

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN LEPTOSPIROSIS

Oleh Dedeh Suhartini

A. PENGERTIAN

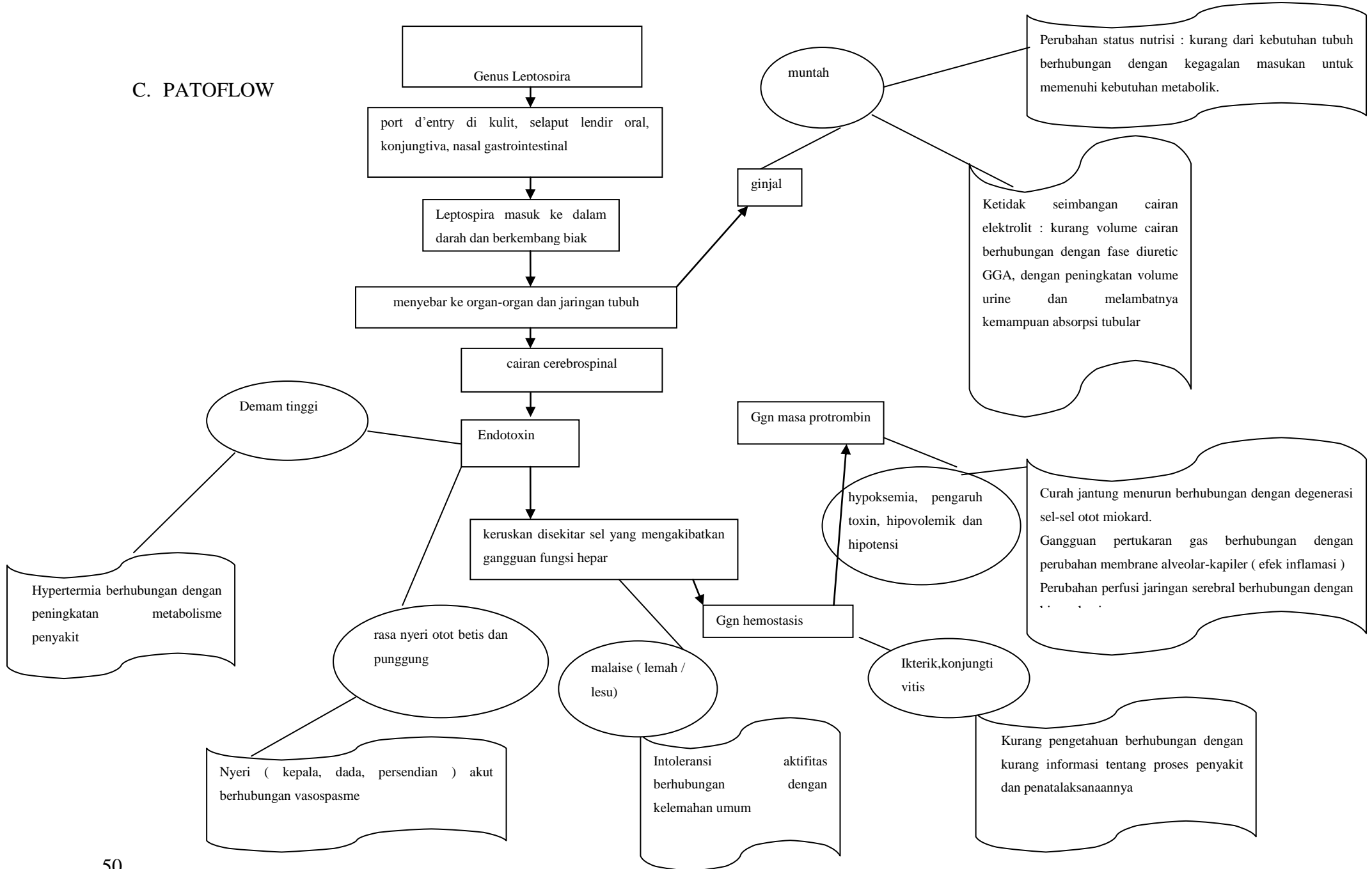
Leptospirosis adalah penyakit yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Leptospira* yang menyerang hewan dan manusia. Bakteri ini berbentuk spiral dan dapat hidup dalam air tawar selama lebih kurang satu bulan. Tetapi dalam air laut, air selokan, air kemih yang tidak diencerkan akan cepat mati.

