

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. A DENGAN
TUBERKULOSIS DI RUANG ATHFAL
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Di Susun Oleh :
Reno Dwi Kurniawan
NIM. 89.331.2906

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

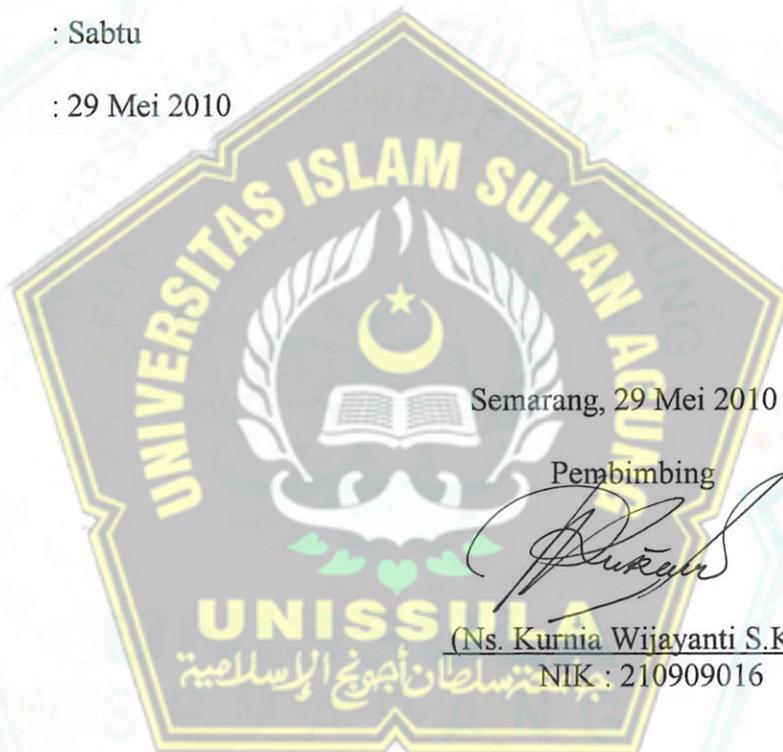
2010

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 : Sabtu

Tanggal : 29 Mei 2010



Semarang, 29 Mei 2010

Pembimbing



(Ns. Kurnia Wijayanti S. Kep)

NIK : 210909016

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertanggungjawabkan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Rabu tanggal 2 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 2 Juni 2010

Tim Penguji

Penguji I



(Erna Melastuti, S.kep., Ns)

NIK: 210900010

Penguji II



(Indra Tri Astuti, S.Kep., Ns)

NIK: 210900009

Penguji III



(Kurnia Wijayanti, S.Kep., Ns)

NIK : 210909016

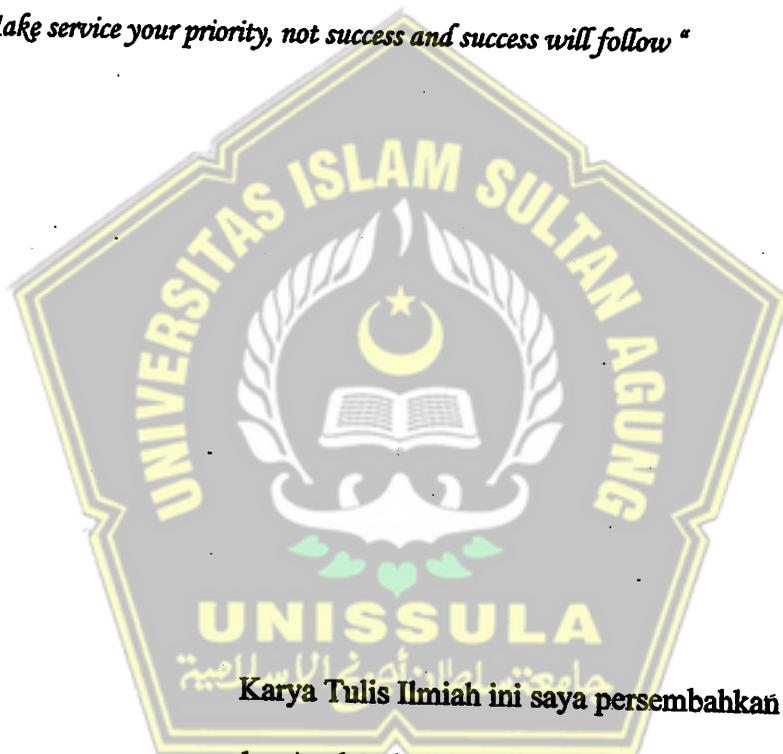
MOTTO DAN PERSEMBAHAN

" Sesungguhnya sesudah kesulitan itu pasti ada kemudahan "

(Al – Insyira ayat 6)

" Fokus 90 % of your time on solutions and only 10 % of your time on problem "

" Make service your priority, not success and success will follow "



Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan :

1. Ayahanda (alm) H. Moh Kholil
2. Ibunda Hj. Sri Kurnia Kholil
3. Kakakku Hj. Apriliana Dewi Anggraeni
4. Teman – teman yang saya banggakan
5. Sahabat yang selalu mendukung saya

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum 'alaikum Wr WB

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. A DENGAN TUBERKULOSIS ANAK RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG.**

Adapun maksud dari penyusunan karya tulis ilmiah ini untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan program studi DIII Keperawatan. Karena keterbatasan waktu, pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki maka penulis menyadari ketidaksempurnaan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini. Namun, berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak akhirnya karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Untuk itu pada kesempatan ini Penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahnya sehingga penulis mampu membuat karya tulis ilmiah ini.
2. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaludin Msc, M. Eng selaku Rektor unissula
3. Bapak Iwan Ardian. SKM selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan yang selalu memberikan semangat, dukungannya bagi kami dan memberikan bimbingannya pada kami untuk selalu berakhlakul kharimah.
4. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula, yang tidak pernah lelah memberikan nasehatnya kepada kami, untuk terus maju dan mencapai kesuksesan.

5. Rumah Sakit Islam Sultan Agung, yang telah memberikan kesempatan kepada saya praktek disana, sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ibu Ns. Kurnia Wijayanti, S.Kep yang tidak pernah lelah memberikan bimbingan kepada saya sehingga Karya Tulis Ilmiah Ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya.
7. Dosen dan Staf pengajar Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung yang sudah banyak membantu dalam pelaksanaan belajar mengajar.
8. Orang tua yang selalu mendukung dan selalu memberikan yang terbaik bagi saya, selalu mendoakan saya agar dapat meraih yang terbaik di dalam kehidupan.
9. Kakak saya yang selalu berusaha memberikan yang terbaik pada saya selama ini.
10. Sahabat-sahabat saya yang selama ini sama-sama berjuang membuat Karya Tulis Ilmiah ini, lelah bersama, sedih bersama, senang bersama, kebersamaan ini yang membuat saya tidak menyerah dan putus asa

Semoga Allah SWT melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua dan besar harapan penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi penulis khususnya dan pembaca dari semua pihak.

Tiada mahluk yang menghasilkan karya yang sempurna, dengan segala keterbatasan pengetahuan dan kemampuan, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran demi peningkatan pengetahuan dan perbaikan penulis di masa mendatang.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Semarang, Juni 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
MOTTO	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Tujuan Penulisan	3
C. Manfaat Penulisan	3
BAB II KONSEP DASAR	5
A. Konsep Dasar Anak	5
1. Pengertian Anak	5
2. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak	5
3. Perkembangan Anak	9
B. Konsep Dasar Penyakit.....	10
1. Pengertian.....	10
2. Etiologi	10
3. Patofisiologi	10
4. Manifestasi Klinik	11
5. Pathways	14
6. Pemeriksaan Diagnostik	15

7. Komplikasi	17
8. Penatalaksanaan	18
a) Medis.....	18
b) Keperawatan.....	19
C. Pengkajian Keperawatan	20
1. Pengkajian Keperawatan	20
2. Diagnosa Keperawatan.....	22
3. Fokus Intervensi.....	22
BAB III RESUME KEPERAWATAN	28
A. Pengkajian	28
1. Identitas Klien	28
2. Riwayat Kesehatan	28
3. Riwayat Masa Lalu	29
B. Analisa Data	34
C. Diagnosa Keperawatan	34
D. Intervensi Keperawatan	35
E. Implementasi	35
F. Evaluasi	37
BAB IV PEMBAHASAN	38
BAB V PENUTUP	45
A. Kesimpulan	46
B. Saran	47

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit paru bukanlah penyakit yang baru di Indonesia. Terutama penyakit paru karena infeksi. Penyakit infeksi seperti tuberkulosis penyebab kematian dengan urutan atas atau angka kematian (*mortalitas*) tinggi, angka kejadian penyakit (*morbiditas*) diagnosis dan terapi yang cukup lama. *World Health Organization* dalam *Annual Report on Global TB Control 2003* menyatakan terdapat 22 negara dikategorikan sebagai *high burden countries* terhadap tuberkulosis, termasuk Indonesia. Dengan jumlah penduduk yang cukup besar membuat Indonesia menempati urutan ketiga dalam hal penderita tuberkulosis, setelah India dan Cina (Achmadi, 2005).

