

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S
DENGAN TUBERCULOSIS PARU
DI RUANG CEMPAKA III
RSUD KUDUS**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

**Susilo
NIM. 893312927**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2010**

HALAMAN PERSETUJUAN

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

Hari : Minggu

Tanggal : 30 Mei 2010



Semarang, 30 Mei 2010

Pembimbing

(Ns. Dwi Retno Sulistyarningsih, S.Kep)

NIK. 210 998 005

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari selasa tanggal 1 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan TIM Penguji.

Semarang, 1 juni 2010

Tim Penguji,


Penguji I



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

NIK : 210.998.005

Penguji II



(Furaida Khasanah, S. Kep., Ns)

NIK : 210.910.022

Penguji III



(Maya Dwi Yustini, S.Kep., Ns)

NIK : 95.02.518

Sungguh banyak fenomena dalam hidup ini, dan dengan demikian, sekian banyak pandangan dan pengetahuan yang tertuangkan maupun yang dan menyajwab, yaitu menolok dan membenarkan bahwa memperluas sejumlah pandangan dan pengetahuan yang tertuangkan maupun yang terpendam. karena suatu ketika cepat atau lambat kebalikan dan kebenaran akan datang mencapai derajat yang sempurna.



MOTTO

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN TB PARU DI RUANG CEMPAKA III RSUD KUDUS”**.

Berbagai hambatan yang penulis hadapi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat teratasi berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Dalam kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.sc., M.Eng. selaku Rektor Unissula yang telah memberikan banyak bantuan dan dukungan kepada semua mahasiswa.
2. Bapak Iwan Ardian, S.KM selaku Dekan FIK Unissula yang telah memberikan banyak kesempatan dan memberi bantuan serta dukungan kepada semua mahasiswa.
3. Ibu Wahyu Endang Setyowati, S.KM selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula yang telah memberikan dukungan dan bantuan kepada semua mahasiswa.
4. Direktur RS.Kudus dan semua jajarannya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan studi.
5. Ibu Ns. Dwi Retno, S.Kep. Selaku pembimbing yang telah berkenan dan sabar memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

6. Ayah dan Ibu tercinta yang telah memberikan dukungan moril dan materil, serta segala pengorbanannya yang telah membesarkan dan mendidik penulis menjadi dewasa.
7. Kakak-kakaku tercinta dan adik-adiku tersayang khususNya “S.Nadzifah”, mami, dan keluarga besarku yang lain yang telah memberikan dukungan serta semangat.
8. Teman-temanku seperjuangan yang telah membantu dalam menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan semuanya yang telah membantu penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan yang terbaik kepada pihak-pihak yang telah disebutkan di atas.

Penulis menyadari akan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki. Untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan di masa datang.

Harapan penulis, semoga laporan semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi penulis khususnya dan para pembaca semua pada umumnya.

Semarang, Mei 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
MOTO.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
C. Manfaat Penulisan	3
BAB II KONSEP DASAR	4
A. Konsep Dasar Penyakit	4
1. Pengertian.....	4
2. Etiologi.....	4
3. Patofisiologi.....	5
4. Manifestasi Klinik	6
5. Pemeriksaan Penunjang	7
6. Penatalaksanaan.....	8
7. Pathway	11
8. Fokus Pengkajian.....	12
9. Fokus Intervensi	13

BAB III RESUME KEPERAWATAN.....	16
A. Pengkajian	16
1. Identitas	16
2. Riwayat kesehatan.....	16
3. Riwayat Kesehatan keluarga	17
B. Anamnesa, Observasi, Pemeriksaan Fisik	18
1. Keadaan Umum.....	18
2. Body Sistem	18
3. Psikososial	20
4. Pemeriksaan penunjang.....	20
C. Analisa Data.....	21
D. Diagnosa Keperawatan	22
E. Prioritas masalah.....	23
F. Intervensi Keperawatan	23
G. Implementasi	24
H. Evaluasi Keperawatan	28
BAB IV PEMBAHASAN.....	30
BAB V Penutup	41
A. Kesimpulan	41
B. Saran	41

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkulosis paru adalah penyakit infeksius yang terutama menyerang parenkim paru (Irman Sumantri, 2008). Penyakit Tuberculosis Paru (yang selanjutnya disebut TB paru) merupakan masalah utama kesehatan di dunia dan di Indonesia. Pada tahun 2000 WHO memperkirakan setiap tahun terjadi 583.000 kasus baru TB Paru dengan kematian sekitar 140.000. Di negara berkembang kematian TB Paru merupakan 25 % dari seluruh kematian yang sebenarnya dapat dicegah, dan diperkirakan 90% penderita TB Paru tinggal di negara miskin dan berkembang, 75% penderita TB Paru adalah kelompok usia produktif (15-50 tahun).

Di seluruh dunia, penyakit ini merupakan pembunuh sekitar 2 juta orang setiap tahunnya, 1 juta diantaranya perempuan dan juga terdapat 100 ribu anak-anak. WHO menyatakan bahwa sekitar 1,9 milyar manusia, sepertiga penduduk dunia ini, telah terinfeksi kuman tuberkulosis. Setiap detik ada satu orang yang terinfeksi tuberkulosis di dunia, dan dalam dekade mendatang tidak kurang dari 300 juta orang akan terinfeksi oleh tuberkulosis. Setiap tahunnya sekitar 4 juta penderita baru tuberkulosis paru menular di dunia, ditambah lagi dengan penderita yang tidak menular. Artinya, setiap tahun di dunia ini akan ada sekitar 8 juta penderita tuberkulosis paru. Angka ini jelas jauh lebih mengerikan dibanding jumlah flu burung yang kini menghebohkan itu (Tjandra Yoga Aditama, 2006).

Di negara-negara maju angka kematian akibat tuberkulosis pada kelompok umur 15-44 tahun ternyata lebih tinggi pada perempuan ketimbang laki-laki. Di pihak lain, kemungkinan mendapat penularan ternyata lebih besar

pada laki-laki. Tetapi, kemungkinan timbulnya penyakit baru ternyata sama besarnya antara laki-laki dan perempuan, bahkan mungkin perempuan sedikit lebih sering. Sementara itu, di negara-negara berkembang, kendati data belumlah memadai, diperkirakan jumlah laki-laki sama banyaknya dengan perempuan.

Secara kasar, di Indonesia, diperkirakan setiap tahunnya 150 ribuan orang meninggal akibat tuberkulosis (TB). Artinya, setiap hari ada sekitar 300 orang yang meninggal akibat TB di negara kita. Diperkirakan jumlah penderita TB di Indonesia sekitar 10% dari total jumlah penderita TB di dunia. Di negara kita penyakit TB merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernafasan pada semua kelompok usia, dan nomor satu dari golongan penyakit infeksi (Tjandra Yoga Aditama, 2006).

Di Jawa Tengah jumlah penderita TB Paru bervariasi dari tahun ke tahun. Penduduk Jawa Tengah 31,37 juta, angka penderita TB Paru yang terdeteksi dari tahun ke tahun sekitar 5000 orang. Tahun 1999 berjumlah 4.292, tahun (2000) berjumlah 5.202 orang, tahun (2001) 4.429 orang, dan tahun (2002) 4.933 orang. Jumlah penderita TB Paru yang meninggal sekitar 2,4% per tahun. Penduduk Jawa Tengah sudah terinfeksi dengan kuman tuberkulosis, dari perkiraan penderita yang terinfeksi diperkirakan ada 36. 800 penderita TB paru yang menular. Gambaran hasil pelaksanaan P2T di Jateng 2004 telah diperiksa 133. 276 tersangka penderita TB Paru ditemukan 29.744 penderita TB paru (Tjandra Yoga Aditama, 2006).

Berdasar latar belakang tersebut di atas penulis tertarik untuk mengetahui bagaimana asuhan keperawatan pada klien tuberkulosis sehingga dapat diperoleh asuhan keperawatan yang komprehensif dan meminimalkan terjadinya penularan penyakit tuberkulosis.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum:

Mengetahui asuhan keperawatan pada klien dengan tuberkulosis.

