**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN OTITIS MEDIA AKUT**

1. **DEFINISI**

Otitis Media adalah peradangan pada sebagian atau seluruh mukosa telinga tengah, tuba Eustachius, antrum mastoid, dan sel-sel mastoid. Otitits media berdasarkan gejalanya dibagi atas media supuratif dan otitis media non supuratif, dimana masing-masing memiliki bentuk yang akut dan kronis. Selain itu, juga terdapat jenis otitis media spesifik, seperti otitis media sifilitika. Otitis media yang lain adalah otitis media adhesive (djaafar, 2007).

Otitis media akut (OMA) adalah peradangan telinga tengah dengan gejala dan tanda-tanda yang bersifat cepat dan singkat. Gejala dan tanda klinik lokal atau sistemik dapat terjadi secara lengkap atau sebagian, baik berupa otalgia, demam, gelisah, mual, muntah, diare, serta otore, apabila telah terjadi perforasi membran timpani. Pada pemeriksaan otoskopik juga dijumpai efusi telinga tengah (Buchman, 2003). Terjadinya efusi telinga tengah atau inflamasi telinga tengah ditandai dengan membengkak pada membran timpani atau bulging, mobilitas yang terhad pada membran timpani, terdapat cairan di belakang membran timpani, dan otore (Kerschner, 2007).

Otitis media akut seringkali terjadi pada anak-anak. Statistik dari beberapa negara maju menjelaskan bahwa otitis media akut merupakan infeksi yang umum pada usia dini dan merupakan alasan umum untuk berobat. Prevalensi otitis media akut di setiap negara berbeda-beda, namun biasanya berada pada kisaran 2,3-20%. Di Indonesia sendiri belum ada data baku tentang prevalensi otitis media akut. Berdasarkan survei kesehatan indra pendengaran tahun 1944-1996 pada 7 provinsi di Indonesia didapatkan prevalensi penyakit telinga tengah populasi segala umur di Indonesia sebesar 3,9%. Studi epidemiologi OMA di negara-negara berkembang sangat jarang. Di Thailand, Prasansuk, dikutip dari Bremen, melaporkan bahwa prevalensi otitis media akut pada anak-anak berumur kurang dari 16 tahun pada tahun 1986 sampai 1991 sebesar 0,8%. Prevalensi otitis media akut di negara-negara maju rata-rata hampir sama dengan di USA.

1. **ETIOLOGI**

Otitis media akut bisa disebabkan oleh bakteri dan virus. Bakteri yang paling sering ditemukan adalah *Streptococcus pneumaniae*, diikuti oleh *Haemophilus influenza, Moraxella catarrhalis, Streptococcus grup A, dan Staphylococcus aureus*. Beberapa mikroorganisme lain yang jarang ditemukan adalah *Mycoplasma pneumaniae*, *Chlamydia pneumaniae*, dan *Clamydia tracomatis*.

*Broides* *et al* menemukan prevalensi bakteri penyebab OMA adalah *H.influenza* 48%, *S.pneumoniae* 42,9%, *M.catarrhalis* 4,8%, *Streptococcus grup A* 4,3% pada pasien usia dibawah 5 tahun pada tahun 1995-2006 di Negev, Israil. Sedangkan Titisari menemukan bakteri penyebab OMA pada pasien yang berobat di RSCM dan RSAB Harapan Kita Jakarta pada bulan Agustus 2004 – Februari 2005 yaitu *S.aureus* 78,3%, *S.pneumoniae* 13%, dan *H.influenza* 8,7%.

Virus terdeteksi pada sekret pernafasan pada 40-90% anak dengan OMA, dan terdeteksi pada 20-48% cairan telinga tengah anak dengan OMA. Virus yang sering sebagai penyebab OMA adalah respiratory syncytial virus. Selain itu bisa disebabkan virus parainfluenza (tipe 1,2, dan 3), influenza A dan B, rinovirus, adenovirus, enterovirus, dan koronavirus. Penyebab yang jarang yaitu sitomegalovirus dan herpes simpleks. Infeksi bisa disebabkan oleh virus sendiri atau kombinasi dengan bakteri lain.

