2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan adanya sumbatan atau secret.**

Bersihan jalan nafas adalah keadaan ketika seorang individu mengalami kehilangan ventilasi yang aktual atau potensial yang berhubungan dengan perubahan pola pernafasan (carpenito,2007).

Penulis mengangkat diagnosa ini karena pada saat melakukan pengkajian menemukan data subyektif klien mengatakan sulit untuk bernafas dan data obyektif klien tampak gelisah. TTV: tekanan darah 111/71 mmhg nadi 99x permenit, suhu 37,3 derajat Celsius RR 23x permenit. Karena data tersebutlah penulis mengangkat diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan adanya sumbatan sekret. Dalam menegakkan diagnosa ini penulis sudah memasukkan data TTV karena dalam pemeriksaan TTV terdapat RR untuk mengetahui frekuensi atau perubahan pola nafas.

Menurut Carpenito,2007 data yang dapat di tambahkan penulis dalam menegakkan diagnosa ini adalah data mayor perubahan dalam frekuensi atau pola pernafasan dan perubahan pada nadi dan pada data minor orthopneu, takipneu, hiperpneu, hiperventilasi, pernafasan sukar.

Penulis kurang tepat mengangkat diagnosa ini sebagai diagnosa yang kedua karena menurut hirarki Maslow apabila masalah ini tidak segera di tangani dapat mengancam jiwa klien.

Tujuan setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam di harapkan klien dapat bernafas dengan normal tanpa gangguan dengan kriteria hasil data subyektif klien mengatakan sudah dapat lebih ringan bernafas dan mengatakan nyaman, pada data obyektif frekuensi nafas normal yaitu 16-24x per menit . Penulis mempunyai intervensi kaji bunyi atau kedalaman pernafasan dan pergerakan dada, bersihkan sekret dari mulut dan trachea, lakukan suction jika perlu.

Saat melakukan implementasi pada diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan adanya sumbatan penulis tidak mengalami hambatan, karena klien sangat kooperatif. Hasil evaluasi tanggal 26-02-2010 ditemukan data klien mengatakan masih terganggu untuk bernafas dan sekret masih keluar ini menunjukkan masalah masih teratasi sebagian dan penulis akan melakukan implementasi untuk dua hari kedepan lagi.



### **3. Resiko infeksi berhubungan dengan bakteri yang masuk**

Resiko infeksi adalah suatu kondisi individu yang mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik (Meiliya,2007).

Penulis mengangkat diagnosa ini karena saat melakukan pengkajian di temukan data klien mengatakan luka post op terinfeksi dan pada data obyektif luka tampak basah dan masih mengeluarkan ingus. Seharusnya penulis tidak mengangkat diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan adanya bakteri yang masuk, melainkan resiko infeksi berhubungan dengan adanya tempat masuknya organisme akibat pembedahan (Carpenito,2007).

Tujuan setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan klien mengatakan luka semakin membaik dan tidak ada tanda-tanda infeksi dan keluar ingus lagi. Dalam menuliskan tujuan inntervensi belum memenuhi SMART, dan kurang dalam mencantumkan TTV klien. Untuk mengatasi masalah ini penulis mempunyai intervensi tingkatkan cuci tangan yang baik saat perawatan luka, rasional untuk mencegah terjadinya infeksi, berikan perawatan kulit, perianal dan oral dengan cermat, berikan salep anagetik atau kassa betadine.

Saat melakukan implementasi penulis tidak mengalami hambatan karena klien sangat kooperatif, pada saat melakukan evaluasi pada tanggal 28-02-2010 jam 20.15 WIB di dapatkan data klien lukanya

semakin kering dan data obyektif masih keluar ingus. Ini berarti masalah masih teratasi sebagian dan penulis mendelegasikan kepada perawat ruangan untuk melanjutkan intervensi.

#### **4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan anoreksia**

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah suatu keadaan ketika individu yang tidak puasa mengalami penurunan berat badan yang berhubungan dengan asupan yang tidak adekuat atau metabolisme nutrisi yang tidak adekuat untuk melakukan metabolisme (Carpenito, 2007).