2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui konsep dasar TB yang terdiri dari : definisi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, penatalaksanaan, dan pemeriksaan penunjang.
- b. Mengetahui asuhan keperawatan klien tuberkulosis secara teori yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan dan fokus intervensi.
- c. Mampu memberikan asuhan keperawatan klien tuberkulosis pada Ny. S yang meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

C. Manfaat Penulisan

Karya Tulis Ilmiah ini dibuat penulis diharapkan dapat bermanfaat bagi pihak-pihak yang terkait, antara lain :

1. Bagi penulis sendiri dapat memberikan pengetahuan dan pengalaman dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan pada klien dengan TB paru.
2. Bagi institusi pendidikan
 - a. Menambah referensi bagi keperawatan medical tentang gambaran asuhan keperawatan pada pasien dengan TB Paru.
 - b. Meningkatkan kompetensi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan medical khususnya TB Paru.
3. Bagi pihak RSUD Kudus di Ruang Cempaka III agar sebagai pengetahuan untuk memberikan pelayanan optimal tentang asuhan keperawatan klien TB paru.
4. Bagi masyarakat umum atau pihak pembaca agar dapat memberikan perawatan kepada keluarga pasien dengan TB paru dan mengetahui tindakan pencegahan terjadinya penularan TB paru.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Tuberkulosis paru adalah penyakit infeksius yang terutama menyerang parenkim paru (Irman Somantri, 2008).

Tuberkulosis paru adalah penyakit yang dikendalikan oleh respon imunitas perantara sel (Sylvia A. Price, 2002).

Tuberkulosis paru adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman yang bernama *Mycobacterium tuberculosis*. (Tjandra Yoga Aditama, 2006).

Dari ketiga definisi tersebut di atas penulis menyimpulkan bahwa tuberkulosis paru adalah penyakit infeksius yang menyerang parenkim paru, yang dikendalikan oleh respon imunitas perantara sel dan merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*.

2. Etiologi

Penyebab tuberkulosis paru adalah *Mycobacterium tuberculosis*, sejenis kuman yang berbentuk batang, tahan asam dapat merupakan organisme patogen maupun saprofit, sebagian besar kuman terdiri dari asam lemak (lipid). Lipid inilah yang membuat kuman lebih tahan terhadap asam dan lebih tahan terhadap gangguan kimia dan fisik. Kuman dapat tahan hidup pada udara kering maupun dalam keadaan dingin. Hal

ini terjadi karena kuman bersifat “*dormant*”, dengan sifat *dormant* ini kuman dapat bangkit kembali dan menjadikan tuberculosis aktif lagi. Di dalam jaringan kuman dapat hidup sebagai parasit intraseluler. Makrofag yang semula memfagosit malah disenanginya karena banyak mengandung lipid (Arjatmo Tjokronegoro dan Hendra Utama, 2001).

3. Patofisiologi

Individu rentan yang menghirup basil tuberculosis dan terinfeksi. Bakteri dipindahkan melalui jalan nafas ke alveoli untuk memperbanyak diri, basil juga dipindahkan melalui system limfe dan pembuluh darah ke area paru lain dan bagian tubuh lainnya.

Sistem imun tubuh berespon dengan melakukan reaksi inflamasi. Fagosit (neotrofil) dan makrofag menelan banyak bakteri, limfosit specific tuberculosis melisis (menghancurkan) basil dan jaringan normal. Reaksi jaringan ini mengakibatkan penumpukkan eksudat di alveoli dan menyebabkan bronkopneumonia, infeksi awal biasanya terjadi 2 sampai 10 minggu setelah pemajanan.

Massa jaringan paru yang disebut granulomas yang merupakan gumpalan basil yang masih hidup dan yang sudah mati) dikelilingi makrofag membentuk dinding protektif. Granulomas diubah menjadi massa jaringan fibrosa, yang bagian sentralnya disebut kompleks *Ghon*. Bahan (bakteri dan makrofag) menjadi nekrotik, membentuk massa seperti keju. Massa ini dapat mengalami klasifikasi, membentuk skat kolagenosa.

Setelah pemajanan dan infeksi awal, individu dapat mengalami penyakit aktif karena gangguan atau respon inadekuat dari respon imun tubuh. Penyakit aktif dapat juga terjadi dengan infeksi ulang dan aktivitas bakteri darah, kemudian melepaskan bahan seperti keju ke dalam bronchi. Bakteri kemudian menjadi tersebar ke udara, mengakibatkan penyebaran lebih lanjut.

Tuberka yang memecah membentuk jaringan parut. Paru yang terinfeksi menjadi lebih bengkak, mengakibatkan terjadinya bronkopneumonia lebih lanjut, pembentukan tuberkel dan selanjutnya. Kecuali proses tersebut dapat dihentikan. Penyebarannya dengan lambat mengarah ke bawah ke hilum paru-paru dan kemudian meluas ke lobus yang berdekatan hanya sekitar 10% individu yang awalnya terinfeksi mengalami penyakit aktif (Price Sylvia Anderson, 2001 dan Santá Manurung, *et. al.*, 2009).

4. Manifestasi Klinik

- a. Demam
- b. Keletihan
- c. Anoreksia
- d. Penurunan berat badan
- e. Berkeringat malam
- f. Nyeri dada
- g. Batuk menetap

Gejala terbanyak adalah :

a. Demam

Menyerupai demam influenza, tapi kadang mencapai 40°C dipengaruhi oleh upaya daya tahan tubuh dan berat ringannya biasanya tergantung infeksi kuman.

b. Batuk

Terjadi karena adanya iritasi pada bronkus, tetapi mungkin terjadi setelah penyakit berkembang dalam jaringan

c. Sesak nafas

Ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut, dimana infiltrasinya sudah ½ bagian paru-paru

d. Malaise

Yang sering adalah anoreksia, badan makin kurus, sakit kepala, nyeri otot, berkeringat pada malam hari tanpa ada kegiatan. (Arjatmo Tjokronegoro dan Hendra Utama, 2001).

5. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan diagnostik :

a. Rontgen dada

Biasanya menunjukkan lesi pada lobus atas

b. Kultur sputum

Usap BTA akan menunjukkan apakah terdapat *mycobacterium*

c. Tes kulit tuberkulin / tes mantoux adalah tes kulit yang digunakan untuk menentukan apakah individu telah terinfeksi basil TB. Tes kulit tuberkulin dapat mengidentifikasi seseorang yang telah terinfeksi pada *Mycobacterium tuberculosis*. Pada tes mantoux digunakan 0,1 derivat

protein standar yang telah dimurnikan sebanyak 5 TU dan diberikan secara injeksi intradermal pada permukaan volar lengan bawah menggunakan jarum ukuran 27 pada syringe tuberkulin. Jika positif, biasanya merupakan reaksi "boosting" reaksi tes kulit dengan pengujian serial mungkin menyebabkan kesalahan konversi, karena sensitivitas mycobacterium yang tidak aktif (dormant) berubah oleh antigen pada skin tes awal. (Arif Mansjoer, *et. al.*, 2001).

6. Penatalaksanaan

a. Medis

Pengobatan tuberculosis terutama berupa pemberian obat mikroba dalam jangka waktu 3 sampai 6 bulan. Jenis dan dosis obat anti tuberculosis (OAT), antara lain :

1) Isoniazid (INH)

Dosis : 5 mg/kgBB, PO

Efek samping : peripheral neuritis, hepatitis, dan hipersensitivitas

2) Ethambol Hydrochloride (EMB)

Dosis :

Dewasa 15 mg / kg BB PO, untuk pengobatan ulang mulai dengan 25 mg/kg BB/hari selama 60 hari, kemudian diturunkan sampai 15 mg/kg BB/hari.

Anak 6-12 tahun 10-15 mg/kg BB / hari

Efek samping : neuritis optik / reversibel dengan penghentian obat (dapat sampai menjadi buta) dan skin rash

3) Rifampin / Rifampicin (RPP)

Dosis : 10 mg/kg BB/hari PO

Efek samping : hepatitis, reaksi demam, purpura, nausea, dan vomiting.

4) Pyrazinamide (PZA)

Dosis : 15-30 mg/kg BB PO

Efek samping : hiperurikemia, hepatotoksitas, skin rash, artralgiá, dan distress gastrointestinal.

Kombinasi untuk pengobatan awal Tuberculosis :

Pilihan 1

Berikan isoniazid, rifampin dan pirazinamid setiap hari selama 8 minggu, diikuti 16 minggu isoniazid dan rifampin setiap hari atau 2-3 kali per minggu. Di daerah yang resistensi isoniazid tidak terbukti kurang dari 4%, etambutol atau streptomisin perlu ditambahkan ke regimen inisial sampai diketahui kepekaan terhadap isoniazid dan rifampin.

Lanjutkan pengobatan sampai setidaknya total 6 bulan dan 3 bulan setelah perubahan kultur. Konsultasi dengan ahli bila pasien tetap simptomatik atau jika apusan atau kultur sputum tetap positif setelah 3 bulan.

Pilihan 2

Berikan isoniazid, rifampin, pirazinamid, dan etambutol tiap hari selama 2 minggu diikuti 2 kali per minggu 2 pemberian obat serupa yang diawasi langsung selama 6 minggu, dan diikuti dengan 2 kali per

minggu pemberian isoniazid dan rifampin yang diawasi langsung selama 16 minggu. Konsultasi dengan ahli bila pasien tetap simptomatik atau jika apusan atau kultur sputum tetap positif setelah 3 bulan.