Di Indonesia menurut *World Health Organization* pada tahun 1990, jumlah kasus tuberkulosis adalah 583.000 orang per tahun dan menyebabkan kematian sekitar 140.000 orang per tahun. Peningkatan tuberkulosis paling banyak terjadi pada usia 25-44 tahun (54,5%), diikuti oleh usia 0-4 tahun (36,1%), dan 5-12 tahun (38,1). Kasus tuberkulosis anak di Indonesia pada tahun 2007 tercatat sebanyak 3990 kasus, padahal tahun 2006 jumlahnya hanya 397 kasus. Di propinsi Lampung pada tahun 2007 ditemukan jumlah penderita tuberkulosis sebanyak 1200 kasus. Penderita tuberkulosis di Kota Metro berdasarkan laporan tahunan pada tahun 2007 ditemukan sebanyak 28

kasus yang berasal dari seluruh wilayah puskesmas yang ada di Metro. Jumlah penderita tuberkulosis di rumah sakit umum daerah A. Yani Metro berdasarkan laporan tahunan pada tahun 2007 sebanyak 145 orang.

(Rahajoe, 2007)

Faktor resiko yang dapat mempengaruhi terjadinya tuberkulosis paru pada anak adalah faktor ekonomi, asupan gizi yang kurang, dan karena adanya kontak personal dengan penderita tuberkulosis paru yang lain.. Penanggulangan penyakit tuberkulosis menjadi fokus utama dari program (Penanggulangan Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut) P2ISPA. Program ini mengupayakan agar istilah tuberkulosis lebih dikenal masyarakat, sehingga memudahkan kegiatan penyuluhan dan penyebaran informasi tentang penanggulangan tuberkulosis (Saad, 2006).

Prevalensi tuberkulosis yang begitu tinggi di Indonesia pada saat ini, membuat penulis tertarik untuk mengetahui lebih mendalam tentang tuberkulosis dan segala penanganan termasuk implikasi keperawatan yang muncul serta penyelesaian yang tepat sesuai situasi dan kondisi pasien.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mampu memahami tentang asuhan keperawatan pada keluarga Tn. M dengan masalah tuberkulosis pada An. A di RSI Sultan Agung Semarang.

2. Tujuan khusus.

Mengetahui pendekatan proses keperawatan :

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan tuberkulosis.
- b. Penulis mampu membuat diagnosa keperawatan pasien dengan tuberkulosis.
- c. Penulis mampu membuat rencana tindakan keperawatan kepada pasien tuberkulosis.
- d. Penulis mampu membuat implementasi pada pasien dengan tuberkulosis.
- e. Penulis mampu mengevaluasi rencana tindakan yang telah dilakukan dengan pasien tuberkulosis.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Penulis

- a. Penulis dapat mengetahui dan memahami kelainan sistem pernapasan akibat infeksi mikrobakteria tuberkulosis.
- b. Menambah wawasan dan pengetahuan dalam penyusun karya tulis ilmiah.

- c. Pengetahuan dan pengalaman peneliti mengungkapkan teori yang diperoleh kemudian dapat di terapkan untuk masyarakat luas.

2. Bagi Instansi Pendidikan

- a. Sebagai sarana pembelajaran mahasiswa dalam sebuah pembuatan laporan kegiatan.
- b. Sebagai tolak ukur dalam keberhasilan proses belajar mengajar.

3. Bagi Lahan Praktik

Dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan penanganan pada anak dengan gejala tuberkulosis.

4. Bagi Masyarakat

Dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang mikrobakteria tuberkulosis.



BAB II

KONSEP DASAR

A. Kosep Dasar Anak

1. Pengertian Anak

Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Masa anak merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang di mulai dari bayi (0-1 tahun), usia bermain atau toddler (1-2,5 tahun), usia sekolah (5-11 tahun) hingga remaja (11-18 tahun). Rentang ini berbeda antara anak satu dengan yang lain mengingat latar belakang anak berbeda. Pada anak terdapat rentang perubahan pertumbuhan dan perkembangan yaitu rentang cepat dan lambat. Dalam proses perkembangan anak memiliki ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola koping dan perilaku sosial (Hidayat, 2005).

2. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Menurut Hidayat, (2005) pertumbuhan dan perkembangan pada tahun kedua anak akan mengalami beberapa perlambatan dalam pertumbuhan fisik, dimana pada tahun kedua anak akan mengalami kenaikan berat badan sekitar 1,5-2,5 kg dan panjang badan 6-10 cm, kemudian pertumbuhan otak juga akan mengalami perlambatan yaitu kenaikan lingkaran kepala hanya 2 cm, untuk

pertumbuhan gigi terdapat tambahan 8 buah gigi susu termasuk gigi geraham pertama, dan gigi taring sehingga seluruhnya berjumlah 14-16 buah.

Faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak menurut Riyadi, (2009).

a. Faktor herediter

Hereditas merupakan faktor yang tidak dapat dirubah atau dimodifikasikan, ini merupakan modal dasar untuk mendapatkan hasil akhir dari proses tumbuh kembang. Melalui instruksi genetik yang terkandung didalam sel telur yang telah dibuahi dapatlah ditentukan kuantitas dan kualitas pertumbuhan. Termasuk dalam faktor genetik adalah jenis kelamin dan suku bangsa atau ras. Misalnya, anak keturunan bangsa Eropa akan lebih tinggi dan lebih besar jika dibandingkan dengan keturunan asia termasuk Indonesia, pertumbuhan postur tubuh wanita akan berbeda dengan laki-laki.

b. Faktor lingkungan.

1) Lingkungan Internal

Hal yang berpengaruh diantaranya adalah hormone dan emosi. Ada tiga hormon yang mempengaruhi pertumbuhan anak, hormone *somatotropin* merupakan hormone yang mempengaruhi jumlah sel tulang, merangsang sel otak dalam masa pertumbuhan, berkurangnya hormone ini akan menyebabkan *Gigantisme*. Hormone *Tiroi* akan mempengaruhi pertumbuhan tulang, kekurangan hormone ini akan

menyebabkan *kretinisme* dan hormon *Gonadotropin* yang berfungsi untuk merangsang perkembangan seks laki-laki dan memproduksi spermatozoa, sedangkan estrogen merangsang perkembangan seks sekunder wanita dan produksi sel telur, jika kekurangan hormon *Gonadotropin* ini akan menyebabkan terhambatnya perkembangan seks.

- 2) Terciptanya hubungan yang hangat dengan orang lain seperti ayah, ibu, saudara, teman sebaya, guru dan sebagainya akan berpengaruh besar terhadap perkembangan emosi, sosial dan intelektual anak. Cara seorang anak dalam berinteraksi dengan orang tua akan mempengaruhi interaksi anak diluar rumah. Pada umumnya anak yang dalam perkembangannya baik akan mempunyai intelegensi yang tinggi jika dibandingkan dengan anak yang tahap perkembangannya lambat.

3) Lingkungan Eksternal

Dalam lingkungan eksternal ini banyak sekali yang mempengaruhi antara lain ; kebudayaan. Kebudayaan suatu daerah akan mempengaruhi kepercayaan, adat istiadat dan tingkah laku dalam bagaimana orangtua mendidik anaknya. Status sosial ekonomi keluarganya juga berpengaruh, orang tua yang ekonomi menengah keatas dapat dengan mudah menyekolahkan anaknya di sekolah-sekolah yang berkualitas, sehingga mereka dapat menerima dan mengadopsi cara-cara baru bagaimana cara merawat anak dengan baik.

Status nutrisi pengaruhnya juga sangat besar, orang tua dengan ekonomi lemah bahkan tidak mampu memberikan makanan tambahan buat bayinya, sehingga bayi akan kekurangan asupan nutrisi yang selanjutnya daya tahan tubuh tubuh akan menurun dan akhirnya bayi atau anak akan sakit.

Olah raga yang teratur dapat meningkatkan sirkulasi darah dalam tubuh, aktifitas fisiologi dan stimulasi terhadap perkembangan otot-otot, posisi anak dalam keluarga ditengarai juga berpengaruh, anak pertama akan menjadi pusat perhatian orang tua sehingga semua kebutuhan dipenuhi baik itu kebutuhan fisik, emosi maupun sosial.

4) Faktor Pelayanan Kesehatan

Adanya pelayanan kesehatan yang memadai yang ada di sekitar lingkungan dimana anak tumbuh dan berkembang, diharapkan tumbang anak dapat dipantau. Sehingga apabila terdapat sesuatu hal yang sekiranya meragukan atau terdapat keterlambatan dalam perkembangannya, anak dapat segera mendapatkan pelayanan kesehatan dan solusi pencegahannya.

3. Perkembangan anak

Perkembangan anak umur 15 bulan menurut Wong, (2003) di bagi menjadi:

a) Motorik kasar

Sudah bisa berjalan sendiri tanpa bantuan dari orang lain, memanjat tangga, berlutut tanpa sokongan, memilih posisi berdiri tanpa sokongan.

b) Motorik halus

Memegang dua kotak dalam satu tangan, mencoret-coret secara spontan, melepaskan butir-butir ke dalam leher botol yang sempit, memegang dua kotak dalam satu tangan.

c) Bahasa

Mengatakan empat sampai enam kata, termasuk nama, meminta objek dengan menunjuknya, memahami perintah sederhana, dapat menggunakan gerakan berjabat tangan untuk mengatakan tidak, menggunakan tidak meskipun menyetujui permintaan.

d) Sosialisasi

Mentoleransi perpisahan dari orang tua, mulai meniru orang tua, makan sendiri dengan menggunakan cangkir tertutup dan sedikit tumpah, dapat membuang botol, mencium dan memeluk orang tua.

