

Lampiran 1.

Catatan Perkembangan

1. Diagnosa keperawatan I tanggal 4 April 2001

S : Klien mengatakan masih nyeri ditelinga kanan

O : Ekspresi wajah tegang menyeringai menahan sakit skala nyeri 5 (nyeri sedang) terdapat luka operasi

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no. 2, 3, 4, 5 dan 6 dilanjutkan.

I : Yaitu mengkaji status nyeri, mempertahankan tirah baring dan lingkungan yang nyaman, mengajarkan tehnik distraksi / relaksasi, mengobservasi tanda-tanda vital dan kolaborasi dalam pemberian analgesik.

E : Klien mengatakan nyeri masih terasa.

Tanggal 5 April 2001

S : Klien mengatakan nyeri berkurang.

O : Ekspresi wajah tenang, tidak menyeringai menahan sakit, skala nyeri 4 (nyeri ringan), terdapat luka operasi

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no. 3, 4, 5 dan 6 dilanjutkan.

I : Yaitu mempertahankan kenyamanan lingkungan, menganjurkan latihan distraksi dan relaksasi, mengobservasi tanda-tanda vital dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgesik.

E : Klien mengatakan nyeri hilang.

2. Diagnosa keperawatan II tanggal 4 April 2001

S : Klien mengatakan tidak enak makan, mau muntah dan terasa mual, serta bila dibuat menelan terasa nyeri.

O : Makan habis $\frac{1}{2}$ porsi, menyeringai waktu menelan, mual dan mau muntah, meteorismus, berat badan turun 9 % dari 45 kg menjadi 41 kg, ada luka operasi di telinga kanan.

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no. 2, 3, 4 dan 5 dilanjutkan.

I : Yaitu dengan mengajarkan nafas dalam, memberikan porsi makan lunak dan hangat sedikit-sedikit tapi sering, bersihkan mulut sebelum dan sesudah makan, menganjurkan menghindari rangsangan yang menyebabkan muntah (bau-bauan), kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antiemetik.

E : Klien mengatakan masih terasa mual, kembung serta nyeri bila dibuat menelan.

Tanggal 5 April 2001

S : Klien mengatakan terasa mual, perut kembung, tidak muntah, nyeri bila dibuat menelan berkurang.

O : Makan habis $\frac{1}{2}$ porsi, meteorismus, berat badan turun 41 kg.

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no. 2, 3 dan 5 dilanjutkan.

I : Yaitu dengan mengajarkan nafas dalam, memberikan porsi makan lunak dan hangat sedikit-sedikit tapi sering, membersihkan mulut sebelum dan sesudah makan, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antiemetik.

E : Klien mengatakan tidak enak makan karena terasa mual dan perut kembung serta nyeri bila dibuat menelan.

Tanggal 6 April 2001

S : Klien mengatakan nafsu makan meningkat.

O : Makan habis 1 porsi, tidak nyeri bila dibuat menelan, tidak mual dan muntah, meteorismus, ekspresi wajah segar berat badan 41 kg.

A : Masalah teratasi

P : Rencana tindakan dihentikan

Diagnosa keperawatan III tanggal 4 April 2001

S : Klien tidak bisa tidur nyenyak, mudah terbangun.

O : sering terbangun bila tidur, mata sayu dan kemerahan, sering menguap, ada luka operasi di telinga kanan dan rasa nyeri, waktu tidur \pm 6 jam perhari.

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no. 2, 3, 4 dan 5 dilanjutkan.

I : Yaitu dengan mengidentifikasi faktor-faktor penunjang nyeri, mengurangi distraksi lingkungan, menggunakan bantuan untuk meningkatkan tidur (minum susu hangat) kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgesik.

E : Klien mengatakan masih mudah terbangun dan merasakan nyeri.

Tanggal 5 April 2001

S : Klien dapat tidur dengan tenang dan nyeri berkurang.

O : Tidur nyenyak, tidak mudah terbangun, mata tidak kemerahan dan tidak sayu, waktu tidur 8 jam perhari.

A : Masalah teratasi.

P : Rencana tindakan dihentikan.

Diagnosa keperawatan IV Tanggal 4 April 2001

S : Klien mengatakan pendengarannya berkurang.

O : Ada luka operasi, bila diajak bicara dengan suara keras / diulang, tes audiogram telinga kiri AC 30 Db, BC 17,5 Db pada telinga kanan AC 37 Db, BC 17,5 Db, Radiologi adanya sklerotik peri anthaltriage kanan.

