

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk lebih memahami Asuhan Keperawatan pada pasien tuberkulosis paru dalam hal ini penulis mengambil salah satu pasien dengan kasus tuberkulosis paru di ruang Interna RS Paru Surabaya sejak tanggal 13 juli 2013 sampai 15 juli 2013, dimana dalam kasus ini penulis memberikan Asuhan Keperawatan secara intensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

2.1 PENGKAJIAN KEPERAWATAN

1. Identitas pasien

Nama : Tn S, umur 71 tahun, Alamat : Wonorejo, Jenis Kelamin : Laki-laki,
Pendidikan : SMA, Agama : Islam, suku/bangsa : Jawa/Indonesia, Pekerjaan :
Pensiunan, Tanggal MRS: 13 juli 2013, Diagnosa medis : TB + , Nomor register : 04-
16-XX

2. Keluhan utama:

Sesak

3. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit 2 hari yang lalu sesak, batuk terus menerus ada dahak, nyeri dada badan terasa lemas, nafsu makan menurun kemudian di bawa ke UGD RS paru Surabaya pada tanggal 13 juli 2013 dan MRS di ruang Interna (Pear).

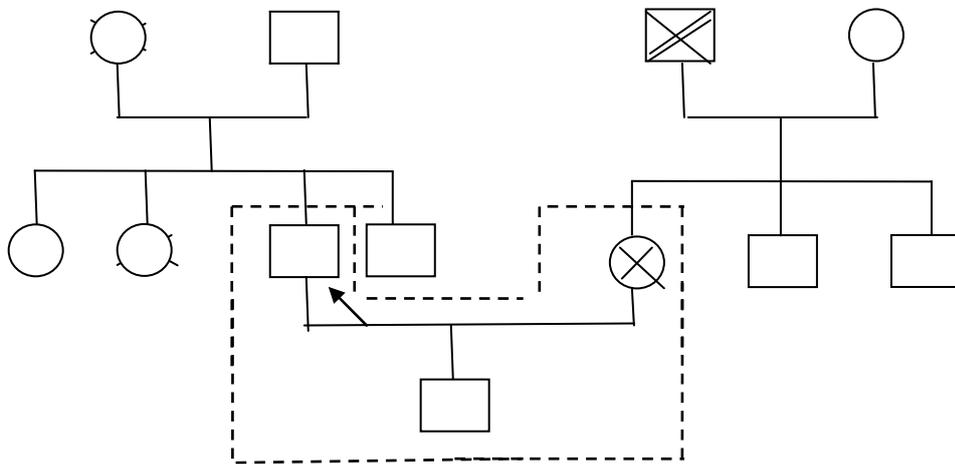
2) Riwayat kesehatan yang lalu

Pasien mengatakan 2 minggu yang lalu pernah pengobatan TB di puskesmas kemudian dilanjutkan pengobatan di Rs Paru Surabaya. Sebelumnya pernah masuk RS. Paru Surabaya pada tanggal 22 juni 2013 dengan keluhan sesak dan batuk, pasien tidak memiliki riwayat darah tinggi, dan kencing manis.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan keluarganya tidak ada yang menderita darah tinggi, kencing manis dan TBC.

4. Genogram



keterangan :

○ : perempuan

□ : laki-laki

□ : pasien

----- : tinggal serumah

× : meninggal

5. Pola Fungsi Kesehatan :

1) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit selalu rutin kontrol dan minum obat, pasien tidak pernah merokok, kebiasaan mandi dua kali sehari, gosok gigi pagi dan sore, mencuci rambut 3-4 kali seminggu, pasien tidak pernah olah raga, pasien tinggal di rumah yang ventilasinya kurang. Selama di rumah sakit pasien hanya di seka oleh keluarga, hanya di tempat tidur.

Masalah keperawatan : gangguan pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat.

2) Pola nutrisi dan metabolisme

Pasien mengatakan selama di rumah sakit makan tiga kali sehari dengan diit TKTP makanan di habiskan setengah porsi, nafsu makan menurun, mulut terasa pahit . Minum 1-1,5 lt air putih.