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Tuberkulosis paru adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh mikrobakterium tuberkulosis dengan gejala yang sangat bervariasi (Mansjoer, 2001).

Tuberkulosis paru adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh mikrobakterium tuberkulosis kuman batan tahan asam ini dapat merupakan organisme patogen maupun saprofit (Price, 2005).

Tuberkulosis paru adalah suatu penyakit infeksi, yang terutama menyerang parenkim paru (Smeltzer&Bare, 2001).

2. Penyebab

Penyebab tuberkulosis adalah *Myobacterium tuberculosae*, sejenis kuman berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-4/Um dan tebal 0,3-0,6/Um (Achmadi, 2005).

Penyebab tuberkulosis paru adalah mikrobakterium tuberkulosis yang bersifat tahan asam aerob dan sensitive terhadap panas dan sinar ultraviolet (Suyono, 2001).

3. Patofisiologi

Smeltzer & Bare, (2001) menjelaskan tentang patofisiologi dari tuberkulosis yaitu

Individu rentan yang menghirup basil tuberkulosis 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.

System imun tubuh berespon dengan melakukan reaksi inflamasi. Fagosit menelan banyak bakteri, limfosit spesifik tuberkulosis melisis basil dan jaringan normal, sehingga mengakibatkan penumpukkan eksudat dalam alveoli dan menyebabkan bronkopneumonia.

Massa jaringan paru atau granuloma (gumpalan basil yang masih hidup dan yang sudah mati) dikelilingi makrofag membentuk dinding protektif. Granuloma 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 skar kolagenosa. Bakteri menjadi dorman, tanpa perkembangan penyakit aktif. Individu dapat mengalami penyakit aktif karena gangguan atau respon inadkuat sistem imun, maupun karena infeksi ulang dan aktivasi bakteri dorman. Dalam kasus ini tuberkel *ghon* memecah, melepaskan bahan seperti keju ke bronki. Bakteri kemudian menyebar di udara, mengakibatkan penyebaran lebih lanjut. Paru yang terinfeksi menjadi lebih membengkak mengakibatkan bronkopneumonia lebih lanjut.

4. Manifestasi Klinik

Menurut Manurung, (2009) dijelaskan bahwa manifestasi klinik dari tuberkulosis adalah :

a. Demam

Demam merupakan gejala pertama dari tuberkulosis paru, biasanya timbul pada sore dan malam hari disertai dengan keringat mirip demam influenza yang segera mereda. Tergantung dari daya tahan tubuh dan virulensi kuman, serangan demam yang berikut dapat terjadi setelah 3 bulan, 6 bulan, 9 bulan. Demam seperti influenza ini timbul dan semakin lama makin panjang masa serangannya, sedangkan masa bebas serangan akan makin pendek. Demam dapat mencapai 40-45 °C.

b. Malaise

Tuberkulosis bersifat radang menahun, maka dapat terjadi rasa tidak enak badan, pegal-pegal, nafsu makan berkurang, badan makin kurus, sakit kepala, mudah lelah.

c. Batuk

Batuk baru timbul apabila proses penyakit telah melibatkan bronchus. Batuk mula-mula terjadi oleh karena iritasi bronchus, selanjutnya akibatnya ada peradangan pada bronchus, batuk akan menjadi produktif. Batuk produktif ini berguna untuk membuang produk ekskresi peradangan.

d. Sesak Nafas

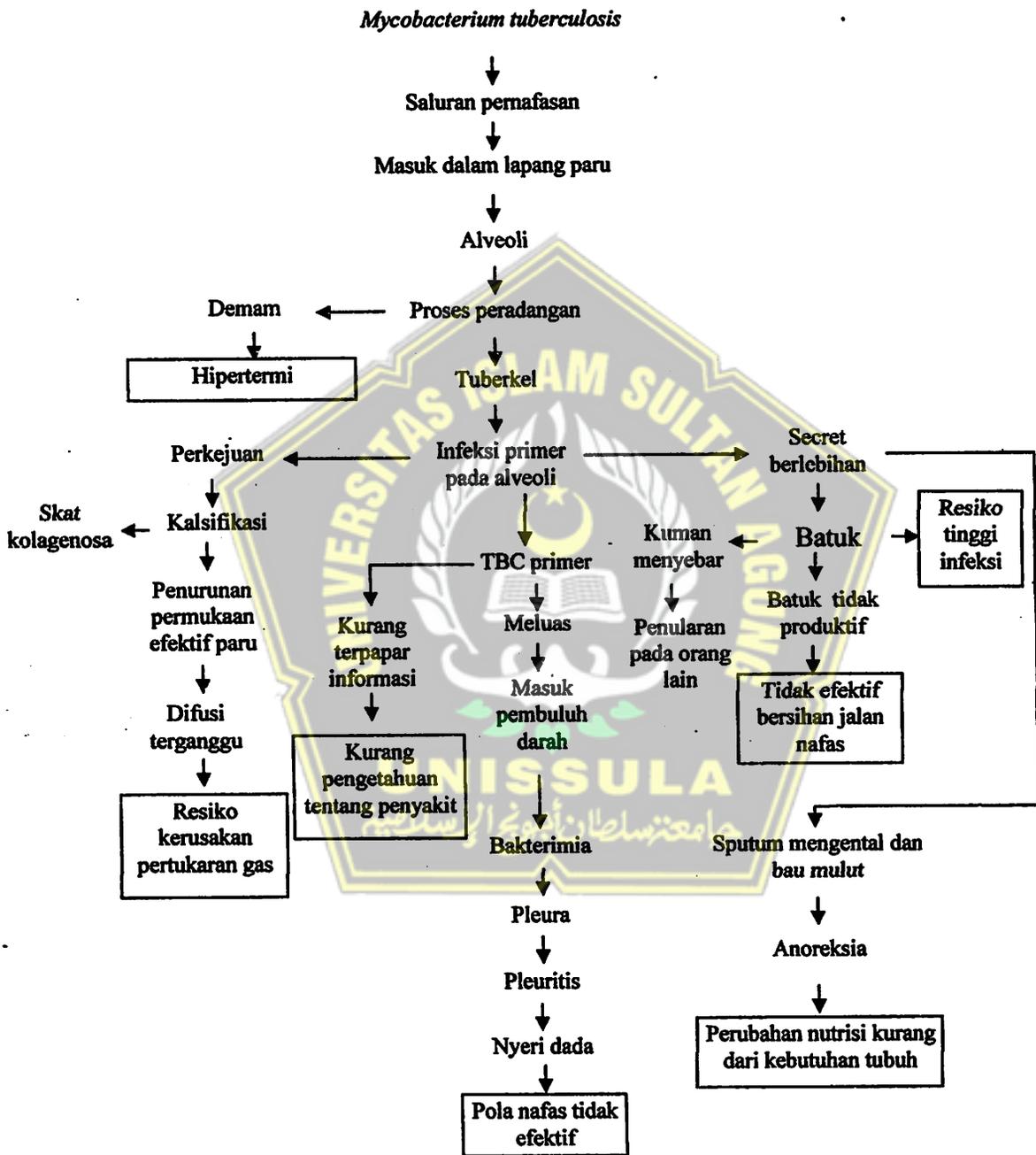
Gejala ini ditemukan pada penyakit yang lanjut dengan kerusakan paru yang cukup luas. Pada awal penyakit gejala ini tidak pernah ditemukan.

e. Nyeri Dada

Gejala ini timbul apabila system persyarafan yang terdapat di pleura terkena, gejala ini dapat bersifat lokal pleuritik.



5. Pathways



(Smeltzer & Bare, 2001)

6. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik tuberkulosis menurut Suyono, (2001) dapat dilakukan dengan pemeriksaan radiologis.

Pemeriksaan radiologis dada merupakan cara praktis untuk menemukan lesi tuberkulosis. Lokasi lesi tuberkulosis umumnya di daerah apek paru, tapi dapat juga mengenai lobus bawah atau di daerah hilus menyerupai tumor paru. Pada awal penyakit dimana lesi masih merupakan sarang-sarang pneumonia sambaran radiologis adalah berupa bercak-bercak seperti awan dengan batas yang tidak tegas. Bila telah berlanjut bercak-bercak awan menjadi lebih jelas. Pada kavatas bayangannya berupa cincin yang mula-mula berdinding tipis lama-kelamaan dinding menjadi skelerotik dan terlihat menebal. Bila terjadi fibrosis terlihat bayangan bergaris-garis gambaran radiology lain yang sering menyertai tuberkulosis paru adalah penebalan paru (pleuritis). Masa cairan di bagian bawah paru (efusi pleura atau emplema). Bayangan hitam radiolusan di pinggir paru atau pleura (pneumathorak).