Pilihan 3

Obati dengan terapi yang diawasi langsung tiga kali seminggu dengan isoniazid, rifampin, pirazinamid dan etambutol selama 6 bulan. Konsultasi dengan ahli bila pasien tetap simptomatik atau jika apusan atau kultur sputum tetap positif setelah 3 bulan. Pasien diberikan obat anti TB jika terbukti hasil laboratorium : Rontgen dada, kultur sputum, tes kulit tuberkulin / tes mantoux positif. Pilihan yang lebih efektif untuk pasien TB paru yaitu pilihan 3 karena dalam pemberian obat pasien mendapatkan pengawasan langsung dari perawat.

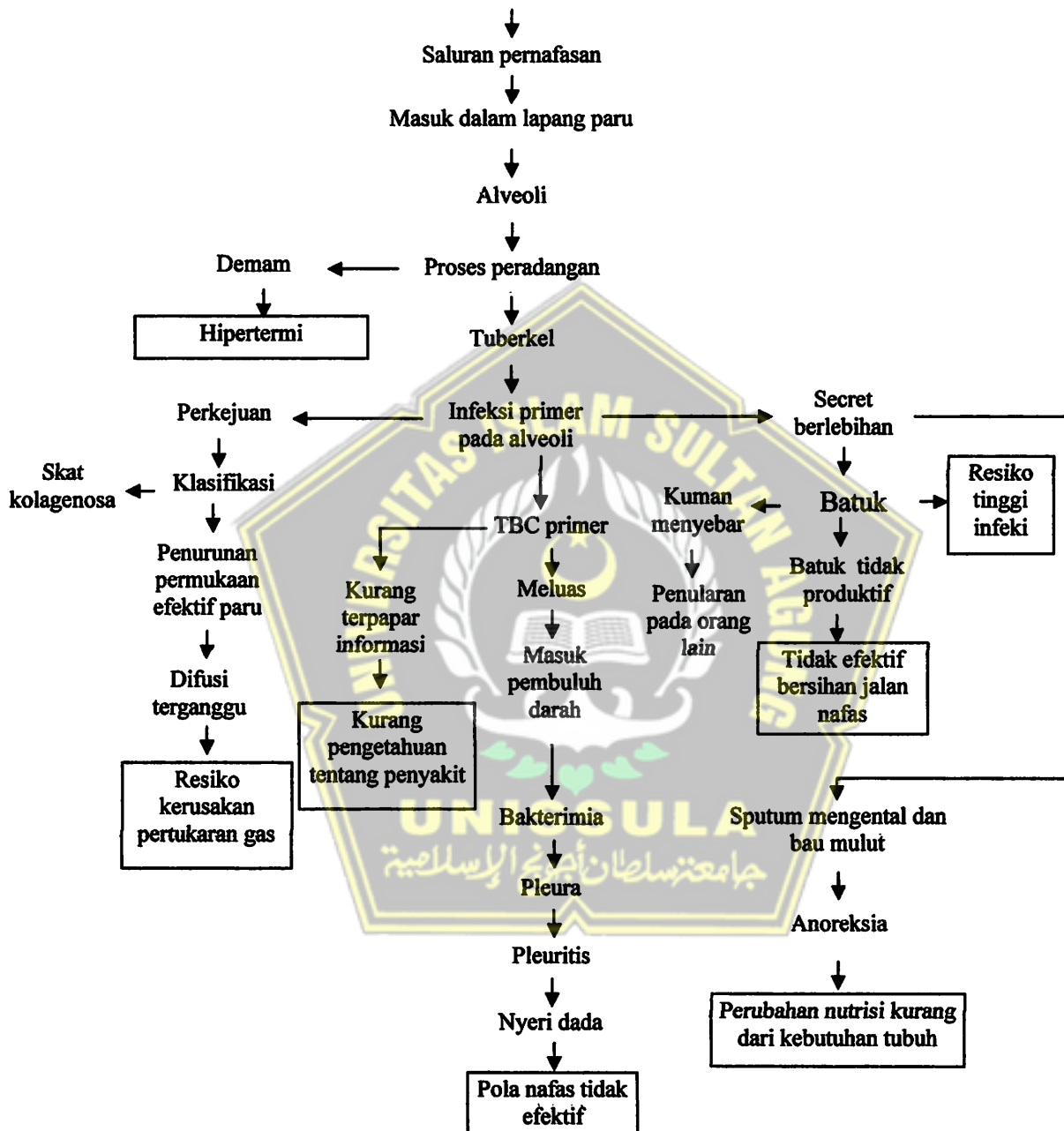
b. Keperawatan

- 1) Meningkatkan bersihan jalan nafas
- 2) Mendukung kepatuhan terhadap regimen pendidikan
- 3) Meningkatkan aktivitas dan nutrisi yang adekuat
- 4) Penyuluhan dan pertimbangan perawatan di rumah.

(Lawrence M. Tierney, *et. al.*, 2002).

7. Pathways

Mycobacterium tuberculosis



Sumber :

Price Sylvia Anderson, Lorraine McCarty Wilson, 2006

Arjatmo Tjokronegoro dan Hendra Utama, 2001

Carpenito Lynda Juall, 2009

8. Fokus pengkajian

a. Aktivitas / istirahat

Gejala : - keluhan umum dan kelemahan

- a) nafas pendek karena kerja
- b) kesulitan tidur pada malam hari / demam malam hari, menggigil, dan berkeringat

Tanda : - takikardi, dispnea pada kerja

- kelelahan otot, nyeri

b. Makanan / cairan

Gejala : - kehilangan nafsu makan

- Tidak dapat mencerna
- penurunan berat badan

Tanda : - turgor kulit buruk, kulit kering

- kehilangan otot / hilang lemak subkutan

c. Pernafasan

Gejala : - batuk produktif atau tidak produktif

- nafas pendek

Tanda : - peningkatan frekuensi pernafasan

- karakteristik sputum hijau

d. Nyeri / kenyamanan

Gejala : - nyeri dada meningkat karena batuk berulang

Tanda : - berhati-hati pada area yang sakit

- perilaku distraksi, gelisah

9. Fokus Intervensi

a. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan penyebaran kuman

Intervensi

1) Kaji patologi penyakit dan potensial

Rasional : mengetahui tingkat kesembuhan penyakit

2) Anjurkan klien untuk batuk /bersin pada tisu dan menghindari meludah.

Rasional : dapat mencegah penularan penyakit

3) Awasi suhu sesuai indikasi

Rasional : reaksi demam indikator adanya infeksi lanjut

4) Tekankan pentingnya demam untuk terapi obat

Rasional : untuk kesembuhan penyakit

5) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.

b. Resiko pertukaran gas berhubungan dengan penurunan permukaan efektif paru.

Intervensi :

a. Kaji dispnea, takipne, menurunnya bunyi nafas.

Rasional : tuberculosis paru menyebabkan efek luas pada paru dari bagian kecil bronkopneumoni sampai inflamasi difus luas.

b. Evaluasi perubahan tingkat kesadaran

Rasional : akumulasi secret / pengaruh jalan nafas dapat mengganggu oksigenasi jaringan dan organ vital.

c. Dorong klien untuk bernafas bibir selama ekshalasi

Rasional : membuat tahanan melawan udara luar untuk mencegah penyempitan jalan nafas.

- d. Tingkatkan tirah baring/batasi aktifitas, bantu perawatan diri sesuai kebutuhan.

Rasional : menurunkan konsumsi oksigen

- c. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelemahan dan anoreksia

Intervensi :

- 1) Kaji status nutrisi pasien pada penerimaan

Rasional : untuk mendefinisikan derajat atau luasnya masalah

- 2) Pastikan pola diet yang disukai atau tidak disukai klien

Rasional : membantu dalam mengidentifikasi kebutuhan dan kekuatan khusus

- 3) Awasi masukan/pengeluaran dan perubahan BB secara periodik

Rasional : untuk mengukur keefektifan nutrisi dan dukungan cairan

- 4) Dorong makan sedikit tapi sering

Rasional : untuk menstabilkan sistem pencernaan pasien.

- 5) Berikan periode istirahat sering

Rasional : untuk pemenuhan kebutuhan tidur pasien

- d. Tidak efektifnya bersihan jalan nafas berhubungan secret

Intervensi :

- 1) Kaji fungsi pernafasan

Rasional : bunyi nafas menunjukkan ateleksis

- 2) Berikan posisi semi atau fowler

Rasional : membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernafasan

3) Bersihkan secret dari mulut/trachea

Rasional : mencegah obstruksi atau aspirasi

4) Kaji kemampuan untuk mengeluarkan mukosa batuk efektif

Rasional : pengeluaran sulit bila secret sangat kental.

e. Kurang pengetahuan mengenai kondisi, aturan tindakan dan pencegahan penyakit berhubungan kurang/tidak lengkap informasi yang ada.