Masalah keperawatan : resiko kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

3) Pola eliminasi

(a) Eliminasi alvi

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit buang air besar satu kali sehari, warna kuning, konsistensi lembek, tidak ada kesulitan saat buang air besar. Selama di rumat pasien belum buang air besar.

(b) Eliminasi uri

Pasien mengatakan sebalum masuk rumah sakit buang air kecil 4-5 kali sehari warna kuning jernih, bau khas, tidak ada kesulitan saat buang air kecil. Saat di rumah sakit buang air kecil 3-4 kali sehari warna kuning jernih.

4) Pola istirahat dan tidur

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit tidur malam 5-6 jam sering terbangun karena sesak dan batuk. Selama di rumah sakit pasien mengatakan susah tidur disebabkan sesak dan batuk, tidur malam 4 jam, tidur siang 1 jam.

Masalah keperawatan : gangguan pola istirahat dan tidur.

1) Pola aktifitas dan latihan

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari dengan sendiri misalnya makan, minum, mandi dan lain-lain. Selama di rumah sakit pasien hanya duduk-duduk di tempat tidur aktifitas sebagian di bantu keluarga karena pasien lemas tangan kiri terpasang infus.

2) Pola persepsi dan konsep diri.

Gambaran diri : pasien mengatakan penyakit yang di deritanya merupakan cobaan dari Allah SWT.

Harga diri : pasien mengatakan tidak malu dengan penyakitnya.

Ideal diri : pasien mengatakan takut jika penyakitnya tidak bisa disembuhkan.

Identitas diri : pasien mengatakan Tn. S berumur 71 tahun, sebagai pensiunan.

3) Pola sensori dan kognitif

Pasien mengatakan sesak, nyeri pada dada, skala nyeri 3, nyeri dada saat batuk.

Penglihatan tidak ada gangguan, penciuman, pendengaran, perabaan, dan pendengaran tidak mengalami gangguan. Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya.

Masalah keperawatan : gangguan pola sensori dan kognitif.

4) Pola reproduksi seksual

Pasien mngatakan seorang laki-laki berumur 71 tahun, istri meninggal dan mempunyai 1 anak laki-laki.

5) Pola hubungan peran

Sebelum masuk rumah sakit hubungan pasien dengan keluarga baik. Selama di rumah sakit hubungan pasien dengan keluarga dan petugas kesehatan baik.

6) Pola penanggulangan stres

Pasien mengatakan jika mempunyai masalah bercerita dengan keluarganya.

7) Pola tata nilai dan kepercayaan

Pasien mengatakan beragama islam sholat lima waktu. Selama dirumah sakit pasien hanya berdoa.

6. Pemeriksaan Fisik

1) Status kesehatan umum

Keadaan penyakit berat, kesadaran kompos mentis, GCS 456, suara bicara ,pernapasan frekuensi 28 x/menit, irama reguler , suhu tubuh 36,5° c, nadi 100x/menit irama reguler kualitas baik, tekanan darah 150/90 mmhg, berat badan 45 kg, tinggi badan 164 cm.

2) Kepala

Kepala simetris, tidak ada luka, rambut bersih berwarna hitam tidak berketombe.

1) Muka

Muka simetris, tampak menyeringai kesakitan dan tegang, lesu, tidak ada lesi dan odema.

2) Mata

Palpebra simetris, sklera putih, pupil isokor, reflek cahaya +/+

3) Telinga

Telinga simetris, tidak ada serumen, terjadi penurunan pendengaran.

4) Hidung

Hidung simetris, tidak ada sekret, tidak ada polip, tidak ada epetaksis, fungsi penciuman baik, terpasang O2 masker 8 liter, terdapat pernafasan cuping hidung.

5) Mulut

Mulut simetris, Mukosa bibir kering, tidak ada nyeri telan, mulut terasa pahit.

6) Leher

Tidak ada masa/benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

7) Thorak

Inspeksi : pergerakan dada tidak simetris, adanya tanda tanda penarikan paru, pergerakan napas yang tertinggal.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan,

Perkusi : Suara ketok redup, suara isonor pada paru , suara redup pada jantung,

Auskultasi : ada suara ronchi atau whezing +/+.