Selain pemeriksaan radiologis Manurung, (2009) menjelaskan bahwa pemeriksaan laboratorium pada tuberkulosis dapat dilakukan dengan pemeriksaan darah, sputum bakteri tahan asam, dan test tubercilin.

a. Darah

Pada tuberkulosis aktif biasanya ditemukan adanya peningkatan leukosit dan laju endap darah (LED) memanjang.

b. Sputum bakteri tahan asam

Pemeriksaan bakteriologik di lakukan untuk menemukan kuman tuberkulosis. Pemeriksaan sputum bakteri tahan asam diambil pada pagi hari karena udara dingin sehingga bakteri tidak keluar, hasil yang di peroleh akan akurat. Diagnosa pasti di tegakkan bila pada biakan di temukan kuman tuberkulosis. Pemeriksaan penting untuk diagnosa deventive dan menilai kemajuan klien. Di lakukan tiga kali berturut-turut untuk menyakinkan saja dan biakan atau kultur bakteri tahan asam selama 4-8 minggu.

c. Test Tubercilin (Mantoux Test)

Pemeriksaan ini banyak digunakan untuk menegakkan diagnosa terutama anak-anak. Biasanya diberikan suntikan (*Protein Perified Derivation*) PPD secara intra cutan 0,1 cc. Lokasi penyuntikan umumnya pada ½ bagian atas lengah tuberkulosis di lakukan setelah 48-72 jam penyuntikan dengan mengukur diameter dari pembengkakan (indurasi) yang terjadi pada lokasi suntikan. Indurasi berupa kemerahan dengan hasil sebagai berikut:

- 1) Indurasi 0-5 mm : negatif
- 2) Indurasi 6-9 mm : meragukan
- 3) Indurasi >10 mm: positif

Test tuberculin negatif berarti bahwa secara klinis tidak ada infeksi mikrobakterium tuberkulosa, dan bila hasil meragukan dapat disebabkan karena kesalahan teknik reaksi silang.

Test tuberkulin negatif jika : malnutrisi energi protein, tinggi badan berat, morbili varisela, pertusis difteria, typhoid abdominal, pemberian kortikosteroid lama, vaksin polio.

7. Komplikasi

Komplikasi pada tuberkulosis bisa dibagi menjadi dua menurut Bahar, (2001), yaitu komplikasi dini dan komplikasi lanjut

a. Komplikasi dini

- 1) Pleuritis : terjadinya suatu peradangan pada selaput dada atau paru yang disebabkan oleh kuman mikro bakterium
- 2) Efusi pleura : adanya cairan dalam rongga pleura yang disebabkan oleh beberapa macam penyakit.
- 3) Laringitis : peradangan yang terdapat pada laring
- 4) Menjalar ke organ lain (usus)

b. Komplikasi lanjut

- 1) Obstruksi jalan napas (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis) SPOT
- 2) Kerusakan parenkim berat (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis) SOPT atau fibrosis paru, kor pulmonal)

- 3) Amiloidosis : suatu penyakit dimana amiloid (suatu protein yang tidak biasa, yang dalam keadaan normal tidak ditemukan dalam tubuh) terkumpul dalam berbagai jaringan.
- 4) Sindrom gagal napas (ARDS): suatu bentuk gagal napas akut yang berkembang progresif pada penderita kritis dan cedera tanpa penyakit paru sebelumnya.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis tuberkulosis menurut Yuliani dan Suriadi, (2006) menjelaskan:

Dalam pemberian terapi pada tuberkulosis didasarkan pada 3 karakteristik basil, yaitu basil yang berkembang cepat di tempat yang kaya akan oksigen, basil yang hidup dalam lingkungan yang kurang oksigen berkembang lambat dan hingga beberapa tabun, basil yang mengalami mutasi sehingga resisten terhadap obat. Isoniazid (INH) bekerja sebagai bakterisidal terhadap basil yang tumbuh aktif diberikan selama 18-24 bulan, dosis 10-20mg/kgbb/hari melalui oral. Selanjutnya kombinasi antara INH, rifampizin, dan pyrazinamid (PZA) diberikan selama 6 bulan.

Selama dua bulan pertama obat diberikan setiap hari, selanjutnya obat diberikan dua kali dalam satu minggu. Obat tambahan antara lain streptomycin (diberikan intramuskuler selama 6 bulan) dan ethambutol. Terapi kortikosteroid diberikan bersamaan dengan obat antituberkulosis,

untuk mengurangi respon peradangan, misalnya pada meningitis. Efek samping dari pemberian obat seperti rifampisin, ethambutol, INH, pirozynomid yaitu telinga berdengung, kencing merah, mual muntah.

Sedangkan pada proses keperawatan Murwani, (2008) penatalaksanaan keperawatan pada klien dengan tuberkulosis dapat dilakukan sebagai berikut:

- a. Isolasi dan pengelompokkan pasien sejenis
 - 1) Sediakan masker dan sputum bot
 - 2) Sediakan cuci tangan (larutan lisol 1-2%)
 - 3) Sediakan tempat pakaian kotor atau plastik
 - 4) Atur pengunjung (cegah penularan)
- b. Mengurangi batuk
 - 1) Ruangan segar dan bebas debu
 - 2) Hindarkan makanan yang merangsang batuk
- c. Mengeluarkan sputum
 - 1) Posisi postural drainase dan membatukkan
 - 2) Inhalasi
 - 3) Memberikan obat untuk pengencer lendir
- d. Merawat panas badan yang tinggi
 - 1) Kompres es di kepala
 - 2) Batasi aktifitas
 - 3) Memberikan obat penurun panas

4) Memberikan makan (Tinggi Kalori Tinggi Protein) TKTP dan banyak minum.

e. Penyuluhan kesehatan

- 1) Penyakit dan permasalahannya
- 2) Terapi dan perawatannya
- 3) Cara pencegahan kambuh
- 4) Menjelaskan pelaksanaan terapi kerja

C. Pengkajian Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian menurut Doenges, (2000) sebagai berikut :

a. Aktivitas atau istirahat

Gejala : kelemahan umum dan kelelahan.
napas pendek dengan pengerahan tenaga.
sulit tidur pada malam hari dengan demam atau keringat malam.

mimpi buruk.

Tanda : takikardia, takipnea atau dispnea.

kelelahan otot, nyeri dan kaku.

b. Makanan atau cairan :

Gejala : kehilangan nafsu makan.

tidak sanggup mencerna.

penurunan berat badan.

Tanda : turgor kulit buruk, kering kulit bersisik.
kelemahan otot, lemak subkutan tipis.

c. Nyeri atau kenyamanan

Gejala : nyeri dada karena batuk berulang.

Tanda : berhati-hati pada area yang sakit.
perilaku distraksi, gelisah.

d. Pernapasan :

Gejala : batuk (produktif atau non produktif).
napas pendek.

Tanda : riwayat tuberkulosis atau terpajan pada individu terinfeksi.
peningkatan jumlah pernapasan.
gerakan pernapasan asimetri.
perkusi : dullness, penurunan fremitus pleura terisi cairan.
suara napas : ronkhi.
sputum : hijau atau purulen, kekuningan, pink.

e. Keamanan atau Keselamatan :

Gejala : adanya kondisi penekanan imun, contoh kanker.

Tanda : demam pada kondisi akut.

f. Interaksi Sosial :

Gejala : perasaan isolasi atau ditolak karena penyakit menular.

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum
- b. Resiko kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan kerusakan membrane alveolar kapiler, penurunan permukaan efektif paru.
- c. Hiperthermia berhubungan dengan proses peradangan.
- d. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia.
- e. Resiko tinggi penyebaran infeksi pada diri sendiri maupun orang lain berhubungan dengan virulensi kuman, pertahanan primer tidak adekuat, kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan pathogen.
- f. Kurang pengetahuan mengenai kondisi, aturan tindakan dan pencegahan penyakit berhubungan dengan kurang atau tidak lengkap informasi yang ada.

3. Fokus intervensi

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum

Tujuan :

Mempertahankan jalan nafas adekuat

Kriteria hasil :

Individu tidak akan mengalami aspirasi

Intervensi :

- 1) Kaji fungsi pernafasan, bunyi nafas, kecepatan irama, kedalaman, penggunaan otot aksesori

Rasional : pola napas dapat berubah karena ada sumbatan jalan napas.

- 2) Berikan posisi semi atau fowler tinggi

Rasional : untuk meningkatkan drainase dari sisi sinus yang terinfeksi.

- 3) Suction sesuai indikasi

Rasional : mengeluarkan sputum secara mekanik dan mencegah obstruksi jalan napas.

- 4) Lakukan fisioterapi dada

Rasional : merangsang gerakan mekanik lewat vibrasi dinding dada supaya sputum mudah bergerak keluar.

- 5) Pertahankan asupan cairan 2500 ml per hari

Rasional : hidrasi dapat membantu mengencerkan lender.

- b. Resiko kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan kerusakan membrane alveolar kapiler, penurunan permukaan efektif paru.

Tujuan : klien tidak menunjukkan gejala distress pernafasan

Kriteria hasil : melaporkan tak adanya penurunan dispnea

Intervensi :

- 1) Kaji dispnea, takipnea, peningkatan upaya bernafas, terbatasnya ekspansi dada dan kelemahan.