1. **PATOFISIOLOGI**

Otitis media akut terjadi karena terganggunya faktor pertahanan tubuh. Sumbatan pada tuba Eustachius merupakan faktor utama penyebab terjadinya penyakit ini. Dengan terganggunya fungsi tuba Eustachius, terganggu pula pencegahan invasi kuman ke dalam telinga tengah sehingga kuman masuk dan terjadi peradangan. Gangguan fungsi tuba Eustachius ini menyebabkan terjadinya tekanan negatif di telingah tengah, yang menyebabkan transudasi cairan hingga supurasi. Pencetus terjadinya OMA adalah infeksi saluran pernafasan atas (ISPA).

Makin sering anak-anak terserang ISPA, makin besar kemungkinan terjadinya OMA. Pada bayi dan anak terjadinya OMA dipermudah karena: 1. morfologi tuba eustachius yang pendek, lebar, dan letaknya agak horizontal; 2. sistem kekebalan tubuh masih dalam perkembangan; 3. adenoid pada anak relatif lebih besar dibanding orang dewasa dan sering terinfeksi sehingga infeksi dapat menyebar ke telinga tengah.

Beberapa faktor lain mungkin juga berhubungan dengan terjadinya penyakit telinga tengah, seperti alergi, disfungsi siliar, penyakit hidung dan/atau sinus, dan kelainan sistem imun.

****

1. **KLASIFIKASI**

Ada 5 stadium OMA berdasarkan pada perubahan mukosa telinga tengah, yaitu:

1. Stadium Oklusi

Stadium ini ditandai dengan gambaran retraksi membran timpani akibat tekanan negatif telinga tengah. Membran timpani kadang tampak normal atau berwarna suram.

1. Stadium Hiperemis

Pada stadium ini tampak pembuluh darah yang melebar di sebagian atau seluruh membran timpani, membran timpani tampak hiperemis disertai edem.

1. Stadium Supurasi

Stadium ini ditandai edem yang hebat telinga tengah disertai hancurnya sel epitel superfisial serta terbentuknya eksudat purulen di kavum timpani sehingga membran timpani tampak menonjol (bulging) ke arah liang telinga luar.

1. Stadium Perforasi

Pada stadium ini terjadi ruptur membran timpani sehingga nanah keluar dari telinga tengah ke liang telinga.

1. Stadium Resolusi

Pada stadium ini membran timpani berangsur normal, perforasi membran timpani kembali menutup dan sekret purulen tidak ada lagi. Bila daya tahan tubuh baik atau virulensi kuman rendah maka resolusi dapat terjadi walaupun tanpa pengobatan.

Ada juga yang membagi OMA menjadi 5 stadium yang sedikit berbeda yaitu:

1. Stadium Kataralis
2. Stadium Eksudasi
3. Stadium Supurasi
4. Stadium Penyembuhan
5. Stadium Komplikasi.
6. **MANISFESTASI KLINIS**

Tanda dan gejala menurut Toy EC, et al (2011) dan Meadow SR, et al (2005) adalah rasa nyeri pada telinga (otalgia). rasa penuh dalam telinga atau rasa kurang dengar. pada bayi biasanya mengalami demam tinggi, gelisah, menggerakkan kepalanya dari satu sisi ke sisi lain atau menggosok telinganya. diare. anoreksia, muntah. kejang-kejang dan kadang memegangi telinga yang sakit. bila membram timpani sudah ruptur, maka sekret akan mengalir keluar telinga dan suhu tubuh anak akan menurun, sehingga anak bisa tidur tenang.

Manifestasi klinis dari OMA tergantung pada stadium penyakit dan umur klien.