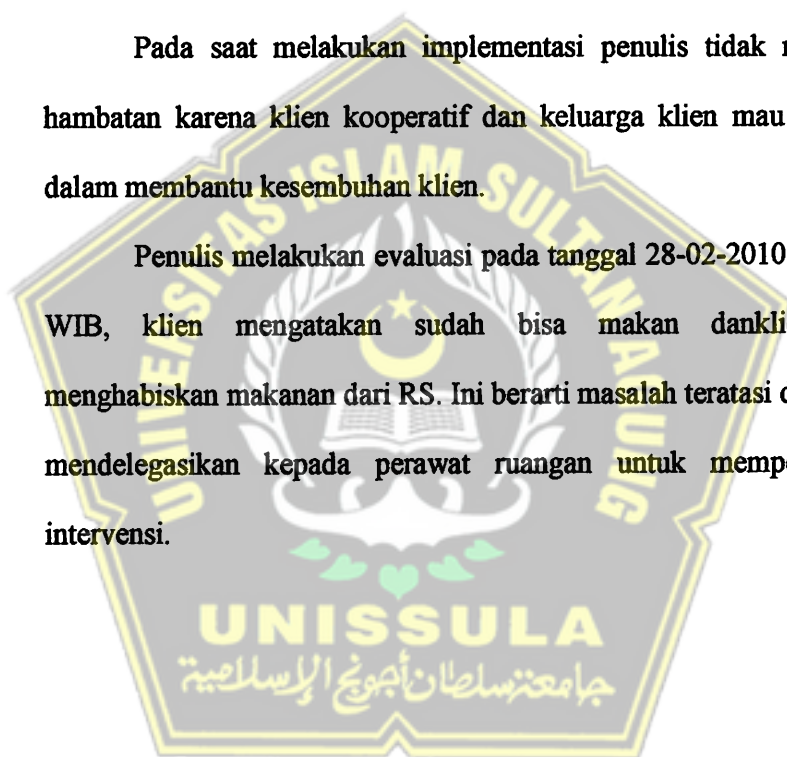
Klien mengangkat diagnosa ini karena saat melakukan pengkajian didapatkan data klien mengatakan kurang nafsu makan karena terasa pahit dan sakit saat menelan dan pada data obyektif klien tampak tidak pernah menghabiskan makanan yang disediakan oleh RS. Untuk menegakkan diagnosa ini penulis seharusnya memasukkan data ABCD sesuai dengan yang didapatkan saat melakukan pengkajian.

Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan ada peningkatan masuknya makanan dengan kriteria hasil klien mengatakan sudah semakin bisa dan ingin makan karena tidak terasa sakit, dan pada data obyektif ditemukan klien dapat menghabiskan makanan yang diberikan dari RS. Penulis mempunyai intervensi awasi masukan makanan dan pengeluaran, motivasi klien

untuk makan dalam porsi kecil tapi sering dengan tujuan untuk dengan makan dalam porsi kecil tapi klien masih tetap ada asupan makanan yang masuk, berikan makanan sesuai dengan selera klien dengan tujuan supaya nafsu makan klien dapat kembali. Seharusnya penulis dapat menambah intervensi seperti menimbang berat badan klien setiap hari, ajarkan atau bantu klien untuk istirahat sebelum makan, pertahankan kebersihan mulut yang baik (Carpenito,2007).

Pada saat melakukan implementasi penulis tidak mengalami hambatan karena klien kooperatif dan keluarga klien mau ikut serta dalam membantu kesembuhan klien.

Penulis melakukan evaluasi pada tanggal 28-02-2010 jam 20.20 WIB, klien mengatakan sudah bisa makan dan klien selalu menghabiskan makanan dari RS. Ini berarti masalah teratasi dan penulis mendelegasikan kepada perawat ruangan untuk mempertahankan intervensi.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

Analisa asuhan keperawatan yang meliputi dari pengkajian sampai dengan evaluasi dan juga telah di bahas dan di paparkan dalam masing-masing bab asuhan keperawatan pada Tn M dengan post op ethmoidektomy hari pertama di ruang Soka RSUD KOTA DEMAK pada tanggal 24-28 februari 2010 sebagai langkah terakhir dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat di ambil kesimpulan dan saran yang pada dasarnya dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi perawat khususnya dan umumnya pemberian asuhan keperawatan bagi klien dengan post op ethmoidektomy hari pertama.