Rasional : distress pernapasan yang dibuktikan dengan dispnea dan takipnea sebagai indikasi penurunan kemampuan menyediakan oksigen bagi jaringan.

2) Awasi suhu tubuh

Rasional : demam tinggi sangat meningkatkan kebutuhan metabolik dan kebutuhan oksigen.

3) Awasi frekuensi jantung atau irama.

Rasional : takikardia biasanya ada sebagai akibat demam atau dehidrasi tetapi dapat sebagai respons terhadap hipoksemia.

c. Hipertermia berhubungan dengan proses peradangan

Tujuan : mempertahankan suhu tubuh normal

Kriteria hasil : mengurangi faktor resiko hipertermia

Intervensi :

1) Pantau suhu tubuh klien, perhatikan menggigil atau diaphoresis

Rasional : suhu pada bagian aksila harus diukur selama 5 menit

2) Batasi penggunaan pakaian atau linen tebal.

Rasional : akan meningkatkan kemampuan alami tubuh untuk menurunkan suhu tubuh.

3) Berikan kompres hangat, hindari penggunaan alcohol.

Rasional : menurunkan suhu.

4) Anjurkan untuk mempertahankan masukan cairan adekuat untuk mencegah dehidrasi.

Rasional : cairan diperlukan untuk mempertahankan fungsi metabolik ketika terjadi demam.

5) Kolaborasi pemberian antipiretik

Rasional : menurunkan panas

d. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia.

Tujuan : klien bebas dari tanda malnutrisi

Kriteria hasil : berat badan naik.

Intervensi :

1) Kaji status nutrisi, turgor kulit, integritas mukosa oral, berat badan dan kekurangan berat badan, kemampuan menelan, riwayat mual, muntah, diare.

2) Identifikasi faktor yang menimbulkan mual atau muntah, misalnya; sputum banyak, dispnea berat.

Rasional : sputum akan merangsang nervus vagus sehingga berakibat mual.

3) Berikan wadah tertutup untuk sputum dan buang sesering mungkin.

Rasional : untuk mengetahui sputum yang telah dikeluarkan.

e. Resiko tinggi penyebaran infeksi pada diri sendiri maupun orang lain berhubungan dengan virulensi kuman, pertahanan primer tidak adekuat, kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan pathogen.

Tujuan :

klien dapat mengidentifikasi tindakan untuk mencegah atau menurunkan resiko infeksi.

Kriteria hasil :

klien menunjukkan perubahan pola hidup untuk meningkatkan lingkungan yang aman.

Intervensi :

- 1) Kaji patologi penyakit dan potensial penyebaran infeksi melalui droplet

Rasional : membantu pasien menyadari atau menerima perlunya mematuhi program pengobatan untuk mencegah pengaktifan berulang atau komplikasi.

- 2) Identifikasi orang lain yang beresiko (anggota keluarga atau teman)

Rasional : orang-orang yang terpejan ini perlu program terapi obat untuk mencegah penyebaran atau terjadinya infeksi.

- 3) Anjurkan klien untuk batuk atau bersin pada tisu dan menghindari meludah.

Rasional : perilaku yang diperlukan untuk mencegah penyebaran infeksi.

- 4) Awasi suhu sesuai indikasi

Rasional : reaksi demam indikator adanya infeksi lanjut.

- f. Kurang pengetahuan mengenai kondisi, aturan tindakan dan pencegahan penyakit berhubungan dengan kurang atau tidak lengkap informasi yang ada.

Tujuan : klien memahami proses penyakit dan kebutuhan pengobatan

Kriteria hasil : klien melakukan perubahan pola hidup untuk memperbaiki kesehatan

Intervensi :

- 1) Jelaskan pentingnya cuci tangan

Rasional : untuk mencegah terjadinya infeksi

- 2) Jelaskan pentingnya istirahat dan tidur yang cukup 6-8 jam per hari

Rasional : untuk mendukung daya tahan tubuh dan mengurangi terhadap infeksi pernapasan.

- 3) Jelaskan dosis obat, frekuensi pemberian, efek samping dan alasan pengobatan lama

Rasional : mencegah resistensi obat dan mempercepat penyembuhan

- 4) Jelaskan kepada klien agar menutup mulut saat batuk dan bersin

Rasional : untuk mencegah penularan penyakit pada orang lain

(Carpenito, 2009, Doenges, 2000, Riyadi, 2009)

BAB III

RESUME KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari Senin tanggal 17 Agustus 2009 jam 09.00 WIB, di ruang Athfal Lantai II RSI Sultan Agung Semarang.

1. Identitas

Identitas klien : Nama An. A, berumur 15 bulan dengan jenis kelamin perempuan, beragama Islam, An. A bersuku Jawa dan berkebangsaan Indonesia, tempat tinggal klien di Jl. Raya Kaligawe
Diagnosa medis tuberkulosis dengan nomor register 074471, masuk pada tanggal 15 Agustus 2009. Sumber informasi yang didapat oleh penulis adalah dari orang tua klien, perawat di ruang Athfal Lantai II dan buku catatan medis dan keperawatan.

Identitas penanggung jawab : penanggung jawab klien adalah Tn. M berumur 30 tahun dengan jenis kelamin laki-laki, beragama Islam, pekerjaan swasta, hubungan dengan klien adalah bapak.

2. Riwayat Kesehatan

Pada keluhan utama, ibu klien mengatakan klien batuk dan sesak napas. Riwayat kesehatan sekarang, 4 hari sebelum dibawa di rumah sakit yaitu pada tanggal 11 Agustus 2009, muncul keluhan klien batuk dan sesak nafas, batuk terus menerus dan sulit mengeluarkan sputum, selang 2

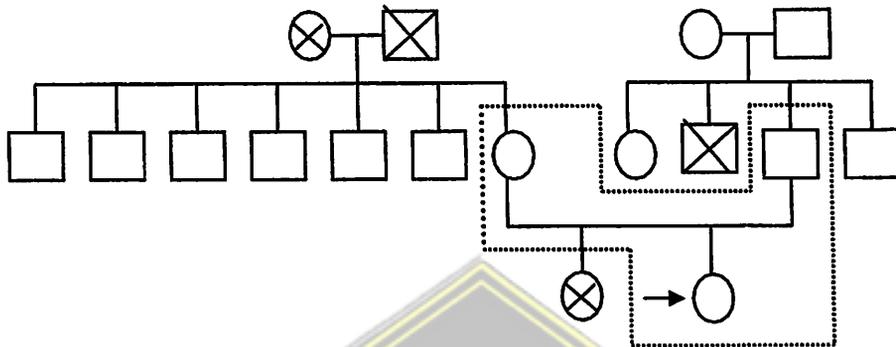
hari kemudian muncul keluhan lain yaitu demam, kemudian oleh keluarga di bawa ke Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada tanggal 15 Agustus 2009 untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut.

3. Riwayat Masa lampau

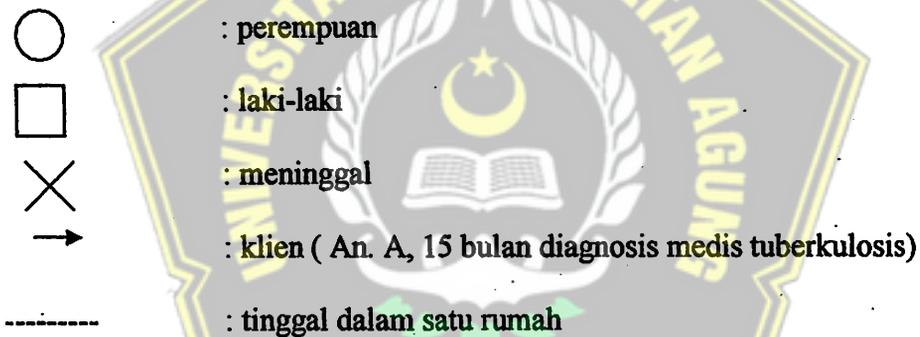
Selama hamil yang pertama dan hamil yang kedua, ibu mengatakan setelah umur kehamilan 2 bulan, ibu sering mual dan muntah, nutrisi selama kehamilan tercukupi, ibu juga mengatakan, selama hamil ibu selalu mendapat vitamin dari dokter kandungan yang merawatnya. Selama kehamilan pertama dan kedua, ibu melahirkan dengan kandungan 9 bulan dan melahirkan di rumah sakit dengan sesar, anak pertama hidup 1 minggu, setelah itu meninggal karena keracunan air ketuban. Kondisi kesehatan pada anak pertama lahir dengan berat badan 2,6 kg dan panjang 48 cm dan anak yang kedua atau klien dengan berat badan 3,5 kg dan panjang 50 cm. Orang tua mengatakan anak cuma pernah sakit pilek dan penangannya cuma dirawat dirumah dan diberi vitamin. Sebelumnya, anak tidak pernah dirawat di rumah sakit, kecuali waktu dilahirkan secara sesar di rumah sakit dan selama dirawat di rumah sakit, orang tua mengatakan anak sering rewel. Anak tidak mempunyai alergi dan anak diimunisasi dari usia 0 – 12 bulan, umur 9 bulan anak dapat imunisasi campak, BCG, polio, dan DPT¹, DPT² secara rutin.

