

ABSTRAK

Naila Riska Rahman, 2017, Asuhan Keperawatan pada “Ny.M” dengan TBC (*Tuberkulosis Paru*) di Ruang Interna Rumah Sakit Daerah Kalisat Kabupaten Jember

Dosen Pembimbing : NS. Yeni Suryaningsih S. Kep, M. Kep

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Kasus Tuberkulosis Paru (TBC)

Pada tahun 2013, secara global penderita TBC meningkat menjadi 480.000 orang. Lebih dari setengahnya berada di India, China dan Federasi Rusia (WHO, 2015). Indonesia merupakan salah satu negara dengan beban TBC tinggi di dunia, dengan perkiraan sebanyak 6.800 kasus terjadi setiap tahunnya (WHO, 2015). Dimana jumlah kasus yang di konfirmasi pada tahun 2014 adalah sebanyak 1.716 kasus, meningkat dari tahun 2011 yakni sebanyak 464 kasus (Infodatin, 2015). Sementara itu, kasus TBC di Kota Jember sendiri terdapat 2.121 ditahun 2016 (SPM Kab.Jember).

Melihat fenomena kejadian TBC di Indonesia, tenaga kesehatan khususnya perawat harus mengetahui cara penanganan atau asuhan keperawatan pada kasus TBC yang terjadi di rumah sakit. Penyakit TBC pada umumnya memiliki manifestasi klinis yaitu batuk ≥ 2 minggu, batuk darah, sesak nafas, nyeri dada, demam, keringat malam, anoreksia, berat badan menurun (PDPI, 2011).

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Daerah Kalisat pada Ny. M yang berumur 45 Tahun yang dilakukan pada tanggal 01 Desember 2016 dan dilakukan selama tiga hari dan di temukan data atau keluhan pada pasien yaitu batuk, mual, nafsu makan menurun, semua aktifitas di bantu. Melihat data yang diperoleh, maka

dapat diambil masalah keperawatan yaitu Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum ditandai dengan klien batuk mengeluarkan secret, auskultasi: ronchi (+/+). Setelah itu perawat menyusun perencanaan tindakan sesuai dengan masalah keperawatan seperti kaji jumlah kedalaman dan pergerakan dada, auskultasi daerah paru, beri posisi semi fowler, anjurkan minum air hangat. Setelah perencanaan berhasil disusun, maka perawat melakukan tindakan sesuai perencanaan keperawatan yang bisa lakukan, Tindakan keperawatan dilakukan selama 3 hari sampai pasiennya KRS. Perawat setiap hari melakukan evaluasi dengan bertujuan mampu menilai keberhasilan tindakan dan menyusun perencanaan tindakan keperawatan berikutnya. Pasien di pulang pada tanggal 03 Desember 2016.

Saran yang diberikan kepada mahasiswa perawat atau Perawat mampu meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan pasien, termasuk dalam melakukan komunikasi terapeutik kepada klien dan melakukan proses keperawatan dengan tepat, khususnya pada pasien TBC dan mampu melakukan tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP).

A. Pendahuluan

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh basil *Mycobacterium tuberculosis*. Sebagian besar kuman TB sering menyerang parenkim paru dan menyebabkan TB paru, tetapi juga dapat menyerang organ tubuh lainnya (TB ekstra paru) seperti pleura, kelenjar limfe, tulang, dan organ ekstra paru lainnya (Depkes RI, 2007).

Penderita TBC di tandai dengan demam umumnya subfebris, kadang-kadang 40° - 41° C, keadaan ini sangat dipengaruhi oleh daya tahan tubuh pasien dan berat ringannya infeksi kuman tuberculosis yang masuk. Batuk Terjadi karena adanya iritasi pada bronkus. Sesak Pada gejala awal atau penyakit ringan belum dirasakan sesak nafas. Sesak nafas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut dimana infiltrasinya sudah setengah bagian paru-paru. Nyeri dada Gejala ini dapat ditemukan bila infiltrasi radang sudah sampai pada pleura, sehingga menimbulkan pleuritis, akan tetapi, gejala ini akan jarang ditemukan.

