

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.H DENGAN HUMAN
IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV) + POST
LAPARATOMY DI RUANG RAWAT INAP
INTERNE PRIA RSUD DR.ACHMAD
MOCHTAR BUKITTINGGI
TAHUN 2018**



OLEH :

SARI RAMADHANI
NIM : 1514401019

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2018**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.H DENGAN HUMAN
IMMUNODEFICIENCYVIRUS (HIV) + POST**

**LAPARATOMY DI RUANG RAWAT INAP
INTERNE PRIA RSUD DR. ACHMAD
MOCHTAR BUKITTINGGI
TAHUN 2018**

LAPORAN STUDI KASUS

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang*



OLEH :

SARI RAMADHANI
NIM : 1514401019

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG**

TAHUN 2018

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

Karya Tulis Ilmiah, Laporan Studi Kasus, Juli 2018

SARI RAMADHANI
NIM :1514401019

Email : saryramadhani730@gmail.com

Asuhan Keperawatan Pada Tn. H Degan Humman Immunodeficiency Virus (HIV) + Post Laparotomy Di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD. Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018

V + V BAB + 108 Halaman + 6 Gambar + 9 Tabel + 3 Lampiran

ABSTRAK

Infeksi HIV adalah infeksi virus yang secara progresif menghancurkan sel-sel darah putih infeksi oleh HIV biasanya berakibat pada kerusakan sistem kekebalan tubuh secara progresif, menyebabkan terjadinya infeksi oportunistik dan kanker tertentu (terutama pada orang dewasa) (Bararah dan Jauhar. 2013). Menurut data yang didapatkan dari Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018 didapatkan data pasien yang menderita HIV sebanyak 26 orang yang terdaftar, selama 6 bulan terakhir. Pasien masuk dari ruang bedah RSUD Dr. Achmad Mochtar ke ruang interne pria pada tanggal 5 Mei 2018, dengan keluhan pasien mengatakan BAB 3x/hari dan berwarna kehitaman, pasien mengatakan badan terasa lemas. Pasien mengatakan badan terasa panas, pasien mengeluh demam suhu 38°C. Pasien mengeluh sesak pernafasan 28x/m, Pasien mengatakan nyeri pada bekas luka sudah mulai berkurang, nyeri lebih terasa saat beraktivitas. Pasien mengalami penurunan berat badan ± 10 kg dalam satu bulan terakhir. Pasien tampak pucat, muka pasien tampak, Lidah pasien tampak kotor (terdapat bintik-bintik putih di pinggir lidah pasien). Bibir pasien tampak pecah-pecah dan merah, Tampak pus yang mengalir terus menerus dari bekas luka drain pasien. Berdasarkan data yang didapatkan dalam pengkajian ditemukan 5 diagnosa selama melakukan asuhan keperawatan pada Tn. H dengan implementasi/ tindakan keperawatan yang telah dilakukan 3 diagnosa keperawatan belum teratasi 1 diagnosa teratasi sebagian yaitu Ketidakefektifan termoregulasi berhubungan dengan penyakit, aspek kronis penyakit karena suhu tubuh pasien sudah dalam rentang normal 37,2°C, dan Hb: 9.2(g/dL) dan 1 diagnosa teratasi karena pasien mengatakan sudah mampu menghabiskan 1 porsi makanan yang diberikan, pasien mengatakan sudah tidak mual lagi jika akan makan.

Kata kunci : HIV, Asuhan Keperawatan HIV, Ketidakefektifan termoregulasi

Daftar Pustaka : 9 (2011-2016)

**HIGH SCHOOL HEALTH SCIENCE PADANG
STUDY PROGRAM D III NURSING**

Scientific Writing, Case Study Report, July 2018

SARI RAMADHANI

NIM : 1514401019

Email : saryramadhani730@gmail.com

**Nursing Care At Tn. H Degan Humman Immunodeficiency Virus (HIV) +
Post Laparatomy In Inpatient Room Interne Men RSUD. Dr. Achmad
Mochtar Bukittinggi Year 2018**

V + V CHAPTER + 108 Pages + 6 Images + 9 Tables + 3 Lampiran

ABSTRACT

HIV infection is a viral infection that progressively destroys white blood cells infection by HIV usually results in progressive immune system damage, leading to opportunistic infections and certain cancers (especially in adults) (Bararah and Jauhar, 2013). According to the data which was obtained from the Inpatient Room Interne Men RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Year 2018 obtained data of patients suffering from HIV as many as 26 people registered, for the last 6 months. Patient enters from surgery room of RSUD Dr. Achmad Mochtar to the men's interne room on 5 May 2018, with the patient's shell say CHAPTER 3x / day and blackish, the patient said the body felt weak. Patient said body felt hot, patient complained fever temperature 38 ° C. Patients complained breathless breathing 28x / m, Patients said pain on the scar has begun to decrease, pain more felt during the move. Patient has weight loss ± 10 kg in the last one month. Patient looks pale, patient face looks, patient's tongue looks dirty (there are white spots on the edge of the patient's tongue Patient's lips are cracked and red, continuously from the drain scars of patients Based on the data obtained in the assessment found 5 diagnoses during nursing care on Mr. H with implementation / action nursing that has been done 3 nursing diagnosis not resolved 1 diagnosis is partially resolved Thermoregulation ineffectiveness is related to disease, chronic diseases because the patient's body temperature is within the normal range of 37.2 ° C, and Hb: 9.2 (g / dL) and 1 diagnosis resolved because the patient said it was able to spend 1 portion of maknan given, the patient said it was no longer sick if it will eat .

**Keywords : HIV, HIV Nursing Care, Thermoregulation ineffectiveness
Bibliography : 9 (2011-2016)**

LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : Sari Ramadhani
NIM : 1514401019
Judul KTI :Asuhan Keperawatan pada Tn. H Dengan Human Immunodeficiency Virus (HIV) + Post Laparatomy Diruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Dan di terima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukitnggi, 18 Juli 2018

Dewan penguji

Penguji I,



Yaslina, M.Kep, Ns, Sp.Kep. Kom
NIK : 1420106037395017

Penguji II,



Ns. Muhammad Arif, M.Kep
NIK : 1420114098409051

LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : Sari Ramadhani
NIM : 1514401019
Judul KTI :Asuhan Keperawatan pada Tn. H Dengan Human
IMMUnodefeciency Virus (HIV) + Post Laparatomy Di
Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar
Bukittinggi Tahun 2018

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan dihadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukitnggi, Juli 2018

Pembimbing,



Ns. Muhammad Arif, M.Kep
NIK : 1420114098409051

Mengetahui,
Ka Prodi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang



Ns. Endra Amalia M.Kep
NIK 1420123106993012

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT, atas rahmat dan karunia-Nya yang telah diberikan kepada penulis sehingga Laporan Studi Kampus dengan judul “ Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn.H dengan HIV/AIDS Di Ruang Interne Pria RSUD. Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018 “ ini dapat disajikan dalam bentuk tulisan. Dalam penyusunan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, M.Kep, M.Biomed selaku Ketua Yayasan.
2. Ibu Ns. Endra Amalia, M.Kep selaku penanggung jawab Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.
3. Bapak Ns. Muhammad Arif, M.Kep selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam pembuatan Laporan Studi Kasus ini.
4. Ibu Yaslina Yaslina, M.Kep, Ns. Sp.Kep. Kom selaku penguji yang telah memberikan arahan dalam perbaikan Laporan Studi Kasus ini.
5. Ibu Ns. Yenita Roza, S.Kep selaku pembimbing klinik yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Laporan Studi Kasus.
6. Bapak dan Ibu Staff Penagajar Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang yang telah banyak memberikan ilmu serta bimbingan yang bermanfaat bagi penulis.
7. Teman-teman mahasiswa mahasiswi STIKes Perintis Prodi D III Keperawatan yang telah memberi masukan dan dukungan kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa Laporan Studi Kasus ini jauh dari kesempurnaan, hal ini bukanlah suatu kesenjangan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan penulis. Untuk itu penulis berharap tanggapan dan kritikan serta saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan laporan studi kasus ini.

Akhir kata penulis mengharapkan agar laporan Studi Kasus ini bermanfaat bagi kita semua, semoga Allah SWT memberikan rahmad dan hidayah kepada kita semua aminnnn

Wassalamualikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Bukittinggi , Juli

2018

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL	
PERNYATAAN PERSETUJUAN	
PERNYATAAN PENGUJI	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR GAMBAR	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR LAMPIRAN	vii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	5
1.3 Manfaat	7
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
2.1.Konsep Dasar	9
2.1.1. Pengertian.....	9
2.1.2. Anatomi dan Fisiologi.....	12
2.1.3. Etiologi.....	22
2.1.4. Manifestasi Klinis	24
2.1.5. Patofisiologi dan WOC	26
2.1.6. Pemeriksaan Penunjang	32
2.1.7. Penatalaksanaan	34
2.1.8. Komplikasi	35
2.2.Asuhan Keperawatan	37
2.2.1. Pengkajian	37
2.2.2. Kemungkinan Diagnosa Muncul.....	42
2.2.3. Rencana Asuhan Keperawatan.....	43
2.2.4. Implementasi	50
2.2.5. Evaluasi.....	50

BAB III TINJAUAN KASUS

3.1.Pengkajian	51
3.2.Diagnosa Keperawatan.....	75
3.3.Intervensi keperawatan.....	76
3.4.Implementasi	80
3.5.Evaluasi	80

BAB IV PEMBAHASAN

4.1.Pengkajian	95
4.2.Diagnosa Keperawatan.....	97
4.3.Intervensi keperawatan.....	98
4.4.Implementasi	99
4.5.Evaluasi	101

BAB V PENUTUP

5.1.Kesimpulan	102
5.2.Saran.....	105

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

	<i>Halaman</i>
Gambar 2.1 Bentuk virus HIV AIDS	12
Gambar 2.2 Kelenjer Timus	15
Gambar 2.3 Sumsum Tulang Belakang	16
Gambar 2.4 Tonsil	17
Gambar 2.5 Nodus Limpa	18
Gambar 2.6 Limpa	19

DAFTAR TABEL

	<i>Halaman</i>
Tabel 1.1 Jumlah Penderita HIV/AIDS	5
Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Teoritis	43
Tabel 3.1 Pemeriksaan Nervus.....	58
Tabel 3.2 Data Biologis.....	59
Tabel 3.3 pemeriksaan Penunjang	64
Tabel 3.4 Data Pengobatan	68
Tabel 3.5 Analisa Data.....	72
Tabel 3.6 Intervensi Kasus.....	76
Tabel 3.7 Implementasi Kasus	80

DAFTAR LAMPIRAN

Daftar Riwayat Hidup	
Daftar Hadir Ujian Pengamatan Kasus	
Lembar Konsul Rumah Sakit	
Lembar Konsul Pembimbing	
Lembar Revisi Penguji	
Lembar Revisi Pembimbing	

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) merupakan salah satu penyakit mematikan di dunia yang menjadi wabah internasional sejak pertama kehadirannya (Arriza, Dewi, Dkk, 2011). Penyakit ini merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi virus Human Immunodeficiency Virus (HIV) yang menyerang sistem kekebalan tubuh (Kemenkes, 2015).

Penyakit HIV dan AIDS menyebabkan penderita mengalami penurunan ketahanan tubuh sehingga sangat mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain (Kemenkes, 2015). Meskipun telah ada kemajuan dalam pengobatannya, namun infeksi HIV dan AIDS masih merupan masalah kesehatan yang penting di dunia ini (Smeltzer dan Bare, 2015).

Penyakit AIDS diartikan sebagai sekumpulan gejala yang menunjukkan kelemahan atau kerusakan daya tahan tubuh yang diakibatkan oleh faktor luar dan sebagai bentuk paling hebat dari infeksi HIV, mulai dari kelainan ringan dalam respon imun dan tanpa gejala yang nyata, hingga keadaan immunosupresi yang berkaitan dengan berbagai infeksi yang dapat membawa kematian (Padila,2012).

Proporsi orang yang terinfeksi HIV, tetapi tidak mendapat pengobatan anti HIV dan akhirnya akan berkembang menjadi AIDS diperkirakan mencapai lebih dari 90%. Karena tidak adanya pengobatan anti HIV yang efektif, Case Fatality Rate dari AIDS menjadi sangat tinggi, kebanyakan penderita

di negara berkembang (80-90%) mati dalam 3 sampai 5 tahun sesudah di diagnosa terkena AIDS (Kunoloji,2012).

Penyebaran HIV tidak mengenal umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, dan daerah tempat tinggal penderitanya (Tangadi,1996 & Budiharto,1997 dalam Desima,2013). Laporan dari Joint United Nations Programme on HIV and AIDS atau UNAIDS pada tahun 2015 terdapat 2,1 juta infeksi HIV baru diseluruh dunia, yang banyak tersebar di wilayah afrika dan asia. Data ini menambah total penderita HIV menjadi 36.7 juta dan penderita AIDS sebanyak 1,1 juta orang (UNAIDS, 2016).

Laporan perkembangan HIV AIDS dari Direktorat Jendral Pencegahan dan Pengendalian Penyakit atau Ditjen P2P Kementerian Kesehatan RI pada tanggal 18 Mei 2016 menyebutkan bahwa di Indonesia dari bulan Januari sampai dengan Maret 2016 jumlah HIV yang dilaporkan sebanyak 7.146 orang dan AIDS sebanyak 305 orang. Rasio perbandingan antara laki-laki dan perempuan yaitu 2:1 (Ditjen P2P Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Total angka kejadian kasus AIDS yang dilaporkan di Sumatra Barat dari tahun 2009 sampai dengan bulan Maret 2016 yaitu 1.192 kasus, dimana kumulatif Case Rate nya yaitu 21,59%. Jumlah infeksi HIV yang dilaporkan dari provinsi, pada tahun 2011 ada 132 kasus, pada tahun 2012 133 kasus, tahun 2013 ada 222 kasus, tahun 2014 ada 321 kasus, tahun 2015 ada 243 kasus, dan sampai bulan Maret 2016 ada 28 kasus (Ditjen P2P Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Dari data yang ada kasus HIV AIDS mengalami trend peningkatan setiap tahunnya. Untuk cara penularan kasus AIDS di tahun 2013 faktor resiko tertinggi sudah beralih dari NAPZA suntik ke heteroseksual yaitu sebesar 59%. Dalam 5 tahun sebelumnya penularan melalui narkoba suntik adalah faktor resiko utama kasus HIV AIDS di Sumatra Barat. Sumatra Barat bahkan pernah menduduki rangking 5 kasus HIV AIDS dari narkoba suntik (Profil Kesehatan Provinsi Sumatra Barat Tahun 2013).

HIV dan AIDS merupakan penyakit yang dapat ditularkan melalui hubungan seksual dan penggunaan jarum suntik yang sering dikaitkan dengan kesehatan reproduksi terutama kelompok perempuan. Kerentanan perempuan remaja putri untuk tertular umumnya karena kurangnya pengetahuan dan informasi tentang HIV dan AIDS ataupun kurangnya akses untuk mendapatkan layanan pencegahan HIV (Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan RI, 2008).

Pada tahun 2013 World Health Organization (WHO) mengumumkan 34 juta orang di dunia mengidap virus HIV penyebab AIDS dan sebagian besar dari mereka hidup dalam kemiskinan dan di negara berkembang. Data WHO terbaru juga menunjukkan peningkatan jumlah pengidap HIV yang mendapatkan pengobatan. Tahun 2012 tercatat 9,7 juta orang, angka ini meningkat 300.000 orang lebih banyak dibandingkan satu dekade sebelumnya (WHO, 2013).

Berdasarkan data Ditjen PP & PL Kemenkes RI tahun 2014, kasus HIV dan AIDS di Indonesia dalam triwulan bulan Juli sampai dengan

September tercatat kasus HIV 7.335, kasus sedangkan kasus AIDS 176 kasus. Estimasi dan proyeksi jumlah Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) menurut populasi beresiko dimana jumlah ODHA di populasi wanita resiko rendah mengalami peningkatan dari 190.349 kasus pada tahun 2011 menjadi 279.276 kasus di tahun 2016 (Kemenkes RI, 2013).

Dilihat dari prevalensi HIV berdasarkan populasi beresiko Wanita Pekerja Seks Tidak Langsung (WPSTL) di Indonesia pada tahun 2007 mencapai 4,0% kemudian pada tahun 2009-2013 mengalami penurunan dari 3,1% menjadi 2,6% pada tahun 2011, turun kembali menjadi 1,5% pada tahun 2013 (STBP, 2013).

Berdasarkan jenis kelamin laki-laki mencapai 61,48 dan perempuan 38,52%. Dilihat dari distribusi kasus AIDS berdasarkan jenis pekerjaan, IRT dengan HIV dan AIDS dalam beberapa tahun terakhir meningkat mencapai 18,4% dan menduduki peringkat ke-2 (KPAN, 2014).

Jumlah penderita tertinggi kasus HIV dan AIDS berdasarkan jenis kelamin adalah laki-laki, sedangkan pada faktor risiko adalah kelompok Heteroseksual, dan kelompok Ibu Rumah Tangga (IRT) juga beresiko tinggi tertular oleh suami yang menderita HIV dan AIDS. Hal ini terjadi karena rendahnya tingkat pendidikan dan kurangnya informasi mengenai pencegahan HIV dan AIDS (KPAN, 2014).

Provinsi Sumatera Barat berada pada peringkat 13 nasional kasus AIDS pada tahun 2012, sehingga penanggulangan dan pencegahan penularan HIV dan AIDS membutuhkan upaya bersama semua pihak mulai dari lingkungan kerja/masyarakat, keluarga dan bangsa. Sampai tahun 2012

ditemukan 189 penderita penyakit HIV/AIDS di Sumatera Barat. Angka ini meningkat 54 kasus di banding tahun sebelumnya. Terungkapnya peningkatan pengidap virus mematikan ini seiring dengan peningkatan penyuluhan dan pencarian kasus, serta bertambahnya jumlah unit pelayanan yang menjalankan program HIV dan AIDS.

Jumlah penderita HIV/AIDS di Sumbar per-Kabupaten Kota sejak tahun 2002 sampai dengan 2013 dapat dilihat pada tabel 1 berikut:

Tabel 1.1 jumlah penderita HIV/AIDS di Sumbar.

No	Kabupaten/Kota	HIV	AIDS	Meninggal
1	Kabupaten Padang Pariaman	4	42	8
2	Kabupaten Tanah Datar	0	37	6
3	Kabupaten Pesisir Selatan	1	38	3
4	Kabupaten Agam	1	77	11
5	Kabupaten 50 Kota	0	19	3
6	Kabupaten Pasaman	0	12	1
7	Kabupaten Pasaman Barat	1	12	3
8	Kabupaten Sijunjung	1	5	1
9	Kabupaten Dharmasraya	1	11	1
10	Kabupaten Solok	0	6	0
11	Kabupaten Solok Selatan	0	7	0
12	Kabupaten Mentawai	0	5	1
13	Kota Padang	39	383	65
14	Kota Bukittinggi	7	148	15
15	Kota Payakumbuh	0	28	1
16	Kota Padang Panjang	0	7	1
17	Kota Solok	2	20	4
18	Kota Sawahlunto	0	11	4
19	Kota Pariaman	4	23	6
20	Tidak Diketahui	4	14	2
	JUMLAH	65	905	136

Menurut data yang didapatkan dari Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018 didapatkan data pasien yang menderita HIV sebanyak 26 orang yang terdaftar, selama 6 bulan terakhir.

Berbagai hal telah dilakukan untuk mencegah meluasnya HIV/AIDS.berbagai bentuk pendidikan juga sudah dilaksanakan, antara

lain melalui media cetak dan elektronik maupun melalui ceramah dan diskusi (Purnomo,2013).