Mulanya penyakit ini merupakan penyakit hewan (zoonis), manusia terkena infeksi setelah kontak langsung maupun tidak langsung dengan yang menderita

B. PENYEBAB

Genus *Leptospira* terdiri dari dua kelompok, yang pathogen pada manusia dan hewan ialah kelompok *L. interrogans*, sedangkan yang non-pathogen termasuk dalam kelompok *L. Bivlexa*. Kelompok yang pathogen seperti : *L. icterohaemorrhagiae* (reservoir pada tikus). *L. Grippotyphosa* dengan reservoir tupai, musang dan lainnya, *L. hebdomadis* dengan reservoir ternak ; sapi, lembu, *L. canicola* pada anjing, *L. Pomona* dengan reservoir babi. *Leptospira* yang paling sering menginfeksi manusia ternyata serotype *L. pyrogenes* dan *L. manila*.

C. PATOFLOW



D. MANIFESTASI

1 Stadium pertama

Demam tinggi, sakit kepala, malaise (lemah / lesu), muntah, konjungtivitis (radang mata), rasa nyeri otot betis dan punggung. Gejala-gejala tersebut akan tampak antara 4 – 9 hari.

2 Stadium kedua

Terbentuk anti bodi di dalam tubuh penderita, gejala yang timbul lebih bervariasi dibandingkan dengan stadium pertama. Apabila demam dan gejala-gejala lain timbul, kemungkinan akan terjadi meningitis. Stadium ini terjadi biasanya antara minggu kedua dan keempat.

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1 Laboratorium

a. Pemeriksaan mikroskopik langsung.

Pemeriksaan mikroskopik sediaan ulas darah perifer adalah cara yang sederhana dan tepat, mengetahui bentuk bakteri

b. Pemeriksaan dengan pemupukan.

Mengetahui Sifat-sifat *Bacillus*

c. Pemeriksaan biologis

untuk membedakan kuman antraks dari kuman anthrakoid.

d. Pemeriksaan serologi

Pemeriksaan serologis dapat dilakukan dengan Uji Ascoli dan Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA)

e. Uji Ascoli

Uji termopresipitasi Ascoli sangat berguna untuk menentukan jaringan tercemar antraks. jika jaringan tersebut mengandung kuman antraks. Cairan tersebut disebut presipitinogen

2 Radiologi

Mengetahui adanya Pelebaran mediastinum, Efusi pleural, Pneumonia (jarang), Perdarahan mediastinum, Perdarahan difus limfadenitis, Edema mediastinum, Leptomeningeal edema dan hemorhagis, Efusi pleura, Meningitis hemorhagis.

F. MASALAH KEPERAWATAN

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif
2. Pola napas tidak efektif
3. Gangguan rasa nyaman nyeri
4. Gangguan integritas kulit
5. Gangguan pertukaran gas
6. Gangguan cairan kurang dari kebutuhan tubuh
7. Gangguan nutrisi kurang kebutuhan tubuh
8. Hipertermia

G. PENATALAKSANAAN

1. Pengobatan dini sangat mendorong karena bakteri *Leptospira* mudah mati dengan antibiotic yang banyak dipasaran, seperti ; penicillin dan turunannya (amoxylline), streptomycin, tetracycline, erytromycine, doxycycline.
2. Tindakan suportif dilakukan sesuai dengan keparahan penyakit dan komplikasi. Kalau terjadi gangguan fungsi hati, maka diberikan diet hati serta perawatan penyakit hati yang biasa. Bila terjadi gangguan fungsi ginjal, maka protein dalam diet disesuaikan dengan penjernihan creatinin. Keseimbangan elektrolit, asam basa diatur sebagaimana pada penanggulangan penyakit ginjal secara umum. Jika terjadi azotemia / uremia dilakukan dialisa. Perdarahan ditanggulangi dengan pemberian hemostatika atau mungkin transfuse jika diperlukan.