1. Stadium Hiperemi
2. Nyeri dan rasa penuh dalam telinga karena tertupnya tuba eustachius yangmengalami hiperemi dan edema
3. Demam
4. Pendengaran biasanya masih normal
5. Stadium Oklusi
6. Nyeri dan demam bertambah hebat
7. Pada anak : panas tinggi disertai muntah, kejang, dan meningismus
8. Pendengaran mulai berkurang
9. Stadium Supurasi
10. Keluar sekret dari telinga
11. Nyeri berkurang karena terbentuk drainase akibat membran timpani rupture
12. Demam berkurang
13. Gangguan pendengaran bertambah karena terjadi gangguan mekanisme konduksi udara dalam telinga tengah
14. Stadium Koalesen
15. Nyeri tekan pada daerah mastoid, dan akan terasa berat pada malam hari.
16. Stadium Resolusi
17. Pendengaran membaik atau kembali normal.
18. **PEMERIKSAAN PENUNJANG**
19. Otoskop

Pemeriksaan ini dengan cara memasukkan spekulun ke telinga, dan memancarkan cahaya kedalamnya kemudian pemeriksa dapat melihat kondisi membran timpani melalu lensa pembesar otoskop. Biasanya, gendang telinga terihat kemerahan dan terlihat bangunan seperti lubang pada selaput gendang telinga. Pada kasus hail pemeriksaan otoskop ini didapatkan hasil tuba eustachius bengkak, merah dan   suram.

1. Timpanogram

Tes ini dilakukan untuk mengukur kesesuaian dan kekakuan membrane timpani.

1. Timpanosentesis dan Kultur

Aspirasi jarum dari telinga tengah melalui membrane timpani   untuk menentukan mikrobiologi.

1. Tes Rinne

Tes untuk membandingkan hantaran melalui udara dan hantaran melalui tulang pada telinga yang diperiksa. Caranya : garputala digetarkan dan tangkainya diletakkan diprosesus mastoid, setelah tidak terdengar garputala dipegang didepan telinga kira-kira 2 ½ cm. normalnya masih terdengar.

1. Tes Weber

Tes pendengaran untuk membandingkan hantaran tulang telinga kanan dan telinga kiri. Caranya : garputala digetarkan dan tangkai diletakkan di garis tengah kepala. Normalnya bunyi garputala terdengar di kedua telinga  dan tidak dapat dibedakan kearah mana bunyi terdengar lebih keras.

1. Tes Schwabach

Membandingkan hantaran tulang orang yang diperiksa dengan pemeriksa yang pendengarannya normal. Caranya : garputala digetarkan dan tangkai nya diletakkan pada prosesus mastoideus sampai tidak terdengar bunyi, kemudian diletakkan pada telinga pemeriksa yang pendengarannya normal dan begitu sebaliknya. Normalnya pendengaran hasilnya sama dengan pemeriksa.

1. Tes audiometric

Merupakan pemeriksaan fungsi untuk mengetahui sensitivitas (mampu  mendengar suara) dan perbedaan kata-kata (kemampuan membedakan bunyi kata-kata), dilaksanakan dengan bantuan audiometrik.

Tujuan :

1. Menentukan apakah seseorang tidak mendengar.
2. Untuk mengetahui tingkatan kehilangan pendengaran.
3. Tingkat kemampuan menangkap pembicaraan.
4. Mengethaui sumber penyebab gangguan pada telinga media (gangguan konduktif) dari telinga tengah (sistem neurologi). Caranya: pemeriksaan dilakukan dalam ruang kedap suara. Klien diberitahu jika mendengar bunyi segera memencet tombol yang disediakan dan hentikan saat bunyi tak terdengar lagi.

Atau dengan cara Tes terdiri dari sejumlah kata-kata tertentu yang diberikan melalui headphone atau pengeras suara pada klien. Kata-kata tersebut harus diulangi oleh orang yang di tes. Setelah selesai, persentase berapa kata yang dapat diulangi dengan benar dapat diketahui.