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no. 2, 3, 4 dan 5 dilanjutkan.

I : Yaitu mengkaji perubahan persepsi sensori pendengaran, bila berbicara menghadap klien, mempertahankan papan dan pensil disamping tempat tidur, kolaborasi dalam pemberian alat bantu dengar.

E : Klien mengatakan masih belum bisa mendengar dengan jelas bila diajak berkomunikasi.

Tanggal 5 April 2001

S : Klien mengatakan masih belum mendengar dengan jelas.

O : Ada luka operasi, berbicara dengan menghadap klien, dengan suara keras kadang-kadang diulang, ada tampon ditelinga kanan , berusaha membaca gerakan bibir.

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no. 3, 4 dan 5 dilanjutkan.

I : Yaitu dengan menghadap klien bila berbicara mempertahankan papan dan pensil disamping tempat tidur untuk berkomunikasi, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian alat bantu dengar.

E : Klien mengatakan sudah mulai biasa membaca gerakan bibir.

Tanggal 6 April 2001

S : Klien mengatakan pendengaran belum pulih dan mampu membaca gerakan bibir.

O : Berkomunikasi dengan suara keras dan membaca gerakan bibir, menulis pesan bila kata-kata sukar dimengerti, terbiasa dengan ada bebat ditelinga kanan.

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no. 3, 4 dan 5 dilanjutkan.

I : Dengan menghadap klien bila berbicara, mempertahankan papan dan pensil disamping tempat tidur untuk terus berkomunikasi, kolaborasi dalam pemberian alat bantu dengar.

E : Klien mengatakan mampu berkomunikasi meskipun pendengarannya belum pulih.

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS

JUDUL KARYA TULIS : “ASUHAN KEPERAWATAN Sdr. D. PADA MASTOIDITIS KRONIS DENGAN POST OPERASI MASTOIDEKTOMI RADIKAL REKONTRUKSI DI RUANG THT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO SURABAYA”.

PENULIS : Triana Eka S.

PEMBIMBING : Bapak A. Aziz Alimul Hidayat S.kep

Saya telah diminta untuk berperan serta dalam menyusun karya tulis yang dilakukan oleh Triana Eka S. dengan judul “Asuhan Keperawatan Sdr. D Pada Mastoiditis Kronik Dengan Post Operasi Mastoidektomi Radikal Rekonstruksi Di Ruang THT Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya”.

Oleh penulis saya diobservasi selama memberikan asuhan keperawatan. Tujuan dari pada penyusunan karya tulis ini adalah sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Akademi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surabaya.

Saya berhak untuk menghentikan atau mengundurkan diri dari penyusunan karya tulis/pemberian asuhan keperawatan apabila menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, tanpa adanya hukuman untuk kehilangan hak saya.

Saya mengerti bahwa catatan mengenai diri saya dalam penyusunan karya tulis / pemberian asuhan keperawatan ini dijamin kerahasiaannya. Bila selesai digunakan akan dimusnahkan.

Dengan sadar dan suka rela serta tidak ada unsur paksaan dari siapapun saya bersedia berperan dalam pemberian asuhan keperawatan pada penyusunan karya tulis.