8) Abdomen

Inspeksi : tidak ada asites,

Palpasi : tidak ada nyeri tekan , tidak terjadi pembesaran hepar

Perkusi : tidak kembung

Auskultasi : bising usus 15 x/menit

9) Inguinal, genital, dan anus

Tidak ada hemoroid dan hernia

10) Integumen

Turgor kulit elastis warna kulit sawo matang, tidak ada odema, tidak ada ikterus didaerah muka dan leher.

11) Ekstremitas dan neurologis

Tidak ada kelemahan pada keempat ekstremitas, Tangan kanan terpasang infus PZ drip adona 20 tpm, Kesadaran kompos mentis GCS 456.

7. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium

Tanggal 13 juli 2013

Glukose : 108
SGOT : 70 u/l (<38 u/l)
SGPT : 35 u/l (<41 u/l)
BUN : 12,9 mg/dl (10-20 mg/dl)
Creat : 0,95 mg/dl (< 1,2 mg/dl)
GDA : 88 mg/dl (< 140 mg/dl)
WBC : 8,6
HGB : 12,5 gr/dl (11-16 gr/dl)
RBC : 4,00 (3,50-5,50)
HCT : 34,6 (37-50)
PLT : 345 (150-400)

1) Radiologi

Tanggal 13 juli 2013 :

Thorak : kp lama duplek kesan masih aktif

2) Terapi

Infus Pz + adona : 20 tpm
Injeksi ceftriaxon : 2 x 1 gr
Injeksi amino : 5 cc : 2 x 1 gr
Dexa : 2 x 1 ampul

Codein	: 3 x 1 tab
Salbutamol	: 3 x 1 tab
GG	: 3 x 1 tab
Allupurinal	: 1 x 1 tab
OAT	: 1 x 4 tab
O2 Masker	: 8 liter

Daftar Masalah Keperawatan :

1. Gangguan pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat.
2. Resiko kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.
3. Gangguan pola istirahat dan tidur.
4. Gangguan pola sensori dan kognitif.

3.2 Analisa data

Tanggal 13 juli 2014 :

DS : Pasien mengatakan sesak dan batuk berdahak.

DO : Keadaan umum lemah, sesak, batuk, terpasang O2 masker 8 liter , mual muntah (-), terdapat suara ronchi atau wheezing, TD : 150/90 mmhg, Nadi : 100x/ menit, RR : 28x/ menit.

Masalah : ketidakefektifan pola pernafasan.

Kemungkinan penyebab : sesak dan batuk.

Tanggal 13 juli 2013 :

DS : Pasien mengatakan nafsu makannya menurun, mulutnya pahit, badanya lemas.

DO : Keadaan umum lemah, diit TKTP dari rumah sakit di habiskan setengah, turgor kulit elastis, berat badan setelah masuk rumah sakit 45 kg dan tinggi badan 165 cm, sebelum masuk rumah sakit 47 kg.

Masalah : Resiko Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Kemungkinan penyebab : Intake in adekuat.

3.3 Diagnosa keperawatan

Berdasarkan analisa data diatas, dapat di buat diagnose keperawatan pada pasien tuberkulosis paru prioritas :

1. Ketidakefektifan pola pernapasan sehubungan dengan sesak, di tandai dengan Keadaan umum lemah, sesak, batuk berdahak, terpasang O2 masker 8 liter. N : 100x/mnt, T : 150/90 mmHg, RR : 28 x/mnt, terdapat suara ronchi dan wheezing.
2. Resiko Kebutuhan nutrisi kurang dari tubuh berhubungan dengan intake yang kurang di tandai dengan keadaan umum lemah, diit TKTP yang di sediakan rumah sakit dihabis setengah, turgor kulit elastis, N 100x/mnt, TD 150/90 mmHg, RR 28 x/mnt.