Intervensi :

1) Kaji kemampuan klien untuk belajar tentang penyakitnya

Rasional : mengetahui tingkat pengetahuan pasien.

2) Berikan instruksi dan informasi tertulis khusus untuk klien

Rasional : menambah pengetahuan klien

3) Dorong klien untuk tidak merokok

Rasional : meski merokok tidak merangsang berulangnya TB, tetapi meningkatkan disfungsi pernapasan.

4) Anjurkan klien untuk tidak minum alkohol sementara minum INH.

Rasional : kombinasi INH dan alkohol telah menunjukkan peningkatan insiden hepatitis.

(Jonathan Gleadle, 2005 dan Doengoes E. Marilyn, 2000)

BAB III

RESUME KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari Selasa tanggal 16 Februari tahun 2010 jam 10.00 WIB, di ruang Cempaka III J1 Rumah Sakit Umum Daerah Kudus.

1. Identitas

Identitas klien : Nama Ny. S, berumur 54 tahun dengan jenis kelamin perempuan, beragama Islam, pendidikan SD, Ny. S berasal dari suku Jawa, klien bertempat tinggal di Kedungsari Gobor Kudus Diagnosa medis suspensi tuberculosis paru dengan nomor register 074471, masuk pada tanggal 12 Februari 2010. Sumber informasi yang didapat oleh penulis adalah dari klien, suami, perawat di ruang Cempaka III J1 dan buku catatan medis dan keperawatan.

Identitas penanggung jawab : penanggung jawab klien adalah Tn. P berumur 62 tahun dengan jenis kelamin laki-laki, beragama Islam, pekerjaan swasta, hubungan dengan klien adalah suami.

2. Riwayat kesehatan

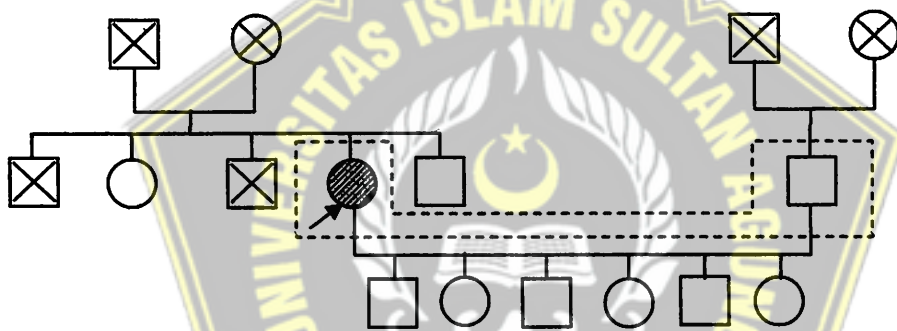
Keluhan utama, klien mengatakan sesak nafas. Riwayat kesehatan sekarang, klien mengatakan sesak nafas. Alasan klien masuk rumah sakit adalah klien rawat jalan selama \pm 7 bulan tetapi hanya mengalami perubahan sedikit. Klien mengatakan sebelum masuk RS belum pernah operasi. Riwayat kesehatan yang lalu, klien mengatakan mempunyai

penyakit maag. Klien mengatakan alergi terhadap obat ampisilin. Klien mengatakan tidak pernah mengonsumsi alkohol, obat-obatan ataupun rokok.

3. Riwayat kesehatan keluarga

Dalam riwayat kesehatan keluarga, klien mengatakan dalam keluarganya tidak punya penyakit seperti yang dialami oleh klien dan dalam keluarga klien juga tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan.

Susunan keluarga (genogram)



Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ┌───┐ : Hubungan suami istri
- └───┘ : Hubungan saudara
- ⊗ : Meninggal
- : Klien
- (dashed) : Tinggal dalam satu rumah

B. Anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik

1. Keadaan umum

Keadaan umum, kesadaran klien composmentis. Tanda-tanda vital klien yaitu: S: 37,5⁰C; N : 72x/menit (teratur), RR 20x/menit.

2. Body system

a. B₁ (breathing pernafasan)

Pada hari pertama hidung terpasang O₂, bernafas melalui hidung. Klien merasa sesak nafas, inspeksi, nafas dangkal (cyanosis, bentuk dada simetris). Perkusi : redup, palpasi : vocal fremitus teraba kanan dan kiri. Auskultasi : suara nafas wheezing.

b. B₂ (blood / kardiovaskular)

Klien mengatakan nyeri dada, pusing, dan sakit kepala.

Ekstremitas

Ekstremitas atas, tangan kanan terpasang infus RL 20 tetes/menit tidak ada oedem, tidak lumpuh. Ekstremitas bawah, tidak ada oedem kaki, gerak terbatas. Inspeksi : ictus cordis tidak tampak. Palpasi : ictus cordis teraba di Ics 5. Perkusai : pekak, auskultasi : regular.

c. B₃ (brain / persyarafan)

Kesadaran composmentis, GCS : 15 (E4M6V5), klien mengeluh lemas, reflek patologis : Mata : sklera tidak ikterik, pupil isokor, conjungtiva tidak anemis. Pendengaran : kanan-kiri normal, tidak ada penurunan pendengaran. Penciuman : normal, tidak ada gangguan penciuman.

Pengecapan : bisa merasakan manis, asam, pahit, dan asam. Penglihatan : kanan-kiri baik. Perabaan : bisa merasakan panas, dingin, tekan.

d. B₄ (Bladder / perkemihan-eliminasi urin)

Produksi urine : 1500 ml/24 jam, frekuensi 7x/hari.

e. B₅ (bowel / pencernaan-eliminasi alvi)

1) Antropometri

Tinggi badan sebelum sakit 150 cm, sesudah sakit 150 cm. Berat badan sebelum sakit 42 kg, sesudah sakit 41 kg. Lingkar lengan sebelum sakit 23 cm, sesudah sakit 23 cm. Lingkar paha sebelum sakit 34 cm, sesudah sakit 34 cm. Lingkar panggul sebelum sakit 75 cm, sesudah sakit 75 cm.

Mulut : tidak stomatitis, lidah bersih, bibir lembab, gigi, utuh.

Tenggorokan tidak ada kesulitan menelan. Abdomen : inspeksi : datar; auskultasi : tympani; perkusi

BAB : 2x sehari konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan, tidak ada masalah. Keluhan mual

2) Biokimia

Hb 11.3 g/dl (normal 11.0 – 16.5); GDS 179 mg/dl (normal 70 – 100)

3) Clinical sign

Turgor kulit : baik, akral hangat, warna kulit tidak ada sianosis.

Rambut beruban sedikit, bersih.

4) Diit

Sebelum sakit, klien mengatakan makan 3x sehari dengan komposisi lauk, nasi, sayur habis 1 porsi, minum 8 gelas/hari.

Sesudah sakit : klien makan 3x sehari menu yang disediakan RS dengan komposisi nasi, lauk, sayur, susu, habis setengah porsi, minum 7 gelas.

f) B₆ (bone / tulang –otot-integumen)

Simetris, tidak ada kelainan, tidak ada peradangan, tidak ada luka pergerakan sendi terbatas, tingkat ketergantungan dibantu keluarga. Kebutuhan istirahat tidur terpenuhi, tidur siang jam 1-2, tidur malam dari jam 22.00 – 05.00.

g) Sistem reproduksi

Klien berjenis kelamin perempuan, payudara normal, bersih, tidak ada keputihan, siklus haid (5 hari, tidak teratur)

3. Psikososial

Dukungan keluarga aktif, kelompok / teman, masyarakat aktif, klien kooperatif. Konsep tentang penguasaan kehidupan, sumber kekuatan adalah Allah SWT. Ritual sholat, sarana ibadah, klien menganggap penyakitnya adalah cobaan dari Allah, klien menerima karena segala sesuatu pasti ada hikmahnya.