Surabaya, 4 April 2001

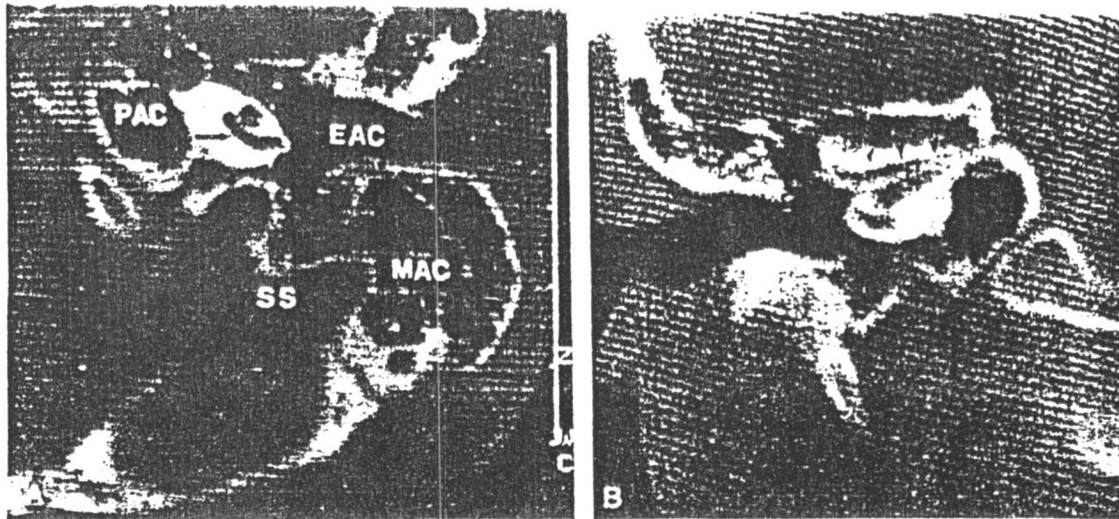
Responden

Penulis

(Sdr. D)

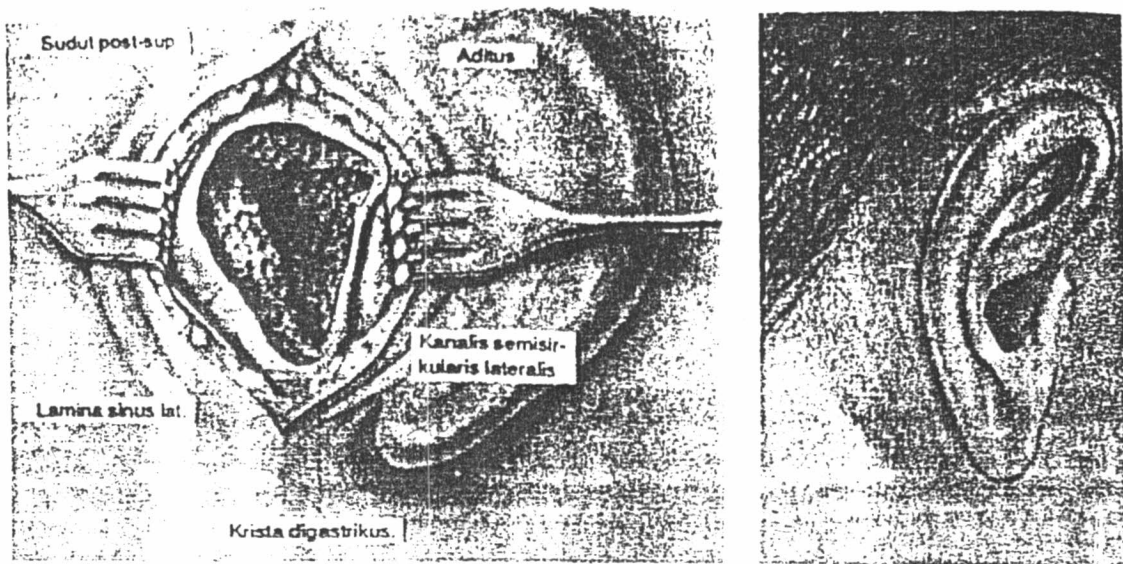
(Triana Eka S.)

Lampiran 3



GAMBAR 6-11. CT scan normal dari telinga dan mastoid. A, PAC adalah sel udara petrosus yang besar; EAC, liang telinga; SS, sinus sigmoideus; MAC, sel-sel udara mastoid. Panah menunjuk gelang basal dari koklea. B, Rangkaian mata panah menunjukkan perjalanan saraf fasialis menembus kanalis fallopii. Panah yang besar menunjuk pada maleus, perhatikan bagaimana letak kaput mali di dalam *attic* rongga telinga tengah.

Dikutip dari Boies : 106



GAMBAR 6-14. A, Mastoidektomi sederhana. Liang telinga dan telinga tengah dibiarkan utuh sementara dilakukan eksenterasi mastoid dan struktur-struktur sel dari infeksi. B, Pembedahan mastoid dapat pula dilakukan dengan pendekatan *endaural*, seperti terlihat di sini. Meninggalkan suatu lubang yang besar (meatus) ke dalam liang telinga. C, Modifikasi mastoidektomi radikal. Pada operasi ini mastoid dieksenterasi dan dinding posterior kanalis diangkat. Telinga tengah dapat normal atau hampir normal; namun, sering kali diperlukan teknik timpanoplasti untuk melengkapi prosedur mastoid ini. Pasca bedah dapat terlihat rongga mastoid dan suatu membrana timpani yang tampak relatif normal. D, Mastoidektomi radikal klasik menunjukkan pengangkatan seluruh jaringan telinga tengah dan mastoid yang sakit. Ahli telinga biasanya juga berusaha menyelamatkan atau memulihkan pendengaran melalui timpanoplasti.