3.3.1 Perencanaan Keperawatan

Rencana tindakan pada pasien TB paru telah di susun berdasarkan prioritas masalah sebagai berikut:

Perencanaan tanggal 13 juli 2013 :

1. Ketidakefektifan pola pernapasan sehubungan dengan sesak, di tandai dengan Keadaan umum lemah, sesak, batuk berdahak, terpasang O2 masker 8 liter. N : 100x/mnt, T : 150/90 mmHg, RR : 28 x/mnt.
 - 1) Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan pola pernafasan teratasi.
 - 2) Kriteria hasil
Sesak dan Batuk berkurang, RR normal (16-24x/menit), mempertahankan pola nafas efektif.
 - 3) Rencana tindakan
 - (1) Kaji fungsi pernafasan contoh bunyi nafas, kecepatan, irama dan kedalaman dan penggunaan otot aksesori.

- (2) Catat kemampuan untuk mengeluarkan mukosa/batuk efektif, catat karakter , jumlah sputum.
- (3) Berikan pasien posisi semi atau fowler tinggi . bantu pasien untuk latihan nafas dalam.
- (4) Bersihkan sekret dari mulut dan trakea, penghisapan sesuai keperluan.
- (5) Pertahankan masukan cairan sedikitnya 2500 ml/hari kecuali ada kontra indikasi.

4) Rasional

- (1) Penurunan bunyi nafas dapat menunjukkan atelektasis. Ronki, mengi menunjukkan akumulasi sekret.
- (2) Pengeluaran sulit bila sekret sangat tebal (masal, efek infeksi).
Sputum berdarah kental atau cerah diakibatkan oleh kerusakan paru atau luka bronkial dan dapat memerlukan evaluasi lanjut.
- (3) Posisi memebantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan.
- (4) Mencegah obstruksi . penghisapan dapat diperlukan bila pasien tak mampu mengeluarkan sekret.
- (5) Pemasukan tinggi cairan membantu untuk menencerkan sekret.

2. Resiko kebutuhan nutrisi kurang dari tubuh berhubungan dengan intake yang kurang di tandai dengan keadaan umum lemah, diit TKTP yang di sediakan rumah sakit dihabis setengah, turgor kulit elastis, N 100x/mnt, TD 150/90 mmHg, RR 28 x/mnt.

- 1) Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi.
- 2) Kriteria hasil

Klien dapat mempertahankan status malnutrisi yang adekuat, terjadi peningkatan nafsu makan, Berat badan stabil dalam batas yang normal.

3) Rencana tindakan

- (1) Mencatat status nutrisi klien, turgor kulit, integritas mukosa oral, riwayat mual / muntah atau diare.
- (2) Pastikan pola diet biasa klien yang disukai atau tidak
- (3) Timbang berat badan tiap 2 hari sekali
- (4) Anjurkan perawatan mulut sebelum dan sesudah tindakan pernafasan
- (5) Dorong makan sedikit dan sering dengan makanan tinggi protein dan karbohidrat.
- (6) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan komposisi diet TKTP.

4) Rasional

- (1) Berguna dalam mendefinisikan derajat / wasnya masalah dan pilihan indervensi yang tepat.
- (2) Membantu dalam mengidentifukasi kebutuhan / kekuatan khusus. Pertimbangan keinginan individu dapat memperbaiki masakan diet.
- (3) Berguna dalam mengukur keektifan nutrisi dan dukungan cairan
- (4) Menurunkan rasa tidak enak karena sisa sputun atau obat untuk pengobatan respirasi yang merangsang pusat muntah.
- (5) Memaksimalkan masukan nutrisi tanpa kelemahan yang tak perlu.
- (6) Memberikan bantuan dalam perencanaan diet dengan nutrisi adekuat untuk kebutuhan metabolik dan diet.

3.4 Pelaksanaan keperawatan

Merupakan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di buat sebelumnya.

Pelaksanaan tanggal 13 juli 2013 jam 09:00 :

1. Ketidakefektifan pola pernapasan sehubungan dengan sesak, di tandai dengan Keadaan umum lemah, sesak, batuk berdahak, terpasang O₂ masker 8 liter. N : 100x/mnt, T : 150/90 mmHg, RR : 28 x/mnt.