4. Pemeriksaan penunjang

a. Therapi

Terapi tanggal 16 Februari 2009 : infus RL 20 tts/menit. Therapi oral : Rifampisin 1 x 1, Ciprofloxacin 500 mg 2 x 1 tablet. Injeksi : ampisilin 3 x 1 gr IV

b. Pemeriksaan penunjang

EKG (+), USG (-), Rontgen (-)

c. Pemeriksaan laboratorium

Hemoglobin 11.3 gr/dl (normal 11.0 – 16.5); Gula darah puasa 98 mg/dl (normal 70 – 105) ; Gula darah 2 jam PP 106 mg/dl (normal s/d 150), Ureum 15.8 mg/dl (normal 11.5 – 55.0); Creatinin 0.5 mg/dl (normal 0.6 – 1.36); WBC $9.0 \times 10^3/\text{mm}^3$ (normal 3.5 – 10.0); PLT $4.8 \times 10^3/\text{mm}^3$ (normal 150 – 390); %LYM 171% (normal 17.0 – 48.0); %MON 4.9 % (normal 4.0 – 10.0); %GRA 7.8% (normal 43.0 – 76.0).

C. Analisa data

Pada hari Selasa tanggal 16 Februari tahun 2010, jam 08.00 WIB diperoleh data subjektif yaitu klien mengatakan klien sesak nafas. Data objektifnya yaitu klien tampak sesak napas, klien batuk. Pemeriksaan fisik RR ; 20x/menit, inspeksi simetris kanan-kiri, palpasi volcul freemitus teraba, perkusi, terdengar adanya bunyi ronchi; auskultasi vesikuler. Berdasarkan data tersebut maka problem yang muncul yaitu ketidak efektifan bersihan jalan nafas. etiologinya ada penumpukan sekret

Pada hari Selasa tanggal 16 Februari tahun 2010, jam 09.30 WIB diperoleh data subjektif yaitu klien mengatakan tidak nafsu makan. Data objektifnya yaitu klien tampak lemas, klien tampak menghabiskan makanan setengah porsi. Pemeriksaan fisik : TB : 150 cm, BB, 41 kg, LL : 23 cm, LP, 34, LP : 75 cm. HB : 11,3 g/dl, GDS : 179 mg/dl. Kulit baik, rambut bersih.

Berdasarkan data tersebut maka problem yang muncul yaitu gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. etiologinya adalah anoreksia.

Pada hari Selasa tanggal 16 Februari tahun 2010, jam 10.00 WIB diperoleh data subjektif yaitu klien mengatakan klien tubuhnya lemah. Data objektifnya yaitu klien tampak lemah, kebutuhan aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat. Dari data tersebut maka problem yang muncul yaitu intoleransi aktivitas, etiologinya kelemahan fisik.

D. Diagnosa keperawatan

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sekret ditandai dengan data subjektif: klien mengatakan klien sesak napas, data objektif : klien tampak sesak nafas, klien batuk, RR : 30x/menit, pemeriksaan fisik inspeksi simetris kanan-kiri, palpasi vocal fremitus teraba, perkusi terdengar adanya bunyi ronchi, auskultasi vesikuler
2. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan anoreksia dengan ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan tidak nafsu makan, data objektif : klien tampak lemah, klien makan habis setengah porsi. Pemeriksaan fisik : TB : 150 cm, BB, 41 kg, LL : 23 cm, LP, 34, LP : 75 cm. HB : 11,3 g/dl, GDS : 179 mg/dl. Kulit baik, rambut bersih. Dari data tersebut maka masalahnya adalah anoreksia. Etiologinya gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan klien tubuhnya lemah, kebutuhan aktivitas tampak dibantu oleh keluarga dan perawat.

E. Prioritas masalah

1. Ketidak efektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan secret.
2. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.

F. Intervensi keperawatan

Pada tanggal 16 Februari tahun 2009 jam 08.30 WIB penulis membuat rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa pertama yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukkan secret., dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 kali 24 jam masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil, data subjektif : sesak nafas klien berkurang batuk berkurang, RR : 20x/menit. Data objektif : inspeksi : simetris kanan-kiri, palpasi : vocal femitus teraba. Perkusi, ada bunyi ronchi, auskultasi, vesikuler. Intervensi yang pertama monitor TTV dan keadaan umum klien. Intervensi yang kedua memberikan posisi yang nyaman semi fowler. Intervensi ketiga ajarkan klien nafas dalam dan batuk efektif. Intervensi keempat menganjurkan klien minum air hangat. Intervensi kelima kolaborasi dengan tim medis dan dokter.

Pada tanggal 16 Februari tahun 2009 jam 09.30 WIB penulis membuat rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa yang kedua yaitu gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 kali 24 jam dengan kriteria hasil, data subjektif : nafsu makan klien meningkat. Data objektifnya :

klien makan habis 1 porsi, TB : 150 cm, BB, 41 kg, LL : 23 cm, LP, 34, LP : 75 cm. HB : 11,3 g/dl, GDS : 179 mg/dl. Kulit baik, rambut bersih. Intervensi yang pertama kaji pola makan klien, intervensi yang kedua anjurkan pasien makan selagi hangat, intervensi yang ketiga anjurkan klien makan sedikit tapi sering, keempat menjelaskan pada klien tentang nutrisi (tinggi protein) bagi tubuh, intervensi yang kelima kolaborasi dengan ahli gizi tentang diet selanjutnya.

Pada tanggal 16 Februari tahun 2009 jam 10.00 WIB penulis membuat rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa ketiga yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 kali 24 jam klien dapat melakukan aktifitas seperti semula, dengan kriteria hasil, data subjektif : klien bisa melakukan gerak atau aktivitas, data objektifnya : aktivitas klien tampak sedikit dibantu keluarga

G. Implementasi keperawatan

Pada hari Selasa tanggal 16 Februari 2009 berkaitan dengan diagnosa pertama yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang berhubungan dengan penumpukkan secret, implementasi pertama yang dilakukan jam 08.30 WIB memonitor TTV dan keadaan umum klien. Respon subjektifnya klien menanyakan hasil. Respon objektif : TTV klien: suhu 37⁰C. Nadi 80x/menit. RR 20x/menit. Implementasi kedua yang dilakukan pada jam 13.30 WIB memberikan posisi yang nyaman (posisi kepala lebih tinggi / semi fowler). Respon subjektifnya yaitu klien mengatakan agak nyaman, respon objektifnya klien nampak dalam keadaan posisi semi fowler.

Implementasi ketiga yang dilakukan pada jam 16.00 memberikan injeksi. Respon subjektifnya klien kooperatif, respon objektifnya obat masuk dan klien tenang. Implementasi keempat yang dilakukan pada jam 14.00 WIB mengajarkan pada klien teknik relaksasi dan batuk efektif. Respon subjektifnya klien mengatakan mau mencoba apa yang diajarkan. Data subjektifnya klien kooperatif. Implementasi kelima yang dilakukan pada jam 12.00 WIB menganjurkan kepada klien untuk minum air hangat. Data subjektifnya klien menanyakan kegunaan minum air hangat. Data objektifnya klien mau minum air hangat.

Pada hari Selasa tanggal 16 Februari 2009 berkaitan dengan diagnosa kedua yaitu gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, implementasi pertama yang dilakukan jam 10.00 WIB yaitu menjelaskan pada klien tentang pentingnya nutrisi bagi tubuh. Respon subjektifnya klien mau mendengarkan penjelasan, respon objektifnya klien nampak mengangguk-angguk kepala. Implementasi kedua yang dilakukan pada jam 11.30 WIB menganjurkan kepada klien untuk makan sedikit tapi sering. Respon subjektifnya klien mau mencoba makan sedikit-sedikit, respon objektif klien makan sedikit tapi sering. Implementasi ketiga yang dilakukan pada jam 18.30 WIB mengkaji pola makan klien. Respon subjektifnya klien mengatakan tidak nafsu makan, respon objektif klien makan habis setengah porsi. Implementasi keempat yang dilakukan pada jam 18.45 WIB menganjurkan klien makan selagi masih hangat. Respon subjektifnya klien mau mengikuti anjuran perawat, respon objektifnya klien nampak makan selagi makanan masih hangat.

Pada hari Selasa tanggal 16 Februari 2009 berkaitan dengan diagnosa ketiga yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, implementasi pertama yang dilakukan pada jam 19.30 WIB yaitu mengkaji aktivitas klien. Respon subjektif -, respon objektifnya klien nampak terbaring di tempat tidur. Implementasi kedua yang dilakukan pada jam 16.00 WIB mengkaji vital sign saat klien tidur. Respon subjektifnya klien menanyakan hasil, respon objektifnya TD : 120/80 mmHg, N : 72x/menit, S : 37⁰C, RR : 20x/menit. Implementasi ketiga yang dilakukan pada jam 21.15 WIB melakukan tirah baring setiap 2 jam. Respon subjektifnya klien mengatakan lebih nyaman tidur dengan posisi kepala lebih tinggi, respon objektifnya klien nampak tidur dalam posisi semi fowler. Implementasi keempat yang dilakukan pada jam 22.00 WIB memberikan lingkungan yang tenang. Respon subjektifnya. Respon subjektif -, respon objektifnya klien membatasi pengunjung.