Perawat sebagai tenaga kesehatan harus mampu memberikan asuhan keperawatan yang efektif dan mampu ikut serta dalam upaya preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif, berdasarkan pemampanan di atas, penulisan tetarik membahas Asuhan Keperawatan pada Tn. H dengan Human Immunodeficiency Virus (HIV) + Post Laparatomy Di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan umum

Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan pada Tn.H dengan HIV/AIDS, serta mendapatkan pengalaman yang nyata tentang asuhan keperawatan pasien dengan HIV/AIDS di RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mampu menyusun teoritis konsep dasar asuhan keperawatan pada Tn.H dengan HIV/AIDS di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.
2. Mampu melaksanakan pengkajian dan mengidentifikasi data dalam menunjang asuhan keperawatan pada Tn.H dengan HIV/AIDS di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

3. Mampu menegakan diagnose keperawatan pada asuhan keperawatan pada Tn. H dengan HIV/AIDS di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.
4. Mampu menentukan perencanaan asuhan keperawatan pada Tn.H dengan HIV/AIDS di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.
5. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn.H dengan HIV/AIDS di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.
6. Mampu melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada Tn.H dengan HIV/AIDS di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.
7. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn.H dengan HIV/AIDS di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.
8. Mampu mengevaluasi asuhan keperawatan pada Tn.H dengan HIV/AIDS di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi Mahasiswa

Laporan Studi Kasus ini berguna untuk memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi mahasiswa dalam memberikan dan menyusun Asuhan keperawatan pada pasien HIV, dan sebagai

salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang.

1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi ini diharapkan mampu menjadi salah satu reference dan penyumbang ilmu pengetahuan dalam asuhan keperawatan pasien dengan HIV.

1.3.3 Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil studi diharapkan mampu menjadi salah satu masukan bagi pihak rumah sakit sebagai gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan HIV.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1. Konsep Dasar

2.1.1. Pengertian

Infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan penyakit kekurangan sistem imun yang disebabkan oleh retrovirus HIV tipe 1 atau HIV tipe 2 (Copstead dan Banasik, 2012). Infeksi HIV adalah infeksi virus yang secara progresif menghancurkan sel-sel darah putih infeksi oleh HIV biasanya berakibat pada kerusakan sistem kekebalan tubuh secara progresif, menyebabkan terjadinya infeksi oportunistik dan kanker tertentu (terutama pada orang dewasa) (Bararah dan Jauhar. 2013). Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) adalah suatu kumpulan kondisi klinis tertentu yang merupakan hasil akhir dari infeksi oleh HIV (Sylvia & Lorraine, 2012).

Definisi Kasus Surveilans untuk infeksi HIV dari CDC menurut Sylvia dan Lorraine (2012) yaitu: Kriteria yang direvisi pada tahun 2000 untuk pelaporan tingkat nasional, menggabungkan infeksi HIV dan AIDS dalam satu definisi kasus. Pada orang dewasa , remaja, atau anak berusia 18 bulan atau lebih, definisi kasus surveilans infeksi HIV dipenuhi apabila salah satu kriteria laboratorium positif atau dijumpai bukti klinis yang secara spesifik menunjukkan infeksi HIV dan penyakit HIV berat (AIDS). Bukti laboratorium untuk infeksi HIV mencakup reaksi positif berulang

terhadap uji-uji penapisan antibodi yang dikonfirmasi dengan uji suplementer (misal,ELISA, dikonfirmasi dengan uji Western blot) atau hasil positif atau laporan terdeteksinya salah satu uji nonantibodi atau virologi HIV: uji antigen p24 HIV dengan pemeriksaan netralisis, biakan virus HIV, deteksi asam nukleat (RNA atau DNA) HIV (misalnya, reaksi berantai polimerase atau RNA HIV-1 plasma, yang berinteraksi akibat terpajan pada masa perinatal).

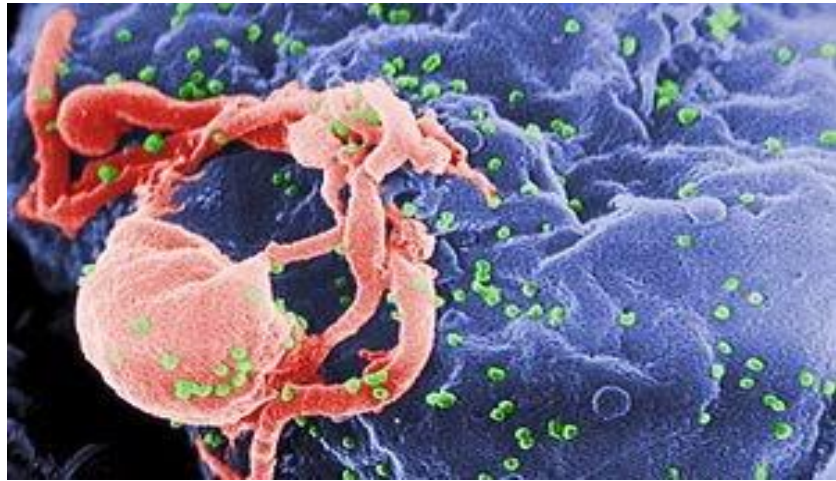
Kriteria klinis mencangkup suatu diagnosa infeksi HIV yang didasarkan pada daftar kriteria laboratorium yang tercatat dalam rekam medis oleh dokter atau penyakit-penyakit yang memenuhi kriteria yang tercakup dalam definisi kasus untuk AIDS.

Kriteria untuk definisi kasus AIDS adalah :

- 1) Semua pasien yang terinfeksi oleh HIV dengan :
 - a) Hitungan sel T CD4+ <200/ μ I atau
 - b) Hitungan sel T CD4+ <14% sel T total, tanpa memandang kategori klinis, simtomatik atau asimtomatik
- 2) Adanya infeksi-infeksi oportunistik terkait HIV, seperti :
 - a) Kandidiasis bronkus, trakea, atau paru
 - b) Kandidiasis esofagus
 - c) Kanker serviks, invasif
 - d) Koksidioidomikosis, diseminata atau ekstraparu
 - e) Kriptokokus, ekstraparu
 - f) Kriptosporidiosis, usus kronik (lama sakit lebih dari 1 bulan)

- g) Penyakit sitomegalovirus (selain di hati, limpa, atau kelenjer getah bening)
- h) Retinitis sitomegalovirus (disertai hilangnya penglihatan)
- i) Ensafalopati, terkait HIV
- j) Herpes simpleks; ulkus (-ulkus kronik lebih dari 1 bulan; atau bronkitis, pneumonitis, esofagitis)
- k) Histoplasmosis, diseminata atau ekstraparu
- l) Isosporiasis, usus kronik (lama sakit lebih dari 1 bulan)
- m) Sarkoma Kaposi (SK)
- n) Limfoma, Burkitt (atau ekivalen)
- o) Limfoma, imunoblastik (atau yang ekivalen)
- p) Limfoma, primer, otak
- q) Mycobacterium avium complex atau Mycobacterium kansasii, diseminata atau ekstra paru
- r) Mycobacterium tuberculosis
- s) Mycobacterium, spesies lain atau spesies yang belum teridentifikasi, diseminata atau ekstraparu
- t) Pneumonia Pneumocystis carinii (PPC)
- u) Pneumonia, rekuren
- v) Leukoensefalopati multifokus progresif
- w) Septikemia salmonella, rekuren
- x) Toksoplasmosis otak
- y) Sindrom pengurusan yang disebabkan oleh HIV

2.1.2. Anatomi dan Fisiologi



Gambar 2. 1. bentuk Virus HIV AIDS

Imunologi System

a) System immune:

System perdarahan internal tubuh yang berperan dalam mengenali dan menghancurkan bahan yang bukan “ normal self” (bahan asing atau abnormal cells).

b) Imunitas atau respon immune:

Kemampuan tubuh manusia untuk melawan organism atau toksin yang berbahaya.

Ada 2 macam respon immune (RI) :

a) RI Spesifik: deskriminasi self dan non self, memori,spesifisitas.

b) RI non Spesifik: efektif untuk semua mikroorganisme.

Sel- sel yang berperan dalam Respon Immun

a) Sel B

Sel B adalah antigen spesifik yang berproliferasi untuk merespon antigen tertentu. Sel B merupakan nama bursa Febrisitus, yaitu jaringan limfoid yang ditemukan pada ayam.

Jaringan sejenis yang ada pada mamalia yaitu sumsum tulang, jaringan limfe usus, dan limpa.

Sel B matur bermigrasi ke organ-organ limfe perifer seperti limpa, nodus limfe, bercak peyer pada saluran pencernaan, dan amandel. Sel B matur membawa molekul immunoglobulin permukaan yang terkait dengan membrane selnya. Saat diaktifasi oleh antigen tertentu dan dengan bantuan limfosit T, sel B akan diferensiasi melalui dua cara yaitu:

- (1) Sel plasma : sel ini mampu menyintesis dan mensekresi antibody untuk menghancurkan antigen tertentu.
- (2) Sel memori B : menetap dalam jaringan limfoid dan siap memproses antigen perangsang yang muncul dalam pajanan selanjutnya dengan respons immune sekunder yang lebih cepat dan lebih besar.

b) Sel T

Sel T juga menunjukkan spesifisitas antigen dan akan berproliferasi jika ada antigen, tetapi sel ini tidak memproduksi antibody. Sel T mengenali dan berinteraksi dengan antigen melalui respon Sel T, yaitu protein permukaan sel yang terikat membrane dan analog dengan antibody.

Sel T memproduksi zat aktif secara immunologis yang disebut limfokin. Sub type limfosit T berfungsi untuk membantu limfosit B merespon antigen, membunuh sel-sel asing tertentu, dan mengatur respons immune. Respon sel T adalah sel T,

seperti sel B berasal dari sel batang prekursor dalam sumsum tulang. Pada periode akhir perkembangan janin atau segera setelah lahir, sel prekursor bermigrasi menuju kelenjer timus, tempatnya berproliferasi berdiferensiasi dan mendapatkan kemampuan untuk mengenali diri.

Setelah mengalami diferensiasi dan maturasi, sel T bermigrasi menuju organ limfoid seperti limpa atau nodus limfe. Sel ini dikhususkan untuk melawan sel yang mengandung organism intraselular.

c) Sel T Efektor

(1) Sel T sitotoksik (sel T pembunuh)

Mengenali dan menghancurkan sel yang memperhatikan antigen asing pada permukaanya.

(2) Sel T pembantu

Tidak berperan langsung dalam pembunuhan sel. Setelah aktivasi oleh makrofag antigen, sel T pembantu diperlukan untuk sistesis antibody normal, untuk pengenalan benda asing sel T pembantu melepas interleukin-2 yang menginduksi proliferasi sel T sitotoksik, menolong sel T lain untuk merespons antigen dan sel T pembantu dapat memproduksi zat (limfokin) yang penting dalam reaksi alergi (hipersensitivitas).

d) Sel T Supresor

Setelah diaktifasi sel T pembantu akan menekan respon sel B dan T.

e) Makrofag

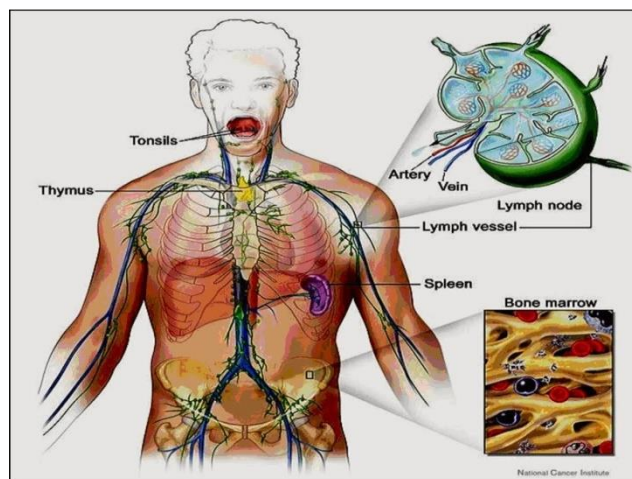
Makrofag memproses antigen terfagositosis melalui denaturasi atau mencerna sebagian antigen untuk menghasilkan fragmen yang mengandung determinan antigenic. Makrofag akan meletakkan fragmen antigen pada permukaan selnya sehingga terpapar untuk limfosit T tertentu.

Organ yang Terlibat Dalam Sistem Imun

Sistem imunitas manusia berhubungan erat dengan sistem limfatik, karena itu organ organ yang berperan disini adalah organ-organ sistem limfatik. Dibagi menjadi dua, yaitu :

1) Organ limfatik primer

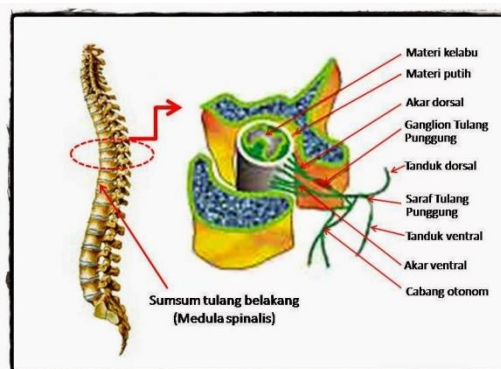
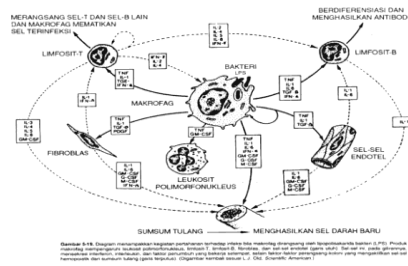
a) Timus



Gambar 2.2. Kelenjar Timus

Suatu jaringan limfatik yang terletak di sepanjang trakea di rongga dada bagian atas. Fungsinya memproses limfosit muda menjadi T limfosit.

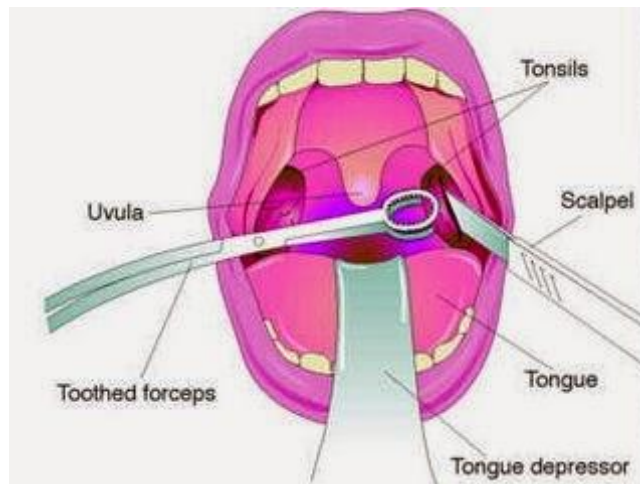
b) Sumsum Tulang



Gambar 2. 3. Sumsum Tulang Belakang Jaringan lunak yang ditemukan pada rongga interior tulang yang merupakan tempat produksi sebagian besar sel darah baru. Sumsum tulang merupakan jaringan limfatik karena memproduksi limfosit muda yang akan diproses pada timus atau tempat-tempat lainnya untuk menjadi limfosit T atau limfosit B

2) Organ limfatik sekunder

a) Tonsil



Gambar 2.4. Tonsil

Jaringan lymphatic yang terdiri dari kumpulan-kumpulan limposit Fungsi : Memproduksi lymphatic dan antibodi yang kemudian akan masuk ke dalam cairan lymph.

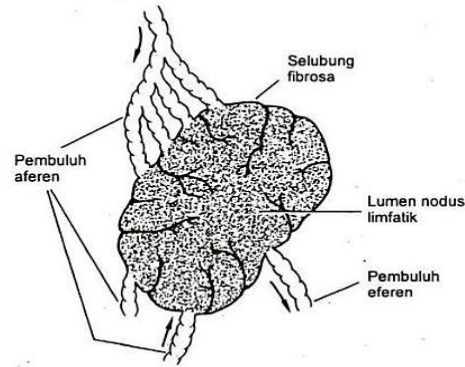
Tonsil terletak pada :

- (1) Dinding dalam nosopharynx (tonsila pharingea)
- (2) Fosa tonsilaris di samping-belakang lidah (tonsil palatina)
- (3) Di bawah lidah (tonsila liqualis)

Tonsil bukan merupakan kelenjar karena tidak memiliki pembuluh lymph afferent, oleh sebab itu tonsil tidak menyaring cairan lymph

/

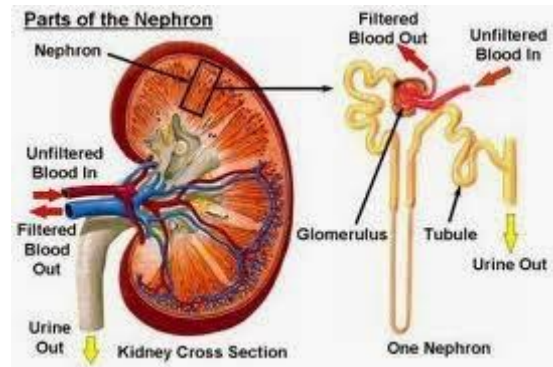
b) Nodus Limfa



Gambar 2. 5. Nodus Limfa

Nodus limfa berfungsi sebagai:Penyaring mikroorganisme dalam limfe ketika cairan tersebut melewati nodus. Jadi bila jaringan terinfeksi, nodus limfatik bisa menjadi bengkak dan nyeri bila ditekan. Apabila infeksi ringan, infeksi tersebut akan diatasi oleh sel-sel nodus sehingga nyeri serta bengkak mereda. Apabila infeksi berat, organisme penyebab infeksi akan menyebabkan peradangan akut dan destruksi sehingga terbentuklah abses di dalam nodus tersebut. Apabila bakteri tidak berhasil dirusak oleh nodus, bakteri tersebut dapat masuk ke dalam aliran limfe dan menginfeksi sirkulasi sistemik dan menimbulkan septikemia.

- (1) Memproduksi limfosit baru untuk aliran darah. Sel-sel di dalam nodus bermultiplikasi secara konstan dan sel-sel yang baru terbentuk akan dibawa oleh cairan limfe.
- (2) Nodus dapat memproduksi beberapa antibodi dan antitoksin untuk mencegah infeksi.



Gambar 2. 6. Limpa

Limpa ialah sebuah kelenjar berwarna ungu tua yang terletak di sebelah kiri abdomen di daerah hipogastrium kiri di bawah iga kesembilan, sepuluh, dan sebelas. Limpa berdekatan pada fundus dan permukaan luarnya menyentuh diafragma. Limpa menyentuh ginjal kiri, kelokan kolon di kiri atas, dan ekor pankreas.

Limpa terdiri atas struktur jaringan ikat . Diantara jalinan-jalinan itu terbentuk isi limpa atau pulpa yang terdiri atas jaringan limfe dan sejumlah besar sel darah. Limpa dibungkus oleh kapsul yang terdiri atas jaringan kolagen dan elastis yang terdiri dan beberapa serabut otot halus. Serabut otot halus ini berperram- seandainya ada- sangat kecil bagi limpa manusia. Dari kapsul itu keluar tajuk-tajuk trabekulae yang masuk ke

dalam jaringan limpa dan membaginya ke dalam beberapa bagian.

Pembuluh darah limpa masuk dan keluar melalui hilum yang berada di permukaan dalam. Pembuluh-pembuluh darah itu menuangkan isinya langsung ke dalam pulpa, sehingga darahnya dapat bercampur dengan unsur-unsur limpa dan tidak seperti pada organ-organ yang lain dipisahkan oleh pembuluh darah. Disini tidak terdapat sistem kapiler biasa. Tetapi langsung berhubungan dengan sel-sel limpa. Darah yang mengalir dalam limpa dikumpulkan lagi oleh sistem sinus yang bekerja seperti vena dan yang mengantarkannya ke dalam cabang-cabang vena. Cabang-cabang ini bersatu dan membentuk vena limpa (vena lenalis). Vena ini membawa darahnya masuk ke peredaran gerbang (peredaran portal) dan diantarkan ke hati.