1) Pelaksanaan

(1) Memperkenalkan diri pada pasien dan keluarga.

Respon : pasien dan keluarga kooperatif dengan perawat.

(2) Mengkaji fungsi pernafasan contoh bunyi nafas, kecepatan, irama dan kedalaman dan penggunaan otot aksesori.

Respon : RR 28 x/ menit, Ronki.

(3) Mencatat kemampuan untuk mengeluarkan mukosa/batuk efektif.

Respon : pasien kooperatif, mau batuk efektif.

(4) Memberikan pasien posisi semi atau fowler tinggi . bantu pasien untuk latihan nafas dalam.

Respon : Pasien kooperatif, dapat melakukan nafas dalam.

(5) Bersihkan sekret dari mulut dan trakea.

Respon : Pasien bisa mengeluarkan secret dari mulut.

(6) Mempertahankan masukan cairan sedikitnya 2500 ml/hari.

Respon : pasien tidak kooperatif hanya minum 1500ml/hari.

2. Resiko kebutuhan nutrisi kurang dari tubuh berhubungan dengan intake yang kurang di tandai dengan keadaan umum lemah, diit TKTP yang di sediakan rumah sakit dihabis setengah, turgor kulit elastis, N 100x/mnt, T 150/90 mmHg, RR 28 x/mnt.

1) Pelaksanaan

(1) Memperkenalkan diri pada pasien dan keluarga.

Respon : pasien dan keluarga kooperatif dengan perawat.

(2) Mencatat status nutrisi klien.

Respon: turgor kulit elastis, pasien tidak mual dan muntah, pasien mengatakan mulut terasa pahit.

(3) Mencatat masukan dan pengeluaran.

Respon : pasien hanya menghabiskan ½ porsi diit yang disediakan rumah sakit, pasien belum bab.

(4) Menganjurkan pasien makan sedikit dan sering dengan makanan tinggi protein dan karbohidrat.

Respon : pasien kooperatif.

Pelaksanaan tanggal 14 juni 2013 jam 09:30 :

1. Ketidakefektifan pola pernapasan sehubungan dengan sesak, di tandai dengan Keadaan umum lemah, sesak, batuk berdahak, terpasang O2 masker 8 liter. Terdapat bunyi nafas Ronchi dan wheezing.

1) Pelaksanaan

(1) Memberikan posisi semi fowler,

Respon : pasien kooperatif mengikuti perintah perawat.

(2) Membantu pasien untuk latihan nafas dalam,

Respon : pasien mau melakukan apa yang di ajarkan perawat.

(3) Menganjurkan pasien minum minimal 2500 ml/hari,

Respon : pasien kooperatif mau minum banyak 8 gelas/hari.

2. Resiko kebutuhan nutrisi kurang dari tubuh berhubungan dengan intake yang kurang di tandai dengan keadaan umum lemah, diit TKTP yang di sediakan rumah sakit dihabis setengah, turgor kulit elastis.

1) Pelaksanaan

(1) Mencatat status nutrisi klien.

Respon : pasien tidak mual dan muntah, pasien mengatakan mulut terasa pahit.

- (2) Mencatat masukan dan pengeluaran.

Respon : pasien kurang kooperatif makanan yang di sediakan rumah sakit habis ½ porsi, pasien belum buang air besar.

- (3) Menganjurkan mengosok gigi sebelum makan.

Respon : pasien kooperatif mau mengosok gigi sebelum makan.

- (4) Menganjurkan pasien makan sedikit dan sering dengan makanan tinggi protein dan karbohidrat. Respon : pasien kooperatif tapi mulut pasien masih terasa pahit.

Pelaksanaan tanggal 15 Juli 2013 jam 09:00 :

1. Ketidakefektifan pola pernapasan sehubungan dengan sesak, di tandai dengan Keadaan umum lemah, sesak, batuk berdahak.

1) Pelaksanaan

- (1) Mengkaji fungsi pernafasan contoh bunyi nafas, kecepatan, irama dan kedalaman dan penggunaan otot aksesori.