#### **A. SIMPULAN**

1. Fokus pengkajian pada klien dengan post op ethmoidektomy adalah pada pola pernafasan, pada pola aktivitas dan latihan, dan penanganan kesehatan.
2. Tujuan dari asuhan keperawatan dengan post op ethmoidektomy pada Tn M di fokuskan untuk menangani bersihan jalan nafas, mengurangi rasa nyeri, dan menstabilkan keseimbangan nutrisi pada klien.
3. Evaluasi keperawatan di dapatkan nyeri masih teratasi sebagian dan skala menjadi 3 di daerah luka bekas operasi klien yaitu hidung sebelah kanan pada saat bergerak, untuk bersihan jalan nafas tidak efektif, klien masih sukar untuk bernafas dan data obyektifnya ingusnya masih keluar, untuk resiko infeksi klien sudah mengatakan lukanya sudah kering tapi masih

nampak ingus yang keluar dari hidung klien, dan untuk masalah ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh di dapatkan data klien mengatakan mau makan karena sudah tidak merasakan sakit lagi dan klien tampak menghabiskan makanan yang di sediakan oleh rumah sakit.

## **B. SARAN**

### **1. Penulis**

Hendaknya sebelum melakukan asuhan keperawatan pada klien post op ethmoidektomy harus mengerti tentang konsep dasar medis dan konsep dasar keperawatan mengenai penanganan pada polip serta post op ethmoidektomy sehingga asuhan keperawatan yang di berikan lebih berkualitas.

### **2. Institusi Pendidikan**

Karya tulis ilmiah ini dapat di jadikan sebagai refrensi dan juga dapat di jadikan tolok ukur bagi mahasiswa dalam mengaplikasi ilmu pengetahuan yang di dapatkan dibangku kuliah

### **3. Bagi Masyarakat**

Tindakan mandiri yang bisa di lakukan untuk mengatasi nyeri pada klien post ethmoidektomy adalah dengan melakukan menejemen nyeri salah satunya dengan menggunakan teknik distraksi relaksasi. Bagi para pembaca (khususnya mahasiswa keperawatan dan perawat) setelah membaca karya tulis ilmiah ini dapat menambah wawasan tentang apa it polip tanda dan gejala, komplikasim serta bagaimana penanganan yang tepat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adams.G.L.dkk, 1985. *BOIES Fundamentals of Otolaringologi*, edisi 6, Jakarta: EGC
- BickleyL.S. dkk, 2009. *Buku Ajar Pemeriksaan Fisik dan Riwayat Kesehatan*, edisi 8, Jakarta: EGC
- Carpenito,L.J. 2007. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*, edisi 10 Jakarta:EGC
- Godam. 2008. 5 alat indra manusia hidung, lidah, kulit dan panca indra.<http://organisasi.org/>.diunduh tanggal 19 April 2011
- Mansjoer, Arif, dkk. 2001. *Kapita Selekta Kedokteran*, Jakarta:Media Aesculapius
- Meiliya, Ester. 2007. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*, Jakarta:EGC
- Soepardi. dkk.2001. *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Telinga-Hidung-Tenggorok-Kepala Leher*, Jakarta: FKUI
- Soepardi. dkk. 2007. *Buku Ajar Ilmu Kesehata Telinga-Hidung-Tenggorok-Kepala Leher*, Jakarta: FKUI
- <http://www.scribd.com/doc/31063531/Peran-Dan-Fungsi-Perawat>
- Muhammad Al-Fatih II. 2007. Polip hidung.  
<http://henrykartika.wordpress.com/2007/12/29/polip-hidung/>. Di unduh tanggal 16 juni 2010