Dikutip dari Boies : 110

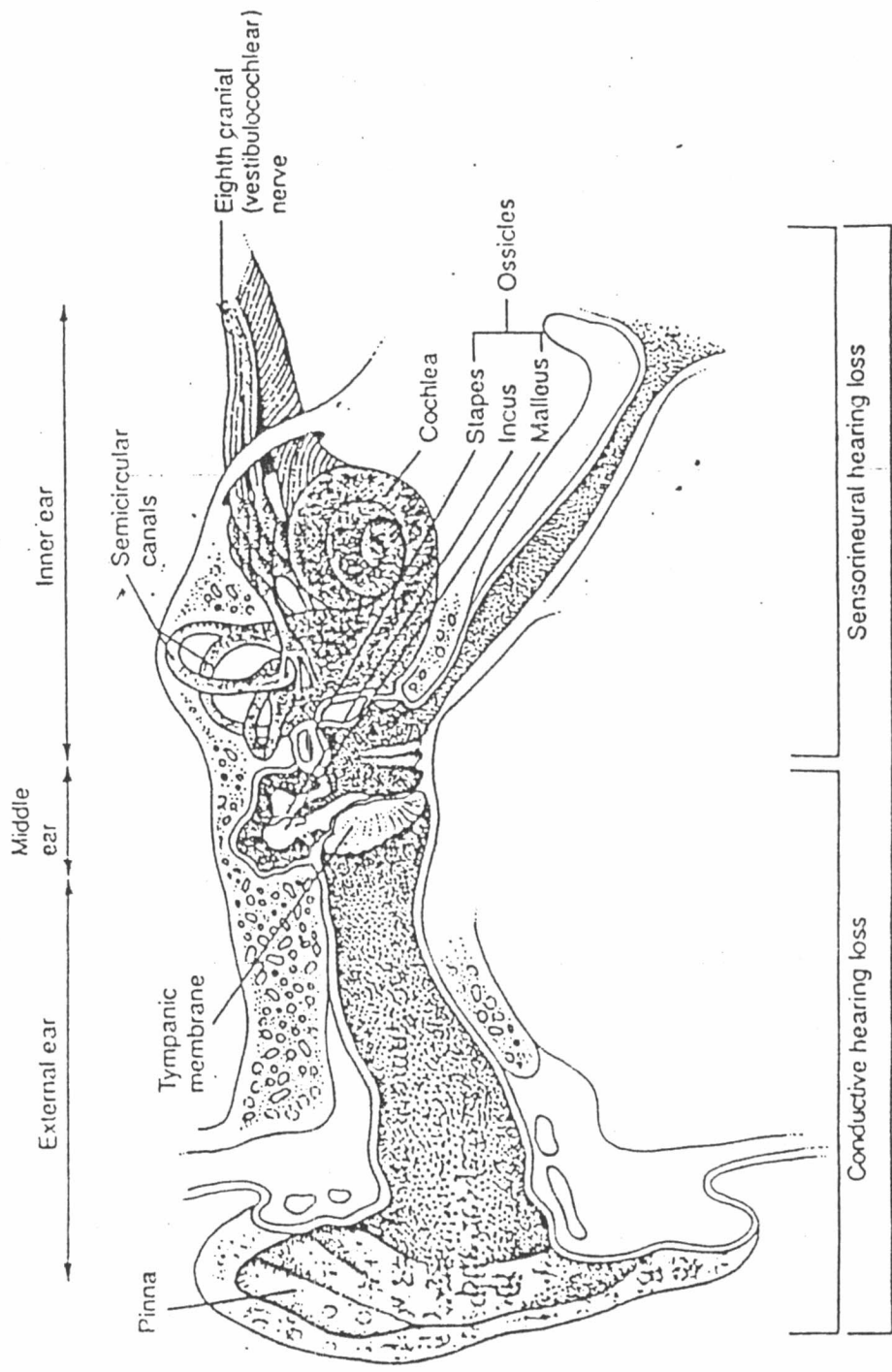


FIGURE 48-7 ♦ Anatomy of hearing loss. Hearing loss can be divided into three types: (1) conductive (difficulty in the external or the middle ear), (2) sensorineural (difficulty in the inner ear or the acoustic nerve), and (3) mixed conductive-sensorineural (a combination of the two other types of hearing loss).