Fungsi limpa :

- (1) Sewaktu masa janin limpa membentuk sel darah merah dan mungkin pada orang dewasa juga masih mengerjakannya bila sumsum tulang rusak.
- (2) Sel darah merah yang sudah rusak dipisahkan dari sirkulasi.
- (3) Limpa juga menghasilkan limfosit.
- (4) Diperkirakan juga limpa bertugas menghancurkan sel darah putih dan trombosit.

(5) Sebagai bagian dari sistem retikulo endotelial, limpa juga terlibat dalam perlindungan terhadap penyakit dan menghasilkan zat-zat antibodi.

2.1.3. Etiologi

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) disebabkan oleh Human Immunodeficiency Virus (HIV), suatu retrovirus pada manusia yang termasuk dalam keluarga lentivirus (termasuk pula virus imunodefisiensi pada kucing, virus imunodefisiensi pada kera, visna virus pada domba, dan virus anemia infeksius pada kuda).

Dua bentuk HIV yang berbeda secara genetik, tetapi berhubungan secara antigen, yaitu HIV-1 dan HIV-2 yang telah berhasil diisolasi dari penderita AIDS. Sebagian besar retrovirus, viron HIV-1 berbentuk sferis dan mengandung inti berbentuk kerucut yang padat elektron dan dikelilingi oleh selubung lipid yang berasal dari membran sel penjamu. Inti virus tersebut mengandung kapsid utama protein p24, nukleokapsid protein p7 atau p9, dua salinan RNA genom, dan ketiga enzim virus (protease, reverse transcriptase, dan integrase).

Selain ketiga gen retrovirus yang baku ini, HIV mengandung beberapa gen lain (diberi nama dengan tiga huruf, misalnya tat, rev, vif, nef, vpr dan vpu) yang mengatur sintesis serta perakitan partikel virus yang infeksius. (Robbins dkk, 2011).

Menurut Nursalam dan Kurniawati (2011) virus HIV menular melalui enam cara penularan, yaitu :

1) Hubungan seksual dengan pengidap HIV/AIDS

Hubungan seksual secara vaginal, anal dan oral dengan penderita HIV tanpa perlindungan bisa menularkan HIV. Selama hubungan seksual berlangsung, air mani, cairan vagina, dan darah yang dapat mengenai selaput lendir, penis, dubur, atau mulut sehingga HIV yang terdapat dalam cairan tersebut masuk ke aliran darah (PELEKSI, 1995 dalam Nursalam, 2007).

Selama berhubungan juga bisa terjadi lesi mikro pada dinding vagina, dubur dan mulut yang bisa menjadi jalan HIV untuk masuk ke aliran darah pasangan seksual

2) Ibu pada bayinya

Penularan HIV dari ibu bisa terjadi pada saat kehamilan (in utero). Berdasarkan laporan CDC Amerika, prevalensi penularan HIV dari ibu ke bayi adalah 0.01% sampai 7%. Bila ibu baru terinfeksi HIV dan belum ada gejala AIDS, kemungkinan bayi terinfeksi sebanyak 20% sampai 35%, sedangkan gejala AIDS sudah jelas pada ibu kemungkinan mencapai 50% (PELKESI, 1995 dalam Nursalam, 2007).

Penularan juga terjadi selama proses persalinan melalui transfusi fetomaternal atau kontak antara kulit atau membran mukosa bayi dengan darah atau sekresi maternal saat melahirkan. (Lili V, 2004 dalam Nursalam, 2007). Semakin lama proses melahirkan,

semakin besar resiko penularan. Oleh karena itu, lama persalinan bisa dipersingkat dengan operasi sectio caesaria (HIS dan STB,2000 dalam Nursalam, 2007). Transmisi lain terjadi selama periode post partum melalui ASI. Resiko bayi tertular melalui ASI dari Ibu yang positif sekitar 10% .

3) Darah dan produk darah yang tercemar HIV/AIDS

Sangat cepat menular HIV karena virus langsung masuk ke pembuluh darah dan menyebar ke seluruh tubuh.

4) Pemakaian alat kesehatan yang tidak steril

Alat pemeriksaan kandungan seperti spekulum, tenakulum, dan alat-alat lain yang menyentuh darah, cairan vagina atau air mani yang terinfeksi HIV, dan langsung digunakan untuk orang lain yang tidak terinfeksi HIV, dan langsung digunakan untuk orang lain yang tidak terinfeksi HIV bisa menular HIV .

5) Alat-alat untuk menoreh kulit

Alat tajam dan runcing seperti jarum, pisau, silet, menyuntat seseorang, membuat tato, memotong rambut, dan sebagainya bisa menularkan HIV sebab alat tersebut mungkin dipakai tanpa disterilkan terlebih dahulu.

6) Menggunakan jarum suntik secara bergantian

Jarum suntik yang digunakan di fasilitas kesehatan, maupun yang digunakan oleh para pengguna narkoba (Injecting Drug User-IDU) sangat berpotensi menularkan HIV. Selain jarum

suntik, pada para pemakai IDU secara bersama-sama juga menggunakan tempat penyampur, pengaduk, dan gelas pengoplos obat, sehingga berpotensi tinggi untuk menularkan HIV. HIV tidak menular melalui peralatan makan, pakaian, handuk, sapu tangan, hidup serumah dengan penderita HIV/AIDS, gigitan nyamuk, dan hubungan sosial yang lain.

2.1.4. Manifestasi Klinis

Pada satu WHO Workshop yang diadakan di Bangui, Republik Afrika Tengah, 22-24 Oktober 1985 telah disusun suatu definisi klinik AIDS untuk digunakan oleh Negara-negara yang tidak mempunyai fasilitas diagnostic laboratorium.

Manifestasi gejala dan tanda dari HIV dapat dibagi menjadi 4 stadium, yaitu :

1. Stadium Pertama : Infeksi Akut HIV

Sejak HIV masuk ke tubuh akan menimbulkan gejala influenza saja, berupa demam, rasa letih, nyeri otot dan sendi, nyeri telan. Rentang waktu sejak HIV masuk ke tubuh sampai HIV menjadi positif disebut periode jendela, lamanya 3-8 minggu bahkan bisa berlangsung selama 6 bulan.

2. Stadium Kedua

Asimptomatik berarti bahwa didalam organ tubuh terdapat HIV tetapi tubuh tidak menunjukkan gejala-gejala. Penderita tampak sehat tapi jika diperiksa darahnya akan menunjukkan sero positif kelompok ini sangat berbahaya karena dapat menularkan HIV ke

orang lain. Keadaan ini dapat berlangsung antara 8-10 tahun bahkan 5-10 tahu.

3. Stadium Ketiga

Pembesaran kelenjar limfe secara menetap dan merata (Persistent Generalized Lymphadenopathy) tidak hanya muncul pada satu tempat saja dan berlangsung lebih dari 1 bulan biasanya disertai demam, diare, keringat malam, lesu dan berat badan menurun pada kelompok ini sering disertai infeksi jamur candidia sekitar mulut dan herpes zoster.

4. Stadium Keempat : AIDS

Keadaan ini disertai adanya bermacam-macam penyakit antara penyakit saraf dan penyakit infeksi sekunder. Gejala klinis pada stadium AIDS sebagai antara lain:

a) Gejala utama atau mayori

- (1) Demam berkepanjangan lebih dari 1 bulan
- (2) Diare kronis lebih dari 1 bulan berulang maupun terus menerus.
- (3) Penurunan berat badan lebih dari 10% dalam 1 bulan.
- (4) Penurunan kesadaran dan gangguan neurologis
- (5) Ensefalopati HIV

b) Gejala tambahan atau minor

- (1) Batuk kronis selama lebih dari 1 bulan
- (2) Infeksi pada mulut dan tenggorokan disebabkan jamur candidia albicans

- (3) Infeksi jamur berulang pada alat kelamin wanita.
- (4) Pembengkakan kelenjar getah bening yang menetap diseluruh tubuh
- (5) Munculnya herpes zoster berulang dan bercak-bercak gatal diseluruh tubuh (Nursalam,2007).

2.1.5. Patofisiologi dan WOC

HIV termasuk kelompok retrovirus, yang mempunyai enzim (protein) yang dapat merubah RNA, materi genetiknya, menjadi DNA. Kelompok retrovirus Karena kelompok ini membalik urutan normal yaitu DNA diubah (replikasi) menjadi RNA. Setelah menginfeksi RNA, HIV berubah menjadi DNA oleh enzim yang ada dalam virus HIV yang dapat mengubah RNA virus menjadi (reversetranscriptas) sehingga dapat disisipkan ke dalam DNA sel-sel manusia. DNA itu kemudian dapat digunakan untuk membuat virus baru (virion), yang menginfeksi sel-sel baru, atau tetap tersembunyi dalam sel-sel yang hidup panjang, atau tempat penyimpanan, seperti limfosit sel-sel CD4 (sel T pembantu) yang istirahat sebagai target paling penting dalam penyerangan virus ini.

Sel CD4 adalah salah satu tipe dari sel darah putih yang bertanggung jawab untuk mengendalikan atau mencegah infeksi oleh banyak virus yang lain, bakteri jamur dan parasit dan juga beberapa jenis kanker. Kemampuan HIV untuk tetap tersembunyi dalam DNA dari sel-sel manusia yang hidup lama, tetap ada seumur hidup membuat infeksi menyebabkan kerusakan sel-sel CD4 dan

dalam waktu panjang jumlah sel-sel CD4 menurun menjadi masalah yang sulit ditangani bahkan dengan pengobatan efektif (Gallant,2010).

Apabila sudah banyak sel T4 yang hancur, terjadi gangguan imunitas selular, daya kekebalan penderita menjadi terganggu/cacat sehingga kuman yang tadinya tidak berbahaya atau dapat dihancurkan oleh tubuh sendiri (infeksi oportunistik) akan berkembang lebih leluasa dan menimbulkan penyakit yang serius yang pada akhirnya penyakit ini dapat menyebabkan kematian. Apabila sudah masuk ke dalam darah, HIV dapat merangsang pembentukan antibody dalam sekitar 3-8 minggu setelah terinfeksi pada periode sejak seseorang kemasukan HIV sampai terbentuk antibody disebut periode jendela (Window Period). Periode jendela ini sangat perlu diketahui karena sebelum antibody terbentuk di dalam tubuh, HIV sudah ada di dalam darah penderita dan keadaan ini juga sudah dapat menularkan kepada orang lain (Yayasan Pelita Ilmu,2010).

Menurut Robbins, Dkk (2011) Perjalanan infeksi HIV paling baik dipahami dengan menggunakan kaidah saling memengaruhi antara HIV dan sistem imun.

Ada tiga tahap yang dikenali yang mencerminkan dinamika interaksi antara virus dan penjamu.

1) fase akut pada tahap awal

Fase akut menggambarkan respon awal seseorang dewasa yang imunokompeten terhadap infeksi HIV. Secara klinis, hal yang secara khas merupakan penyakit yang sembuh sendiri yang terjadi pada 50% hingga 70% dari orang dewasa selama 3-6 minggu setelah infeksi; fase ini ditandai dengan gejala nonspesifik yaitu nyeri tenggorokan, mialgia, demam, ruam, dan kadang-kadang meningitis aseptik. Fase ini juga ditandai dengan produksi virus dalam jumlah yang besar, viremia dan persemaian yang luas pada jaringan limfoid perifer, yang secara khas disertai dengan berkurangnya sel T CD4+.

Namun segera setelah hal itu terjadi, akan muncul respon imun yang spesifik terhadap virus, yang dibuktikan melalui serokonversi (biasanya dalam rentang waktu 3 hingga 17 minggu setelah pejanan) dan mulai munculnya sel T sitotoksik CD8+ yang spesifik terhadap virus. Setelah viremia mereda, sel T CD4+ kembali mendekati jumlah normal. Namun, berkurangnya virus dalam plasma bukan merupakan penanda berakhirnya replikasi virus, yang akan terus berlanjut di dalam makrofag dan sel T CD 4+ jaringan.

2) fase kronis pada tahap menengah

Fase kronis, pada tahap menengah, menunjukkan tahap penahanan relatif virus. Pada fase ini, sebagian besar sistem imun masih utuh, tetapi replikasi virus berlanjut hingga beberapa tahun. Pada pasien tidak menunjukkan gejala ataupun menderita limfadenopati persisten, dan banyak penderita yang mengalami infeksi oportunistik “ringan” seperti ariawan (*Candida*) atau herpes zoster selama fase ini replikasi virus dalam jaringan limfoid terus berlanjut. Pergantian virus yang meluas akan disertai dengan kehilangan sel CD4+ yang berlanjut.

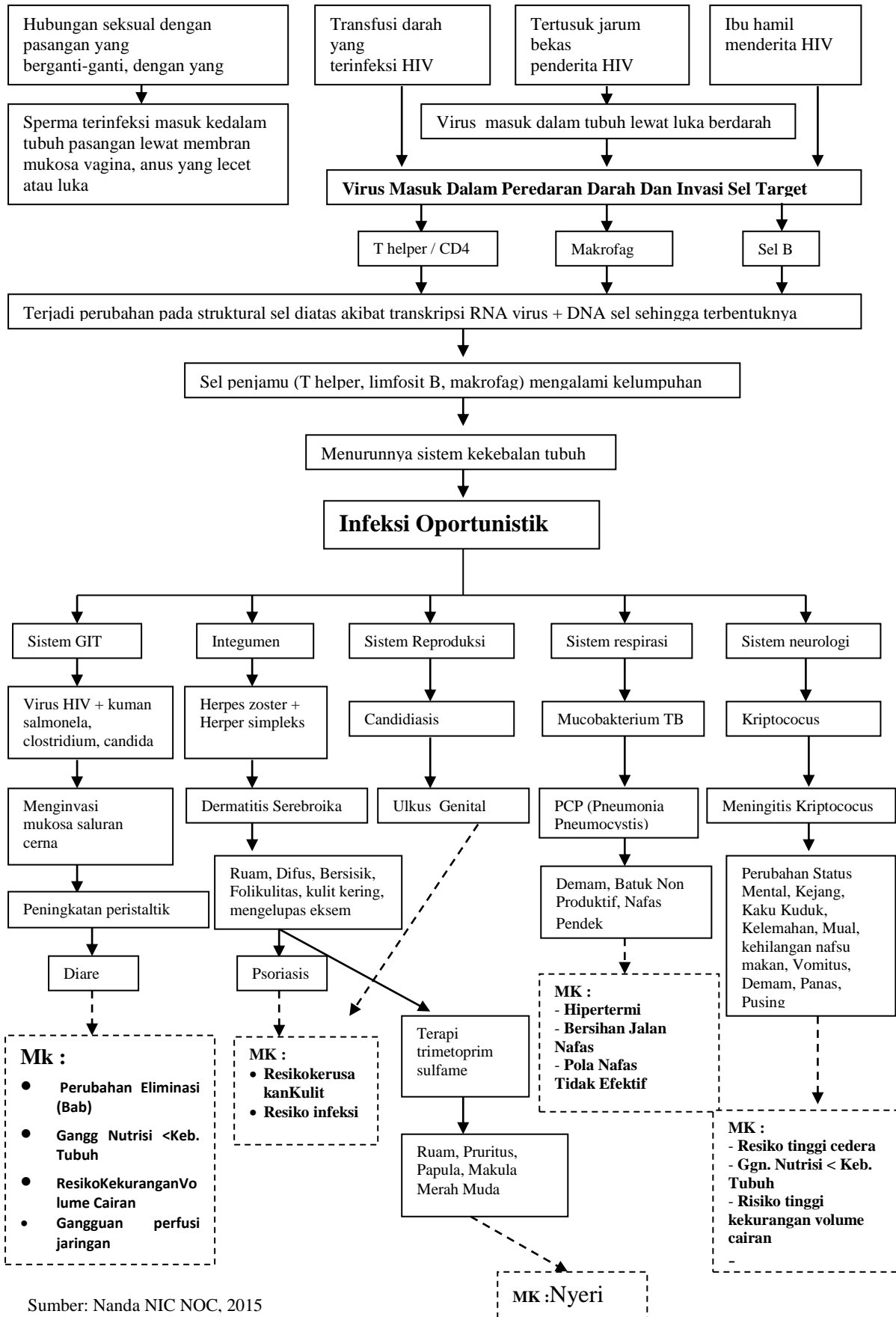
Namun, karena kemampuan regenerasi sistem imun besar, sel CD4+ akan tergantikan dalam jumlah yang besar. Oleh karena itu penurunan sel CD4+ dalam darah perifer hanyalah hal yang sederhana. Setelah melewati periode yang panjang dan beragam, pertahanan penjamu mulai berkurang, jumlah sel CD4+ mulai menurun, dan jumlah sel CD4+ hidup yang terinfeksi oleh HIV semakin meningkat. Limfadenopati persisten yang disertai dengan kemunculan gejala konstitusional yang bermakna (demam, ruam, mudah lelah) mencerminkan onset adanya dekompensasi sistem imun, peningkatan replikasi virus, dan onset fase “krisis”.

3) fase krisis, pada tahap akhir

Tahap terakhir, fase krisis, ditandai dengan kehancuran pertahanan penjamu yang sangat merugikan peningkatan viremia yang nyata, serta penyakit klinis. Para pasien khasnya akan mengalami demam lebih dari 1 bulan, mudah lelah, penurunan berat badan, dan diare. Jumlah sel CD4+ menurun dibawah 500 sel/ μ L.

Setelah adanya interval yang berubah-ubah, para pasien mengalami infeksi oportunistik yang serius, neoplasma sekunder, dan atau manifestasi neurologis (disebut dengan kondisi yang menentukan AIDS), dan pasien yang bersangkutan dikatakan telah menderita AIDS yang sesungguhnya. Bahkan jika kondisi lazim yang menentukan AIDS tidak muncul, pedoman CDC yang digunakan saat ini menentukan bahwa seseorang yang terinfeksi HIV dengan jumlah sel CD4+ kurang atau sama dengan 200/ μ L sebagai pengidap AIDS.

WOC



Sumber: Nanda NIC NOC, 2015

2.1.6. Pemeriksaan Penunjang

1. ELISA (*enzyme-linked immunoabsorbent assay*)

Elisa adalah suatu tes skrining yang digunakan untuk mendiagnosis HIV. Untuk mengidentifikasi antibodi terhadap HIV, tes ELISA sangat sensitif, tapi tidak selalu spesifik, maksudnya penyakit lain juga bisa menunjukkan hasil positif sehingga menyebabkan *positif palsu* diantaranya penyakit autoimun ataupun karena infeksi. Sensivitas ELISA antara 98,1%-100% dan dapat mendeteksi adanya antibodi terhadap HIV dalam darah.

2. Western Blot

Western Blot memiliki spesifisitas (kemampuan test untuk menemukan orang yang tidak mengidap HIV) antara 99,6% – 100%. Namun pemeriksaannya cukup sulit, mahal dan membutuhkan waktu sekitar 24 jam. Tes *Western Blot* mungkin juga tidak bisa menyimpulkan seseorang menderita HIV atau tidak. Oleh karena itu, tes harus diulangi setelah dua minggu dengan sampel yang sama. Jika test *Western Blot* tetap tidak bisa disimpulkan, maka test *Western Blot* harus diulangi lagi setelah 6 bulan

3. PCR (Polymerase Chain Reaction)

Polymerase Chain Reaction (PCR) adalah metode untuk amplifikasi (perbanyak) primer oligonukleotida diarahkan secara enzimatis urutan DNA spesifik. Teknik ini mampu

memperbanyak sebuah urutan 10⁵-10⁶-kali lipat dari jumlah nanogram DNA template dalam latar belakang besar pada sequence yang tidak relevan (misalnya dari total DNA genomik). Sebuah prasyarat untuk memperbanyak urutan menggunakan PCR adalah memiliki pengetahuan, urutan segmen unik yang mengapit DNA yang akan diamplifikasi, sehingga oligonucleotides tertentu dapat diperoleh. Hal ini tidak perlu tahu apa-apa tentang urutan intervening antara primer.