4. Riwayat Keluarga

Susunan keluarga (genogram)



Keterangan :



5. Riwayat Sosial

Orang tua mengatakan, dirumah, anak dirawat dengan pengasuhnya dan dijaga sama neneknya, karena kedua orang tua klien bekerja kurang lebih 10 jam setiap hari. Pembawaan anak, orang tua mengatakan kalau dengan keluarga atau orang yang dikenal, anak mau berinteraksi, tapi kalau dengan orang yang tidak dikenal, anak takut dan anak masih suka ngompol, orang tua mengatakan jauh kemungkinan lingkungan didalam

dan diluar rumah yang bisa menyebabkan anak dan keluarganya kecelakaan. Kebersihan rumah, ventilasi rumah baik, lantai rumah bersih.

6. Keadaan kesehatan saat ini

Diagnosa Medis : tuberkulosis, tidak ada tindakan operasi dari tim medis, obat-obatan perenteral adalah Cefotaxim 3x125 mg (anti biotik), Dexametashon 3x1/2 ampul (peradangan). Obat-obatan per oral amoxilin 150 mg/kapsul (anti biotik), bactrim 1/6 tb (anti biotik), dumin 60 mg (analgetik dan antipiretik), cellestamin ¼ tablet (anti elergi), promedex 3x1/2 tablet (obat batuk pilek), sanmoly 3x1/2 sendok teh (antipiretik penurun demam), pehadoxin 150mg (obat paru-paru), rifampisin 1x150 mg (anti biotik paru-paru). Tindakan keperawatan di laksanakan sesuai dengan advis dokter dan kolaborasi dengan tim keperawatan lainnya (ahli gizi).

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 15 Agustus 2009 Leokosit $11,0 \times 10^3 / \text{mm}^3$ (5,0-10,0), MCV 55,5 FL(82,0-92,0), MCH 18,4 Pg(27,0-31,0), MCHC 33,2 g/dl(32,0-36,0), Trombosit $357 \times 10^3 / \text{mm}^3$ (150-450), hematocrid 30,4% (35,0-49,0), hemoglobin 10,1 g/dl(4,00-5,20). Hasil rontgen, 16 Agustus 2009 X-Foto thorax: Jantung: tak tampak kelaianan, paru: hilus kanan lebar, peri hiler kanan lebar, pericardial kasar, diafragma dan sinus tak tampak kelainan, kesan cenderung tuberkulosis. Dan data tambahan yang diperoleh cairan masuk parenteral 2A ½ N 12 tpm makro.

Pengkajian Pola Fungsional Menurut Gordon

a) Pola persepsi kesehatan atau penanganan kesehatan

Ibu klien mengatakan sangat menghargai kesehatan. Hal ini terbukti bila ada salah satu keluarganya yang sakit segera memeriksakan diri ke puskesmas atau rumah sakit terdekat.

b) Pola nutrisi atau metabolisme

Sebelum sakit ibu klien mengatakan makan 3 kali satu hari dengan menu nasi, sayur dan lauk pasien minum 4 sampai 5 gelas per hari berat badan 11 kg. Selama sakit ibu klien mengatakan makan 3 kali sehari dengan diit rendah serat tinggi protein habis setengah porsi berat badan 10,5 kg.

c) Pola bernafas

Sebelum sakit ibu klien mengatakan klien bernapas dengan normal tidak mengalami sesak napas. Selama sakit ibu klien mengatakan klien sesak napas, pernapasan 36 kali permenit, terpasang kanul oksigen dua liter.

d) Pola eliminasi

Sebelum sakit ibu klien mengatakan pasien buang air besar 1-2 kali sehari, dengan konsistensi lembek, bau khas dan warna kuning. Klien buang air kecil dengan frekuensi 5-6 kali per hari dengan warna kuning dan bau khas. Selama sakit ibu klien mengatakan buang air besar 1-2 kali sehari dengan konsistensi lembek, bau khas. Klien buang air kecil dengan frekuensi 4-5 kali per hari dengan warna kuning dan bau khas.

e) Pola aktifitas atau latihan

Sebelum sakit, ibu klien mengatakan aktivitas sehari-hari sebagai anak dan tidak melakukan aktivitasnya sendiri. Selama sakit ibu klien mengatakan aktivitas sepenuhnya di bantu perawat dan keluarga.

f) Pola tidur atau istirahat

Sebelum sakit ibu klien mengatakan kebiasaan tidur 7 sampai 8 jam, anak kalau tidur kadang-kadang tengkurap dan telentang, gerak tubuh anak aktif. Selama sakit ibu klien mengatakan kebiasaan tidur 5 sampai 6 jam. Merasa tidak nyaman tidur di rumah sakit, pasien sering rewel.

g) Pola kognitif dan perseptual

Ibu klien mengatakan kemampuan mendengar, merasakan, membau sangat normal. Dapat menggerakkan bagian tubuhnya dengan baik.

7. Pemeriksaan Fisik

a.) Keadaan Umum

Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, postur tubuh gemuk. Tanda-tanda vital suhu 39⁰C, nadi 110x/mnit, respiratori rate 36x/mnit.

b.) Pemeriksaan fisik lengkap

Kepala bentuk mesocephal, tidak ada benjolan, tidak ada lesi, mata tidak anemis, mata cekung, hidung tidak ada polip dan memakai bantuan oksigen, mulut tidak ada stomatitis, lidah bersih, mukosa bibir kering, telinga tidak ada serumen, bentuk simetris, pendengaran tidak mengalami gangguan, leher ada pembesaran kelenjar tyroid.

Dada : paru-paru inspeksi nafas dangkal, palpasi taktil fremitus teraba di paru kanan-kiri paru kanan lebih menonjol dari pada yang kiri, perkusi paru terdengar redup, auskultasi terdengar suara ronchi.

Jantung : inspeksi ictus cordis tidak tampak, palpasi ictus cordis teraba pada midklavikula sinistra intercosta kelima, perkusi terdengar pekak, auskultasi tidak ada suara tambahan S3, S4.

Abdomen : inspeksi tampak simetris, datar, tidak ada lesi, auskultasi terdengar bising usus 24 kali per menit (normal), palpasi tidak ada benjolan, perkusi terdengar tympani.

B. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data-data yang diperoleh maka penulis mengelompokkan dan menganalisa data tersebut sehingga dapat ditarik suatu masalah keperawatan sebagai berikut:

Pada hari senin tanggal 17 agustus 2009 pukul 09.00 WIB ditemukan data subjektif adalah ibu klien mengatakan anaknya batuk dan sesak nafas. Data objektif klien tampak batuk dan kesulitan bernapas, nadi 110x/mnit, respiratori rate 36x/mnit, terdengar bunyi napas ronchi, terpasang alat bantu kanul oksigen dua liter. Dari analisa data tersebut dapat muncul diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum.

Data yang kedua pada hari senin tanggal 17 Agustus 2008 pukul 09.15 WIB ditemukan data subjektif orang tua klien mengatakan demam anak tinggi dan tak kunjung turun. Dan data objektif yang ditemukan suhu tubuh anak

39⁰C, wajah tampak merah. Dan dari data yang kedua tersebut dapat muncul diagnosa keperawatan hipertermia berhubungan dengan proses peradangan.

C. Intervensi Keperawatan

Dari data masalah keperawatan yang muncul pada An. A, penulis menyimpulkan beberapa rencana yang akan dilakukan sesuai dengan masalahnya. Untuk diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum.

Penulis merencanakan intervensi pada tanggal 17 Agustus 2009 dengan tujuan bersihan jalan nafas menjadi efektif dengan kriteria hasil jalan nafas bersih, individu tidak akan mengalami aspirasi, sesak nafas berkurang. Intervensi yang direncanakan antara lain kaji fungsi pernapasan, bunyi napas, suction sesuai indikasi, beri terapi oksigen, kolaborasi pemberian obat.

Selanjutnya untuk diagnosa keperawatan yang kedua pada tanggal 17 Agustus 2009 penulis merencanakan tindakan keperawatan hipertermia berhubungan dengan proses peradangan dengan tujuan mempertahankan suhu tubuh normal dengan kriteria hasil suhu tubuh normal 36⁰C - 37⁰C.

Penulis merencanakan 5 intervensi. Intervensi yang direncanakan antara lain monitor tanda-tanda vital dan kaji suhu tubuh klien, berikan kompres dengan air hangat, anjurkan banyak minum, anjurkan memakai pakaian tipis, pemberian antipiretik.

D. Implementasi Keperawatan

Dari rencana yang telah disusun sesuai dengan masalah An. A, penulis telah mengaplikasikan dalam tindakan keperawatan pada An. A selama 2 hari

yaitu pada hari selasa tanggal 18 agustus 2008 penulis melakukan implementasi untuk mengatasi diagnosa keperawatan pertama pada pukul 09.00 WIB mengkaji bunyi nafas abnormal dan mengobservasi batuk klien, respon objektif yaitu klien tampak batuk dan sesak napas. Pukul 09.30 WIB melakukan *suction* sesuai indikasi, respon objektif klien yaitu klien tampak lebih nyaman dan lebih lancar nafasnya. Pukul 10.00 WIB memberikan terapi oksigen dengan alat bantuan kanul 2 liter dan respon objektif klien yaitu klien tampak nyaman. Pukul 12.00 WIB kolaborasi pemberian obat dan respon objektif klien mau minum obat.