Respon : RR 26 x/ menit, pasien kooperatif mau melakukan perintah perawat (mahasiswa).

- (2) Memberikan pasien posisi semi atau fowler tinggi, bantu pasien untuk latihan nafas dalam.

Respon : Pasien kooperatif, dapat melakukan nafas dalam.

- (3) Mempertahankan masukan cairan sedikitnya 2500 ml/hari kecuali ada kontra indikasi.

Respon : pasien kooperatif minum 2500ml/hari.

2. Resiko kebutuhan nutrisi kurang dari tubuh berhubungan dengan intake yang kurang di tandai dengan keadaan umum lemah, diit TKTP yang di sediakan rumah sakit dihabis setengah, turgor kulit elastis.

1) Pelaksanaan

(1) Mencatat masukan dan pengeluaran.

Rasional : makanan yang di sediakan rumah sakit habis ½ porsi.

(2) Menganjurkan pasien makan sedikit dan sering dengan makanan tinggi protein dan karbohidrat.

Rasional : pasien kooperatif, mau makan.

(3) Mencatat status nutrisi klien.

Rasional: turgor kulit elasti, pasien tidak mual dan muntah,mulut terasa pahit.

3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang mana evaluasi dapat diaktakan berhasil bila tujuan dari kriteria hasil tercapai. Untuk mengetahui berhasil tidaknya maka diperlukan perkembangan sebagai berikut:

1. Ketidakefektifan pola pernapasan sehubungan dengan sesak,di tandai dengan Keadaan umum lemah, sesak, batuk berdahak, terpasang O2 masker 8 liter. N : 100x/mnt, T : 150/90 mmHg, RR : 28 x/mnt. Terdengar bunyi nafas ronchi dan wheezing.

Catatan perkembangan tanggal 13 juli 2013 :

S : Pasien mengatakan sesak dan batuk berdahak.

O : Keadaan umum lemah, sesak, batuk berdahak, terpasang O2 masker 8 liter , mual muntah (-), Terdengar bunyi nafas ronchi dan wheezing, TD : 150/90 mmhg, Nadi : 100x/ menit, RR : 28x/ menit.

A : masalah belum teratasi

P : rencana di lanjutkan.

Catatan perkembangan tanggal 14 juli 2013 :

S : Pasien mengatakan sesak berkurang masih batuk berdahak.

O : Keadaan umum lemah, sesak, batuk berdahak, mual muntah (-), Terdengar bunyi nafas ronchi dan wheezing,

A : masalah teratasi sebagian

P : rencana di lanjutkan.

Catatan perkembangan tanggal 15 juli 2013 :

S : pasien mengatakan sesak dan batuk berkurang.

O : keadaan umum cukup, sesak berkurang, RR : 24x/ menit.

A : masalah teratasi sebagian.

P : rencana di lanjutkan.

2. Resiko kebutuhan nutrisi kurang dari tubuh berhubungan dengan intake yang kurang di tandai dengan keadaan umum lemah, diit TKTP yang di sediakan rumah sakit dihabis setengah, turgor kulit elastis, N 100x/mnt, T 150/90 mmHg, RR 28 x/mnt.

Catatan perkembangan tanggal 13 juli 2013 :

S : Pasien mengatakan tidak nafsu makan, badan lemas.

O : Keadaan umum lemah, makanan dihabiskan setengah porsi, nafsu makan menurun, mulut terasa pahit.

A : masalah belum teratasi

P : rencana di lanjutkan

Catatan perkembangan tanggal 14 juli

S : pasien mengatakan mulutnya terasa pahit,

O : Keadaan umum cukup, makan habis setengah porsi,

A : masalah teratasi sebagian

P : rencana di lanjutkan.

Catatan perkembangan tanggal 15 juli 2013 :

S : pasien mengatakan nafsu makan meningkat,mulut tidak pahit.

O : keadaan umum cukup, diit yang di berikan rumah sakit habis, konjungtifa tidak anemis, mual muntah (-).

A : masalah teratasi.

P : rencana dihentikan.