Produk PCR diamplifikasi dari template DNA menggunakan DNA polimerase stabil-panas dari *Thermus aquaticus* (Taq DNA polimerase) dan menggunakan pengatur siklus termal otomatis (Perkin-Elmer/Cetus) untuk menempatkan reaksi sampai 30 atau lebih siklus denaturasi, anil primer, dan polimerisasi. Setelah amplifikasi dengan PCR, produk ini dipisahkan dengan elektroforesis gel poliakrilamida dan secara langsung divisualisasikan setelah pewarnaan dengan bromida etidium.

PCR (*Polymerase Chain Reaction*) merupakan suatu teknik perbanyakan (amplifikasi) potongan DNA secara *in vitro* pada daerah spesifik yang dibatasi oleh dua buah primer oligonukleotida. Primer yang digunakan sebagai pembatas daerah yang diperbanyak adalah DNA untai tunggal yang urutannya komplemen dengan DNA templatnya. Proses

tersebut mirip dengan proses replikasi DNA secara *in vivo* yang bersifat semi konservatif.

2.1.7. Penatalaksanaan

Menurut Burnnner dan Suddarth (2013) Upaya penanganan medis meliputi beberapa cara pendekatan yang mencakup penanganan infeksi yang berhubungan dengan HIV serta malignansi, penghentian replikasi virus HIV lewat preparat antivirus, dan penguatan serta pemulihan sistem imun melalui penggunaan Spreparat immunomodulator. Perawatan suportif merupakan tindakan yang penting karena efek infeksi HIV dan penyakit AIDS yang sangat menurunkan keadaan umum pasien; efek tersebut mencakup malnutrisi, kerusakan kulit, kelemahan dan imobilisasi dan perubahan status mental. Penatalaksanaan HIV AIDS sebagai berikut :

a. Pengendalian Infeksi Oportunistik

Bertujuan menghilangkan, mengendalikan, dan pemulihan infeksi oportunistik, nasokomial, atau sepsis. Tindakan pengendalian infeksi yang aman untuk mencegah kontaminasi bakteri dan komplikasi penyebab sepsis harus dipertahankan bagi pasien dilingkungan perawatan klinis.

b. Terapi AZT

Obat ini menghambat replikasi antiviral Human Immunodeficiency Virus (HIV) dengan menghambat enzim

pembalik traskriptase. AZT tersedia untuk pasien AIDS yang jumlah Terapi Antiviral Baru

2.1.8. Komplikasi

1. Oral Lesi

Karena kandidia, herpes simplek, sarcoma Kaposi, HPV Oral, gingivitis, peridonitis Humman Immunodeficiency Virus (HIV), leukoplakia oral, nutrisi, penurunan berat badan, kelelahan dan cacat.

2. Neurologic

a) Kompleks dimensia AIDS karena serangan langsung Humman Immunodeficiency Virus (HIV) pada sel saraf, berefek perubahan kepribadian, kerusakan kemampuan motorik, kelemahan, disfasia, dan isolasi sosial.

b) Enselophaty akut, karena reaksi terpeutik, hipoksia, hipoglikemia, ketidakseimbangan elektrolit, meningitis/ ensefalitis, dengan efek: sakit kepala, malaise, demam, paralise, total/ parsial.

c) Infark serebral kornea sifilis meningovaskuler, hipotensi sistematik, dan manarik endokarditas.

d) Neuropati karena imflamasindemielinasi oleh serangan Human Immunodeficienci Virus (HIV).

3. Gastrointestinal

a) Diare karena bakteri dan virus, pertumbuhan cepat flora normal,limpoma,dan sarcoma Kaposi. Dengan efek,

penurunan berat badan, anoreksia, demam, malabsorpsi, dan dehidrasi.

b) Hepatitis karena bakteri dan virus, limfoma, sarcoma Kaposi, obat ilegal, alkoholik. Dengan anoreksia, mual muntah, nyeri abdomen, ikterik, demam atritis.

c) Penyakit Anorektal karena abses dan fistula, ulkus dan inflamasi perianal yang sebagai akibat infeksi, dengan efek inflamasi sulit dan sakit, nyeri rectal, gatal – gatal dan diare.

4. Respirasi

a) Infeksi karena pneumocystis carinii, cytomegalovirus, virus influenza, pneumococcus, dan strongyloides dengan efek nafas pendek, batuk, nyeri, hipoksia, kelelahan, gagal nafas.

5. Dermatologic

a) Lesi kulit stafilokokus : virus herpes simpleks dan zoster, dermatitis karena xerosis, reaksi otot, lesi scabies/ tuma, dan dekubitus dengan efek nyeri, gatal, rasa terbakar, infeksi sekunder dan sepsis.

6. Sensorik

a) Pandangan : sarcoma Kaposi pada konjungtiva berefek kebutaan

b) Pendengaran : otitis eksternal akut dan otitis media, kehilangan pendengaran dengan efek nyeri.

2.2.Asuhan Keperawatan

2.2.1. Pengkajian

Asuhan keperawatan bagi penderita penyakit AIDS merupakan tantangan yang besar bagi perawat karena setiap sistem organ berpotensi untuk menjadi sasaran infeksi ataupun kanker. Disamping itu, penyakit ini akan dipersulit oleh komplikasi masalah emosional, sosial dan etika. Rencana keperawatan bagi penderita AIDS harus disusun secara individual untuk memenuhi kebutuhan masing-masing pasien (Burnner & Suddarth, 2013). Pengkajian pada pasien HIV AIDS meliputi :

1. Pengkajian

Meliputi : nama, tempat/ tanggal lahir, jenis kelamin, status kawin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, diagnosa medis, No. MR

2. Keluhan utama

Dapat ditemukan pada pasien AIDS dengan manifestasi respiratori ditemui keluhan utama sesak nafas. Keluhan utama lainnya ditemui pada pasien HIV AIDS yaitu, demam yang berkepanjangan (lebih dari 3 bulan), diare kronis lebih dari satu bulan berulang maupun terus menerus, penurunan berat badan lebih dari 10%, batuk kronis lebih dari 1 bulan, infeksi pada mulut dan tenggorokan disebabkan oleh jamur *Candida Albicans*, pembengkakan kelenjer getah bening diseluruh tubuh,

munculnya Harpes zoster berulang dan bercak-bercak gatal diseluruh tubuh.

3. Riwayat kesehatan sekarang

Dapat ditemukan keluhan yang biasanya disampaikan pasien HIV AIDS adalah : pasien akan mengeluhkan napas sesak (dispnea) bagi pasien yang memiliki manifestasi respiratori, batuk-batuk, nyeri dada dan demam, pasien akan mengeluhkan mual, dan diare serta penurunan berat badan drastis.

4. Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya pasien pernah dirawat karena penyakit yang sama. Adanya riwayat penggunaan narkotika suntik, hubungan seks bebas atau berhubungan seks dengan penderita HIV/AIDS, terkena cairan tubuh penderita HIV/AIDS.

5. Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya pada pasien HIV AIDS adanya anggota keluarga yang menderita penyakit HIV/AIDS. Kemungkinan dengan adanya orang tua yang terinfeksi HIV. Pengkajian lebih lanjut juga dilakukan pada riwayat pekerjaan keluarga, adanya keluarga bekerja di tempat hiburan malam, bekerja sebagai PSK (Pekerja Seks Komersial).

6. Pola aktivitas sehari-hari (ADL)

a) Pola persepsi dan tata laksanaan hidup sehat

Pola persepsi dan tata laksanaan hidup sehat Biasanya pada pasien HIV/AIDS akan mengalami perubahan atau gangguan

pada personal hygiene, misalnya kebiasaan mandi, ganti pakaian, BAB dan BAK dikarenakan kondisi tubuh yang lemah, pasien kesulitan melakukan kegiatan tersebut dan pasien biasanya cenderung dibantu oleh keluarga atau perawat.

b) Pola Nutrisi

Biasanya pasien dengan HIV/AIDS mengalami penurunan nafsu makan, mual, muntah, nyeri menelan, dan juga pasien akan mengalami penurunan BB yang cukup drastis dalam waktu singkat (terkadang lebih dari 10% BB).

c) Pola Eliminasi

Biasanya pasien mengalami diare, fases encer, disertai mucus berdarah.

d) Pola aktivitas dan latihan

Biasanya pasien dengan HIV/AIDS pola istirahat dan tidur mengalami gangguan karena adanya gejala seperti demam dan keringat pada malam hari yang berulang. Selain itu juga didukung oleh perasaan cemas dan depresi pasien terhadap penyakitnya.

e) Pola Istirahat dan tidur

Biasanya pada pasien HIV/AIDS aktivitas dan latihan mengalami perubahan. Ada beberapa orang tidak dapat melakukan aktifitasnya seperti bekerja. Hal ini disebabkan mereka yang menarik diri dari lingkungan masyarakat

maupun lingkungan kerja, karena depresi terkait penyakitnya ataupun karena kondisi tubuh yang lemah.

f) Pola persepsi dan konsep diri

Pada pasien HIV/AIDS biasanya mengalami perasaan marah, cemas, depresi, dan stres.

g) Pola sensori kognitif

Pada pasien HIV/AIDS biasanya mengalami penurunan pengecap, dan gangguan penglihatan. Pasien juga biasanya mengalami penurunan daya ingat, kesulitan berkonsentrasi, kesulitan dalam respon verbal. Gangguan kognitif lain yang terganggu yaitu bisa mengalami halusinasi.

h) Pola hubungan peran

Biasanya pada pasien HIV/AIDS akan terjadi perubahan peran yang dapat mengganggu hubungan interpersonal yaitu pasien merasa malu atau harga diri rendah.

i) Pola penanggulangan stres

Pada pasien HIV AIDS biasanya pasien akan mengalami cemas, gelisah dan depresi karena penyakit yang dideritanya. Lamanya waktu perawatan, perjalanan penyakit, yang kronik, perasaan tidak berdaya karena ketergantungan menyebabkan reaksi psikologis yang negatif berupa marah, kecemasan, mudah tersinggung dan lain-lain, dapat

menyebabkan penderita tidak mampu menggunakan mekanisme koping yang konstruktif dan adaptif.

j) Pola reproduksi seksual

Pada pasien HIV AIDS pola reproduksi seksualnya terganggu karena penyebab utama penularan penyakit adalah melalui hubungan seksual.

k) Pola tata nilai dan kepercayaan

Pada pasien HIV AIDS tata nilai keyakinan pasien awalnya akan berubah, karena mereka menganggap hal menimpa mereka sebagai balasan akan perbuatan mereka. Adanya perubahan status kesehatan dan penurunan fungsi tubuh mempengaruhi nilai dan kepercayaan pasien dalam kehidupan pasien, dan agama merupakan hal penting dalam hidup pasien.

7. Pemeriksaan Fisik

1) Aktivitas istirahat

Mudah lemah, toleransi terhadap aktifitas berkurang, progresif, kelelahan, perubahan pola tidur.

2) Gejala subjektif

Demam kronik, demam atau tanpa menggigil, keringat malam hari berulang kali, lemah, lelah, anoreksia, BB menurun, nyeri, sulit tidur.

3) Psikososial

Kehilangan pekerjaan dan penghasilan, perubahan pola hidup, mengungkapkan perasaan takut, cemas, meringis.

Satus mental

Marah, pasrah, depresi, ide bunuh diri, hilang interest pada lingkungan sekitar, gangguan proses pikir, hilang memori, gangguan antensi dan konsentrasi, halusinasi dan delusi.

4) Neurologis

Gangguan reflek pupil, vertigo, ketidak seimbangan, kaku kuduk, kejang, paraf legia.

5) Muskuloskletal

Focal motor deficit, lemah, tidak mampu melakukan ADL

6) Kardiovaskuler

Takikardi, sianosis, edema perifer, dizziness.

7) Pernafasan

Nafas pendek yang progresif, batuk (sedang-parah), batuk produktif/ non-produktif, sesak pada dada.

8) Integument

Kering gatal, rash dan lesi, turgor jelek.

2.2.2. Kemungkinan Diagnosa Yang Muncul

1. Ketidakefektifan bersihan jalan
2. Diare
3. Kekurangan Volume Cairan
4. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
5. Nyeri akut
6. Resiko kerusakan integritas kulit

2.2.3. Rencana Asuhan Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Teoritis

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil (NOC)	Intervensi (NIC)
1	<p>Ketidakefektifan bersihan jalan nafas</p> <p>Definisi : ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran nafas untuk mempertahankan bersihan jalan nafas .</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suara nafas tambahan 2. Perubahan frekuensi nafas 3. Perubahan iraman nafas 4. Penurunan bunyi nafas 5. Sputum dalam jumlah berlebihan 6. Batuk tidak efektif 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status pernafasan tidak terganggu dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deviasi ringan dari kisaran normal frekuensi pernafasan 2. Deviasi ringan dari kisaran normal Irama pernafasan 3. Deviasi ringan dari kisaran normal suara auskultasi nafas 4. Deviasi ringan dari kisaran normal kepatenan jalan nafas 5. Deviasi ringan dari kisaran normal saturasi oksigen 6. Tidak ada retraksi dinding dada 	<p>Manajemen jalan nafas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 2. Buang secret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir 3. Motifasi pasien untuk bernafas pelan, dalam, berputar dan batuk 4. Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif 5. Auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak dan adanya suara nafas tambahan 6. Monitor status pernafasan dan oksigenisasi sebagaimana mestinya <p>Fisioterapi dada</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Jelaskan tujuan dan prosedur fisioterapi dada kepada pasien 8. Monitor status respirasi dan kardiologi (misalnya, denyut dan suara irama nadi, suara dan kedalaman nafas) 9. Monitor jumlah dan karakteristik sputum 10. Instruksikan pasien untuk mengeluarkan nafas dengan teknik nafas dalam <p>Terapi Oksigen</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Bersihkan mulut, hidung dan sekresi trakea dengan tepat 12. Siapkan peralatan oksigen dan berikan melalui sistem hemodifier 13. Monitor aliran oksigen 14. Monitor efektifitas terapi oksigen 15. Pastikan penggantian masker oksigen/ kanul nasal setiap kali pernakat diganti

2

Diare

Definisi :

Pasase fases yang lunak dan tidak berbentuk

Batasan Karakteristik :

1. Nyeri abdomen
2. Sedikitnya tiga kali defekasi perhari
3. Bising usus hiperaktif

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terganggu dengan kriteria hasil :

1. Mengenali keinginan untuk defekasi secara konsisten
2. Mempertahankan pola pengeluaran feses yang bisa diprediksi secara konsisten
3. Mempertahankan kontrol pengeluaran feses secara konsisten
4. Mengeluarkan feses paling tidak 3 kali perhari secara konsisten
5. Merespon keinginan untuk BAB secara tepat waktu , secara konsisten
6. Minum cairan yang adekuat secara konsisten
7. Memantau jumlah dan konsistensi feses

Monitor Pernafasan

16. Monitor pola nafas (misalnya, bradipneu)
17. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
18. Auskultasi suara nafas
19. Kaji perlunya penyedotan pada jalan nafas dengan auskultasi suara nafas ronci di paru
20. Auskultasi suara nafas setelah tindakan, untuk dicatat
21. Monitor kemampuan batuk efektif pasien

Manajemen Saluran Cerna

1. Monitor buang air besar termasuk frekuensi, konsistensi, bentuk, volume dan warna, dengan cara yang tepat
2. Monitor bising usus

Manajemen Diare

1. Tentukan riwayat diare
2. Ambil tinja untuk pemeriksaan kultur dan sensitifitas bila diare berlanjut
3. Instruksikan pasien atau anggota keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja
4. Identifikasi faktor yang bisa menyebabkan diare (misalnya medikasi, bakteri, dan pemberian makan lewat selang)
5. Amati turgor kulit secara berkala
6. Monitor kulit perineum terhadap adanya iritasi dan ulserasi
7. Konsultasikan dengan dokter jika tanda dan gejala diare menetap

Pemasangan Infus

8. Verifikasi instruksi untuk terapi IV
9. Beritahu pasien mengenai prosedur
10. Pertahankan teknik aseptik secara seksama
11. Pilih vena yang sesuai dengan penusukan vena, pertimbangkan prevelansi pasien, pengalaman masa lalu

3 Kekurangan Volume Cairan

Definisi :

peurunan cairanintravaskuler, interstisial, dan/atau intra seluler. Ini mengacu padadehidrasi,kehilangan cairan sajatampa perubahan pada natrium

Batasan Karakteristik :

1. Penurunan tekanan darah
2. Penurunan tekanan nadi
3. Penurunan turgor kulit
4. Kulit kering
5. Penurunan frekuensi nadi
6. Penurnan berat badan tiba-tiba
7. Kelemahan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kriteria hasil:

1. Tekanan darah tidak terganggu
2. Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam tidak terganggu
3. Berat badan stabil tidak terganggu
4. Turgor kulit tidak terganggu
5. Serum elektrolit tidak terganggu
6. Berat jenis urin tidak terganggu
7. Kehausan tidak ada
8. Kram otot tidak ada
9. Pusing tidak ada

- dengan infus, dan tangan non dominan
12. Berikan label pada pembalut IV dengan tanggal, ukuran, dan inisiasi sesuai protokol lembaga

Terapi Intravena (IV)

13. Verivikasi perintah untuk terapi intravena
14. Instruksikan pasien tentang prosedur
15. Periksa tipe cairan, jumlah, kadaluarsa, karakterisktik dari cairan dan tingkat merusak pada kontainer
16. Laukuan (prinsip) lima benar sebelum memulai infus atau pemberian pengobatan (misalnya, benar obat, dosis, pasien, cara, dan frekuensi).
17. Monitor kecepatan IV, seblum memberikan pengobatan IV
18. Monitor tanda vital
19. Dokumentasikan terapi yang diberikan, sesuai protokol dan institusi

Menajemen Cairan :

1. Timbang berat badan setiap hari dan monitor status pasien
 2. Jaga Intake/ asupan yang akurat dan catat output pasien
 3. Monitor status hidrasi (misalnya, membran mukosa lembab, denyut nadi adekuat, dan tekanan darah ortostatik)
 4. Monitor hasil laboratorium yang relevan dengan retensi cairan (misalnya, peningkatan berat jenis,peningkatan BUN, penurunan hematokrit, dan peningkatan kadar osmolitas urin)
 5. Monitor status hemodinamika CVP, MAP, PAP, dan PCWP, jika ada)
 6. Monitor tanda-tanda vital
 7. Beri terapi IV, seperti yang ditentukan
 8. Berikan cairan dengan tepat
 9. Berikan diuretik yang diresepkan
 10. Distribusi asupan cairan selama 24 jam
-

4 **Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh**

Definisi :

asupan kebutuhan tubuh tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik

Batas karakteristik :

1. Nyeri abdomen
2. Menghindari makan
3. Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal
4. Diare
5. Bising usus hiperaktif
6. Penurunan berat badan dengan asupan yang adekuat
7. Membran mukosa pucat
8. Ketidak mampuan memakan makanan
9. Tonus otot menurun

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kriteria hasil:

1. Asupan makanan secara oral sepenuhnya adekuat
2. Asupan cairan secara oral sepenuhnya adekuat
3. Asupan cairan intravena sepenuhnya adekuat
4. Asupan nutrisi parenteral

Monitor Cairan :

11. Tentukan jumlah dan jenis Intake/asupan cairan serta kebiasaan eliminasi
12. Tentukan faktor-faktor yang menyebabkan ketidakseimbangan cairan.
13. Periksa isi kantung kapiler.
14. Periksa turgor kulit
15. Monitor berat badan
16. Monitor nilai kadar serum dan elektrolit urin
17. Monitor kadar serum albumin dan protein total
18. Monitor tekanan darah, denyut jantung, dan status pernafasan
19. Monitor membran mukosa, turgor kulit, dan respon haus

Manajemen Nutrisi

1. Identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien

Terapi nutrisi

2. Kaji kebutuhan nutrisi parenteral
3. Berikan nutrisi enteral, sesuai kebutuhan
4. Berikan nutrisi enteral
5. Hentikan pemberian makanan melalui selang makan begitu pasien mampu mentoleransi asupan (makanan) melalui oral
6. Berikan nutrisi yang dibutuhkan sesuai batas diet yang dianjurkan

Pemberian Nutrisi Total Parenteral (TPN)

7. Pastikan isersi intravena cukup paten untuk pemberian nutrisi intravena
8. Pertahankan kecepatan aliran yang konstan
9. Monitor kebocoran, infeksi dan komplikasi metabolik
10. Monitor masukan dan output cairan
11. Monitor kadar albumin, protein total, elektrolit, profil lipid, glukosa darah dan kimia darah
12. Monitor tanda-tanda vital

-
10. Sariawan rongga mulut
 11. Kelemahan otot untuk menelan

Faktor Berhubungan :

1. Faktor biologis
2. Ketidak mampuan untuk mengabsorbsinutrien
3. Ketidak mampuan untuk mencerna makanan
4. Ketidak mampuan menelan makan

5 Nyeri akut

Definisi :

pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau

potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International

Association for the

Study of Pain); awitan yang tiba – tiba atau lambat dari intensitas

ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau

diprediksi dan berlangsung <6 bulan.