Untuk masalah hipertermia berhubungan dengan peradangan telah dilakukan tindakan keperawatan pada hari rabu tanggal 18 Agustus 2009 jam 09.00. Memonitor tanda-tanda vital dan keadaan umum respon klien pada data subyektif pasien tidak mau dilakukan tanda-tanda vital sedangkan data objektif raut wajah ketakutan. Menganjurkan kompres hangat pada jam 09.30 respon klien pada data subyektif suhu tubuh pasien mulai turun sedangkan data obyektif suhu aksila 36,5 °C. Menganjurkan untuk banyak minum pada jam 10.00 respon pasien dengan data subyektif keluarga pasien mengatakan mau untuk minum sedangkan data obyektif pasien habis 6 gelas perhari. Menganjurkan memakai pakaian tipis pada jam 10.30 respon pasien dengan data subyektif keluarga pasien mengatakan mau untuk memakai sedangkan data obyektif suhu tubuh aksila mulai turun 36,5 °C. Mengkolaborasi pemberian antipeuretik sanmoly pada jam 12.00 respon pasien dengan data

subyektif keluarga pasien mengatakan mau untuk meminum obat sedangkan data obyektif sanmoly (antipiretik penurun demam) diminum.

E. Evaluasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 hari penulis melakukan evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan yaitu pada hari Rabu tanggal 19 Agustus 2009. Untuk diagnosa pertama dilakukan evaluasi pada jam 09.00 dengan catatan perkembangan data subyektif keluarga klien mengatakan batuk dan sesak napas berkurang, data objektif tak terdengar suara ronchi, masalah teratasi sebagian dan untuk penulis mempunyai program untuk pertahankan intervensi.

Kemudian dilakukan evaluasi untuk diagnosa yang kedua pada tanggal 19 Agustus 2009 jam 09.30 dan mendapatkan hasil dengan catatan perkembangan data subyektif ibu klien mengatakan suhu badannya tidak panas lagi data obyektifnya semula suhu 39°C menjadi suhu axila $36,5^{\circ}\text{C}$. Sehingga masalah teratasi dan untuk penulis mempunyai program untuk pertahankan intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab IV ini penulis akan membahas asuhan keperawatan An. A umur 15 bulan alamat Jl. Raya Kaligawe Semarang dengan masalah utama tuberkulosis pada tanggal 17 Agustus 2009. Dimana di dalam pembahasan ini meliputi tahap pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Sebelum membahas diagnosa yang muncul pada An. A, penulis akan membahas pengkajian terlebih dahulu.

Penulis mulai dari pembahasan tentang pengkajian, dalam pengkajian riwayat kesehatan keluarga, penulis belum lengkap dalam mendokumentasikan data pada genogram karena penulis tidak menjelaskan secara narasi, seharusnya data yang dijelaskan adalah sebagai berikut : klien merupakan anak kedua dari pernikahan Tn. M dan Ny. S. Kakak klien meninggal waktu berusia seminggu karena keracunan air ketuban. Kakek dan nenek klien dari orang tua Ny.S sudah meninggal. Sedangkan kakak laki-laki dari Tn. M. telah meninggal karena kecelakaan. Ibu klien mengatakan keluarga klien tidak ada yang menderita penyakit seperti yang dialami klien. Sedangkan untuk penyakit menurun tidak ada riwayat, seperti hipertensi, dan penyakit menular (hepatitis dan tuberkulosis).

Pada pengkajian, penulis menggunakan pengkajian menurut pola fungsi Gordon. Keterbatasan penulis dalam mengkaji, penulis tidak mencantumkan

pola kebiasaan orang tua, Seharusnya penulis mencantumkan pola kebiasaan orang tua karena kebiasaan orang tua dapat menimbulkan terjadinya penyakit tuberkulosis, seperti kebiasaan orang tua yang merokok dan kebersihan lingkungan rumah yang kurang tentunya sangat berpengaruh terhadap kesehatan anak.

Dalam data pemeriksaan fisik, penulis menyadari tidak melakukan pemeriksaan pada tinggi badan klien. Seharusnya penulis melakukan pemeriksaan tinggi badan klien. Tinggi badan sering atau terkait dengan berat badan karena kedua variabel ini digunakan untuk mengidentifikasi seberapa jauh atau baik untuk mengetahui tentang pertumbuhan anak tersebut. Dalam pemberian terapi medis penulis belum mencantumkan terapi pada intervensi sehingga penulis akan membahas lebih lanjut mengenai terapi medis yang meliputi: Cefotaxim 3x125mg (anti biotik). Dexametashon 3x1/2 ampul, indikasinya : peradangan, penyakit alergi. Obat-obatan per oral amoxilin 150 mg (anti biotik) komposisi : amoxilin 150 mg/kapsul, indikasinya : infeksi saluran pernafasan, saluran kemih dan kelamin. Bactrim 1/6 tb (anti biotik), komposisi : trimetropim 40 mg, sulfametoksatol 200 mg, indikasinya : kombinasi anti infektikum. Dumin 60 mg (analgetik dan antipiretik), komposisi : paracetamol 500 mg/tab, indikasinya : dapat menurunkan demam, meredakan rasa nyeri pada otak, sakit kepala dan sakit gigi. Cellestamin ¼ tablet (anti elergi), komposisi : betame tason 0,75 mg, deksklor feniramini maleat 2 mg, indikasi : alergi pernafasan. Promedex 3x1/2 tablet (obat batuk pilek), komposisi : dekstrometorpan HBR 15 mg, gliseril guarakolat 100 mg,

ctm 1 mg. Pehadoxin 150 mg (obat paru-paru), komposisi : isomiazid 100 mg, vit B6 10 mg, indikasinya : tuberkulosis. Rifampisin 1x150 mg (anti biotik paru-paru), indikasinya : tuberkulosis. Seharusnya penulis mencantumkan terapi medis dalam intervensi karena terapi medis penting untuk mendukung tercapainya intervensi yang sudah direncanakan dan juga untuk dokumentasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan baik secara mandiri ataupun secara kolaborasi.

Setelah melakukan pengkajian dan identifikasi data yang didapatkan, maka dapat diangkat beberapa diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan yang muncul pada An. A pada diagnosa pertama yang di dapatkan yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum dan diagnosa kedua hipertermi berhubungan dengan proses peradangan.

Penulis akan membahas diagnosa pertama terlebih dahulu. Ketidak efektifan bersihan jalan nafas adalah kondisi ketika individu mengalami ancaman pada status pernapasan mereka akibat ketidak mampuan untuk batuk secara efektif dengan batasan karakteristik: batasan mayor meliputi batuk tidak efektif atau tidak ada batuk, ketidakmampuan untuk mengeluarkan sekret dari jalan nafas. Batasan minor meliputi bunyi napas abnormal, jumlah, irama, dan kedalaman pernapasan abnormal (Carpenito, 2009).

Diagnosa pertama di dapatkan data subyektif ibu klien mengatakan anaknya batuk dan sesak nafas. Data objektif klien tampak batuk dan kesulitan bernafas, nadi 110x/mnit, respiratori rate 36x/mnit, terdengar bunyi napas

ronchi, terpasang alat bantu kanul oksigen dua liter. Bersihan jalan nafas tidak efektif menjadi prioritas diagnosa yang harus segera ditangani karena masalah inilah pada saat pengkajian merupakan keluhan utama yang paling dirasakan oleh klien. Selain itu, menurut “Hierarki Maslow” bersihan jalan tidak efektif termasuk masalah yang muncul pada kebutuhan fisiologis yang merupakan urutan pertama dalam prioritas yang harus segera ditangani karena dirasa sangat penting dan jika tidak segera ditangani akan menyebabkan gangguan fungsi fisiologis klien yang bisa mengarah ke kematian. Melihat begitu pentingnya masalah tersebut untuk diatasi, mengharuskan penulis untuk memberikan tindakan keperawatan dengan harapan klien menunjukkan bersihan jalan nafas kembali efektif.

Penulis dalam mengatasi masalah pada An. A dengan diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, penulis menyusun rencana tindakan dengan tujuan bersihan jalan nafas menjadi efektif.

Adapun intervensinya yaitu kaji fungsi pernafasan, bunyi nafas, kecepatan irama rasionalnya pola napas dapat berubah karena ada sumbatan jalan napas. Berikan posisi semi atau fowler tinggi rasionalnya untuk meningkatkan drainase dari sisi sinus yang terinfeksi. *Suction* sesuai indikasi rasionalnya mengeluarkan sputum secara mekanik dan mencegah obstruksi jalan napas. Berikan terapi oksigen rasionalnya memaksimalkan bernapas dan menurunkan kerja napas. Dalam penatalaksanaan asuhan keperawatan pada diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif penulis dapat melakukan semua

rencana tindakan tersebut karena An. A dan keluarga cukup kooperatif, sehingga mudah memahami anjuran dan penjelasan yang penulis berikan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan yang direncanakan pada diagnosa yang pertama, bersihan jalan tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, respon subyektifnya ibu klien mengatakan batuk dan sesak nafas berkurang. Sedangkan data obyektifnya tak terdengar suara ronchi. Adapun analisa data yang dituliskan penulis yaitu masalah teratasi sebagian, dan pertahankan intervensi.