H. KOMPLIKASI

1. Pada hati : kekuningan yang terjadi pada hari ke-4 dan ke-6
2. Pada ginjal :gagal ginjal yang dapat menyebabkan kematian
3. Pada jantung : berdebar tidak teratur, jantung membengkak dan gagal jantung yang dapat menyebabkan kematian mendadak
4. Pada paru : batuk darah, nyeri dada, sesak nafas.
5. Perdarahan karena adanya kerusakan pembuluh darah dari saluran pernafasan, saluran pencernaan, ginjal, saluran genitalia, dan mata (konjungtiva).
6. Pada kehamilan : keguguran, premature, bayi lahir cacat dan lahir mati.

I. ASUHAN KEPERAWATAN

1) PENGKAJIAN

- a) Riwayat Sekarang : Keluhan saat ini, Demam tinggi, sakit kepala, malaise (lemah / lesu), muntah, konjungtivitis (radang mata), rasa nyeri otot betis dan punggung. Gejala-gejala tersebut akan tampak antara 4 – 9 hari.
- b) Riwayat Masa Lalu : riwayat pasien tentang kontak dengan lingkungan sekitar secara spesifik seperti air, tanah atau tanaman yang telah dikotori oleh air seni hewan penderita leptospirosis, yang masuk kedalam tubuh manusia melalui selaput lender (mukosa) mata, hidung, kulit yang lecet atau makanan yang terkontaminasi urine hewan terinfeksi leptospira
- c) Pemeriksaan Fisik : inspeksi/lihat adakah kemerahan dan bentuk luka dikulit, sesak dan palpasi adakah pembengkakan, demam, nyeri lambung.
- d) Pemeriksaan Penunjang : adakah pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui bakteri antraks, dan pemeriksaan radiologi untuk mengetahui kelainan perdarahan, dan komplikasi.
- e) Penatalaksanaan : terapi yang diberikan sesuai intruksi dokter.
- f) Dischart Planning
 - (1) Kalau ada tawaran daging murah, jangan dibeli, mungkin sekali daging tersebut berasal dari tempat pemotongan gelap yang tidak terjamin.
 - (2) Jaga lingkungan sekitar secara spesifik seperti air, tanah atau tanaman yang telah dikotori oleh air seni hewan penderita leptospirosis .
 - (3) Masyarakat agar membeli daging dari rumah pemotongan hewan yang mempunyai izin operasi dan ditandai dengan stempel/cap pada daging. Seyogyanya juga membeli daging dari pasar swalayan atau kios – kios daging yang memiliki izin, bersih dan hygiene.

2 DIAGNOSA KEPERAWATAN

- a) Hypertermia berhubungan dengan peningkatan metabolisme penyakit
- b) Nyeri (kepala, dada, persendian) akut berhubungan vasospasme
- c) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum
- d) Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang proses penyakit dan penatalaksanaannya

- e) Perubahan status nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kegagalan masukan untuk memenuhi kebutuhan metabolik.
- f) Ketidak seimbangan cairan elektrolit : kurang volume cairan berhubungan dengan fase diuretic GGA, dengan peningkatan volume urine dan melambatnya kemampuan absorpsi tubular
- g) Curah jantung menurun berhubungan dengan degenerasi sel-sel otot miokard.
- h) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolar-kapiler (efek inflamasi)
- i) Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan hivovolemia

3 PERENCANAAN KEPERAWATAN

a) Umum

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1	<p>Hypertermia berhubungan dengan peningkatan metabolisme penyakit, ditandai dengan :</p> <p>DS : Demam</p> <p>DO : suhu meningkat, akral panas, kulit kering</p>	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, suhu tubuh klien kembali normal</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Suhu tubuh 36-37°C ○ Akral terasa hangat ○ Kulit lembab 	<p>Mandiri</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pantau (kaji) tanda vital, perhatikan adanya diaphoresis ○ Berikan pakaian tipis, terang, longgar sesuai kebutuhan ○ Berikan kompres hangat, air biasa ○ Anjurkan pasien banyak minum <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ pemberian antipiretik