Batasan Karakteristik :

1. Perubahan selera makan
2. Perubahan tekanan darah
3. Perubahan frekuensi jantung
4. Perubahan frekuensi pernafasan
5. Laporan isyarat

Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat nyeri dapat diatasi:

1. Nyeri yang dilaporkan tidak ada
2. Mengerang dan meringis tidak ada
3. Menyeringit tidak ada
4. Ketegangan otot tidak ada
5. Tanda –tanda vital tidak mengalami deviasi

Pemberian analgesik :

1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan keparahan nyeri sebelum mengobati pasien
2. Cek perintah pengobatan meliputi obat, dosis, dan frekuensi obat analgesik yang diresepkan
3. Cek adanya riwayat alergi obat
4. Pilih analgesik atau kombinasi analgesik yang sesuai ketika lebih dari satu diberikan

Manajemen nyeri :

5. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus
 6. Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan
 7. Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri
 8. Kaji bersama pasien faktor- faktor yang dapat menurunkan atau memberatkan nyeri
 9. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologil nyeri
 10. Evaluasi keefektifan dari tindakan pengontrolan
 11. Mendukung istirahat tidur
-

6. Diaforesis
7. Perilaku distraksi (mis; berjalan mondar mandir, mencari orang lain dan/ atau aktifitas lain, aktivitas yang berulang)
8. Mengekspresikan perilaku (misal gelisah merengek, menangis, waspada, iritabilitas, mendesah)
9. Masker wajah (mis; mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpancar atau tetap pada satu fokus, meringis)
10. Sikap melindungi

6 **Resiko kerusakan integritas kulit**

Definisi :

beresiko mengalami perubahan kulit yang uruk

Faktor Resiko Eksternal

1. Zat kimia
2. Ekskresi
3. Usia yang ekstream
4. Hipertermia
5. Hipotermia
6. Humiditas
7. Faktor mekanik (mis, gaya gunting, tekanan, pengekangan)
8. Lembab
9. Imobilisasi fisik
10. Radiasi
11. Sekresi Internal

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas jaringan kulit dan membran mukosa dapat ditingkatkan :

1. Suhu kulit tidak terganggu
2. Tekstur kulit tidak terganggu
3. Integritas kulit tidak terganggu
4. Pigmentasi abnormal ringan
5. Lesi mukosa ringan
6. Kanker kulit tidak ada

12. Memberikan informasi terkait dengan diagnosa dan keperawatan
13. Mendorong keluarga menemani pasien
14. Kaji tanda verbal dan non verbal dari ketidaknyamanan

Monitor tanda vital :

15. Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat

Pemberian obat kulit:

1. Ikuti prinsip 5 benar pemberian
2. Catat riwayat medis pasien dan riwayat alergi
3. Tentukan pengetahuan pasien mengenai medikasi dan pemahaman pasien mengenai metode pemberian obat

Pengecekan kulit :

4. Amati warna, kehangatan, bengkak, pulsasi, tekstur, edema, dan ulserasi pada ekstremitas
5. Monitor warna dan suhu kulit
6. Monitor kulit dan selaput lendir terhadap area perubahan warna, memar, dan pecah
7. Monitor kulit untuk adanya ruam dan lecet

12. Perubahan pigmentasi

7	Hipertermia Defenisi : Peningkatan suhu tubuh diatas kisaran normal	Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat nyeri dapat diatasi: 1. Peningkatan suhu kulit tidak ada 2. Sakit kepala tidak ada 3. Sifat lekas merah tidak ada 4. Perubahan warna kulit tidak ada 5. Dehidrasi tidak ada 6. Radang dingin tidak ada	Perawatan demam 1. Pantau suhu dan tanda vital lainnya 2. Monitor warnakulit dan suhu 3. Monitor asupan dan keluaran, sadari perubahan kehilangan cairan yang tak dirasakan 4. Beri obat atau cairan IV 5. Dorong konsumsi cairan 6. Tingkatkan sirkulasi udara
8	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer Defenisi: Penurunan sirkulasi darah ke perifer yang dapat mengganggu kesehatan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat nyeri dapat diatasi: 1. Pengisian kapiler jari tangan dan kaki tidak ada deviasi dari kisaran normal 2. Suhu kulit ujung kaki dan tangan tidak ada deviasi dari kisaran normal 3. Kekuatan denyut nadi karotis kiri dan kanan tidak ada deviasi dari kisaran normal 4. Kekuatan denyut brakialis tidak ada deviasi dari kisaran normal 5. Tekanan darah tidak ada deviasi dari kisaran normal	Manajemen Elektrolit 1. Monitor serum elektrolit yang abnormal 2. Monitor manifestasi ketidak seimbangan elektrolit 3. Pertahankan kepatenan akses IV 4. Berikan cairan sesuai resep 5. Monitor kehilangan caran yang kaya dengan elektrolit Manajemen Nyeri 6. Lakukan pengkaijan nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas 7. Pastikan perawatan analgetik bagi pasien dilakukan dengan pemantuan yang ketat 8. Ajarkan prinsip manajemen nyeri 9. Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri dengan tepat 10. Dukung istirahat/ tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri

2.2.4. Implementasi

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan, melaksanakan intervensi yang telah ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melakukan intervensi yang telah dicatat dalam rencana keperawatan klien. Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif terhadap biaya, pertama-tama harus mengidentifikasi prioritas perawatan klien, kemudian bila perawatan telah dilaksanakan, memantau dan mencatat respon klien terhadap setiap intervensi dan mengkomunikasikan informasi ini pada penyedia perawatan kesehatan lainnya. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya.

2.2.5. Evaluasi

Tahap evaluasi menentukan kemajuan pasien terhadap pencapaian hasil yang diinginkan dan respon pasien terhadap keefektifan intervensi keperawatan, kemudian mengganti rencana perawatan jika diperlukan. Tahap akhir dari proses keperawatan perawat mengevaluasi kemampuan pasien terhadap pencapaian.

BAB III
TINJAUAN KASUS

3.1. Pengkajian

3.1.1. Identitas Klien

Nama/initial	: Tn.H	No MR	:497630
Umur	: 39 th	Ruang Rawat	: A. Suri Lt 3
Jenis Kelamin	: Laki-laki	Tgl Masuk	: 25 Mei 2018
Satus	: Kawin	Tgl Pengkajian:	7 juni 2018
Agama	: Islam	Tgl Operasi	: 26 Mai 2018
Pekerjaan	: Honor	Dx. Medis	: IO + post
Pendidikan	: SMA		laparatomy
Alamat	: Padang Panjang		

Penanggung Jawab

Nama	: Ny. E
Umur	: 30 th
Hub Keluarga	: istri
Pekerjaan	: Pedagang

3.1.2. Alasan Masuk

Pasien masuk melalui IGD pada tanggal 25 mei 2018. Pasien mengatakan mencret 5x sebelum masuk RS ,mencret cair tidak berampas,1x BAB basah pempers dan langsung diganti.

3.1.3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien masuk dari ruang bedah RSUD Dr. Achmad Mochtar ke ruang interne pria pada tanggal 5 Mei 2018, dengan keluhan pasien mengatakan BAB 3x/hari dan berwarna kehitaman, pasien mengatakan badan terasa lemas. Pasien mengatakan badan terasa panas, pasien mengeluh demam suhu 38°C. Pasien mengeluh sesak pernafasan 28x/m, Pasien mengatakan nyeri pada bekas luka sudah mulai berkurang, nyeri lebih terasa saat beraktivitas.

Pasien mengalami penurunan berat badan \pm 10 kg dalam satu bulan terakhir. Pasien tampak pucat, muka pasien tampak, lidah pasien tampak kotor (terdapat bintik-bintik putih di pinggir lidah pasien). Bibir pasien tampak pecah-pecah dan merah, tampak pus yang mengalir terus menerus dari bekas luka drain pasien. Pasien terpasang IVFD Aminofusin : Triofusin (2:1) di tangan sebelah kiri dilengan bawah pasien.

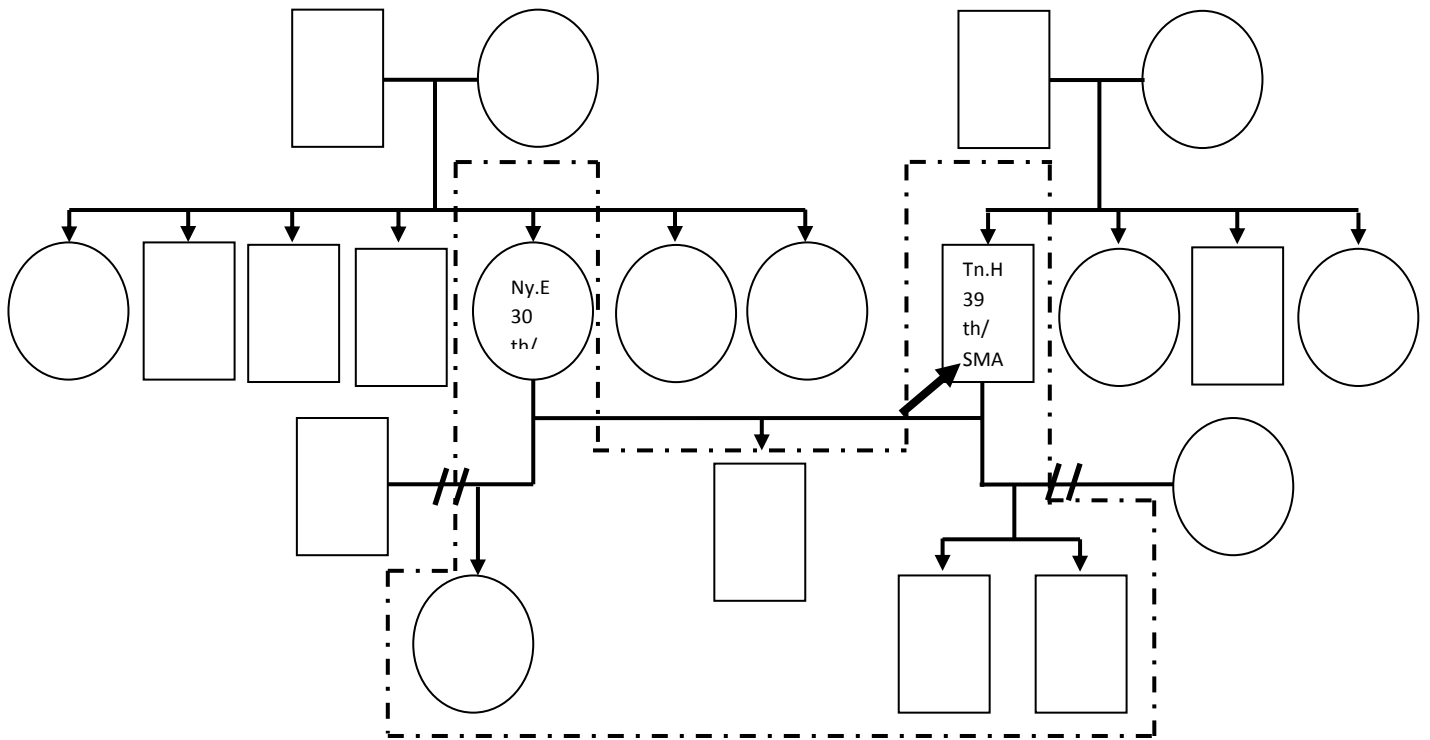
b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Istri pasien mengatakan pasien pernah dirawat \pm 6 bulan yang lalu dengan penyakit batu empedu di RS Padang Panjang.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan yang sama seperti yang dialami pasien saat ini, pasien juga tidak memiliki riwayat penyakit keturunan lain seperti, HT (-), DM (-).

GENOGRAM



Ket :

□ : laki laki

○ : perempuan

↗ : pasien

--- : tinggal serumah

// : bercerai

3.1.4. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran : Composmentis

GCS : 15 (E: 4 V: 5 M: 6)

BB/TB : 55 Kg/ 171 Cm

Tanda Vital

Suhu : 38°C

Pernafasan : 28x/m

Nadi : 78x/m

TD : 90/60 mmHg

a. Kepala

1) Rambut

I. rambut tampak lebat, pendek, hitam, tidak beruban, tidak berketombe, tidak berminyak.

P. tidak teraba pembengkakan, tidak ada nyeri tekan.

2) Mata

I. simetris kiri dan kanan, sclera ikterik, palpebra cekung, konjungtiva anemis, ukuran 3/3 mm, bereaksi positif terhadap cahaya +/+. Pasien mengatakan penglihatan masih bagus (6/6), pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

3) Telinga

I. tidak ada serumen, telinga tampak bersih, tidak ada lesi, tidak ada tanda-tanda infeksi, simetris kiri dan kanan,

warna kulit sama dengan kulit yang lain, pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

P. tidak ada nyeri tekan.

4) Hidung

I. hidung simetris kiri dan kanan, tidak ada secret, tidak ada polip, penciuman baik, tidak ada perdarahan.

P. tidak ada nyeri tekan.

5) Mulut dan gigi

I. gigi lengkap, tidak ada perdarahan, dan radang gusi, lidah kotor (candidia), langit- langit utuh.

b. Leher

I. warna kulit sama dengan kulit yang lain, integritas kulit baik, bentuk simetris kiri dan kanan.

P. tidak ada pembesaran kelenjer tiroid, tidak ada pembesaran kelenjer limfe.

c. Thorak

1) Paru-paru

I. Bentuk barrel chets, tidak ada tanda-tanda distress pernafasan, warna kulit sama dengan yang lain, tidak ikterik, tidak edema.

P. integritas kulit baik, tidak ada nyeri tekan, tidak ada masa dan tanda-tanda peradangan, ekspansi simetris, taktil vemitus cenderung sebelah kanan lebih teraba jelas.

- P. resonan, di batas jantung bunyi resonan hilang redup.
- A. bunyi nafas vesikuler, tidak ada bunyi nafas tambahan, ronchi tidak ada, wheezing tidak ada.

2) Jantung

- I. Bentuk dan postur dada simetris, tidak ada tanda-tanda distress pernafasan, warna kulit sama dengan yang lain, tidak ikterik, tidak edema.
- P. denyutan aorta teraba.
- P. batas jantung tidak lebih dari 7 cm kearah dari garis mid sternapada RIC/4,5 dan 6.
- A. terdengar bunyi jantung I/S1 (lub) dan bunyi jantung II/S2 (dub), tidak ada bunyi jantung tambahan S3/S4.

d. Abdomen

- I. Bentuk abdomen flat, tidak simetris kiri dan kanan, lebih tinggi bagian kanan. terdapat luka post laparotomy di abdomen pasien pada region kanan bawah dengan jumlah jahitan 8 (P= ±10 cm, L= ±1,5 cm). Dan terdapat 1 luka (diameter= ±1 cm) bekas drain yang terletak di region kanan bawah dan sudah tidak terpasang drain tetapi mengeluarkan pus cair yang mengalir.
- A. bising usus 15x/m, irama regular.
- P. tidak teraba penonjolan, NT(+) di kedalaman 3 inci, NL(+), danhepar tidak teraba.
- P. timpani di semua kuadran

e. Punggung

I. warna kulit sam dengan yang lain, tidak ada lesi ,tidak ada edema, tidak ada tanda-tanda peradangan.

P. tidak ada nyeri tekan.

f. Ekstremitas

1) Atas

Simetris kiri dan kanan, integritas kulit baik, ROM aktif, kekuatan otot penuh, arteri brachialis dan radialis teraba jelas, reflek bisep dan trisep positif. Terpasang IVFD Aminofusin : Triofusin (2:1) di tangan kiri sebelah lengan bawah.

2) Bawah

Simetris kiri dan kanan, integritas kulit baik, ROM pasif, kekuatan otot penuh, a.poplitel ,a. dorsalis pedis teraba jelas, reflek patella dan achiles positif.

Kekuatan otot:

5555	5555
5555	5555

g. Genetalia

Tidak di lakukan pemeriksaan karena pasien menolak.

h. Integument

Warna kulit sawo matang, tidak ada lesi kecuali pada bagian abdomen pos op laparatomy terlihat bekas jahitan yang berjumlah 8 jahitan dan pada bekas drain kulit tampak kemerahan dan tampak pus yang mengalir.

i. Persyarafan

Tabel 3.1 Pemeriksaan Nervus

NO	NERVUS	FUNGSI	HASIL PEMERIKSAAN
1	Olfaktorius	Menerima ransangan dari hidung dan mghantarkan ke otak untuk diproses sebagai sensasi bau.	Baik, tidak ada gangguan penciuman
2	Optikus	Menerima ransangan dari mata dan mghantarkan ke otak untuk diproses sebagai sensasi visual (penglihatan).	Baik, tidak ada gangguan penglihatan
3	Oculomotorius	Menggerakkan sebagian besar otot bola mata	Pergerakan bola mata tidak terganggu
4	Trochlearis	Menggerakkan beberapa otot mata	Pergerakan bola mata tidak terganggu
5	Abducen	Melakukan gerakan abduksi mata	Pergerakan mata tidak terganggu
6	Trigeminus	<ul style="list-style-type: none">• Sensori : menerima ransangan dari wajah lalu diproses di otak sebagai ransangan sentuhan• Motorik : menggerakkan rahang	Reaksi sentuhan baik, pergerakan rahang tidak terganggu
7	Fasialis	<ul style="list-style-type: none">• Sensori: menerima ransangan dari bagian anterior lidah untuk diproses di otak sebagai persepsi rasa• Motorik: mengendalikan otot wajah untuk menciptakan ekspresi	Tidak ada gangguan pengecap, mampu mengekspresikan rasa manis, asam, pahit, asin dengan baik

8	Vestibulotrochlearis	Mengendalikan keseimbangan tubuh Menerima ransangan dari telinga untuk dip roses di otak sebagai suara	Mampu menjaga keseimbangan dengan bail, tidak ada gangguan pendengaran
9	Glassofaringeus	<ul style="list-style-type: none"> • Sensori: menerima ransangan dari bagian posterior lidah sebagai sensi rasa • Motoris : mengendalikan organ-organ dalam 	Tidak ada gangguan pengecapan
10	Vagus	<ul style="list-style-type: none"> • Sensori: menerima ransangan dari organ-organ dalam • Motoris : mengendalikan organ-organ dalam 	Tidak ada gangguan
11	Assesorius	Mengendalikan pergerakan kepala	Tidak ada gangguan pada pergerakan kepala
12	Hipoglasus	Mengendalikan pergerakan lidah	Tidak ada gangguan pada pergerakan lidah

3.1.5. Data Biologis

Tabel 3.2 Data Biologis

NO	AKTIVITAS	SEHAT	SAKIT
1	Makanan dan Minuman		
	Makan		
	<ul style="list-style-type: none"> • Menu 	Nasi, lauk + sayur	MB TKTP
	<ul style="list-style-type: none"> • Porsi 	I porsi	¼ porsi
	<ul style="list-style-type: none"> • Makanan kesukaan 	Tidak ada	Tidak ada
	<ul style="list-style-type: none"> • Pantangan 	Tidak ada	Tidak ada
	<ul style="list-style-type: none"> • Cemilan 	Gorengan buah	Buah dan bubur
	Minuman		
	<ul style="list-style-type: none"> • Jumlah 	2l/hari	Kurang dari

			2l/hari
	• Minuman kesukaan	Tidak ada	Tidak ada
	• Pantangan	Tidak ada	Tidak ada
2	Eliminasi		
	BAB		
	• Frekuensi	2x/hari	3x/hari.
	• Warna	Kekuningan	Kehitaman
	• Bau		
	• Konsistensi	Lembek	Lembek
	• Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
	BAK		
	• Frekuensi	±5x/ hari	±5x/ hari
	• Warna	Kuning tua	Kuning tua
	• Bau	Pesing	Pesing
	• Konsistensi	Cair	Cair
	• Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
3	Istirahat Tidur		
	• Waktu	Malam	Siang malam
	• Lama	8 jam	8 jam
	• Waktu bangun	Pagi	Pagi
	• Hal yang mempermudah tidur	Tidak ada	Tidak ada
	• Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
4	Personal Hygiene		
	• Mandi	3x/hari	Total care

	• Cuci rambut	Setiap mandi	Total care
	• Gosok gigi	2x/hari	1x/hari
	• Potong kuku	Ada	Tidak ada
5	Rekreasi		
	• Hobi	Memancing	Tidak ada
	• Minat khusus	Tidak ada	Tidak ada
	• Penggunaan waktu luang	Memancing	Tidak ada
6	Ketergantungan		
	• Merokok	Tidak	Tidak
	• Minuman	Tidak	Tidak
	• Obat-obatan	Tidak	Tidak

3.1.6. Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi obat, makan, cuaca, debu dan lainnya.