Penulis akan menjelaskan diagnosa kedua dengan masalah hipertermi. Hipertermi adalah keadaan ketika individu mengalami atau berisiko mengalami peningkatan suhu tubuh yang terus menerus lebih tinggi dari $37,8^{\circ}\text{C}$ (100°F) secara oral atau $38,8^{\circ}\text{C}$ (101°F) secara rektal yang disebabkan oleh berbagai faktor eksternal. Batasan karakteristik data mayor adalah suhu lebih tinggi dari $37,8^{\circ}\text{C}$ (100°F) peroral atau $38,8^{\circ}\text{C}$ (101°F) per rektal. Adapun batasan karakteristik minor adalah kulit kemerahan-merahan, hangat pada saat disentuh, peningkatan frekuensi pernapasan, mengigil atau merinding, nyeri dan sakit yang spesifik atau umum (misal, sakit kepala), malaise, keletihan, kelemahan, kehilangan nafsu makan, berkeringat, dehidrasi (Carpenito, 2009).

Diagnosa hipertermi berhubungan dengan proses peradangan penulis tetapkan karena penulis telah mendapatkan data meliputi keluarga klien mengatakan klien demam tinggi dan tak kunjung turun. Setelah diketahui

bahwa suhu klien 39°C , wajah klien tampak merah, leukosit 11.000 mm^3 ; dan klien rewel.

Penulis menetapkan diagnosa keperawatan hipertermi berhubungan dengan proses peradangan sebagai prioritas kedua karena menurut “Triage Konsep” jika tidak segera ditangani dapat menimbulkan kejang sehingga dapat menyebabkan kecacatan.

Penulis dalam mengatasi masalah hipertermi berhubungan dengan proses peradangan, penulis merencanakan asuhan keperawatan yang bersifat mandiri dan kolaborasi tujuan intervensi dari diagnosa hipertermi adalah suhu tubuh klien berada dalam batas normal, suhu tubuh $36,5-37^{\circ}\text{C}$, respiratori rate 20-30 kali per menit, nadi 80-100 kali per menit, leukosit $5.000-10.000\text{ mm}^3$ yaitu dengan monitor tanda-tanda vital rasionalnya mengetahui nilai normal dan keadaan umum rasionalnya untuk mengetahui kondisi secara umum. Berikan kompres hangat rasionalnya membantu menurunkan panas dari tubuh. Anjurkan untuk banyak minum rasionalnya untuk mempertahankan fungsi metabolik ketika terjadi demam. Anjurkan memakai pakaian tipis rasionalnya akan meningkatkan kemampuan alami tubuh untuk menurunkan suhu tubuh. Kolaborasi pemberian antipiretik rasionalnya untuk menurunkan panas.

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada diagnosa hipertermi berhubungan dengan proses peradangan ada intervensi yang belum bisa dilakukan yaitu pada saat penulis memonitor tanda-tanda vital dan data objektif klien tampak ketakutan. Penulis menyadari memonitor tanda-tanda vital sangat penting untuk mengetahui perkembangan suhu tubuh dari klien

selama di rumah sakit karena suhu tubuh sewaktu-waktu bisa berubah dengan cepat. Tindakan yang dilakukan penulis agar An. A mau di monitor tanda-tanda vital yaitu memberikan biskuit nabati sesuai dengan yang di anjurkan oleh keluarga klien. Setelah dilakukan tindakan keperawatan yang direncanakan pada diagnosa yang kedua masalah hipertermi didapatkan data subyektif keluarga pasien mengatakan suhu badannya tidak panas lagi, semula suhu tubuh axila 39° C menjadi suhu tubuh axila $36,5^{\circ}$ C. Dari analisa yang telah ditemukan, masalah teratasi dan untuk penulis mempunyai program pertahankan intervensi suhu tubuh klien agar tetap normal.

Penulis selalu melibatkan orang tua dalam melakukan intervensi kepada klien, oleh karena itu membina hubungan saling percaya dengan keluarga dan klien menjadi sangat penting guna mendukung setiap intervensi yang dilakukan oleh penulis. Efek hospitalisasi pada anak juga harus tetap menjadi perhatian penulis karena dapat mempengaruhi tumbuh kembang anak.

Selama pengkajian penulis hanya mengambil 2 diagnosa yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum dan hipertermi berhubungan dengan proses peradangan, sebenarnya ada diagnosa lagi yang harus di cantumkan pada asuhan keperawatan yaitu perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia. Penulis tidak menegakkan diagnosa perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia karena data yang didapatkan penulis tidak lengkap meliputi pemeriksaan ABCD yaitu :

- a. Antropometri, penulis tidak melakukan pemeriksaan meliputi, pemeriksaan tinggi badan, lingkaran lengan, lingkaran dada, lingkaran kepala. Penulis hanya melakukan pemeriksaan berat badan.
- b. Biokimia, penulis tidak mendapatkan pemeriksaan meliputi pemeriksaan albumin, jumlah limfosit total, kadar elektrolit dan indeks kreatinin karena data yang diperoleh tidak ada.
- c. Klinik, penulis hanya melakukan pemeriksaan mulut mukosa bibir kering, penulis tidak melakukan pemeriksaan turgor kulit, kapilari retil.
- d. Diet, klien diberikan diet rendah serat tinggi protein.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Dalam bab ini penulis akan membahas kesimpulan dari pengelolaan kasus yang berkaitan dengan asuhan keperawatan tuberkulosis pada An. A di ruang Atfal Lantai dua RSI Sultan Agung Semarang. Selain itu penulis juga akan memberikan saran yang ditujukan pada penulis, instansi pendidikan, lahan praktek dan masyarakat.

A. Kesimpulan

1. Penulis dalam melakukan pengkajian, penulis telah dapat melakukan pengkajian pada klien tuberkulosis.
2. Setelah dilakukan pengkajian dan analisa data prioritas masalah didapatkan pada diagnosa pertama bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum. Data kedua adalah hipertermi berhubungan dengan proses peradangan.
3. Rencana tindakan untuk menyelesaikan diagnosa keperawatan yang muncul, penulis melakukan rencana tindakan yang dilakukan untuk mengatasi kedua diagnosa yang telah ditetapkan penulis.
4. Penulis mampu melakukan rencana tindakan dengan baik meskipun klien terkadang rewel.

5. Setelah melakukan rencana tindakan keperawatan, penulis melakukan evaluasi untuk mengetahui keberhasilan penulis dalam menangani pasien tuberkulosis.

B. Saran

1. Bagi Penulis

Penulis diharapkan dapat menambah pengetahuan tentang tuberkulosis sehingga dalam menerapkan asuhan keperawatan pada tuberkulosis penulis dapat melakukan asuhan keperawatan dengan baik.

2. Bagi Instansi Pendidikan

Bagi staf pengajar dapat menambah pengetahuan dan wawasan sehingga dalam memberikan masukan dalam hal pembelajaran khususnya pada asuhan keperawatan pada anak dengan tuberkulosis yang nantinya diberikan kepada mahasiswa.

3. Bagi Lahan Praktik

Tenaga kesehatan diharapkan dapat menambah wawasan dan untuk menangani kasus An. A dengan masalah tuberkulosis diperlukan pengamatan, pengawasan, perawatan dan pemeliharaan yang lebih intensif. Upaya-upaya tersebut dimaksudkan untuk mengetahui perkembangan kondisi An. A dari ke hari selama di rumah sakit.

4. Bagi Masyarakat

Masyarakat diharapkan dapat mengetahui dan menambah wawasan tentang tuberkulosis.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, F.U, 2005. *Manajemen penyakit berbasis wilayah*, Jakarta ; Penerbit Buku Kompas
- Hidayat. A, 2005. *Pengantar ilmu keperawatan anak 1*, edisi 1. Jakarta; Salemba Medika
- Carpenito,L.J, 2009. *Diagnosis keperawatan aplikasi pada praktik klinis*, Edisi 9. Jakarta ; EGC
- Doenges, E.M, 2000. *Rencana asuhan keperawatan. pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien*. Edisi 3, Jakarta; EGC.
- Mansjoer. A, 2001. *Kapita selekta kedokteran, Edisi 3 jilid*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Manurung. S, 2009. *Asuhan keperawatan gangguan sistem pernafasan*. Jakarta; CV. Trans Info Media
- Murwani. A, 2008. *Perawatan penyakit pasien penyakit dalam*. Jogjakarta ; Mitra Cendikia
- Price, S . A, 2005. *Patofisiologi : konsep klinis proses penyakit*, edisi 6 volume 2. Jakarta ; buku kedokteran EGC
- Rahajoe. N, 2007. *Pedoman nasional tuberculosis anak* Edisi 2. Jakarta ; Respirologi PPIDAI
- Riyadi. S, 2009. *Asuhan keperawatan anak* Edisi 1, Yogyakarta ; Graha Ilmu
- Suyono. S, 2001 *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. Edisi ketiga, Jakarta ; Balai Penerbit FKUI
- Yuliani. R dan Suriadi. 2006. *Asuhan keperawatan pada anak*, Edisi 2, Jakarta EGC
- Wong, D.L, 2003. *Pedoman klinis keperawatan pediatrik*. Edisi 4, Jakarta ; EGC