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
2	<p>Nyeri (kepala, dada, persendian) akut berhubungan vasospasme, ditandai dengan :</p> <p>DS : nyeri</p> <p>DO : wajah meringis</p>	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, nyeri berkurang sampai dengan hilang.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Klien melaporkan rasa nyeri berkurang s/d hilang ○ Ekspresi wajah tidak tegang / meringis ○ Tanda-tanda vital dalam batas normal ○ Skala nyeri : 0 	<p>Mandiri</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kaji skala nyeri, lokasi nyeri, intensitas nyeri ○ Monitor tanda-tanda vital ○ Berikan posisi yang nyaman ○ Pertahankan lingkungan yang tenang ○ Diskusikan dengan pasien dan keluarga penyebab nyeri ○ Diskusikan mengenai pentingnya posisi / letak tubuh yang normal ○ Lakukan teknik massage / relaksasi ○ Berikan bantuan sesuai kebutuhan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ pemberian obat analgetik

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
3	<p>Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum, ditandai dengan :</p> <p>DS : -</p> <p>DO : malaise, bedrest</p>	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, aktifitas klien meningkat secara optimal</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Klien dapat beraktifitas dengan bantuan minimal ○ Meningkatnya fungsi bagian tubuh yang sakit. 	<p>Mandiri</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bantu kebutuhan klien ○ Anjurkan klien untuk melakukan aktifitas secara bertahap ○ Bantu klien melakukan latihan ROM aktif dan pasif ○ Tingkatkan aktifitas dan partisipasi dalam merawat diri sendiri sesuai kemampuan ○ Obsevasi adanya daerah yang mengalami nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ahli fisioterapi

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
4	<p>Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang proses penyakit dan penatalaksanaannya, ditandai dengan :</p> <p>DS : -</p> <p>DO : tampak bertanya kenapa Ikhterik</p>	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, pengetahuan klien meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Klien mengerti dan memahami penyakit yang dialaminya. ○ Klien dapat menjelaskan tentang penyakit yang dialaminya ○ Klien dapat bekerjasama dalam tindakan keperawatan 	<p>Mandiri</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kaji tingkat pengetahuan klien tentang penyakitnya ○ Jelaskan tentang proses penyakit, cara penularan dan pencegahan penyakit ○ Tinjau factor resiko individual dan bentuk penularan. <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ terapi obat-obatan, epek samping, ketaatan program

b) Resiko Infeksi (Resiko Komplikasi)

(1) Pada hati

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
5	<p>Perubahan status nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kegagalan masukan untuk memenuhi kebutuhan metabolik, ditandai dengan :</p> <p>DS : muntah</p> <p>DO : nafsu makan menurun</p>	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, kebutuhan nutrisi klien terpenuhi</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Berat badan klien stabil bahkan meningkat ○ Klien menghabiskan porsi makan ○ Klien tampak lebih segar dan bersemangat 	<p>Mandiri</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pantau pemasukan diet / jumlah kalori ○ Timbang berat badan setiap hari ○ Berikan makan sedikit tapi dalam frekuensi sering ○ Diskusikan makanan yang disukai klien ○ Sajikan dalam keadaan hangat ○ Berikan lingkungan yang nyaman ○ Anjurkan makan pada posisi duduk tegak ○ Diskusikan pentingnya asupan nutrisi dalam proses penyembuhan penyakit. <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pemberian vitamin nafsu makan

(2) Pada gagal ginjal

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
6	Ketidak seimbangan cairan elektrolit : kurang volume cairan berhubungan dengan fase diuretic GGA, dengan peningkatan volume urine dan melambatnya kemampuan absorpsi tubular., ditandai dengan : DS : muntah DO : oedem, hipovolemik	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, kebutuhan cairan klien terpenuhi Kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none">○ Intake dan output cairan balance○ Tidak terjadi dehidrasi○ Turgor kulit normal○ Tidak terjadi oedem	Mandiri <ul style="list-style-type: none">○ Lakukan “”UMU”” selama 24 jam secara akurat○ Berikan asupan cairan selama 24 jam sesuai indikasi.○ Pantau denyut jantung, tekanan darah, CVP.○ Pantau tanda-tanda dehidrasi○ Kaji tingkat kesadaran, gelisah, status mental.○ Kaji turgor kulit dan pantau adanya oedem Kolaborasi <ul style="list-style-type: none">○ pemberian terapi sesuai indikasi, pemeriksaan laboratorium.