3.1.7. Data Psikologis

a. Perilaku non verbal

Pasien mampu mempertahankan kontak mata saat berbicara, pasien mampu memberikan informasi yang jelas.

b. Perilaku verbal

Pada saat perawat memberikan pertanyaan pasien menjawab pertanyaan dengan baik, dan kooperatif dan pasien mampu memberikan informasi dengan baik, tidak bertele-tele.

c. Emosi

Emosi pasien tidak stabil, pasien mudah tersinggung.

d. Persepsi penyakit

Pasien menyakini bahwa penyakitnya adalah ujian dari Allah SWT, pasien berharap bisa cepat pulang ke rumah dan berkumpul kembali dengan keluarganya.

e. Konsep diri

Pasien meyakini bahwa semua penyakit dapat disembuhkan. Pasien mengatakan selalu bersemangat untuk sembuh.

f. Adaptasi

Pasien mengatakan bahwa tubuhnya tidak sekuat yang dulu pada saat ia sehat, dan sadar bahwa ia harus bisa menjaga agar tidak mudah lelah.

3.1.8. Data Sosial

a. Pola komunikasi

Pasien mampu berkomunikasi dengan baik, pasien menggunakan bahasa yang mudah dimengerti.

b. Orang yang dapat memberikan rasa nyaman

Pasien mengatakan semua anggota keluarga memberikan rasa nyaman pada pasien, terutama istrinya yang selalu mendampingi baik saat sehat maupun saat sakit seperti sekarang ini.

- c. Orang yang paling berharga bagi pasien

Pasien mengatakan yang paling berharga baginya selain keluarga besar adalah istri dan anak-anaknya.

- d. Hubungan dengan keluarga dan masyarakat

Pasien mengatakan pada saat sehat sering menemui keluarganya, dan sering berkumpul dengan warga masyarakat dan mengikuti kegiatan bersama masyarakat.

3.1.9. Data Spiritual

- a. Keyakinan

Pasien meyakini penyakit yang dideritanya saat ini datang dari Allah dan hanya Allah yang dapat menyembuhkan.

- b. Keyakinan

Pasien mengatakan pada saat ia sehat ia selalu mengerjakan shalat 5 waktu, tapi pada waktu sakit ia tidak dapat melakukan shalat 5 waktu.

- c. Keyakinan terhadap penyembuhan

Pasien mengatakan setiap penyakit dapat disembuhkan.

3.1.10. Data Penunjang

- a. Diagnosa Medis

IO

b. Pemeriksaan Diagnostik

6Juni 2018 : Kimia Klinik II

Tabel 3.3 Pemeriksaan Penunjang

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NORMAL
Kalium	4,56	(mEq/l)	3,5 – 5,5
Natrium	130,6	(mEq/l)	135 – 147
Khlorida	107,2	(mEq/l)	100 – 106

6Juni 2018 : URINALISA

PEMERIKSAAN	HASIL	NORMAL
Warna	Kuning Tua	Kuning Muda
Epitel	+	+
Urobilinogen	+	+
Ph	6.0	4.5 – 8.0
Bj	1.020	1.003 – 1.030

6Juni 2018 :

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	RUJUKAN
HGB	6,4 -	(g/dL)	P: 13,0 – 16,0 W: 12,0 – 14,0
RBC	2,51	(10 ⁶ /uL)	P: 4,5 – 5,5 W: 4,0 – 5,0
HCT	19,8 -	(%)	P: 40,0 – 48,0 W : 37,0 – 43,0
MCV	78,9	(fL)	
MCH	25,5	(Pg)	

MCHC	32,3	(g/dL)	
RDW-SD	42,8	(fL)	
RDW-CV	16,51	(%)	
WBC	6,53	(10 ³ /uL)	5,0 – 10,0
EO %	1,1*	(%)	1 – 3
BASO%	0,2*	(%)	0 – 1
NEUT%	70,7*	(%)	50 – 70
LYMPH%	13,6*	(%)	20 – 40
MONO%	14,4*	(%)	2 – 8
EO#	0,07*	(10 ³ /uL)	
BASO#	0,01*	(10 ³ /uL)	
NEUT#	4,62*	(10 ³ /uL)	
LYMPH#	0,89*	(10 ³ /uL)	
MONO#	0,94*	(10 ³ /uL)	
PLT	232	(10 ³ /uL)	150 – 400
PDW	11,4	(fL)	
MPV	10,3	(fL)	
P-LCR	27,3	(%)	
PCT	0,24	(%)	

6 Juni 2018 :

Test	Report	Flag	Unit	Normal Values
Alb	2.6	L	g/dL	3.8-5.4
ALT	29		U/L	0-41
AST	73	H	U/L	0-37
Bili -D	1.11	H	mg/dL	--- 0.20
Bili -T	1.64	H	mg/dL	---1.23
C_Chol	95		mg/dL	--201
C_HDL	5	L	mg/dL	30-71
CREAT	0.98		mg/dL	0.80-1.30
Gluk	100	H	mg/dL	74-106
Trigly	123		mg/dL	60-165
Urea	36		mg/dL	15-43
LDL	65		mg/dL	0-130

6 Juni 2018 : IMUNO SEROLOGI

Pemeriksaan	Hasil	Rujukan	Satuan
Anti – Toxoplasma IgG#	Positif Kons: 12.1	Negative	IU/mL
Anti – CMV IgG#	Positif Kons : 1147.4	Negative	AU/mL

7 Juni 2018 : MIKROBIOLOGI

TEST KEPEKAAN TERHADAP ANTIMIKROBAL

NAMA ANTIBIOTIK		HASIL
LINI 1		
AMPHICILLIN	AMP	RESISTEN
AMOXICILLIN	AML	RESISTEN
AMOXICILLIN CLAVULANIC ACID	AMC	RESISTEN
CHLORAMPENICOL	C	INTERMEDIET
GENTACIMIN	GM	SENSITIF
NITROFURANTOIN	FM	RESISTEN
TETRACYLIN	TE	INTERMEDIET
TRIMETROPIN	TMP	Tidak ada antibiotic
LINI 2		
AMIKACINE	AN	SENSITIFE
CEFTAZIDIME	CAZ	RESISTEN
CEFOTAXIME	CTX	RESISTEN
CEFEPIME	FEB	RESISTEN
CEFURASIME	CXM	Tidak ada antibiotic
CIPROFLOXACIN	CIP	SENSITIFE
CEFOPERAZOME	CFP	RESISTEN
CEFIXIME	CFM	RESISTEN
CEFAZOLIN	CZ	RESISTEN
CEFTRIAZONE	CRO	RESISTEN
FOSFOMICIN	FOS	RESISTEN
NORFLOXACIN	NOR	SENSITIFE
LEVOFLOXACIN	LEV	SENSITIFE

MEROPENEM	MEM	SENSITIFE
SULFAMETHAXAZOLE	SXT	RESISTEN
SULBACTAM	SAM	Tidak ada antibiotic

8 Juni 2018 :

Test	Report	Flag	Unit	Normal Values
Alb	3.0	L	g/dL	3.8-5.4

3.1.11. Data Pengobatan

Tabel 3.4 Data Pengobatan

No	Pengobatan	Dosis	Kegunaan	Efek samping
1	Oral			
	PCT	3x1	Untuk mengobati rasa sakit ringan hingga sedang, meredakan demam.	<ul style="list-style-type: none"> • Mual, sakit perut bagian atas, gatal-gatal, nafsu makan menurun • Urine berwarna gelap, feses berwarna pucat • Kuning pada kulit dan mata
	Kotrimoksazol	1x1	Untuk menangani infeksi yang disebabkan oleh bakteri seperti bronchitis, otitis media dan infeksi saluran kemih, selain itu juga dapat digunakan untuk menangani dan mencegah pneumocystis carinii pneumonia (PCP) pada pasien dengan daya tahan tubuh menurun, seperti penderita	Nafsu makan menurun, muntah, pusing berputar, kejang neuropati perifer, eritema multiformis, ruam, mual.

		HIV/AIDS. Obat ini bekerja dengan menghentikan bakteri di dalam tubuh	
Albumin	3x1	Fungsinya sama dengan protein alami yang diproduksi tubuh.	
Spirola	1x1	<ul style="list-style-type: none"> • Membantu mengatasi edema • Sirosis hati • Hipertensi • Gagal jantung kongestif • Hypokalemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengantuk • Pusing sakit kepala • Lesu • Kaki kram • Ruam • Alopecia (rambut rontok) • Gatal
Gentamisin	2x1	Mengatasi infeksi akibat bakteri dengan cara membunuh sekaligus mencegah pertumbuhan bakteri	<ul style="list-style-type: none"> • Gangguan penglihatan • Sakit kepala • Ruam dan gatal • Mual • Muntah • Tidak nafsu makan • Penurunan berat badan • Nyeri sendi
2	Inj		
Ranitidine	2x1	Menangani gejala atau penyakit yang berkaitan dengan asam lambung yang berlebihan	<ul style="list-style-type: none"> • Diare • Muntah • Sakit kepala • Insomnia • Ruam • Konstipasi • Sakit perut • Sakit menelan • Urin keruh
3	IVFD		
Aminofusin : Triofusin	2:1	Aminofusin : memberikan berbagai jenis nutrisi seperti protein, elektrolit, energy, air dan vitamin mealalui	Aminofusin : belum ditemukan, kemungkinan mual, muntah, pusing, mata berkunang. Triofusin : belum ditemukan, kemungkinan

infuse. Triofusin digunakan perawatan,kontrol,	:	mual, muntah, pusing, mata berkunang.
---	---	--

3.1.12. Data Fokus

a. Data subjektif

- Pada saat pengkajian pasien mengatakan sudah tidak mencret lagi.
- Pasien mengatakan BAB 3x/ hari.
- Pasien mengatakan BAB berwarna kehitaman.
- Pasien mengatakan badan terasa lemas.
- Pasien mengatakan badan terasa panas.
- Pasien mengeluh demam.
- Pasien mengeluh sesak .
- Pasien mengatakan nyeri pada bekas luka sudah mulai berkurang.
- Pasien mengatakan nyeri lebih terasa saat beraktivitas.
- Pasien mengatakan habis operasi pada tanggal 26 mai 2018
- Pasien mengatakan ada bekas operasi di bagian perut klien
- Istri pasien mengatakan nafsu makan pasien menurun.
- Pasien mengalami penurunan berat badan \pm 10 kg dalam satu bulan terahir.
- Pasien mengatakan mual jika akan makan.

b. Data Objektif

- Td : 90/60 mmHg, Nadi : 78x/m, S: 38°C, Pernafasan 28x/m, GCS pasien 15 (E: 4 V:6 M:5), Kesadaran pasien : komposmedis
- Hb: 6.4(g/dL)
- Alb 2.6 (g/dL)
- Terpasang IVFD: aminufusin : Triofusin (2:1) di tangan sebelah kiri pasien.
- Pasien tampak pucat.
- Muka pasien tampak merah
- Lidah pasien Tampak kotor
- Bibir pasien tampak pecah-pecah dan merah
- Kulit pasien teraba panas
- Tampak sapu tangan basah menempel di dahi klien
- NT(+), NL(+)
- Skala Nyeri 3-4
- Pasien tampak meringis
- Pasien tampak memengangi perutnya saat beralih posisi
- Pasien tampak bergerak secara perlahan
- Pada bekas drain kulit tampak kemerahan
- Jumlah jahitan luka post op pasien 8 jahitan

- Tampak pus yang mengalir terus menerus dari bekas luka drain pasien.
- Pasien tampak selalu membersihkan cairan yang keluar dari lukanya
- Pasien tampak sering mengganti underpad
- Pasien tampak menghabiskan makanannya ¼ porsi
- Pasien tampak tidak nafsu makan
- Pasien tampak terbaring lemas
- Pasien tampak gelisah

3.1.13. Analisa Data

Tabel 3.5 Analisa Data

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pada saat pengkajian pasien mengatakan sudah tidak mencret lagi • Pasien mengatakan BAB berwarna Hitam • Pasien mengatakan mengata kan BAB 3x/hari • Pasien mengatakan terasa badan lemas <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hb: 6.4(g/dL) • Alb 2.6 (g/dL) • Pasien tampak pucat • Td : 90/60 mmHg, N: 78x/m, P: 28X/m, S: 38°C • IVFD: aminufusin : Triofusin (2:1) 	<p>Ketidakefek tifan perfusi jaringan perifer</p>	<p>Gaya hidup kurang gerak</p>

2	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan badan terasa panas • Pasien mengeluh demam. 	<p>Ketidakefektifan termoregulasi</p>	<p>Penyakit</p>
	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • S: 38°C • Hb: 6.4(g/dL) • Alb 2.6 (g/dL) • Kulit pada bekas drain pasien tampak ke merahan • Muka pasien tampak merah • Lidah pasien Tampak kotor • Bibir pecah-pecah dan merah • Kulit pasien teraba panas • Tampak sapu tangan basah menempel di dahi klien 		
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri pada bekas luka sudah mulai berkurang • Pasien mengatakan nyeri lebih terasa saat beraktivitas. • Pasien meneggeluh sesak. 	<p>Nyeri kronis</p>	<p>Gangguan imun</p>
	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skala Nyeri 3-4 • NT(+), NL(+) • Pasien tampak meringis • Pasien tampak memengangi perutnya saat beralih posisi • Pasien tampak bergerak secara perlahan • Td : 90/60 mmHg, N: 78x/m, P: 28X/m, S: 38°C 		

4	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan habis operasi pada tanggal 26 mai 2018 • Klien mengatakan ada bekas operasi di bagian perut klien <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skala nyeri 3-4 • Jumlah jahitan luka post op pasien 8 jahitan • Tampak pus yang mengalir terus menerus dari bekas luka drain pasien. • Pasien tampak selalu membersihkan cairan yang keluar dari lukanya • Pasien tampak sering mengganti underpad 	<p>Kerusakan integritas kulit</p>	<p>Luka post op / efek yang ditimbulkan dari proses medikasi</p>
5	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Istri pasien mengatakan nafsu makan pasien menurun. • Pasien mengalami penurunan berat badan \pm 10 kg dalam satu bulan terahir. • Pasien mengatakan mual jika akan makan <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak menghabiskan makananya $\frac{1}{4}$ porsi • Pasien tampak tidak nafsu makan • Pasien tampak terbaring lemas • Lidah pasien tampak kotor • Bibir pasien tampak pecah-pecah 	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>	<p>Faktor biologis</p>

3.2.Diagnosa Keperawatan

- a. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan gaya hidup kurang gerak.
- b. Ketidakefektifan termoregulasi berhubungan dengan penyakit.
- c. Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan imun.
- d. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Luka post op / efek yang ditimbulkan dari proses medikasi.
- e. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Faktor biologis.

3.3. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.6 Intervensi Kasus

NO	DIAGNOSA	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL (NOC)	INTERVENSI (NIC)
1	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan gaya hidup kurang gerak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan terjadi peningkatan : 6. Pengisian kapiler jari tangan dan kaki tidak ada deviasi dari kisaran normal 7. Suhu kulit ujung kaki dan tangan tidak ada deviasi dari kisaran normal 8. Kekuatan denyut nadi karotis kiri dan kanan tidak ada deviasi dari kisaran normal 9. Kekuatan denyut brakialis tidak ada deviasi dari kisaran normal 10. Tekanan darah tidak ada deviasi dari kisaran normal	Manajemen Elektrolit 11. Monitor serum elektrolit yang abnormal 12. Monitor manifestasi ketidak seimbangan elektrolit 13. Pertahankan kepatenan akses IV 14. Berikan cairan sesuai resep 15. Monitor kehilangan cairan yang kaya dengan elektrolit Manajemen Nyeri 16. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas 17. Pastikan perawatan analgetik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat 18. Ajarkan prinsip manajemen nyeri 19. Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri dengan tepat 20. Dukung istirahat/ tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri
2	Ketidakefektifan termoregulasi berhubungan dengan penyakit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan terjadi peningkatan : 1. Merasa merinding saat dingin tidak terganggu 2. Berkeringat saat panas tidak terganggu 3. Menggigil saat dingin tidak terganggu	Perawatan hipertermia 7. Monitor tanda vital 8. Longgarkan pakian pasien 9. Kompres dingin 10. Beriakan cairan 11. Monitor output urin

-
4. Peningkatan suhu kulit tidak ada
 5. Perubahan warna kulit tidak ada
 6. Radang dingin tidak ada

Pemberian produk produk darah

1. Cek kembali instruksi dokter
2. Monitor tanda vital
3. Monitor adanya reaksi alergi
4. Monitor adanya kelebihan cairan
5. Monitor jumlah cairan dan atur jumlah tetesan selama transfusi
6. Dokumentasikan waktu transfusi

3 **Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan imun** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan terjadi peningkatan :

6. Nyeri yang dilaporkan tidak ada
7. Mengerang dan meringis tidak ada
8. Menyeringit tidak ada
9. Ketegangan otot tidak ada
10. Tanda –tanda vital tidak mengalami deviasi

Pemberian analgesik :

16. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan keparahan nyeri sebelum mengobati pasien
17. Cek perintah pengobatan meliputi obat, dosis, dan frekuensi obat analgesik yang diresepkan
18. Cek adanya riwayat alergi obat
19. Pilih analgesik atau kombinasi analgesik yang sesuai ketikalebih dari satu diberikan

Menajemen nyeri :

20. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus
 21. Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan
 22. Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri
 23. Kaji bersama pasien faktor- faktor yang dapat menurunkan atau memberatkan nyeri
 24. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologilan nyeri
 25. Evaluasi keefektifan dari tindakan pengontrolan
-

4 **Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Luka post op / efek yang ditimbulkan dari proses medikasi**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan terjadi peningkatan :

1. Suhu kulit tidak terganggu
2. Integritas kulit tidak terganggu
3. Hidrasi tidak terganggu
4. Wajah pucat tidak ada
5. Jaringan parut tidak ada
6. Nekrosis tidak ada

26. Mendukung istirahat tidur
27. Memberikan informasi terkait dengan diagnosa dan keperawatan
28. Mendorong keluarga menemani pasien
29. Kaji tanda verbal dan non verbal dari ketidaknyamanan
30. Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat

Perawatan Luka

1. Berikan rawatan insisi pada luka yang diperlukan
2. Monitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran dan bau
3. Pertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka
4. Periksa luka setiap kali perubahan balutan
5. Bandingkan dan catat setiap perubahan luka
6. Dokumentasikan lokasi luka, ukuran, dan tampilan

Kontrol Infeksi

1. Bersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan untuk setiap pasien
 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan perawatan pasien
 3. Batasi jumlah pengunjung
 4. Pastikan perawatan luka yang tepat
-

5	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan terjadi peningkatan:	Menajemen Nutrisi
		<ol style="list-style-type: none"> 5. Asupan makanan secara oral sepenuhnya adekuat 6. Asupan cairan secara oral sepenuhnya adekuat 7. Asupan cairan intravena sepenuhnya adekuat 8. Asupan nutrisi parenteral 	<ol style="list-style-type: none"> 13. Identifikasi adanya alergi atau intoleransi akanan yang dimiliki pasien Terapi nutrisi <ol style="list-style-type: none"> 14. Kaji kebutuhan nutrisi parenteral 15. Berikan nutrisi enteral, sesuai kebutuhan 16. Berikan nutrisi enteral 17. Hentikan pemberian makanan melalui selang makan begitu pasien mampu mentoleransi asupan (makanan) melalui oral 18. Berikan nutrisi yang dibutuhkan sesuai batas diet yang dianjurkan Pemberian Nutrisi Total Parenteral (TPN) <ol style="list-style-type: none"> 19. Pastikan isersi intravena cukup paten untuk pemberian nutrisi intravena 20. Pertahankan kecepatan aliran yang konstan 21. Monitor kebocoran, infeksi dan komplikasi metabolik 22. Monitor masukan dan output cairan 23. Monitor kadar albumin, protein total, elektrolit, profil lipid, glukosa darah dan kimia darah 24. Monitor tanda-tanda vital

3.6.1 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.7 Implementasi

NO	HARI/TGL	DIAGNOSA	IMPLEMENTASI	JAM	EVALUASI	PARAF
1	Kamis 7 Juni 2018	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengankurangan ya pengetahuan tentang proses penyakit	21. Memonitor serum elektrolit yang abnormal 22. Mempertahankan kepatenan akses IV, melakukan perawatan infus 23. Memberikan cairan sesuai resep aminofusin : triofusin (2:1) 24. Memonitor kehilangan cairan yang kaya dengan elektrolit 25. Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas 26. Memastikan perawatan analgetik bagi pasien dilakukan dengan pemantuan yang ketat 27. Mengajarkan prinsip manajemen nyeri, mengajarkan teknik tarik nafas dalam 28. Membantu pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri dengan tepat 29. Menganjurkan istirahat/ tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri	10.00	S: • Pasien mengatakan BAB kehitaman • Pasien mengatakan badan terasa lemah • Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut • Pasien mengatakan nyeri pada saat eraktifitas O: • Hb: 6.4 • Alb: 2,6 • Td 90/60 mmHg, N :78x/m, RR: 24x/m, S: 38°C • Skala nyeri pasien 3-4 • Pasien tampak meringis A: Masalah belum teratasi P: intervensi lanjut	

2	Kamis 7 Juni 2018	Ketidakefektifan termoregulasi berhubungan dengan penyakit	<p>12. Memonitor tanda vital (suhu , nadi, pernafasan, td)</p> <p>13. Menganjurkan pasien menggunakan pakaian yang longgar</p> <p>14. Mengompres pasien dengan kompres dingin pada bagian kepala</p> <p>15. Memberiakan cairan infus aminofusin : triofusin (2 : 1)</p> <p>16. Memonitor output urin</p> <p>17. Mengecek kembali instruksi dokter</p> <p>18. Memonitor adanya reaksi alergi</p> <p>19. Memonitor adanya kelebihan cairan</p> <p>20. Memonitor jumlah cairan dan atur jumlah tetesan selama transfusi</p> <p>21. Mendokumentasikan waktu transfusi</p>	10.00	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan badan terasa panas • Pasien mengeluh demam <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hb: 6.4(g/dL) • Alb 2.6 (g/dL) • Td 90/60 mmHg, • N :78x/m, RR: 24x/m • Suhu tubuh pasien 38°C • Kulit pasien teraba panas • Muka pasien tampak merah • Lidah pasien Tampak kotor • Bibir pecah-pecah dan merah • Kulit pasien teraba panas • Tampak sapu tangan basah menempel di dahi klien <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi lanjut</p>
---	----------------------	---	--	-------	--

3	Kamis 7 Juni 2018	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Luka post op / efek yang ditimbulkan dari proses medikasi	<ol style="list-style-type: none"> 7. Memberikan rawatan insisi pada luka yang diperlukan 8. Memonitor karakteristik luka ,termasuk drainase, warna,ukuran dan bau 9. Mempertahankan teknik balutan sterilketika melakukan perawatan luka 10. Memeriksa luka setiap kali perubahan balutan 11. Membandingkan dan catat setiap perubahan luka 12. Mendokumentasikan lokasi luka , ukuran, dan tampilan 13. Membersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan untuk setiap pasien 14. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan perawatan pasien 15. Membatasi jumlah pengunjung 16. Memastikan perawatan luka yang tepat 	<p>11.00 S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Istri pasien mengatakan luka bekas op. pada perut suaminya masih berair. • Pasien mengatak lukanya sudah lebih baik dari sebelumnya • Pasien mengatakan luka bekas slang drain masih mengeluarkan pus yang mengalir. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak selalu membersihkan cairan yang keluar dari lukanya • Luka pasien tampak mengeluarkan pus terus menerus • Jumlah jahitan pasien 8 (P= ±10 cm, L= ±1,5 cm). <p>A: Masalah belum terastasi</p> <p>P: intervensi lanjut</p>
---	----------------------	--	---	--

4	Kamis 7 Juni 2018	Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan immun	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan keparahan nyeri sebelum mengobati pasien 2. Mencek perintah pengobatan meliputi obat, dosis, dan frekuensi obat analgesik yang diresepkan 3. Mencek adanya riwayat alergi obat 4. Memilih analgesik atau kombinasi analgesik yang sesuai ketikalebih dari satu diberikan. 5. Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. 6. Mengobservasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan. 7. Menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri 8. Mengkaji bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memberatkan nyeri 9. Mengajarkan penggunaan teknik non farmakologi nyeri 10. Mengvaluasi keefektifan dari tindakan pengontrolan 11. Mendukung istirahat tidur 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri bekas luka sudah mulai berkurang • Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut • Pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak • Pasien mengatakan disarankan untuk banyak bergerak <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Td 90/60 mmHg, N :78x/m, • RR: 24x/m • Skala nyeri 4 • Pasien tampak meringis • Pasien tampak memengangi perutnya saat beralih posisi • Pasien tampak bergerak secara perlahan <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi lanjut</p>
---	----------------------	---	--	--

5	Kamis 7 Juni 2018	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	<ol style="list-style-type: none">1. Mengidentifikasi adanya alergi atau intoleransi akan yang dimiliki pasien2. Mengkaji kebutuhan nutrisi parenteral3. Memberikan nutrisi enteral, sesuai kebutuhan4. Memberikan nutrisi enteral5. Memberikan nutrisi yang dibutuhkan sesuai batas diet yang dianjurkan6. Memastikan isersi intravena cukup paten untuk pemberian nutrisi intravena7. Mempertahankan kecepatan aliran yang konstan8. Memonitor kebocoran, infeksi dan komplikasi metabolic9. Memonitor masukan dan output cairan	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien mengatakan nafsu makan menurun• Pasien mengatakan makanan yang diberikan tidak habis• Pasien mengatakan berat badan menurun \pm 10 kg dalam satu bulan terakhir <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien tampak menghabiskan makananya $\frac{1}{4}$ porsi• Pasien tampak tidak nafsu makan• BB = 55Kg <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>intervensi lanjut</p>
---	----------------------	--	--	--

NO	HARI/TGL	DIAGNOSA	IMPLEMENTASI	JAM	EVALUASI	PARAF
1	Jumat 8 Juni 2018	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengankurangan ya pengetahuan tentang proses penyakit	<p>30. Memonitor serum elektrolit yang abnormal</p> <p>31. Mempertahankan kepatenan akses IV, melakukan perawatan infus</p> <p>32. Memberikan cairan sesuai resep aminofusin : triofofusin (2:1)</p> <p>33. Memonitor kehilangan cairan yang kaya dengan elektrolit</p> <p>34. Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas</p> <p>35. Memastikan perawatan analgetik bagi pasien dilakukan dengan pemantuan yang ketat</p> <p>36. Mengajarkan prinsip manajemen nyeri, mengajarkan teknik tarik nafas dalam</p> <p>37. Membantu pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri dengan tepat</p> <p>38. Menganjurkan istirahat/ tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri</p>	09.00	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan BAB masih kehitaman • Pasien mengatakan BAB masih 3x/h • Pasien mengatakan badan maasih terasa lemah • Pasien mengatakan nyeri diperut asih terasa <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hb: 6,4 • Alb: 2,6 • Td 90/70 mmHg, N :75x/m, RR: 18x/m, S: 37,8°C • Skala nyeri pasien 3-4 • Pasien tampak meringis <p>A:</p> <p>Masalah Gangguan perfusi jaringan belum teratas 1,2,3</p> <p>P:</p> <p>intervensi lanjut</p>	

2	Jumat 8 Juni 2018	Ketidakefektifan termoregulasi berhubungan dengan penyakit	<p>22. Memonitor tanda vital (suhu , nadi, pernafasan, td)</p> <p>23. Menganjurkan pasien menggunakan pakaian yang longgar</p> <p>24. Mengompres pasien dengan kompres dingin pada bagian kepala</p> <p>25. Memberikan cairan infus aminofusin : trifusin (2 : 1)</p> <p>26. Memonitor output urin</p> <p>27. Mengecek kembali instruksi dokter</p> <p>28. Memonitor adanya reaksi alergi</p> <p>29. Memonitor adanya kelebihan cairan</p> <p>30. Memonitor jumlah cairan dan atur jumlah tetesan selama transfusi</p> <p>31. Mendokumentasikan waktu transfusi</p>	10.00	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan badan terasa panas • Pasien mengeluh demam <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hb: 6.4(g/dL) • Alb 2.6 (g/dL) • Td 90/70 mmHg, • N :75x/m, RR: 18x/m • Suhu tubuh pasien 37.8°C • Kulit pasien teraba panas • Muka pasien tampak merah • Lidah pasien Tampak kotor • Bibir pecah-pecah dan merah • Kulit pasien teraba panas • Tampak sapu tangan basah menempel di dahi klien <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi lanjut</p>
3	Jumat 8 Juni 2018	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Luka post op / efek yang	<p>17. Memberikan rawatan insisi pada luka yang diperlukan</p> <p>18. Memonitor karakteristik luka ,termasuk drainase, warna,ukuran dan bau</p> <p>19. Mempertahankan teknik balutan sterilketika melakukan perawatan luka</p>	11.00	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Istri pasien mengatakan luka bekas op. pada perut suaminya masih berair. • Pasien mengatak lukanya sudah lebih baik dari sebelumnya • Pasien mengatakan luka bekas slang drain masih mengeluarkan pus yang mengalir.

	<p>ditimbulkan dari proses medikasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 20. Memeriksa luka setiap kali perubahan balutan 21. Membandingkan dan catat setiap perubahan luka 22. Mendokumentasikan lokasi luka , ukuran, dan tampilan 23. Membersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan untuk setiap pasien 24. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan perawatan pasien 25. Membatasi jumlah pengunjung 26. Memastikan perawatan luka yang tepat 	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak selalu membersihkan cairan yang keluar dari lukanya • Luka pasien tampak mengeluarkan pus terus menerus • Jumlah jahitan pasien 8 (P= ±10 cm, L= ±1,5 cm). <p>A: Masalah Belum Teratasi</p> <p>P: intervensi lanjut</p>
<p>4 Jumat 8 Juni 2018</p>	<p>Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan imun</p>	<ol style="list-style-type: none"> 12. Menentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan keparahan nyeri sebelum mengobati pasien 13. Mengecek perintah pengobatan meliputi obat, dosis, dan frekuensi obat analgesik yang diresepkan 14. Mengecek adanya riwayat alergi obat 15. Memilih analgesik atau kombinasi 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri bekas luka sudah mulai berkurang • Pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak • Pasien mengatakan disarankan untuk banyak bergerak <p>O:</p>

		<p>analgesik yang sesuai ketika lebih dari satu diberikan.</p> <p>16. Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus.</p> <p>17. Mengobservasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan.</p> <p>18. Menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri</p> <p>19. Mengkaji bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memberatkan nyeri</p> <p>20. Mengajarkan penggunaan teknik non farmakologi nyeri</p> <p>21. Mengevaluasi keefektifan dari tindakan pengontrolan</p> <p>22. Mendukung istirahat tidur</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Td 90/70 mmHg • N :75x/m • RR: 18x/m • Skala nyeri 4 • Pasien tampak meringis • Pasien tampak memengangi perutnya saat beralih posisi • Pasien tampak bergerak secara perlahan
<p>5 Jumat 8 Juni 2018</p>	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>	<p>10. Mengidentifikasi adanya alergi atau intoleransi akanan yang dimiliki pasien</p> <p>11. Mengkaji kebutuhan nutrisi parenteral</p> <p>12. Memberikan nutrisi enteral, sesuai kebutuhan</p> <p>13. Memberikan nutrisi enteral</p>	<p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi lanjut</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nafsu makan sudah mulai ada • Pasien mengatakan makanan yang diberikan tidak habis • Pasien mengatakan berat badan menurun \pm 10 kg dalam satu bulan terakhir <p>O:</p>

-
14. Memberikan nutrisi yang dibutuhkan sesuai batas diet yang dianjurkan
 15. Memastikan isersi intravena cukup paten untuk pemberian nutrisi intravena
 16. Mempertahankan kecepatan aliran yang konstan
 17. Memonitor kebocoran, infeksi dan komplikasi metabolic
 18. Memonitor masukan dan output cairan

- Pasien tampak menghabiskan makanannya 1/2 porsi
- Pasien tampak sudah mulai nafsu makan
- BB = 55Kg

A:

Masalah teratasi sebagian

P: intervensi lanjut

1. Kaji kebutuhan nutrisi parenteral
 2. Berikan nutrisi, sesuai kebutuhan
 3. Berikan nutrisi yang dibutuhkan sesuai batas diet yang dianjurkan
 4. Monitor masukan dan output
-

NO	HARI/TGL	DIAGNOSA	IMPLEMENTASI	JAM	EVALUASI	PARAF
1	Sabtu 9 Juni 2018	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengankurangan ya pengetahuan tentang proses penyakit	39. Memonitor serum elektrolit yang abnormal 40. Mempertahankan kepatenan akses IV, melakukan perawatan infus 41. Memberikan cairan sesuai resep aminofusin : trioofusin (2:1) 42. Memonitor kehilangan cairan yang kaya dengan elektrolit 43. Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas 44. Memastikan perawatan analgetik bagi pasien dilakukan dengan pemantuan yang ketat 45. Mengajarkan prinsip manajemen nyeri, mengajarkan teknik tarik nafas dalam 46. Membantu pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri dengan tepat 47. Menganjurkan istirahat/ tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri	09.00	S: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan BAB masih kehitaman • Pasien mengatakan BAB masih 3x/h • Pasien mengatakan badan terasa lemah O: <ul style="list-style-type: none"> • Hb: 9.2 • Alb: 3.0 • Td 100/80 mmHg, • N :83x/m, • RR: 21x/m, • S: 37,2°C A: Masalah belum teratasi P: intervensi lanjut	

2	Sabtu 9 Juni 2018	Ketidakefektifan termoregulasi berhubungan dengan penyakit	<p>32. Memonitor tanda vital (suhu , nadi, pernafasan, td)</p> <p>33. Menganjurkan pasien menggunakan pakaian yang longgar</p> <p>34. Mengompres pasien dengan kompres dingin pada bagian kepala</p> <p>35. Memberiakan cairan infus aminofusin : triofusin (2 : 1)</p> <p>36. Memonitor output urin</p> <p>37. Mengecek kembali instruksi dokter</p> <p>38. Memonitor adanya reaksi alergi</p> <p>39. Memonitor adanya kelebihan cairan</p> <p>40. Memonitor jumlah cairan dan atur jumlah tetesan selama transfusi</p> <p>41. Mendokumentasikan waktu transfusi</p>	10.00	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan badan sudah tidak panas • Pasien mengatakan badan sudah tidak terlalu lemas lagi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hb: 9.2(g/dL) • Alb 3.0 (g/dL) • Td 100/80 mmHg, • N :83x/m, RR: 21x/m • Suhu tubuh pasien 37,2°C • Kulit pasien teraba panas • Muka pasien tampak merah • Lidah pasien Tampak kotor • Bibir pecah-pecah dan merah • Kulit pasien teraba panas • Tampak sapu tangan basah menempel di dahi klien <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>intervensi lanjut</p>
---	----------------------	---	--	-------	---

3	Sabtu 9 Juni 2018	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Luka post op / efek yang ditimbulkan dari proses medikasi	<ol style="list-style-type: none"> 27. Memberikan rawatan insisi pada luka yang diperlukan 28. Memonitor karakteristik luka ,termasuk drainase, warna,ukuran dan bau 29. Mempertahankan teknik balutan sterilketika melakukan perawatan luka 30. Memeriksa luka setiap kali perubahan balutan 31. Membandingkan dan catat setiap perubahan luka 32. Mendokumentasikan lokasi luka , ukuran, dan tampilan 33. Membersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan untuk setiap pasien 34. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan perawatan pasien 35. Membatasi jumlah pengunjung 36. Memastikan perawatan luka yang tepat 	11.00	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Istri pasien mengatakan luka bekas op. pada perut suaminya masih berair. • Pasien mengatak lukanya sudah lebih baik dari sebelumnya • Pasien mengatakan luka bekas slang drain masih mengeluarkan pus yang mengalir. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak selalu membersihkan cairan yang keluar dari lukanya • Luka pasien tampak mengeluarkan pus terus menerus • Jumlah jahitan pasien 8 (P= ±10 cm, L= ±1,5 cm). <p>A:</p> <p>Masalah Belum Teratasi</p> <p>P:</p> <p>intervensi lanjut</p>
---	----------------------	--	--	-------	---

4	Sabtu 9 Juni 2018	Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus 2. Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan 3. Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri 4. Kaji bersama pasien faktor- faktor yang dapat menurunkan atau memberatkan nyeri 5. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi nyeri 6. Evaluasi keefektifan dari tindakan pengontrolan 	11.30	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri bekas luka sudah mulai berkurang • Pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak • Pasien mengatakan disarankan untuk banyak bergerak <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Td 100/80 mmHg • N :83x/m • RR: 21x/m • Skala nyeri 4 • Pasien tampak meringis • Pasien tampak memengangi perutnya saat beralih posisi • Pasien tampak bergerak secara perlahan <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi 1,2,3,4,5,6</p> <p>P:</p> <p>Intervensi lanjut</p>
---	----------------------	--	--	-------	---

5	Sabtu 9 Juni 2018	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	19. Mengidentifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien 20. Mengkaji kebutuhan nutrisi parenteral 21. Memberikan nutrisi enteral, sesuai kebutuhan 22. Memberikan nutrisi enteral 23. Memberikan nutrisi yang dibutuhkan sesuai batas diet yang dianjurkan 24. Memastikan isersi intravena cukup paten untuk pemberian nutrisi intravena 25. Mempertahankan kecepatan aliran yang konstan 26. Memonitor kebocoran, infeksi dan komplikasi metabolic 27. Memonitor masukan dan output cairan	12.00	S: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nafsu makan sudah mulai ada • Pasien mengatakan makanan yang sudah habis • Pasien mengatakan sudah tidak mual lagi jika akan makan • Pasien mengatakan berat badan menurun \pm 10 kg dalam satu bulan terakhir O: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak menghabiskan makanannya 1 porsi • Pasien tampak sudah mulai nafsu makan • BB = 55Kg A: Masalah teratasi P: Intervensi Dihentikan
---	----------------------	--	--	-------	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan HIV/AIDS di Ruang Rawat Inap Interne Pria Ambun Suri RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Sumatra Barat dari tanggal 07 sampai 09 Juni 2018. Berapa hal yang perlu dibahas , disini penulis juga menemukan beberapa faktor penghambat dan terdapat pula factor pendukung dari kasus yang penulis ambil.