Menurut laporan WHO tahun 2013, lebih dari 95% kematian akibat TB terjadi di negara berkembang, dan merupakan salah satu dari lima penyebab kematian wanita yang berumur antara 15-44 tahun. Tuberkulosis adalah sebuah ancaman serius bagi kesehatan masyarakat dunia yang menyebabkan 1,5 juta orang meninggal dan 9 juta orang menderita TB pada tahun 2013. Tuberkulosis (TB) masih menjadi permasalahan kesehatan dunia dan menjadi penyebab atas buruknya masalah kesehatan jutaan orang setiap tahunnya. TB menduduki peringkat kedua penyebab kematian di dunia setelah Human Immunodeficiency Virus (HIV) (WHO, 2014).

Pada tahun 2013, secara global penderita TBC meningkat menjadi 480.000 orang. Lebih dari setengahnya berada di India, China dan Federasi Rusia (WHO, 2015). Indonesia merupakan salah satu negara dengan beban TBC tinggi di dunia, dengan perkiraan sebanyak 6.800 kasus terjadi setiap tahunnya (WHO, 2015). Dimana jumlah kasus yang di konfirmasi pada tahun 2014 adalah sebanyak 1.716 kasus, meningkat dari tahun 2011 yakni sebanyak 464 kasus (Infodatin, 2015).

Sementara itu, kasus TBC di Kota Jember sendiri terdapat 2.121 ditahun 2016 (SPM Kab.Jember). Sedangkan angka kejadian kasus TBC di Rumah Sakit Daerah Kalisat pada tahun 2016 terdapat 97 orang. (Rumah Sakit Daerah Kalisat, 2016).

Berdasarkan fenomena di atas penulis tertarik melakukan studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. M dengan TBC (*Tuberkulosis Paru*) di Ruang Interna di RSD Kalisat”

B. Metode Penelitian

Metode penelitian adalah suatu cara untuk mengumpulkan data yang diperlukan dalam membuat suatu penelitian

1. Pendekatan Proses Keperawatan

- a. Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan, pengkajian juga menentukan tahap berikutnya dalam mengidentifikasi masalah keperawatan.
- b. Diagnosis keperawatan adalah merupakan pernyataan yang menggambarkan respon manusia dalam keadaan sehat atau perubahan pola baik actual maupun resiko dari individu atau kelompok.
- c. Perencanaan adalah pengembangan strategi desain dalam mencegah, mengurangi atau mengatasi masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnose keperawatan, perencanaan ini menggambarkan sejauh mana perawat dalam menyelesaikan masalah secara efektif dan efisien.
- d. Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah di tetapkan, meliputi ipengambilan data secara berkelanjutan, respon klien saat di lakukan tindakan dan penilaian data yang baru.
- e. Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan dalam hasil yang di amati dengan tujuan dan criteria hasil yang di buat pada tahap perencanaan.

2. Waktu dan tempat pengambilan kasus

Penelitian ini dilakukan di RSD Kalisat-Jember pada tanggal 01-12-2016

3. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara :

a. Wawancara

Yaitu mengadakan tanya jawab langsung dengan pasien, keluarga pasien, perawat ruangan maupun dokter dan tenaga kesehatan lain.

b. Observasi

Dengan menggunakan pengamatan langsung dan berperan serta selama perawatan yakni dengan mengamati keadaan umum perkembangan penyakit pasien, penatalaksanaan dan pengobatan serta berperan serta aktif memberikan asuhan keperawatan.

c. Studi Dokumentasi

Yaitu mempelajari buku-buku laporan dan catatan medis serta dokumen lainnya untuk membandingkan dengan data yang ada.

d. Studi Pustaka

Yaitu pengumpulan data dari berbagai literature baik dari buku, majalah, surat kabar maupun data dari internet yang kemudian di jadikan satu untuk mendukung proses pembuatan karya tulis ini.