Pendengaran dapat didintifikasikan pada saat nol desibel naik sebelum seseorang mendengar suara frekuensi yang spesifik. Bunyi pada tik nol terdengar oleh orang yang pendengarannya normal. Sampai ke-20 db dianggap dalam tingkat normal.

1. **PENATALAKSANAAN**

Tujuan penatalaksanaan OMA adalah mengurangi gejala dan frekurensi. Pada fase inisial penatalaksanaan ditujukan pada penyembuhan gejala yang berhubungan dengan nyeri dan demam dan mencegah komplikasi supuratif seperti mastoiditis atau meningitis. Penatalaksanaan medis OMA menjadi kompleks disebabkan perubahan patogen penyebab. Diagnosis yang tidak tepat dapat menyebabkan pilihan terapi yang tidak tepat. Pada anak di bawah dua tahun, hal ini bisa menimbulkan komplikasi yang serius. Diagnosis yang tidak tepat dapat menyebabkan pasien diterapi dengan antibotik yang sebenarnya kurang tepat atau tidak perlu. Hal ini dapat menyebabkan meningkatnya resistensi antibiotik, sehingga infeksi menjadi lebih sulit diatasi.

1. **PENATALAKSANAAN MEDIS**

**FARMAKOLOGI**

Penatalaksanaan medis menurut Dowshen et al 2002, h.149.

            Penatalaksanaan OMA disesuaikan dengan hasil pemeriksaan dan stadiumnya :

1. Stadium oklusi tuba
2. Berikan antibiotik selama 7 hari :
3. Ampisilin : Dewasa 500 mg 4 x sehari; Anak 25 mg/KgBB 4 x sehari atau
4. Amoksisilin : Dewasa 500 mg 3 x sehari; Anak 10 mg/KgBB 3 x sehari atau
5. Eritromisin : Dewasa 500 mg 4 x sehari; Anak 10 mg/KgBB 4 x sehari
6. Obat tetes hidung nasal dekongestan
7. Antihistamin bila ada tanda-tanda alergi
8. Antipiretik
9. Stadium hiperemis
10. Berikan antibiotik selama 10 – 14 hari :
11. Ampisilin : Dewasa 500 mg 4 x sehari; Anak 25 mg/KgBB 4 x sehari atau
12. Amoksisilin : Dewasa 500 mg 3 x sehari; Anak 10 mg/KgBB 3 x sehari atau
13. Eritromisin : Dewasa 500 mg 4 x sehari; Anak 10 mg/KgBB 4 x sehari
14. Obat tetes hidung nasal dekongestan maksimal 5 hari
15. Antihistamin bila ada tanda-tanda alergi
16. Antipiretik, analgetik dan pengobatan simtomatis lainnya
17. Stadium supurasi
18. Segera rawat apabila ada fasilitas perawatan.
19. Berikan antibiotika ampisilin atau amoksisilin dosis tinggi parenteral selama 3 hari. Apabila ada perbaikan dilanjutkan dengan pemberian antibiotik peroral selama 14 hari.
20. Bila tidak ada fasilitas perawatan segera rujuk ke dokter spesialis THT untuk dilakukan miringotomi.

**NON FARMAKOLOGI**

1. Terapi bedah

Walaupun observasi yang hati-hati dan pemberian obat merupakan pendekatan pertama dalam terapi OMA, terapi pembedahan perlu dipertimbangkan pada anak dengan OMA rekuren, otitis media efusi (OME), atau komplikasi supuratif seperti mastoiditis dengan osteitis. Beberapa terapi bedah yang digunakan untuk penatalaksanaan OMA termasuk timpanosintesis, miringotomi, dan adenoidektomi

1. Timpanosintesis

Pengambilan cairan dari telinga tengah dengan menggunakan jarum untuk pemeriksaan mikrobiologi. Risiko dari prosedur ini adalah perforasi kronik membran timpani, dislokasi tulang-tulang pendengaran, dan tuli sensorineural traumatik, laserasi nervus fasialis atau korda timpani. Oleh karena itu, timpanosintesis harus dibatasi pada: anak yang menderita toksik atau demam tinggi, neonatus risiko tinggi dengan kemungkinan OMA, anak di unit perawatan intensif, membran timpani yang menggembung (bulging) dengan antisipasi ruptur spontan (indikasi relatif), kemungkinan OMA dengan komplikasi supuratif akut, OMA refrakter yang tidak respon terhadap paket kedua antibiotik.