Dalam penerapan kasus keperawatan tersebut penulis telah berusaha mencoba menerapkan proses asuhan keperawatan pada klien dengan HIV/AIDS sesuai dengan teori- teori yang ada keberhasilan yang dicapai akan diuraikan sesuai dengan proses keperawatan dimulai dari pengkajian , diagnose, intervensi, implementasi dan evaluasi.

4.1.Pengkajian

1. Identitas Klien

Dimana pada penkajian identitas klien tidak terdapat kesenjangan antara kasus dan teoritis. Dimana dalam teori dijelaskan bahwa penderita HIV banyak ditemukan pada kalangan dewasa muda , dan pada kasus Tn.H menderita HIV pada usia 39 tahun.

2. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik jika dibandingkan dengan teoritis pada kasus ini ditemukan kesamaan dan tidak ada kesenjangan. Dimana pada tinjauan teoritis dijelaskan bahwa penurunan berat badan pada klien, pasien mudah

lelah, demam, diare, tidak ada nafsu makan, jamur pada mulut .
Sedangkan pada tinjauan kasus terdapat penurunan berat badan dari 65 kg menjadi 55 kg, pasien juga mudah lelah, menderita diare, jamur pada mulut dan demam suhu klien 38°c.

3. Riwayat Kesehatan

Pada pembahasan teoritis dan tinjauan kasus tidak terdapat kesengajaan. Dimana pada tujuan teoritis meliputi keluhan diare, demam berkepanjangan, sedangkan pada tinjauan kasus Tn.H mengalami diare, demam, BAB kehitaman, dan terdapat candidia di lidah.

4. Data Psikologis

Pada tinjauan teoritis dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan. Dimana pada tinjauan teoritis terdapat tingkat stress dan kecemasan. Sedangkan Pada tinjauan Tn.H mengalami stres tinggi, cemas dengan penyakitnya Tn.H mempunyai harapan bisa cepat pulang kerumah dan berkumpul kembali dengan keluarganya.

5. Pemeriksaan Penunjang

Pada tinjauan teoritis dan tinjauan kasus penulis mengalami hambatan dalam pengkajian. Dimana pada tinjauan teoritis yang dilakukan pemeriksaan tes diagnostic yang sebagian masih bersifat penelitian. Tes dan pemeriksaan tes diagnostic yang sebagian masih bersifat penelitian. Tes dan pemeriksaan laboratorium. Tes serology tes antibody serum, tes blot westem. Tes Neurologis : EEG, MRI, CT Scan otak, EMG.

Sedangkan pada tinjauan kasus Tn.H hanya melakukan pemeriksaan urine, immune serologi, mikrobiologi,

4.2.Diagnosa Keperawatan

Pada tujuan teoritis ditemukan 6 diagnosa keperawatan sedangkan pada tinjauan kasus dalam ditemukan 5 diagnosa keperawatan teoritis pada kasus Tn.H karena hanya 5 diagnosa keperawatan yang menjadi masalah dalam kasus Tn.H.

Diagnosa keperawatan tinjauan teoritis yang muncul :

- 1) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
- 2) Diare
- 3) Kekurangan Volume Cairan
- 4) Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- 5) Nyeri akut
- 6) Resiko kerusakan integritas kulit
- 7) Hipertermia
- 8) Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer

Diagnosa keperawatan tinjauan kasus yang muncul :

- 1) Ketidakfektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan gaya hidup kurang gerak.
- 2) Ketidakefektifan termoregulasi berhubungan dengan penyakit.
- 3) Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan imun.
- 4) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Luka post op / efek yang ditimbulkan dari proses medikasi.

- 5) Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Faktor biologis.

4.3.Intervensi

Dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan pada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan dan keadaan klien.

Diagnosa pertama Ketidakfektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan gaya hidup kurang gerak, perencanaan penulis yaitu, memantau TTV , Monitor kemampuan BAB klien, Monitor pemeriksaan labor (Hb/Ht dan jumlah sel darah merah), berikan tranfusi darah.

Diagnosa kedua, Ketidakefektifan termoregulasi berhubungan dengan penyakit, aspek kronis penyakit perencanaan penulis yaitu :cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, pertahankan lingkungan aseptik tindakan keperawatan, monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal, ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi

Diagnosa ketiga, Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan imun, Perencanaannya yaitu Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat, Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. Gunakan strategi komunikasi

terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri, Ajarkan penggunaan teknik non farmakologiln nyeri (teknik relaksasi).

Diagnosa keempat Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Luka post op / efek yang ditimbulkan dari proses medikasi. Perencanaannya yaitu Monitor kulit akan adanya kemerahan, Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien, Bersihkan, pantau dan tingkatkan proses penyembuhan luka yang ditutupi, Monitor kesembuhan area insisi, Monitor tanda dan gejala infeksi pada area insisi, Membersihkan area luka, Ganti perban.

Diagnosa kelima Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh perencanaannya yaitu Kaji kebutuhan nutrisi parenteral, Monitor masukan dan output cairan, Monitor kadar albumin, protein total, elektrolit, profil lipid, glukosa darah dan kimia darah, Berikan porsi makan sedikit tapi sering .

4.4.Implementasi

Setelah rencana tindakan ditetapkan maka dilanjutkan dengan melakkan rencana tersebut dalam bentuk nyata, dalam melakukan asuhan keperawtan pada klien dengan HIV AIDS tidak mudah rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan tetapi terlebih dahulu harus melakukan pendekatan pada klien agar nantinya klien mau melaksanakan apa yang perawat anjurkan. Sehingga seluruh rencana tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

Diagnosa pertama Ketidakfektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan gaya hidup kurang gerak, tindakan penulis yaitu, mengukur dan memantau Td, nadi, pernafasan dan suhu pasien , Memonitor berap kali BAB pasien/hari, konsistensi dan warna, Memonitor pemeriksaan labor (Hb/Ht dan jumlah sel darah merah), memberikan tranfusi darah.

Diagnosa kedua Ketidakefektifan termoregulasi berhubungan dengan penyakit, tindakan penulis yaitu mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, mempertahankan lingkungan aseptik tindakan keperawatan, memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal, mengajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi.

Diagnosa ketiga, Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan imun, tindakannya yaitu memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat, melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri, mengajarkan penggunaan teknik non farmakologilan nyeri (teknik relaksasi).

Diagnosa keempat Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Luka post op / efek yang ditimbulkan dari proses medikasi. tindakannya yaitu memonitor kulit akan adanya kemerahan, memonitor aktivitas dan mobilisasi pasien, membersihkan, memantau dan meningkatkan proses penyembuhan luka yang ditutupi, memonitor kesembuhan area insisi,

memonitor tanda dan gejala infeksi pada area insisi, membersihkan area luka, mengganti perban.

Diagnosa kelima Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh tindakannya yaitu mengkaji kebutuhan nutrisi parenteral, memonitor masukan dan output cairan, memonitor kadar albumin, protein total, elektrolit, profil lipid, glukosa darah dan kimia darah, memberikan porsi makan sedikit tapi sering

Dengan melakukan rencan tindakan keperawatan penulis tidak menemukan kesulitan yang berarti hal ini disebabkan karena :

1. Adanya factor perencanaan yang baik dan sistematis sehingga klien memudahkan untuk melakukan tindakan keperawatan.
2. Pendekatan yang dilakukan pada klien

4.5.Evaluasi

Dari 5 diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan belum ada perkembangan, maka untuk mencapai hasil yang maksimal perlu adanya kerja sama antara penulis dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.

Diagnosa pertama Ketidakfektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan gaya hidup kurang gerak, ditegakkan pada tanggal 6 Juni 2018. Masalah belum teratasi dengan data pasien setelah melakukan transfuse darah, Hb pasien 9,2 g/dL , pasien mengatakan BAB masih kehitaman.

Diagnosa kedua, Ketidakefektifan termoregulasi berhubungan dengan penyakit ditegakkan pada tanggal 6 Juni 2018. Masalah teratasi pada tanggal 9 Juni 2018 dengan data pasien mengatakan badan sudah tidak terasa panas lagi, Hb: 6.4(g/dL) ,Alb 3.0 (g/dL), Td 100/80 mmHg, N :83x/m, RR: 21x/m, Suhu tubuh pasien 37,2°C, Kulit teraba hangat.

Diagnosa ketiga, Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan imun, ditegakkan pada tanggal 6 Juni 2018 malah belum teratasi Pasien mengatakan nyeri bekas luka sudah mulai berkurang, Pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak, Pasien mengatakan disarankan untuk banyak bergerak, Td 100/80 mmHg, N :83x/m, RR: 21x/m,Skala nyeri 4, Pasien tampak meringis, Pasien tampak memengangi perutnya saat beralih posisi, Pasien tampak bergerak secara perlahan.

Diagnosa keempat Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Luka post op / efek yang ditimbulkan dari proses medikasi masalah belum teratasi dengan data pasien Pasien mengatakan pus yang keluar dari bekas drain masih banyak. Pasien tampak sering mengganti underpad, Luka pasien tampak mengeluarkan pus terus menerus, Jumlah jahitan pasien 8.

Diagnosa kelima Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh ditegakkan pada tanggal 6 Juni 2018, masalah teratasi dengan data pasien, Pasien mengatakan nafsu makan masih menurun, Pasien sudah menghabiskan makanannya, Pasien tampak menghabiskan makanannya 1 porsi makanannya.

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

a. Pengkajian

Saat dilakukan pengkajian ditemukan data-data yang sesuai dengan penyakit HIV AIDS, dan nantinya data tersebut menjadi dasar bagi penulis untuk menegakkan diagnose dalam melakukan tindakan keperawatan. Data yang didapatkan antara lain : pasien mengatakan BAB 3x/hari dan berwarna kehitaman, Lidah pasien tampak kotor (candidia), pasien mengeluh demam suhu 38°C.

b. Diagnosa

Berdasarkan data yang didapatkan dalam pengkajian ditemukan 5 diagnosa pada kasus Tn.H yaitu Ketidakfektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan gaya hidup kurang gerak, Ketidakefektifan termoregulasi berhubungan dengan penyakit, aspek kronis penyakit, Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan imun, Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Luka post op / efek yang ditimbul kandi proses medikasi, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Faktor biologis.

c. Intervensi

Intervensi yang dilakukan pada Tn.H diantaranya yaitu : memantau TTV , Monitor kemampuan BAB klien, Monitor pemeriksaan labor (Hb/Ht dan jumlah sel darah merah), berikan tranfusi darah. Memantau suhu sesering

mungkin, berikan kompres hangat, berikan pakian yang mudah menyerap keringat, tingkatkan sirkulasi udara, tingkatkan intake cairan, memberikan antipiretik, mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan

Mempertahankan lingkungan aseptik tindakan keperawatan, Meningkatkan intake nutrisi, Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local, Mengajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi, Mengajarkan cara menghindari infeksi, Melaporkan kecurigaan infeksi.

Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri, Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi nyeri (teknik relaksasi). Monitor kulit akan adanya kemerahan, Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien, Bersihkan, pantau dan tingkatkan proses penyembuhan luka yang ditutupi, Monitor kesembuhan area insisi, Monitor tanda dan gejala infeksi pada area insisi, Membersihkan area luka, Ganti perban. Kaji kebutuhan nutrisi parenteral, Monitor masukan dan output cairan, Monitor kadar albumin, protein total, elektrolit, profil lipid, glukosa darah dan kimia darah, Berikan porsi makan sedikit tapi sering

d. Implementasi

Implementasi yang dilakukan pada Tn.H yaitu: mengukur dan mementau Td, nadi, pernafasan dan suhu pasien, Memonitor berapakah BAB pasien/

hari, konsistensi dan warna, Memonitor pemeriksaan labor (Hb/Ht dan jumlah sel darah merah), memberikan tranfusi darah. Memantau suhu sesering mungkin, memberikan kompres hangat, memberikan pakian yang mudah menyerap keringat, tingkatkan sirkulasi udara, meningkatkan intake cairan, memberikan antipiretik, mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, mempertahankan lingkungan aseptik tindakan keperawatan, meningkatkan intake nutrisi, memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local, mengajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara menghindari infeksi. Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. Menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalamannya, mengajarkan penggunaan teknik non farmakologi lain nyeri (teknik relaksasi).

e. Evaluasi

Evaluasi yang penulis dapatkan selama melakukan asuhan keperawatan pada Tn. H dengan implementasi/ tindakan keperawatan yang telah dilakukan 3 diagnose keperawatan belum teratasi 1 diagnosa teratasi sebagian yaitu Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan penurunan system immune, aspek kronis penyakit karena suhu tubuh pasien sudah dalam rentang normal $37,2^{\circ}\text{C}$, dan Hb: $9.2(\text{g/dL})$ dan 1 diagnosa teratasi karena pasien mengatakan sudah mampu menghabiskan 1 porsi makan yang diberikan, pasien mengatakan sudah tidak mual lagi jika akan makan.

5.2.Saran

Berdasarkan hasil penerapan proses keperawatan yang telah dilakukan maka penulis dapat memberikan saran yang mungkin berguna untuk pembaca. Saran-saran tersebut antara lain: walaupun sudah dilakukan pengkajian sebaik mungkin namun masih perlu ditingkatkan dimasa yang akan datang disamping itu diharapkan keluarga bersikap terbuka dalam memberikan informasi yang sangat berguna untuk melakukan rencana tindakan, diharapkan dalam melakukan rencana keperawatan terhadap pasien, mahasiswa dan perawat ruangan dapat mengembangkan teori- teori atau menggunkan sumber yang terbaru yang dapat diterapkan dengan baik pada pasien, dalam pelaksanaan diharapkan perawat betul-betul melaksanakan rencana keperawatan dalam bentuk nyata dan melakukan penanganan HIV AIDS dengan cepat dan tepat, dan evaluasi diharapkan merupakan kebenaran dari suatu keadaan itu sebagai perawat yang professional dituntut untuk lebih cermat dalam mengevaluasi suatu keadaan

DAFTAR PUSTAKA

- Ditjen P2P Kementerian Kesehatan RI, (2016). Laporan Perkembangan HIV
AIDS triwulan 1 Tahun 2016. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). Profil Kesehatan Indonesia 2014. Jakarta:
Sekretaris Jenderal
- Kumar,Cotran,Robbins.(2011). Buku Ajar Patologi (Awal Prasetyo,Brahm
U.Pandit, Toni Prilino, Penerjemah). Jakarta: EGC
- Kunoli, F.J.,(2012). Asuhan Keperawatan Penyakit Tropis. Jakarta: TIM
- Mardalis. (2010). Metode Penelitian Suatu Pendekatan Proposal. Jakarta: Bumi
Aksara
- Moorhead,Sue, Dkk. (2013). Nursing Outcomes Classification (NOC). United
Kingdom: ELSEVIER
- NANDA International. (2015). Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi.
Jakarta. EGC
- Nurasalam. (2011). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV AIDS,
Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam dan Kurniawati,Ninuk Dian. 2011. Asuhan Keperawatan Pada Pasien
Terinfeksi HIV/AIDS. Jakarta: Salemba Medika

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



I. Identitas Penulis

Nama : Sari Ramadhani
Tempat / Tanggal Lahir : Bukittinggi / 22 Januari 1996
Alamat : Gulai Bancah

II. Nama Orang Tua

Ayah : Werdi
Ibu : Afridawati

III. Pendidikan

1. TK KENARI BUKIT AMBACANG : 2001
2. SD N 13 KUBU GULAI BANCAH : 2002 - 2009
3. SMP N 4BUKITTINGGI : 2009 – 2012
4. SMK N 2 BUKITTINGGI : 2012-2015
5. STIKes PERINTIS PADANG : 2015- sampai sekarang

**DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS
PRODI D-III KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG
TA 2016/2017**

NAMA MAHASISWA : SARI RAMADHANI

NIM : 1514401019







RUANGAN : AMBUNTURI LANTAI 3

JUDUL STUDI KASUS :

.....

.....

.....

NO	HARI/TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
1.	Kamis 7-6-2018	07.30		13.00		
2.	Jumat 8-6-2018	07.30		13.00		
3.	Sabtu 9-6-2018	07.30		13.00		

Bukittinggi,20.....

Ka Ruangan

Preceptor


N. N. Roza, S.Kep
NIP. 1962071992032003



(.....)

(.....)

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBARAN KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Sari Ramadhani
 Nim : 1514401019
 Pembimbing : Ns. Muhammad Arif ,M.kep
 Ns. Yenita Roza, S.kep

Judul KTI Studi Kasus :

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn. H DENGAN HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV) DI RUANG RAWAT INAP INTERNE PRIA RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI

No	Hari/ Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing	Tanda Tangan Mahasiswa
1	Jumat 8 Juni 2018	Revisi : Pengkajian awal, Alasan masuk, pemeriksaan fisik, data		
2	Senin 11 Juni 2018	Revisi : Alasan masuk, narawat penyakit + sekujur, analisa data		
3	Kamis 28 Juni 2018	- Laboratorium - Do dan Os - intervensi - Implementasi		
4	Jumat 29 Juni 2018	Acc / 2. geminoban		

Pembimbing Akademik

(Ns. Yenita Roza, S.kep)

Pembimbing Klinik

(Ns. Muhammad Arif M.kep)

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

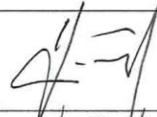
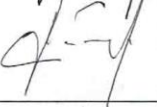
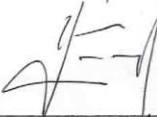
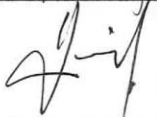
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBARAN KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Sari Ramadhani
 Nim : 1514401019
 Pembimbing : Muhammad Arif ,M.kep
 Ns. Yenita Roza, S.Kep

Judul KTI Studi Kasus :

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn. H DENGAN HUMAN
 IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV) DI RUANG RAWAT INAP INTERNE PRIA
 RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI

No	Hari/ Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	Senin, 25/7-2018	- Lengkapi data pengkajian - Kerjakan Sni Saran	
2	Senin 27/7-2018	- Lengkapi data askep - Perbaiki Esi Medukan	
3	Kamis 5/7 2018	- Perbaiki tinjauan to. - Prioritaskan Mas kep.	
4	Rabu	- Ace w/ documentasikan	





PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBARAN REVISI

Nama Mahasiswa : Sari Ramadhani
 Nim : 1514401019
 Pembimbing : Ns. Muhammad Arif ,M.kep
 Penguji : Yaslina, M.Kep, Ns. Sp.Kep.Kom
 Judul KTI Studi Kasus :

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. H DENGAN HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV) DI RUANG RAWAT INAP INTERNE PRIA RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI

No	Hari/ Tgl	Materi Revisi	Tanda Tangan Penguji	Tanda Tangan Mahasiswa
1	Senin 30/7.18	perbaiki sesuai kslk'		
2	Selasa 31/7.18	ACC KTI		
3				
4				

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAAN PERINTIS PADANG

LEMBAR REVISI

Nama Mahasiswa : Sari Ramadhani
Nim : 1514401019
Penguji II : Ns.Muhammad Arif, M. Kep
Juduk KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Tn. H Dengan Human Immunodeficiency Virus (HIV) + Post Laparatomy di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi 2018.

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1	Senin 30-7/2018	Perbaiki sesuai sarah.	
2	Senin 30-7/2018	Perbaiki kata pengantar	
3	Selasa 31-7/2018	Perbaiki tujuan cover	
4	Selasa 31-7/2018	ACC KTI	