C. Hasil dan Pembahasan

Asuhan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan asuhan keperawatan yang ditemukan hasil sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Ketika pengkajian dilakukan dengan benar, akan ditemukan kumpulan data-data yang dijadikan suatu data mutlak dalam membuat suatu masalah keperawatan. (Rohma & Wahid, 2014)

Pada Studi kasus TBC pada Ny. M yang sudah dilakukan pada tanggal 01-12-2016, ditemukan kumpulan data, meliputi: biodata Ny. M, keluhan utama: Pasien mengatakan batuk. Pada riwayat penyakit sekarang ditemukan data: mengatakan batuk tidak sembuh-sembuh, klien mengatakan sesak \pm 1 bulan jika terlalu banyak beraktifitas. Kemudian, klien dibawa ke IGD RS Daerah Kalisat oleh keluarganya, saat pengkajian klien mengatakan masih batuk, sesak sudah berkurang, makan/minum menurun, mual/muntah (-), pusing (-). Sebelumnya klien tidak pernah mengalami sakit seperti sekarang, keluarganya pun tidak ada yang mengalami penyakit seperti klien. Pada Pola fungsi kesehatan ditemukan beberapa data yang sedikit kurang baik tepatnya pada pola aktivitas: Pada saat sakit pasien melakukan aktivitasnya terhambat atau dilakukan dengan bantuan keluarganya, hal tersebut terjadi dipengaruhi oleh kondisi fisik pasien yang kurang baik. Pada pemeriksaan fisik ditemukan data meliputi keadaan umum pasien lemah meskipun kesadarannya masih compos mentis, TD= 160/00 mmHg, N= 95 x/menit, suhu= 36 °C, RR=30 x/menit, yang menjadi fokus pada pemeriksaan fisik pasien adalah pada paru dan ekstremitas. Pada pemeriksaan paru ditemukan ada suara tambahan ronchi di lobus kanan kiri. Pada pemeriksaan penunjang merupakan data

yang terpenting dalam kasus TBC. Pada pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan foto thorax tampak fibroinfiltrat di lapang atas tengah paru kanan dan kiri dan sputum positif.

Hasil kumpulan data pengkajian yang ditemukan pada keadaan Ny. M sangat sesuai dengan konsep penyakit TBC yaitu “manifestasi klinis pada penyakit batuk, mual, berat badan menurun.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah diagnosis yang paling logis terdapat suatu kondisi medis tertentu. Diagnosa keperawatan harus ditegakkan berdasarkan data yang diperoleh dari pengkajian pasien yang diobservasi di lapangan dengan menggunakan terminology NANDA. (Wilkinson, 2011).

Dalam kasus diagnosa utama yang dapat ditegakkan yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum. Diagnosa tersebut diangkat karena klien mengeluhkan batuk mengeluarkan secret, dari auskultasi juga terdengar suara napas tambahan yaitu ronchi (+/+), suara napas tambahan ronchi menandakan adanya sumbatan di jalan napas yang disebabkan oleh penumpukan secret di jalan napas. Peningkatan secret tersebut disebabkan oleh adanya peradangan pada alveoli.

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum ditandai dengan klien batuk mengeluarkan secret, auskultasi: ronchi (+/+).
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya nafsu makan karena batuk ditandai dengan klien hanya menghabiskan makanan ½ porsi, Penilaian ABCD, A: antropometri: BB sebelum sakit: 54 kg, BB saat ini: 40 kg, TB: 155 cm, BBI: $0,9 \times (155 - 100) = 50$ kg, B: biokimia: Hb: 4,2 g/dL, Hematokrit 15%, mg/dl, C: clinical sign: Turgor kulit < 2 detik, CRT < 2 detik, Bibir lembab, Nafsu makan berkurang, D: diet: diet TKTP, makan 3 kali sehari.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik di tandai dengan klien berbaring di tempat tidur.

3. Intervensi

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. (Rohma & Wahid, 2014).