(3) Pada jantung

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
-----------	-----------------------------	----------------------------------	-------------------

7	<p>Curah jantung menurun berhubungan dengan degenerasi sel-sel otot miokard, ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <p>DO : TTV abnormal</p>	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, curah jantung mencukupi untuk kebutuhan individual</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Menunjukkan tanda vital dalam batas normal ○ Bebas gejala gagal jantung ○ Ikut serta aktifitas yang mengurangi beban kerja jantung 	<p>Mandiri</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kaji frekuensi, irama, bunyi jantung, auskultasi nadi apical, palpasi nadi perifer ○ Observasi tanda-tanda vital ○ Pantau urine, penurunan, kepekatan, konsentrasi urine ○ Kaji perubahan sensori, letargi, bingung, disorientasi, cemas, depresi ○ Anjurkan istirahat, batasi aktifitas ○ Bantu kebutuhan pasien “ADL” ○ Tinggikan kaki, hindari tekanan bawah lutut <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ berikan oksigen sesuai indikasi, berikan obat sesuai indikasi
---	---	--	--

(4) Pada paru

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
8	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan</p>	<p>Mandiri</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kaji frekuensi, kedalaman pernapasan, catat

	<p>alveolar-kapiler (efek inflamasi), ditandai dengan : DS : - DO : sesak, RR meningkat</p>	<p>selama 3 x 24 jam, kebutuhan oksigen mencukupi untuk kebutuhan individual</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Menunjukkan perbaikan ventilasi dan oksigenasi jaringan adekuat ○ GDA dalam rentang normal ○ Bebas gejala distress pernapasan ○ Berpartisipasi dalam program pengobatan dalam tingkat kemampuan klien 	<p>penggunaan otot aksesori, napas bibir.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tinggikan kepala tempat tidur ○ Dorong pasien napas dalam perlahan ○ Dorong mengeluarkan sputum, penghisapan bila diindikasikan ○ Auskultasi bunyi napas. ○ Awasi tingkat kesadaran / status mental ○ Berikan lingkungan tenang, batasi aktifitas pasien ○ Awasi tanda vital dan irama jantung <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ berikan oksigen sesuai indikasi hasil GDA, pantau gambaran seri GDA, berikan terapi sesuai indikasi
--	---	---	--

(5) Pada otak

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
9	Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan	Mandiri ○ Observasi tanda-tanda vital

	<p>hivovolemia, ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <p>DO : sianosis</p>	<p>selama 3 x 24 jam, fungsi serebral meningkat, deficit neurologi dapat diperbaiki</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mempertahankan tingkat kesadaran biasa / perbaikan, kognisi, dan fungsi motorik / sensorik ○ Mendemostrasikan tanda vital stabil dan tak ada tanda-tanda peningkatan TIK. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluasi keadaan pupil, catat ukuran, ketajaman, kesamaan antara kiri dan kanan, dan reaksinya terhadap cahaya ○ Kaji respon motorik terhadap perintah yang sederhana ○ Hindari pemakaian bantal besar pada kepala, pertahankan letak leher dan kepala pada posisi tengah ○ Berikan waktu istirahat diantara waktu aktifitas keperawatan dan batasi waktu dari setiap prosedur tersebut ○ Berikan lingkungan nyaman dan tenang ○ Bantu pasien menghindari batuk, muntah, feces yang dipaksakan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ berikan oksigen, terapi sesuai indikasi
--	--	--	---

4 IMPLEMENTASI

Implementasi sesuai intervensi

5 EVALUASI

Evaluasi dilakukan dengan menggunakan SOAP dan masalah keperawatan teratasi.