Timpanosintesis dapat mengidentifikasi patogen pada 70-80% kasus. Walaupun timpanosintesis dapat memperbaiki kepastian diagnostic untuk OMA, tapi tidak memberikan keuntungan terapi dibanding antibiotik sendiri. Timpanosintesis merupakan prosedur yang invasif, dapat menimbulkan nyeri, dan berpotensi menimbulkan bahaya sebagai penatalaksanaan rutin.

1. Miringotomi

Tindakan insisi pada membran timpani untuk drainase cairan dari telinga tengah.8,39 Pada miringotomi dilakukan pembedahan kecil di kuadran posterior-inferior membran timpani. Untuk tindakan ini diperlukan lampu kepala yang terang, corong telinga yang sesuai, dan pisau khusus (miringotom) dengan ukuran kecil dan steril. Miringotomi hanya dilakukan pada kasus-kasus terpilih dan dilakukan oleh ahlinya. Disebabkan insisi biasanya sembuh dengan cepat (dalam 24-48 jam), prosedur ini sering diikuti dengan pemasangan tabung timpanostomi untuk ventilasi ruang telinga tengah. Indikasi untuk miringotomi adalah terdapatnya komplikasi supuratif, otalgia berat, gagal dengan terapi antibiotik, pasien imunokompromis, neonatus, dan pasien yang dirawat di unit perawatan intensif. 26,39 Di bagian THT-KL RSUP Dr.M.Djamil Padang, miringotomi dapat dilakukan pada OMA stadium supurasi dengan membrane timpani yang menonjol dan masih utuh untuk mencegah perforasi.

1. Adenoidectomy

Operasi prosedur bedah yang dilakukan untuk mengeluarkan jaringan adenoid yang membengkak yang diakibatkan oleh munculnya infeksi. Peristiwa ini kerap terjadi diarea belakang saluran pernafasan.

Kelenjar adenoid memproduksi anatibodi guna melawan terhadap adanya penularan yang masuk. Baik melalui mulut maupun hidung, bila kelenjar adenoid membengkak, maka dapat menebabkan munculna infeksi di area sekitar telinga, saluran *Eustachius* tersumbat dan menhambat lajunya pernafasan.

1. **PENATALAKSANAAN KEPERAWATAN**

Menurut Muscari 2005, h.221 ialah :

1. Kaji anak terhadap demam dan tingkat nyeri, dan kaji adanya komplikasi yang mungkin terjadi.
2. Turunkan demam dengan memberikan antipiretik sesuai indikasi dan lepas pakainan anak yang berlebihan.
3. Redakan nyeri dengan memberikan analgesik sesuai indikasi, tawarkan makanan lunak pada anak untuk membantu mengurangi mengunyah makanan, dan berikan kompres panas atau kompres hangat lokal pada telinga yang sakit.
4. Fasilitas drainase dengan membaringkan anak pada posisi telinga yang sakit tergantung.
5. Cegah kerusakan kulit dengan menjaga telinga eksternal kering dan bersih.
6. Berikan penyuluhan pada pasien dan keluarga :
7. Jelaskan dosis, teknik pemberian, dan kemungkinan efek samping obat.
8. Tekankan pentingnya menyelesaikan seluruh bagian pengobatan antibiotic
9. Identifikasi tanda-tanda kehilangan pendengaran dan menekankan pentingnya uji audiologik, jika diperlukan.
10. Diskusikan tindakan-tindakan pencegahan, seperti memberi anak posisi tegak pada waktu makan, menghembus udara hidung dengan perlahan, permainan meniup.
11. Tekankan perlunya untuk perawatan tindak lanjut setelah menyelesaikan terapi antibiotik untuk memeriksa adanya infeksi persisten.
12. **KOMPLIKASI DAN PROGNOSIS**