- a. Diagnosa yang pertama yaitu, ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum ditandai dengan klien batuk mengeluarkan secret, auskultasi: ronchi (+/+). Intervensinya yaitu:
 1. Kaji jumlah/ kedalaman pernapasan dan pergerakan dada
 2. Auskultasi daerah paru, catat adanya suara napas tambahan seperti ronchi, wheezing.
 3. Berikan klien posisi semi fowler.
 4. Bantu klien dalam melakukan latihan napas dalam. Dan ajarkan klien untuk batuk efektif.
 5. Anjurkan klien untuk minum air hangat.
 6. Kolaborasi berikan pengobatan atas indikasi,
 - injeksi ceftriaxone 2x1g
 - injeksi ranitidine 2x1 ampul
 7. Berikan cairan infus PZ=0,9 20tpm/ 24 jam

- b. Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengankurangnya nafsu makan karena batuk ditandai dengan klien hanya menghabiskan makanan ½ porsi, Penilaian ABCD, A: antropometri: BB sebelum sakit: 54 kg, BB saat ini: 40 kg, TB: 155 cm, BBI: $0,9 \times (155-100) = 50$ kg, B: biokimia: Hb: 4,2g/dL, Hematokrit 15%, C: clinical sign: Turgor kulit < 2 detik, CRT < 2 detik, Bibir lembab, Nafsu makan berkurang, D: diet: diet TKTP, makan 3 kali sehari.

keperawatan:

 1. Identifikasi factor yang menyebabkan nausea/ vomiting
 2. Berikan tempat untuk membuang sputum. Bantu dengan oral hygiene setelah emesis dan lakukan postural drainase.
 3. Berikan makan sedikit dan sering, termasuk makanan kering (biskuit) dan atau makanan yang menarik bagi klien

4. Auskultasi bising usus.
 5. Kolaborasi dengan gizi untuk pemberian diet yang tepat.
- c. Diagnosa keperawatan yang ketiga yaitu, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik di tandai dengan klien berbaring di tempat tidur.
- Intervensi keperawatannya yaitu:
1. Evaluasi respon pasien terhadap aktivitas
 2. Berikan lingkungan yang nyaman dan batasi pengunjung
 3. Jelaskan pentingnya beraktivitas
 4. Beri klien untuk mengambil posisi yang nyaman untuk beristirahat
 5. Anjurkan klien untuk beraktivitas secara bertahap
 6. Lakukan pemeriksaan tanda-tanda vital

4. Implementasi

Dalam tahap pelaksanaan, tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana yang telah dibuat dan semua tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien didokumentasikan ke dalam catatan keperawatan.

Dalam diagnosa pertama yaitu ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum ditandai dengan klien batuk mengeluarkan secret, auskultasi: ronchi (+/+), penulis tidak melaksanakan memberikan klien posisi semi fowler dan membantu klien melakukan latihan napas dalam. Hal ini dikarenakan klien sudah melaksanakan teknik tersebut yang sebelumnya telah diajarkan oleh perawat kepada klien saat klien pertama kali masuk rumah sakit. Dan tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah memberikan terapi parental injeksi ceftriaxon/IV, dan ranitidine 1 ampul memberikan cairan infus Pz 20 TPM, mengauskultasi paru, menganjurkan untuk minum air hangat.

Untuk diagnosa yang kedua yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya nafsu makan karena batuk ditandai dengan klien hanya menghabiskan makanan $\frac{1}{2}$ porsi, Penilaian ABCD, A: antropometri: BB sebelum sakit: 54 kg, BB saat ini: 40 kg, TB: 155 cm, BBI: $0,9 \times (155 - 100) = 50$ kg, B: biokimia: Hb: 4,2 g/dL, Hematokrit

15%, C: clinical sign: Turgor kulit < 2 detik, CRT < 2 detik, Bibir lembab, Nafsu makan berkurang, D: diet: diet TKTP, makan 3 kali sehari.