Pada hari Rabu tanggal 17 Februari 2009 berkaitan dengan diagnosa pertama yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang berhubungan dengan penumpukan secret, implementasi pertama yang dilakukan jam 05.00 WIB yaitu memonitor vital sign. Respon subjektifnya TD : 120/80 mmHg, N : 80x/menit, S : 37⁰C, RR : 22x/menit. Implementasi kedua yang dilakukan pada jam 09.00 WIB mengajarkan kembali teknik relaksasi dan batuk efektif. Respon subjektifnya klien mau mengikuti penjelasan perawat, respon objektifnya klien nampak kooperatif. Implementasi ketiga yang dilakukan pada jam 09.45 WIB menganjurkan kepada klien untuk minum air hangat. Respon

subjektifnya klien mau mengikuti anjuran perawat, respon objektifnya klien mau minum air hangat.

Pada hari Rabu tanggal 17 Februari 2009 berkaitan dengan diagnosa kedua yaitu gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, implementasi pertama yang dilakukan jam 10.150 WIB yaitu menjelaskan pada klien tentang pentingnya nutrisi bagi tubuh. Respon subjektifnya klien sedikit memahami, respon objektifnya klien aktif bertanya. Implementasi kedua yang dilakukan pada jam 12.00 WIB mengkaji klien makan. Respon subjektifnya klien mau mengikuti anjuran perawat, respon objektif klien makan sedikit tapi sering. Implementasi ketiga yang dilakukan pada jam 12.15 WIB menganjurkan klien makan selagi masih hangat. Respon subjektifnya klien mau mengikuti anjuran perawat, respon objektifnya klien nampak makan selagi makanan masih hangat. Implementasi keempat yang dilakukan pada jam 13.00 WIB mengkaji pola makan klien. Respon subjektifnya klien mengatakan nafsu makannya meningkat, respon objektif klien makan habis satu porsi.

Pada hari Rabu tanggal 17 Februari 2009 berkaitan dengan diagnosa ketiga yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, implementasi pertama yang dilakukan pada jam 13.45 WIB yaitu mengkaji kembali aktivitas klien. Respon subjektif -, respon objektifnya klien mulai nampak menunjukkan kemandiriannya. Implementasi kedua yang dilakukan pada jam 14.10 WIB melakukan tirah baring setiap 2 jam. Respon subjektifnya klien mengatakan lebih nyaman tidur dengan posisi kepala agak. tinggi, respon

objektifnya klien nampak tidur dalam posisi semi fowler. Implementasi ketiga yang dilakukan pada jam 16.00 WIB mengkaji vital sign saat klien tidur. Respon subjektifnya klien menanyakan hasil, respon objektifnya TD : 120/80 mmHg, N : 72x/menit, S : 37⁰C, RR : 22x/menit. Implementasi keempat yang dilakukan pada jam 17.15 WIB memberikan lingkungan yang tenang. Respon subjektifnya. Respon subjektif -, respon objektifnya klien membatasi pengunjung.

H. Evaluasi Keperawatan

Pada hari Kamis 18 Februari 2009 jam 18.30 WIB berkaitan dengan diagnosa pertama yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang berhubungan dengan penumpukan secret, dari implementasi yang dilakukan diperoleh data evaluasi yaitu subjektif yaitu klien mengatakan sesak nafasnya berkurang; data objektifnya klien sudah tidak batuk, RR : 22x/menit, klien tidur dengan posisi semi fowler. Berdasarkan data tersebut maka dapat dianalisis bahwa masalah teratasi sebagian, maka planningnya lanjutkan intervensi dengan memonitor TTV, memberikan posisi semi fowler, mengajarkan kepada klien teknik relaksasi.

Pada hari Kamis 18 Februari 2009 jam 18.30 WIB berkaitan dengan diagnosa kedua yaitu gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, dari implementasi yang dilakukan diperoleh data evaluasi yaitu subjektif mengatakan nafsu makannya bertambah; obyektifnya klien makan habis satu porsi. Berdasarkan data tersebut maka dapat

dianalisis bahwa masalah teratasi, planningnya pertahankan intervensi dengan metode pengamatan dan pengawasan.

Pada hari Kamis 18 Februari 2009 jam 18.30 WIB berkaitan dengan diagnosa ketiga yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, dari implementasi yang dilakukan diperoleh data evaluasi yaitu subjektif klien mengatakan aktivitasnya meningkat, objektifnya klien tampak tenang dan rileks. Berdasarkan data tersebut maka dapat dianalisis bahwa masalah teratasi, sehingga planningnya pertahankan intervensi dengan metode pengamatan dan pengawasan.



BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas aspek TBC pada Ny. S dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Menurut Rohmah (2009) Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan yang sistematis dan berkesinambungan meliputi tindakan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan individu atau kelompok baik yang actual maupun potensial, kemudian merencanakan tindakan untuk menyelesaikan, mengurangi, atau mencegah terjadinya masalah baru dan melaksanakan tindakan atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dikerjakan.. Adapun tahapan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana asuhan keperawatan, implementasi dan evaluasi.

Sebelum penulis melakukan pembahasan untuk masing-masing diagnosa, terlebih dahulu penulis akan membahas data-data yang ada di pengkajian.

Keluhan utama penulis menjelaskan bahwa klien mengatakan sesak nafas. Seharusnya penulis juga mengkaji lebih dalam tentang kapan sesak nafas timbul, serta seberapa sering sesak nafas muncul dan yang dilakukan saat sesak nafas terjadi.

Pemeriksaan Fisik B3 penulis menjelaskan reflek patologis ada seharusnya penulis mengkaji lebih dalam tentang reflek patologis seperti reflek Babinski, Reflek Chadok, dll. Pada pemeriksaan penunjang penulis kurang mendapatkan

hasil data laboratorium yang lengkap, sehingga penulis kurang mencantumkan hasil data pemeriksaan penunjang yang lengkap.

Berikut ini penulis akan membahas untuk masing – masing diagnosa keperawatan yang muncul pada klien Ny. S

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukkan sekret

Ketidak efektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sekret. Menurut Carpenito (2009), bersihan nafas tidak efektif adalah kondisi ketika individu mengalami ancaman pada status pernafasan mereka akibat ketidakmampuan untuk batuk secara efektif.

Batasan karakteristik : Mayor yaitu batuk tidak efektif atau tidak ada batuk, ketidak mampuan untuk mengeluarkan sekret dari jalan nafas. Minor : bunyi nafas abnormal, jumlah, irama dan kedalaman pernafasan abnormal.

Diagnosa tersebut penulis angkat karena pada saat pengkajian tanggal 16 Februari 2009 penulis menemukan data-data sebagai berikut : data subjektif: klien menyatakan sesak nafas, sedangkan data objektif: klien tampak sesak nafas, klien batuk, RR: 20x/ menit, terpasang kanul, klien merasa sesak nafas. Inspeksi nafas dangkal, P: vokal fremitus teraba kanan kiri, A: vesikuler , P: suatu nafas ronchi.

Untuk data obyektif RR tertulis 20 x/mnt, seharusnya adalah RR 30 x/mnt. Pada pengkajian penulis mendapatkan data bahwa klien terpasang kanul oksigen 3 L/mnt, akan tetapi pada analisa data penulis belum memasukkannya. Seharusnya data tersebut juga dimasukkan di analisa data.

Pada pemeriksaan fisik paru penulis menjelaskan bahwa perkusi : vocal fremitus teraba kanan- kiri seharusnya penulis mengkaji perbandingan vocal fremitus teraba sama atau tidak. Untuk perkusi penulis mencantumkan ronchi, dokumentasi tersebut tidak tepat, seharusnya pada pemeriksaan perkusi didapatkan hasil sonor. Sedangkan ronchi merupakan hasil pemeriksaan fisik dengan menggunakan tehnik auskultasi. Ronchi termasuk suara nafas tambahan yang dalam kondisi normal tidak ditemukan.

Diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif penulis prioritaskan sebagai prioritas pertama karena bernafas merupakan salah satu upaya untuk memenuhi kebutuhan oksigenasi. Menurut hierarki Maslow oksigen termasuk dalam kebutuhan fisiologis. Sedangkan menurut triage konsep kebutuhan oksigenasi termasuk *imediately*, di mana kebutuhan tersebut harus segera dipenuhi karena jika tidak dipenuhi akan dapat mengakibatkan kecacatan atau kematian. Oksigen merupakan kebutuhan fisiologis yang paling penting. Tubuh bergantung pada oksigen dari waktu ke waktu untuk bertahan hidup (Potter & Perry, 2005). Oksigen merupakan salah satu komponen gas dan unsur vital dalam proses metabolisme untuk mempertahankan kelangsungan hidup seluruh sel-sel tubuh. Secara normal elemen ini diperoleh dengan cara menghirup oksigen setiap kali bernafas.