Komplikasi dari OMA dapat terjadi melalui beberapa mekanisme, yaitu melalui erosi tulang, invasi langsung dan tromboflebitis. Komplikasi ini dibagi menjadi komplikasi intratemporal dan intrakranial. Komplikasi intratemporal terdiri dari: mastoiditis akut, petrositis, labirintitis, perforasi pars tensa, atelektasis telinga tengah, paresis fasialis, dan gangguan pendengaran. Komplikasi intrakranial yang dapat terjadi antara lain yaitu meningitis, encefalitis, hidrosefalus otikus, abses otak, abses epidural, empiema subdural, dan trombosis sinus lateralis. Komplikasi tersebut umumnya sering ditemukan sewaktu belum adanya antibiotik, tetapi pada era antibiotik semua jenis komplikasi itu biasanya didapatkan sebagai komplikasi dari otitis media supuratif kronik (OMSK). Penatalaksanaan OMA dengan komplikasi ini yaitu dengan menggunakan antibiotik spektrum luas, dan pembedahan seperti mastoidektomi.

Prognosis pada Otitis Media Akut baik apabila diberikan terapi yang adekuat berupa antibiotik yang tepat dan dosis yang cukup.

1. **DIAGNOSIS MEDIS**

Diagnosis OMA harus memenuhi tiga hal berikut:

1. Penyakitnya muncul mendadak (akut)
2. Ditemukannya tanda efusi di telinga tengah. Efusi dibuktikan dengan adanya salah satu di antara tanda berikut: menggembungnya gendang telinga, terbatas / tidak adanya gerakan gendang telinga, adanya bayangan cairan di belakang gendang telinga, cairan yang keluar dari telinga
3. Adanya tanda / gejala peradangan telinga tengah, yang dibuktikan dengan adanya salah satu di antara tanda berikut: kemerahan pada gendang telinga, nyeri telinga yang mengganggu tidur dan aktivitas normal.

Diagnosis OMA dapat ditegakkan dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik yang cermat. Gejala yang timbul bervariasi bergantung pada stadium dan usia pasien. Pada anak – anak umumnya keluhan berupa rasa nyeri di telinga dan demam. Biasanya ada riwayat infeksi saluran pernafasan atas sebelumnya. Pada remaja atau orang dewasa biasanya selain nyeri terdapat gangguan pendengaran dan telinga terasa penuh. Pada bayi gejala khas adalah panas yang tinggi, anak gelisah dan sukar tidur, diare, kejang-kejang dan sering memegang telinga yang sakit.

**BAB II**

**ASUHAN KEPERAWATAN**

1. **PENGKAJIAN**
2. Biodata

OMA dapat terjadi pada laki-laki maupun perempuan, dan seringkali terjadi pada usia anak.

1. Keluhan

Klien dengan Otitis Media Akut datang dengan keluhan nyeri pada telinga bagian tengah.

1. Riwayat Penyakit Sekarang

Biasanya alasan klien Otitis Media Akut datang memeriksakan diri ke rumah sakit yaitu adanya nyeri pada telinga tengah disertai terganggunya fungsi pendengaran.

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Kaji apakah klien pernah menderita penyakit yang sama sebelumnya.