Dan diagnosa yang ketiga yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik di tandai dengan klien berbaring di tempat tidur semua rencana tindakan keperawatan dapat direalisasikan secara nyata sesuai dengan rencana tindakan keperawatan.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam penulisan proses keperawatan, pada evaluasi ini penulis menilai sejauh mana tujuan keperawatan dapat dicapai dari 3 diagnosa pada kasus Ny. M. Setelah dievaluasi dari ke 3 diagnosa yang ada hanya 2 diagnosa dapat teratasi sebagian yaitu:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum ditandai dengan klien batuk mengeluarkan secret, auskultasi: ronchi (+/+). Diagnosa ini hanya teratasi sebagian karena sesuai dengan kriteria hasil yang dibuat klien tidak batuk, tetapi klien mengatakan masih batuk tetapi sudah berkurang.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengankurangnya nafsu makan karena batuk ditandai dengan klien hanya menghabiskan makanan ½ porsi, BB sebelum sakit: Penilaian ABCD, A: antropometri: BB sebelum sakit: 54 kg, BB saat ini: 40 kg, TB: 155 cm, BBI: $0,9 \times (155 - 100) = 50$ kg, B: biokimia: Hb: 4,5 g/dL, Hematokrit 15%, , C: clinical sign: Turgor kulit < 2 detik, CRT < 2 detik, Bibir lembab, Nafsu makan berkurang, D: diet: diet TKTP, makan 3 kali sehari. Diagnosa ini hanya teratasi sebagian karena sesuai dengan kriteria hasil BB klien masih belum normal, BB: 41 kg, BBI: 50 kg.

Sedangkan untuk diagnosa yang teratasi yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik di tandai dengan klien berbaring di tempat tidur. Diagnosa ini telah teratasi karena klien dapat melakukan aktivitas sendiri.

D. Kesimpulan dan saran

1. Kesimpulan

1. Berdasarkan dari pengkajian pada Ny. M dengan tuberculosis paru di Ruang Interna Rumah Sakit Daerah Kalisat diperoleh data terdapat kesenjangan antara teori dan data pengkajian pada kasus seperti yang telah dijelaskan dalam BAB IV.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan tuberculosis paru menurut teori terdapat tujuh diagnosa keperawatan, empat diagnosa keperawatan yang tidak terdapat dalam kasus. Hal ini dikarenakan tidak ada data yang menunjang untuk menegakkan diagnosa keperawatan tersebut.
3. Tahap perencanaan, rencana keperawatan disusun sesuai dengan masalah keperawatan. Dalam memprioritaskan masalah keperawatan dilihat dari kebutuhan dan kondisi klien pada saat pengkajian. Dalam perencanaan ini tidak jauh beda dengan teori yang sudah ada, yaitu terdiri dari mandiri, kolaborasi, HE, observasi, seperti pada teori intervensi dan rasional menurut Doenges, M.E. dan Moorhouse, (2000) dikutip dari Somantri, Irman, (2012).
4. Pelaksanaan tindakan keperawatan penulis menyesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah dibuat dan didokumentasikan pada catatan keperawatan.
5. Hasil evaluasi yang telah dilakukan, terdapat dua diagnosa keperawatan yang belum teratasi dan satu diagnosa keperawatan yang sudah teratasi.

2. Saran

1. Untuk Klien Dan Keluarga
 - a. Diharapkan klien mau memotivasi dirinya sendiri untuk pola hidup yang lebih baik, misalnya minum obat tepat waktu, olah raga teratur, makan yang teratur,. Anjurkan untuk selalu cek status kesehatan ke tempat pelayanan kesehatan terdekat.
 - b. Diharapkan keluarga memberikan support yang positif bagi klien demi peningkatan status kesehatan klien dan diharapkan keluarga ikut waspada terhadap resiko pada keluarga klien sendiri.

2. Untuk Rekan-Rekan Mahasiswa.
 - a. Diharapkan rekan-rekan mahasiswa yang lain dapat lebih mempersiapkan diri baik dari segi teori, skill, maupun mental dalam menghadapi klien agar dapat memberikan kontribusi yang maksimal bagi peningkatan status kesehatan klien
 - b. Memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif bagi klien dengan melihat aspek bio-psiko-sosial-spiritual.
3. Untuk Rumah Sakit,
 - a. Untuk rumah sakit agar tetap mempertahankan dan meningkatkan pelayanan klien sesuai dengan protap tindakan keperawatan yang sudah ada.
 - b. Mengingat banyaknya kasus tuberculosis paru yang terjadi, maka diharapkan setiap petugas waspada terhadap timbulnya tanda dan gejala awal tuberculosis paru.
 - c. Diharapkan semua petugas kesehatan dapat memberikan pendidikan kesehatan kepada klien yang telah sembuh dari perawatannya agar tidak terulang lagi.