Untuk diagnosa tersebut penulis melakukan intervensi antara lain: kaji fungsi pernafasan, berikan posisi semi fowler, anjurkan batuk efektif, kolaborasi dengan tim medis. Untuk intervensi kolaborasi dengan tim medis penulis seharusnya menjelaskan kolaborasi dalam bentuk pemberian obat yaitu ampicilin 3x1 gr secara intravena. Penulis juga perlu menambahkan

intervensi untuk pemberian oksigenasi yaitu berikan oksigen sesuai dengan program terapi 3 liter/mnt.

Implementasi

Penulis melaksanakan implementasi diagnosa tersebut pada tanggal 16 Februari 2009 jam 08.30 WIB yaitu memonitoring TTV didapatkan respon subjektif: klien menanyakan hasil. Respon objektif: TTV, suhu 37°C, nadi 80x/ menit, RR 30x/ menit, pemeriksaan inspeksi tidak menggunakan otot bantu pernafasan, pernafasan lewat cuping hidung. Untuk pernafasan lewat cuping hidung dokumentasi yang tepat seharusnya adalah tidak ada pernafasan cuping hidung. Vokal fremitus kanan-kiri sama, perkusi: sonor, auskultasi terdengar ronchi, memantau pemberian oksigen, respon subyektif: klien bersedia memakai nasal kanul. Respon objektif: klien terpasang kanul pukul 09.00 WIB memberikan posisi semi fowler. Respon subjektif: klien menyatakan mau, Respon objektif klien tampak tidur dengan posisi kepala lebih ekstensi. Jam 16.00 penulis melakukan tindakan keperawatan memberikan injeksi antibiotik Ampicilin 1gr secara intravena, respon subyektif : sedangkan respon obyektif : obat masuk dan klien tenang.

Seharusnya pada implementasi memantau pemberian oksigen, penulis mencantumkan berapa kebutuhan dalam liter per menit pada pasien tersebut, yaitu 3 liter per menit. Selain itu penulis menjelaskan bahwa klien tidak terdapat pernafasan cuping hidung.

Pada hari kedua tanggal 17 Februari 2009 jam 05.00 WIB penulis melaksanakan implementasi yaitu monitoring vital sign. Respon subjektif: klien menanyakan hasil. Respon objektif: TD 120/80 mmHg, nadi 80x/ menit,

suhu 37°C, RR 22x/ menit. Tindakan keperawatan yang ke- 2 jam 09.00 WIB yaitu menganjurkan kembali tehnik relaksasi dan batuk efektif. Respon subjektif: klien mengikuti anjuran perawat. Respon objektif: klien kooperatif. Tindakan keperawatan yang ke- 3 jam 09.45 WIB menganjurkan klien minum air hangat. Respon subjektif: klien mengikuti anjuran perawat. Respon objektif: klien minum air hangat.

Evaluasi: selama melaksanakan tindakan keperawatan 2x 24 jam didapatkan evaluasi Subjektif: klien menyatakan sesak nafas berkurang. Objektif: klien sudah tidak batuk, RR 22x/ menit, klien tidur dengan posisi semi fowler. A: masalah teratasi sebagian. P : lanjutkan intervensi serta penulis mendelegasikan kepada perawat ruangan untuk melanjutkan asuhan keperawatan : Memonitor TTV, anjurkan klien nafas dalam dan batuk efektif, anjurkan klien minum air hangat, kolaborasi dengan tim medis dan dokter tentang pemberian obat .

2. Perubahan nutrisi kurang dari tubuh berhubungan dengan anoreksia

Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia. Menurut Carpenito (2009) perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah keadaan ketika individu yang tidak NPO mengalami penurunan berat badan atau beresiko mengalami penurunan berat badan karena tidak adekuatnya asupan atau metabolisme zat nutrisi untuk kebutuhan metabolisme. Batasan karakteristik mayor : individu yang tidak NPO melaporkan atau menerima asupan makanan yang kurang dari kebutuhan diet harian yang dianjurkan dengan atau tanpa disertai penurunan berat badan dan

atau kebutuhan metabolik aktual atau potensial yang melebihi asupan disertai penurunan berat badan. Batasan minor berat badan 10% -20% + dibawah berat ideal berdasarkan tinggi dan postur tubuh, lipatan kulit trisep, lingkaran lengan atas, dan lingkaran otot lengan bagian tengah kurang dari 60% ukuran standar. Kelemahan dan rasa nyeri pada otot, iritabilitas mental dan kebingungan, penurunan kadar albumin serum, penurunan transferin serum atau kapasitas pengikat zat besi.

Diagnosa tersebut penulisan angkat karena pada saat pengkajian penulis menemukan, data subjektif: klien mengatakan tidak nafsu makan, sedangkan, data objektif: klien tampak lemas, klien habis makan ½ porsi. Pengkajian nutrisi antropometri berat badan sebelum sakit: 42 kg, berat badan sesudah sakit: 41 kg, Biokimia ; Hb: 11,3 g/ dl, GDS: 174 mg/ dl, Clinical Sign : mukosa bibir lembab, tidak stomatitis. Diet: makan 3x sehari porsi ½ piring habis. Pada pengkajian pemeriksaan abdomen penulis menuliskan auskultasi : Tympani, Perkusi tidak ada nyeri tekan, palpasi : peristaltik usus 12 x/ menit. Pada pemeriksaan antropometri : berat badan sebelum sakit : 42 kg, berat badan sesudah sakit 41 kg, dan pada clinical sign : kulit baik , rambut bersih.

Penulisan tersebut tidak tepat seharusnya adalah pada auskultasi bising usus 12 x/ menit, perkusi tympani, dan palpasi tidak ada nyeri tekan. pada pengkajian penulis sudah mengkaji berat badan sebelum dan sesudah sakit akan tetapi belum mencantumkan pada analisa data, seharusnya pada analisa data penulis mencantumkan tinggi badan, berat badan sebelum dan sesudah

sakit serta rumus, $IMT = BB \text{ (kg)} / TB^2 \text{ (m)}$. Pada data tentang clinical sign penulis mencantumkan rambut bersih dan mukosa bibir. Untuk data rambut bersih tidak mendukung pada diagnosa perubahan nutrisi kurang akan tetapi lebih mengarah pada data pemenuhan kebutuhan perawatan diri. Seharusnya penulis mengkaji untuk data – data yang mengarah pada nutrisi misalnya apakah rambut mudah dicabut atau tidak. Sedangkan untuk data terdapat mucosa bibir harusnya penulis lebih jelas dalam menuliskan yaitu mucosa bibir kering.

Diagnosa perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan penulis prioritaskan menjadi prioritas kedua karena menurut Hierarki Maslow kebutuhan nutrisi termasuk kebutuhan fisiologis. Sedangkan menurut triage konsep kebutuhan nutrisi termasuk dalam kategori urgent merupakan masalah yang tidak dapat ditunda. Masalah ini memerlukan tindakan secara cepat dan tepat. Jika tidak, maka kondisi klien akan memburuk bahkan bisa menyebabkan kematian atau kecacatan.

Intervensi

Untuk diagnosa keperawatan di atas, rencana asuhan keperawatan yang penulis susun adalah menentukan tujuan dan kriteria hasil. Tujuan yang ingin dicapai adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil nafsu makan meningkat, makan habis satu porsi, A : TB 150 cm, BB 41 kg, LL 23 cm, LP 34 cm, LP 75 cm, B : Hb 11,3 GDS 100, C : kulit baik, rambut bersih, D : makan habis satu porsi. Untuk pendokumentasian tujuan yang telah penulis lakukan kurang

tepat, seharusnya penulisan tujuan dan kriteria hasil mengacu pada kriteria SMART yaitu spesifik, measurable, achievable, realistic dan time. Untuk penulisan tujuan yang tepat adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam kebutuhan nutrisi terpenuhi. Sedangkan untuk kriteria hasilnya adalah lebih pada pencapaian peningkatan intake makanan yaitu nafsu makan meningkat, makanan habis satu porsi, clinical sign mukosa bibir lembab dan untuk diet makanan yang disediakan dihabiskan. Sedangkan untuk data antropometri dan biokimia karena batasan waktu pencapaian tujuan hanya dua hari sehingga tidak penulis jadikan sebagai kriteria pencapaian tujuan karena tidak memungkinkan untuk dicapai.