1. Pemeriksaan Fisik
2. Otoskopi
3. Perhatikan adanya lesi pada telinga luar
4. Amati adanya oedema pada membran tympani Periksa adanya pus dan ruptur pada membran tympani
5. Amati perubahan warna yang mungkin terjadi pada membran tympani
6. Tes bisik
7. Dengan menempatkan klien pada ruang yang sunyi, kemudian dilakukan tes bisik, pada klien dengan OMA dapat terjadi penurunan pendengaran pada sisi telinga yang sakit.
8. Tes garputala
9. Tes Rinne : Pada uji rinne didapatkan hasil negative
10. Tes Weber : Pada tes weber didapatkan lateralisasi ke arah telinga yang sakit
11. Pola Fungsi Gordon
12. Pola Persepsi &Manajemen Kesehatan
13. Tanyakan kepada klien pendapatnya mengenai kesehatan dan penyakit. Apakah pasienlangsung mencari pengobatan atau menunggu sampai penyakit tersebut menggangguaktivitas pasien.
14. Tanyakan tentang penggunaan obat-obat tertentu (misalnya antidepresan trisiklik,antihistamin, fenotiasin, inhibitor monoamin oksidase ( MAO), antikolinergik danantispasmotik dan obat anti-parkinson.
15. Tanyakan tentang penggunaan alcohol, dan tembakau untuk mengetahui gaya hidup klien
16. Pola Nutrisi & Metabolik
17. Tanyakan bagaimana pola dan porsi makan sehari-hari klien ( pagi, siang dan malam )
18. Tanyakan bagaimana nafsu makan klien, apakah ada mual muntah, pantangan atau alergi
19. Tanyakan apakah klien mengalami gangguan dalam menelan
20. anyakan apakah klien sering mengkonsumsi buah-buahan dan sayur-sayuran yangmengandung vitamin antioksidant
21. Pola Eliminasi
22. Tanyakan bagaimana pola BAK dan BAB, warna dan karakteristiknya
23. Berapa kali miksi dalam sehari, karakteristik urin dan defekasi
24. Adakah masalah dalam proses miksi dan defekasi, adakah penggunaan alat bantu untuk miksi dan defekasi.
25. Pola Aktivitas & Latihan
26. Perubahan aktivitas biasanya/hobi sehubungan dengan gangguan penglihatan. Klien akanmengalami kesulitan atau keterbatasan dalam beraktivitas sehubungan dengan luas lapangpandangnya yang berkurang dan kekeruhan pada matanya akibat dari glaukoma yangdideritanya.
27. Kekuatan Otot : Biasanya klien tidak ada masalah dengan kekuatan ototnya karena yangterganggu adalah pendengarannya.
28. Keluhan Beraktivitas : kaji keluhan klien saat beraktivitas.
29. Pola Istirahat – Tidur
30. Kebiasaan : tanyakan lama, kebiasaan dan kualitas tidur pasien
31. Masalah Pola Tidur : Tanyakan apakah terjadi masalah istirahat/tidur yang berhubungandengan gangguan pada telinganya
32. Bagaimana perasaan klien setelah bangun tidur? Apakah merasa segar atau tidak?
33. Pola Kognitif – Persepsi
34. Kaji status mental klien
35. Kaji kemampuan berkomunikasi dan kemampuan klien dalam memahami sesuatu
36. Kaji tingkat anxietas klien berdasarkan ekspresi wajah, nada bicara klien. Identifikasipenyebab kecemasan klien
37. Pendengaran : menuru karena masuknya bakteri patogenik ke dalam telinga tengah yangnormalnya adalah steril.
38. Penglihatan : Baik, biasanya klien yang mengalami gangguan pendengaran, tidak berpengaruh terhadap penglihatannya.
39. Kaji apakah klien mengalami vertigo
40. Kaji nyeri : Gejalanya yaitu ketidaknyamanan ringan / atau mata berair. Nyeri tiba-tiba /berat menetap atau tekanan pada atau sekitar mata, dan sakit kepala.
41. Pola Persepsi Dan Konsep Diri
42. Tanyakan pada klien bagaimana klien menggambarkan dirinya sendiri, apakah kejadianyang menimpa klien mengubah gambaran dirinya
43. Tanyakan apa yang menjadi pikiran bagi klien, apakah merasa cemas, depresi atau takut
44. Apakah ada hal yang menjadi pikirannya
45. Pola Peran Hubungan
46. Tanyakan apa pekerjaan pasien
47. Tanyakan tentang system pendukung dalam kehidupan klien seperti: pasangan, teman, dll.
48. Tanyakan apakah ada masalah keluarga berkenaan dengan perawatan penyakit klien
49. Pola Seksualitas/Reproduksi
50. Tanyakan masalah seksual klien yang berhubungan dengan penyakitnya
51. Tanyakan kapan klien mulai menopause dan masalah kesehatan terkait dengan menopause
52. Tanyakan apakah klien mengalami kesulitan/perubahan dalam pemenuhan kebutuhanseks
53. Pola Koping-Toleransi Stres
54. Tanyakan dan kaji perhatian utama selama dirawat di RS ( financial atau perawatan diri )
55. Kaji keadan emosi klien sehari-hari dan bagaimana klien mengatasi kecemasannya(mekanisme koping klien ).
56. Apakah ada penggunaan obat untuk penghilang stress atauklien sering berbagi masalahnya dengan orang-orang terdekat.
57. Pola Keyakinan-Nilai
58. Tanyakan agama klien dan apakah ada pantangan-pantangan dalam beragama serta seberapa taat klien menjalankan ajaran agamanya. Orang yang dekat kepada Tuhannya lebih berfikiran positif.
59. **DIAGNOSA**
60. Nyeri Akut b/d Agen Cidera Biologis
61. Gangguan berkomunikasi b/d efek kehilangan pendengaran.
62. **NURSING CARE PLAN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO. Dx** | **Tujuan (NOC)** | **Intervensi (NIC)** |
| **1** | Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan masalah klien dapat teratasi dengan KH:1. Nyeri yang dirasakan kien berkurang dengan skala 2-0 dari rentang skala 0-10
 | Manajemen Nyeri (1400)1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus
2. Kolaborasi pemberian terapi analgetik
3. Gunakan strategi komunikasi teraupetik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri
4. Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur
5. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan
6. Kurangi atau eliminasi faktor yang dapatmencetuskan atau meningkatkan nyeri
7. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi
8. Motivasi pasien untuk istirahat atau tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri
 |
|  | Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan masalah klien dapat teratasi dengan KH:1. Klien dapat melakukan komunikasi dengan baik
2. Menerima pesan melalui metoda pilihan (misal : komunikasi tulisan, bahasa lambang, berbicara dengan jelas pada telinga yang baik.
 | 1. Lakukan atau atur pengkajian dan skrining rutin terkait dengan fungsi pendengaran
2. Monitor akumulasi serumen yang berlebihan
3. Pertimbangkan irigasi telinga untuk menghilangkan serumen yang berlebihan, jika dengan cara menunggu, pengangkatan manual, dan agen *ceruminolytic* tidak efektif
4. Fasilitasi pembacaan bibir dengan menghadap pasien langsung dengan pencahayaan yang baik
5. Hindari lingkungan yang berisik saat berkomunikasi
 |

**DAFTAR PUSTAKA**

Mamonto, Dinih Nur., Porutu’o John., & Waworuntu Olivia. 2015. *Diagnosis Otitis Media Supuratif Akut di Poliklinik THT-KL RSUP. Prof. Dr.R.D kandou Manado.* Volum 3, Nomor 1, 269.

Jacky Munilson, Yan Edward, Yolazenia, 2015. *Penatalaksanaan Otitis Media Akut.* Padang from

[http://repository.unand.ac.id/18807/1/Penatalaksanaan%20otitis%20media%20,3akut\_repositori.pdf](http://repository.unand.ac.id/18807/1/Penatalaksanaan%20otitis%20media%20akut_repositori.pdf)

Ghanie, Abla, 2010. *Penatalaksanaan Otitis Media Akut Pada Anak.*Palembangfrom <http://eprints.unsri.ac.id/858/1/Penatlaksanaan_OMA_pada_anak.pdf>

Sinta, 2016, *karakteristik anak otitis media akut di rumah sakit umum daerah wangaya denpasar, Laporan Hasil Penelitian,* Universitas Udayana, DenpasarBali.