Untuk rencana tindakan yang penulis tetapkan adalah kaji pola makan pasien, anjurkan pasien makan selagi hangat, anjurkan pasien makan sedikit tapi sering, jelaskan pada pasien tentang nutrisi tubuh, kolaborasi dengan ahli gizi. Untuk rencana tindakan seharusnya penulis menambahkan tindakan timbang berat badan untuk mengetahui adanya kenaikan atau penurunan berat badan serta lakukan oral hygiene. Oral hygiene merupakan salah satu tindakan yang dapat dilakukan untuk menstimulasi atau meningkatkan nafsu makan.

Implementasi yang penulis lakukan adalah menjelaskan pada pasien tentang pentingnya nutrisi bagi tubuh, menganjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering, mengkaji pola makan klien, menganjurkan klien makan selagi hangat. Dalam melakukan tindakan keperawatan penulis mengalami kesulitan khususnya untuk menganjurkan klien makan selagi hangat, karena hal ini berkaitan dengan penyediaan makanan yang dilakukan oleh instalasi gizi. Makanan yang disediakan kadang sudah tidak dalam kondisi hangat.

Penulis seharusnya juga menganjurkan klien untuk menjaga kebersihan mulut karena kebersihan mulut yang terjaga akan dapat meningkatkan nafsu makan.

Evaluasi

Setelah melaksanakan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam didapatkan evaluasi pada tanggal 18- 02- 2009 dengan hasil yang didapat, subjektif: klien menyatakan nafsu makan meningkat. Objektif: makan habis 1 porsi, A: masalah teratasi planning: pertahankan kondisi klien dengan modifikasi pengawasan dan pengamatan serta tetap melanjutkan intervensi untuk meningkatkan berat badan klien.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, Menurut Carpenito (2009), intoleransi aktivitas adalah penurunan kapasitas fisiologis seseorang untuk melakukan aktivitas sampai tingkat yang diperlukan. atasan karakteristik : mayor, perubahan respons fisiologis terhadap aktifitas. Pernafasan (dispnea, peningkatan frekuensi napas yang berlebihan, sesak nafas, penurunan frekuensi ,napas). Nadi (lemah, menurun, peningkatan yang berlebihan, perubahan irama, gagal kembali ke tingkat praaktivitas setelah 3 menit). Tekanan darah (tidak meningkat bersama aktivitas, peningkatan diastolik > 15 mmHg). Minor : kelemahan, keletihan, pucat atau sianosis, konfusi, dan vertigo.

Diagnosa tersebut penulis angkat karena saat pengkajian penulis menemukan data subjektif klien mengatakan badanya lemas, data objektifnya

klien tampak lemas, kebutuhan aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat.

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, penulis prioritaskan menjadi prioritas ke tiga karena menurut hirarki Maslow intoleransi aktivitas merupakan kebutuhan dasar fisiologis untuk istirahat teratur. Sedangkan menurut Triage intoleransi aktivitas termasuk care plane, merupakan masalah aktual / resiko harus dibuat perencanaan keperawatannya sesuai dengan kondisi klien.

Intervensi

Untuk mengatasi diagnosa diatas penulis menetapkan tujuan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam klien dapat memenuhi kebutuhan aktivitas sendiri dengan kriteria hasil klien bisa melakukan aktivitas mandiri, aktivitas sedikit dibantu keluarga. Untuk penetapan tujuan penulis kurang tepat, seharusnya adalah toleransi klien terhadap aktivitas meningkat. Untuk kriteria hasil penulis juga perlu mencantumkan tanda – tanda vital. Untuk intervensi yang penulis rencanakan adalah kaji kemampuan klien untuk beraktivitas, kaji vital sign saat istirahat, lakukan alih baring setiap 2 jam sekali, ciptakan lingkungan tenang, kolaborasi dengan tim medis seharusnya penulis lebih spesifik untuk menuliskan kolaborasi dengan tim medis yang lebih spesifik. . intervensi tersebut perlu ditambahkan dengan intervensi antara lain pantau individu terhadap aktivitas membantu individu untuk melakukan aktivitas, tingkatkan aktivitas secara bertahap, ukur tanda-tanda vital segera setelah aktivitas.

Implementasi yang penulis lakukan adalah mengkaji klien beraktivitas, mengkaji vital sign saat istirahat, melakukan tirah baring setiap 2 jam, memberikan lingkungan tenang. Untuk memberikan lingkungan tenang penulis mengalami kesulitan karena klien di rawat di ruang perawatan kelas III, di mana jumlah klien yang dirawat dalam satu ruangan 3 orang dan jumlah pengunjung yang cukup banyak. Penulis juga perlu untuk mengukur vital sign sebelum dan setelah klien menjalankan aktivitas.

Evaluasi : setelah melaksanakan keperawatan selama 2 hari, didapatkan data evaluasi subjektif klien mengatakan aktivitasnya meningkat, data objektifnya klien tampak tenang dan rileks, analisa masalah teratasi planningnya pertahankan intervensi dengan metode pengamatan dan pengawasan. Untuk evaluasi harusnya penulis lebih spesifik dalam menjelaskan seperti apa peningkatan aktivitas klien. Penulis juga perlu mencantumkan tanda – tanda vital sebelum dan setelah klien melakukan aktivitas.

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis membahas dari studi kasus ini, maka penulis menyimpulkan sebagai berikut :

A. Kesimpulan

1. Tuberkulosis paru adalah penyakit infeksius yang menyerang parenkim paru, yang dikendalikan oleh respon imunitas perantara sel dan merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh *mycobakterium tuberculosis*.
2. Pada klien dengan tuberkulosis paru pada pengkajian keperawatannya meliputi : aktivitas / istirahat, makanan / cairan, pernafasan, nyeri / kenyamanan, dan kurang pengetahuan tentang penyakit. Fokus intervensi menurut diagnosa yang ada yaitu hipertermi, resiko tinggi infeksi, resiko pertukaran gas, perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, tidak efektifnya bersihan jalan nafas, dan kurang pengetahuan tentang penyakit.
3. Fokus tindakan keperawatan pada Ny. S difokuskan pada ketidakefektifan bersihan jalan napas, gangguan nutrisi kurang kebutuhan tubuh, dan kelemahan fisik.

B. Saran

1. Bagi penulis

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan TB paru.

2. Bagi lahan praktek

Lahan praktek diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya pada pasien dengan TB paru dan dapat memberikan bimbingan yang lebih maksimal pada mahasiswa.

3. Bagi institusi pendidikan

Institusi diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mahasiswa terutama dalam melakukan pemeriksaan pasien dengan TB paru, baik di dalam laboratorium maupun lahan praktek.

4. Bagi masyarakat

Masyarakat diharapkan meningkatkan pengetahuan tentang TB paru sehingga dapat melakukan tindakan pencegahan terhadap penularan serta mampu merawat apabila ada anggota keluarga yang menderita Tb paru.



DAFTAR PUSTAKA

- Arif Mansjoer, *et. al.*, 2001. *Kapita selekta kedokteran*, jilid 1, edisi 3. Jakarta : Media Aesculapius.
- Arjatmo Tjokronegoro dan Hendra Utama, 2001. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid II. Jakarta : Balai Penerbit FKUI
- Bruner dan Suddarth, 2002. *Buku Ajar keperawatan bedah*. Edisi 8, cet. 1. Jakarta : EGC
- Carpenito Lynda Juall, 2009. *Diagnosis keperawatan Aplikasi pada praktik klinis*, Edisi 9, cet. 1, Jakarta : EGC
- Charlene J. Reeves, Gayle Roux, dan Loekhart, 2001. *Keperawatan medikal bedah*. Jakarta : Salemba Medika,
- Doengoes E. Marilyn, 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien*. Edisi 3, cet. , EGC, Jakarta
- Haryanto, 2008. *Konsep Dasar Keperawatan dengan Pemetaan Konsep (Concept mapping)*. Jakarta : Salemba Media
- Isman Somantri, 2008. *Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem pernapasan*. Jakarta : Salemba Media
- Jonathan Gleadle, 2005. *Anamnesis dan pemeriksaan fisik*. Erlangga, Jakarta
- Lawrence M. Tierney, *et. al.*, 2002. *Diagnosis dan Terapi Kedokteran (penyakit dalam)*. Salemba Medika, Jakarta
- Nikmatur Rohmah dan Saiful Walid, 2009. *Proses Keperawatan Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta : Ar-Ruzz Media
- Patricia A. Potter, 2005. *Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik*. Cet 1. Jakarta : EGC
- Price Sylvia Anderson, Lorraine McCarty Wilson. 2006. *Patofisiologis*. Edisi 6, cet. 1. Jakarta : EGC
- Santa Manurung, *et. al.*, 2009. *Gangguan Sistem pernafasan akibat infeksi*. Jakarta : Trans Info Media,
- Tjandra Yoga Aditama, 2006. *Tuberculosis, rokok dan perempuan*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI