

KARYA TULIS ILMIAH

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn. A.N DENGAN TUBERCULOSIS PARU DI RUANG TULIP RSUD Prof. Dr. W.Z. JOHANES KUPANG”

Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada Program Studi D-III keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



**MARGARITHA LISTIA PU'U
NIM: PO.5303201181208**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D III KEPERAWATAN**

2019

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Margaritha Listia Pu'u
NIM : PO. 5303201181208
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

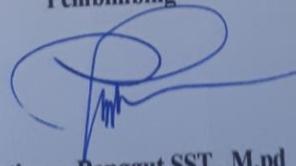
Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, Juli 2019
Pembuat Pernyataan



Margaritha Listia Pu'u
NIM : PO. 5303201181208

Mengetahui
Pembimbing



Sebastianus Banggut, SST., M.pd
NIP. 195703231981031002

iv

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Margaritha Listia Pu'u,
NIM : PO.5303201181208 dengan judul "ASUHAN
KEPERAWATAN PADA Nn. A.N DENGAN TUBERCULOSIS
PARU DIRUANG TULIP RSUD Prof. Dr. W.Z. JOHANNES
KUPANG" telah di periksa dan disetujui untuk diujikan

Disusun Oleh :

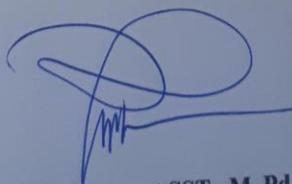


MARGARITHA LISTIA PU'U
NIM. PO. 5303201181208

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji
Prodi D- III Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Pada Tanggal, 22 Juli 2019

Pembimbing



Sebastianus Banggut, SST., M., Pd
NIP. 195703231981031002

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Margaritha Listia Pu'u
NIM : PO. 5303201181208
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Institusi : Politektik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

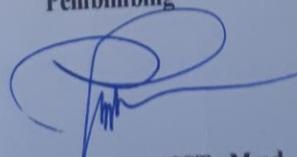
Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, Juli 2019
Pembuat Pernyataan



Margaritha Listia Pu'u
NIM : PO. 5303201181208

Mengetahui
Pembimbing



Sebastianus Banggut, SST., M.pd
NIP. 195703231981031002

iv

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.A.N Dengan Diagnosa Tuberculosis Paru Di Ruang Tulip RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang Oleh Margaritha Listia Pu'u, PO. PO5303201181208, 2019

Pembimbing : Sebastianus Banggut, SST., M.Pd*Trifonia Sri Nurwela, S.Kep., Ns.,Mkes**

Penyakit tuberkulosis (TB) paru merupakan suatu penyakit infeksi yang disebabkan bakteri berbentuk batang (basil) yang dikenal dengan nama *Mycobacterium tuberculosis*. Penularan penyakit ini melalui perantara ludah atau dahak penderita yang mengandung basil tuberkulosis paru (Hood, 2002). Dampak social terhadap penyakit ini sedemikian besarnya, sehingga menimbulkan masalah kesehatan yang mendalam. Perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan yang bertanggung jawab dalam menyukkseskan melaksanakan program penanggulangan penyakit Tuberculosis (TB) yang bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian dengan cara memutuskan rantai penularan, dalam pelaksanaannya tidak terlepas dari memberikan asuhan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan. Tujuan penulisan adalah untuk asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Tuberculois (TB) melalui pendekatan proses keperawatan. Desain penelitian adalah studi kasus yang menggunakan metode deskriptif dengan Asuhan Keperawatan yang dilakukan melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi yang dilakukan selama 3 hari. Hasil Studi Kasus pada Nn. A.N ditemukan diagnose keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk dengan peningkatan produksi mukus dan adanya eskudat dalam alveoli; Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret kental, kelemahan upaya batuk buruk; Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelemahan, anoreksia, ketidakcukupan nutrisi ; Gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan sesak nafas dan batuk; Cemas berhubungan dengan dampak hospitalisasi dan ancaman kematian bagi diri. Kesimpulan setelah dilakukan perawatan selama 3 hari pada ke 5 diagnosa adalah Nn. A.N tidak merasa sesak napas, batuk berlendir berkurang, nutrisis seimbang, pola tidur menjadi efektif dan tidak ada kecemasan akan penyakit yang diderita. Saran untuk pasien adalah agar diharapkan agar masyarakat meningkatkan pengetahuan tentang pencegahan dan penanganan penyakit tuberculosis khususnya dalam penanganan dirumah. Kepada perawat untuk tarsus meningkatkan pelayanan terhadap pasien yang menderita *Tuberculosis (TB)*.

Kata Kunci: *Asuhan Keperawatan, Tuberculosis Paru, Ruang Tulip, RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang*

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat dan kasih-Nya yang senantiasa menyertai dan memberkati dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Nn. A.N dengan Tuberculosis Paru di Ruang Tulip RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang”.

Selama proses penulisan Karya Tulis Ilmiah, penulis mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu perkenankan penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada:

1. Sebastianus Banggut,S.ST,,M.Pd, selaku dosen yang telah banyak meluangkan waktu , pikiran dan kesabaran serta penuh tanggung jawab dalam membimbing penulis selama proses ujian akhir program berlangsung.
2. Trifonia Sri Nurwela, S.Kep,Ns, M.Kes_selaku penguji yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna untuk perbaikan laporan KTI ini
3. Maria Yustina Wego,A.md,Kep selaku penguji klinik yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna selama ujian praktek berlangsung di Ruangan Tulip RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.
4. R. H. Kristina, SKM,.M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah menyiapkan segala fasilitas pendukung selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kupang.
5. Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah menyiapkan segala fasilitas pendukung selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kupang.
6. Ibu Margaretha Teli, S.Kep,Ns., MSc-PH selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang menyiapkan segala fasilitas pendukung selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kupang.

7. Seluruh dosen, staf dan tenaga kependidikan di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah menjadi pendidik yang memberikan materi dan bimbingan praktek serta ajaran moral dan etika selama dalam proses perkuliahan .
8. Kesayangan Alfian, Kesayangan Prizla, Kesayangan Alvares dan orang tua yang selalu mendukung dan mendoakan penulis selama menjalani proses pendidikan di Jurusan Keperawatan Kupang
9. Teman-teman seperjuangan angkatan II khususnya kelas RPL D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang yang sudah menjadi wadah berbagi, mendukung, mendoakan dan sama-sama berproses serta berjuang hingga pada akhirnya penulis boleh menyelesaikan seluruh proses perkuliahan dan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.

Penulis menyadari sepenuhnya Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat dibutuhkan oleh penulis. Akhir kata, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat digunakan dalam proses pembelajaran di dunia pendidikan.

Kupang, Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Lembar Persetujuan	i
Lembar Pengesahan	ii
Pernyataan	iii
Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vi
Daftar Tabel	vii
Daftar Lampiran.....	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penulisan	2
1.3 Manfaat	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Penyakit Tuberculosis Paru	5
2.2 Konsep Proses Asuhan Keperawatan Tuberculosis Paru.....	9
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	26
3.1 Hasil Studi Kasus	26
3.2 Pembahasan	34
3.3 Keterbatasan	41
BAB 4 PENUTUP	42
4.1 Kesimpulan.....	42
4.2 Saran	45
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Tuberkulosis Paru merupakan penyakit infeksi tropis menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis* berada dalam alveolus maka akan membentuk tuberkel-tuberkel. Basil tuberkel ini akan menimbulkan reaksi peradangan dan terbentuk eksudat-eksudat pada saluran pernapasan sehingga muncul manifestasi klinik seperti batuk dan sesak napas yang jika tidak diobati akan menyebabkan konsolidasi ke paru yang lain sehingga terjadi penurunan pengembangan paru dan mengakibatkan terjadinya hipoksia. Keadaan ini menyebabkan tidak terpenuhinya kebutuhan oksigen pada seluruh jaringan tubuh sehingga jika dibiarkan akan mengakibatkan kematian, (Smeltzer dan Bare, 2013;265).

Menurut laporan *World Health Organization* (WHO) tahun 2015, di tingkat global diperkirakan 9,6 juta kasus TB Paru dengan 3,2 juta kasus diantaranya adalah perempuan. Dengan 1,5 juta kematian karena TB dimana 480.000 kasus adalah perempuan. Dari kasus TB tersebut ditemukan 1,1 juta (12%) HIV positif dengan kematian 320.000 orang (140.000 orang adalah perempuan) dan 480.000 TB Resisten Obat (TB-RO) dengan kematian 190.000 orang. Dari 9,6 juta kasus TB paru, diperkirakan 1 juta kasus TB Anak (di bawah usia 15 tahun) dan 140.000 kematian/tahun, (Profil kesehatan RI, 2015;160).

Jumlah kasus TB di Indonesia menurut laporan *World Health Organization* (WHO) tahun 2015, diperkirakan ada 1 juta kasus TB baru pertahun(399 per 100.000 penduduk). Diperkirakan 63.000 kasus TB dengan HIV positif (25 per 100.000 penduduk). Angka notifikasi kasus (Case Notification Rate/CNR) dari semua kasus, dilaporkan sebanyak 129 per 100.000 penduduk. Jumlah seluruh kasus 324.539 kasus, diantaranya 314.965 adalah kasus baru. Secara nasional perkiraan prevalensi HIV diantara pasien TB diperkirakan sebesar 6,2%. Jumlah kasus TB-RO

diperkirakan sebanyak 6700 kasus yang berasal dari 1,9% kasus TB-RO dari kasus baru TB dan ada 12% kasus TB-RO dari TB dengan pengobatan ulang. (Permenkes Nomor 67, 2016;23).

Jumlah kasus Tuberkulosis Paru dengan BTA (+) yang dideteksi di Provinsi NTT pada tahun 2014 adalah sebesar 210 kasus sedangkan pada tahun 2015 sebesar 347 kasus yang berarti terjadi peningkatan kasus. Hasil pengobatan untuk kasus Tuberkulosis Paru setelah dievaluasi kesembuhannya pada tahun 2014 mengalami kesembuhan sebesar 79,03%, sedangkan pada tahun 2015 angka kesembuhan menjadi 66,30% yang menunjukkan telah terjadi penurunan dibanding tahun 2014, (Profil Kesehatan NTT, 2015;65).

Di kota Kupang jumlah kasus baru TB BTA positif untuk tahun 2015 sebanyak 308 orang. Angka insiden kasus Tuberkulosis Paru meningkat pada tahun 2015 yaitu 203 kasus per 100.000 penduduk (794 Kasus), dengan angka keberhasilan pengobatan dari pasien Tuberkulosis Paru BTA positif yang diobati pada tahun 2014 sebesar 83,12 % (Profil Kesehatan Kota Kupang, 2015;83).

Menurut data dari RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang jumlah penderita Tuberkulosis Paru BTA (+) dengan atau tanpa tindakan pada tahun 2013 sebanyak 240 penderita, yang meninggal dunia sebanyak 31 orang. Pada tahun 2014 penderita Tuberkulosis sebanyak 198 orang yang meninggal dunia sebanyak 24 orang. Tahun 2015 terjadi peningkatan kasus penderita Tuberkulosis Paru yaitu 325 orang dan yang meninggal dunia sebanyak 52 orang. Tahun 2016 jumlah penderita Tuberkulosis Paru sebanyak 205 orang dan yang meninggal dunia 27 orang. Studi awal yang dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019, di mana dengan sumber buku register bahwa Tuberkulosis Paru yang dirawat di Ruang Tulip selama tahun 2017 sebanyak 301 kasus, dengan rata-rata perbulan sebesar 33 kasus dengan presentase sebesar 11% dan tahun 2018 sebanyak 309 penderita, dengan rata-rata perbulan sebanyak 36 penderita atau sekitar 16,7%, data Tahun 2019 (Bulan Januari-juni) sebanyak 109 penderita.

Melihat angka morbiditas pasien Tuberkulosis Paru yang tinggi di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang perawat perlu menyiapkan diri secara profesional dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai kompetensi. Peran perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan yang bertanggung jawab dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat Tuberkulosis Paru sangatlah penting. Dalam pelaksanaannya tentu tidak terlepas dari memberikan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Perawat dapat melakukan pengkajian keperawatan secara benar pada pasien Tuberkulosis Paru, menentukan masalah keperawatan secara tepat, menyusun intervensi keperawatan, memberikan tindakan serta melakukan evaluasi pada pasien dengan Tuberkulosis Paru, sehingga masalah yang muncul seperti kebutuhan oksigenasi, pemenuhan nutrisi, resiko tinggi infeksi dapat teratasi dengan baik. Penanggulangan Tuberculosis Paru dapat di fokuskan pada semua aspek penyembuhan,mulai dari preventif,kuratif (pengobatan),promotif hingga rehabilitative. Untuk itu,dalam mengatasi permasalahan Tuberculosis Paru,tampaknya tidak ada jalan lain seluruh pihak harus bahu membahu mengatasi masalah ini secara bersama.

Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien Tuberkulosis Paru di Ruang Tulip RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.2. Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Penuis mampu mengaplikasikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Tuberkulosis Paru, menggunakan pendekatan proses keperawatan.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan Tuberkulosis Paru di Ruang Tulip RSUD.Prof.Dr.W.z.Johanes Kupang
2. Penulis mampu Merumuskan diagnosa keperawatan yang tepat pasie dengan Tuberkulosis Paru di Ruang Tulip RSUD Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang
3. Penulis mampu Membuat perencanaan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan pada pasien dengan Tuberkulosis Paru di Ruang Tulip RSUD Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang
4. Penulis mampu Melakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan Tuberkulosis Paru di Ruang Tulip RSUD Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang
5. Penulis mampu Mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan Tuberkulosis Paru di Ruang Tulip RSUD Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang

1.3. Manfaat

1. Bagi penulis menambah pengembangan dalam ilmu pengetahuan dan informasi bagi penulis tentang penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan Tuberkulosis Paru.
2. Bagi institusi pendidikan dapat mengevaluasi sejauh mana mahasiswa menguasai penerapan asuhan keperawatan pada pasien Tuberkulosis Paru.
3. Bagi RSUD. Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang dapat di jadikan sebagai masukan bagi perawat yang ada untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang benar dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan pada pasien yang menderita tuberculosis.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 . Konsep penyakit tuberculosis paru

2.1.1 Pengertian

Tuberculosis adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Kuman batang tahan aerobik dan tahan asam ini dapat merupakan organisme patogen maupun saprofit (Panduan asuhan keperawatan profesional,(2012;446). Tuberculosis (TB) adalah penyakit infeksius, yang terutama menyerang parenkim paru, dengan agen infeksius utama *Mycobacterium tuberculosis* (Smeltzer & Bare,2013;267). Tuberculosis paru adalah penyakit infeksi pada paru yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yaitu suatu bakteri yang tahan asam (Suriadi, 2001;154). Menurut Nanda Nic Noc (2013;192), Klasifikasi Tuberculosis di Indonesia yang banyak dipakai berdasarkan kelainan klinis, radiologist dan mikrobiologis yaitu Tuberkulosis paru,bekas tuberculosis dan tuberculosis paru tersangka yang terbagi dalam:TB paru tersangka yang diobati (sputum BTA negatif, tapi tanda -tanda lain positif)TB paru tersangka yang tidak dapat diobati (sputum BTA negatif dan tanda – tanda lain meragukan.

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Tuberculosis Paru adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Mycobakterium tuberculosis* suatu basil yang tahan asam yang menyerang parenkim paru atau bagian lain dari tubuh manusia.

2.1.2 Etiologi

Penyebab dari penyakit tuberculosis paru adalah terinfeksiinya paru oleh *micobacterium tuberculosis* yang merupakan kuman berbentuk batang dengan ukuran sampai 4 mycron dan bersifat anaerob. Sifat ini yang menunjukkan kuman lebih menyukai jaringan yang tinggi kandungan oksigennya, sehingga paru-paru merupakan tempat prediksi penyakit

tuberculosis. Kuman ini juga terdiri dari asal lemak (lipid) yang membuat kuman lebih tahan terhadap asam dan lebih tahan terhadap gangguan kimia dan fisik. Penyebaran mycobacterium tuberculosis yaitu melalui droplet nukles, kemudian dihirup oleh manusia dan menginfeksi (Sudarto,(2006;154).

2.1.3 Patofisiologi

Tempat masuk kuman mycobacterium adalah saluran pernafasan, infeksi tuberculosis terjadi melalui (airborn) yaitu melalui instalasi dropet yang mengandung kuman-kuman basil tuberkel yang berasal dari orang yang terinfeksi. Basil tuberkel yang mempunyai permukaan alveolis biasanya diinstalasi sebagai suatu basil yang cenderung tertahan di saluran hidung atau cabang besar bronkus dan tidak menyebabkan penyakit. Setelah berada dalam ruangan alveolus biasanya di bagian lobus atau paru-paru atau bagian atas lobus bawah basil tuberkel ini membangkitkan reaksi peradangan, leukosit polimortonuklear pada tempat tersebut dan memfagosit namun tidak membunuh organisme tersebut. Setelah hari-hari pertama masa leukosit diganti oleh makrofag. Alveoli yang terserang akan mengalami konsolidasi dan timbul gejala pneumonia akut. Pneumonia seluler ini dapat sembuh dengan sendirinya, sehingga tidak ada sisa yang tertinggal atau proses dapat juga berjalan terus dan bakteri terus difagosit atau berkembang biak, dalam sel basil juga menyebar melalui gestasi bening regional. Makrofag yang mengadakan infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu sehingga membentuk sel tuberkel epiteloid yang dikelilingi oleh limfosit, nekrosis bagian sentral lesi yang memberikan gambaran yang relatif padat dan seperti keju-lesi nekrosis kaseora dan jaringan granulasi di sekitarnya terdiri dari sel epiteloid dan fibrosis menimbulkan respon berbeda, jaringan granulasi menjadi lebih fibrasi membentuk jaringan parut akhirnya akan membentuk suatu kapsul yang mengelilingi tuberkel. Lesi primer paru-paru dinamakan fokus gholi dengan gabungan terserangnya kelenjar getah bening regional dari lesi primer dinamakan komplet ghon

dengan mengalami pengapuran. Respon lain yang dapat terjadi pada daerah nekrosis adalah pencairan dimana bahan cairan lepas ke dalam bronkus dengan menimbulkan kapiler materi tuberkel yang dilepaskan dari dinding kavitis akan masuk ke dalam percabangan keobronkial. Proses ini dapat terulang kembali di bagian lain dari paru-paru atau basil dapat terbawa sampai ke laring, telinga tengah atau usus. Kavitis untuk kecil dapat menutup sekalipun tanpa pengobatan dengan meninggalkan jaringan parut yang terdapat dekat dengan perbatasan bronkus rongga. Bahan perkijuan dapat mengontrol sehingga tidak dapat mengalir melalui saluran penghubung, sehingga kavitasi penuh dengan bahan perkijuan dan lesi mirip dengan lesi berkapsul yang terlepas. Keadaan ini dapat tidak menimbulkan gejala dalam waktu lama dan membentuk lagi hubungan dengan bronkus dan menjadi limpal peradangan aktif. Penyakit dapat menyebar melalui getah bening atau pembuluh darah. Organisme atau lobus dari kelenjar betah bening akan mencapai aliran darah dalam jumlah kecil, yang kadang-kadang dapat menimbulkan lesi pada berbagai organ lain. Jenis penyebaran ini dikenal sebagai penyebaran limfo hematogen yang biasanya sembuh sendiri, penyebaran ini terjadi apabila fokus nekrotik merusak pembuluh darah sehingga banyak organisme masuk ke dalam sistem vaskuler dan tersebar ke organ-organ tubuh (Price & Wilson, 2005;852)

2.1.4 Manifestasi Klinik

Menurut Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI),2006;18) menjelaskan bermacam-macam tanda dan gejala antara lain :

1. Demam

Umumnya subfebris, kadang-kadang 40-410C, keadaan ini sangat dipengaruhi oleh daya tahan tubuh pasien dan berat ringannya infeksi kuman tuberculosis yang masuk.

2. Batuk

Terjadi karena adanya iritasi pada bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk radang. Sifat batuk dimulai dari batuk kering (non

produktif). Keadaan setelah timbul peradangan menjadi produktif (menghasilkan sputum atau dahak). Keadaan yang lanjut berupa batuk darah haematoemesis karena terdapat pembuluh darah yang cepat. Kebanyakan batuk darah pada TBC terjadi pada dinding bronkus.

3. Sesak nafas

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.

4. Nyeri dada

Gejala ini dapat ditemukan bila infiltrasi radang sudah sampai pada pleura, sehingga menimbulkan pleuritis, akan tetapi, gejala ini akan jarang ditemukan.

5. Malaise

Penyakit TBC paru bersifat radang yang menahun. Gejala malaise sering ditemukan anoreksia, berat badan makin menurun, sakit kepala, meriang, nyeri otot dan keringat malam. Gejala semakin lama semakin berat dan hilang timbul secara tidak teratur.

2.1.5 Penatalaksanaan

1. Pencegahan

- a. Pemeriksaan kontak, yaitu pemeriksaan terhadap individu yang bergaul erat dengan penderita tuberculosis paru BTA positif.
- b. *Mass chest X-ray*, yaitu pemeriksaan missal terhadap kelompok – kelompok populasi tertentu misalnya : karyawan rumah sakit, siswa-siswi pesantren.
- c. Vaksinasi BCG, biasanya menimbulkan sensitivitas terhadap tes tuberkuli. Derajat vitasnya bervariasi, bergantung pada strain BCG yang di pakai dan populasi yang di vaksinasi. Tes tuberculin kulit tidak merupakan kontraindikasi bagi seseorang yang telah di vaksinasi dengan BCG. Therapy pencegahan harus di pertimbangkan untuk siapa pun orang yang telah di vaksinasi

BCG dan hasil Reaksi tes tuberkulin kulitnya berindurasi sama atau lebih dari 10 mm. Vaksinasi BCG hanya memiliki tingkat keefektifan 50% untuk mencegah semua bentuk TB.

- d. Kemofilaksis dengan menggunakan INH 5 mg/kgBB selama 6 - 12 bulan dengan tujuan menghancurkan atau mengurangi populasi bakteri yang masih sedikit.
- e. Komunikasi, informasi, dan edukasi tentang penyakit tuberculosis kepada masyarakat.

2. Pengobatan Tuberkulosis paru diobati terutama dengan agen kemoterapi (agen antituberkulosis) selama periode 6 sampai 12 bulan. Lima medikasi garis depan digunakan adalah Isoniasid (INH), Rifampisin (RIF), Streptomisin (SM), Etambutol (EMB), dan Pirazinamid (PZA). Kapremiosin, kanamisin, etionamid, natrium para-aminosilat, amikasin, dan siklisin merupakan obat – obat baris kedua ((Price & Wilson, 2005;856)

2.2Konsep Proses Asuhan Keperawatan Tuberculosis Paru

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Taylor & Ralph (2013;409) Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan di mana riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik yang lengkap di lakukan. Pengkajian merupakan tahap pertama dan utama yang sangat menentukan keberhasilan tahapan proses keperawatan selanjutnya. Data – data umum yang sering di tanyakan pada pasien Tuberculosis Paru adalah sebagai berikut:

1. Aktivitas atau istirahat

Gejala : kelelahan umum dan kelemahan, mimpi buruk, nafas pendek karena kerja, kesulitan tidur pada malam hari, menggigil atau berkeringat.

Tanda : takikardia. takipnea/dispnea pada kerja, kelelahan otot, nyeri dan sesak (tahap lanjut).

2. Integritas EGO

Gejala : adanya faktor stress lama, masalah keuangan rumah, perasaan tidak berdaya/tidak ada harapan. Populasi budaya/etnik, missal orang Amerika asli atau imigran dari Asia Tenggara/benua lain.

Tanda : menyangkal (khususnya selama tahap dini) ansietas ketakutan, mudah terangsang.

3. Makanan/cairan

Gejala : kehilangan nafsu makan. tidak dapat mencerna penurunan berat badan.

Tanda : turgor kulit buruk, kering/kulit bersisik, kehilangan otot/hilang lemak subkutan.

4. Nyeri atau kenyamanan

Gejala : nyeri dada meningkat karena batuk berulang.

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

5. Pernafasan

Gejala : batuk produktif atau tidak produktif, nafas pendek, riwayat tuberculosis terpajan pada individu terinfeksi.

Tanda : peningkatan frekuensi pernafasan (penyakit luas atau fibrosis parenkim paru pleura) pengembangan pernafasan tidak simetri (effuse pleura) perkusi pekak dan penurunan fremitus (cairan pleural atau penebalan pleural bunyi nafas menurun/tidak ada secara bilateral atau unilateral efusi pleural/pneumotorak) bunyi nafas tubuler dan bisikan pectoral di atas lesi luas, krekels tercabut di atas aspek paru selama inspirasi cepat setelah batuk pendek (krekes posttussic) karakteristik sputum: hijau, puluren, muloid kuning atau bercak darah deviasi trakeal (penyebaran bronkogenik).

6. Keamanan

Gejala : adanya kondisi penekanan imun. contoh: AIDS, kanker. Tes positif.

Tanda : demam rendah atau sedikit panas akut.

7. Interaksi sosial

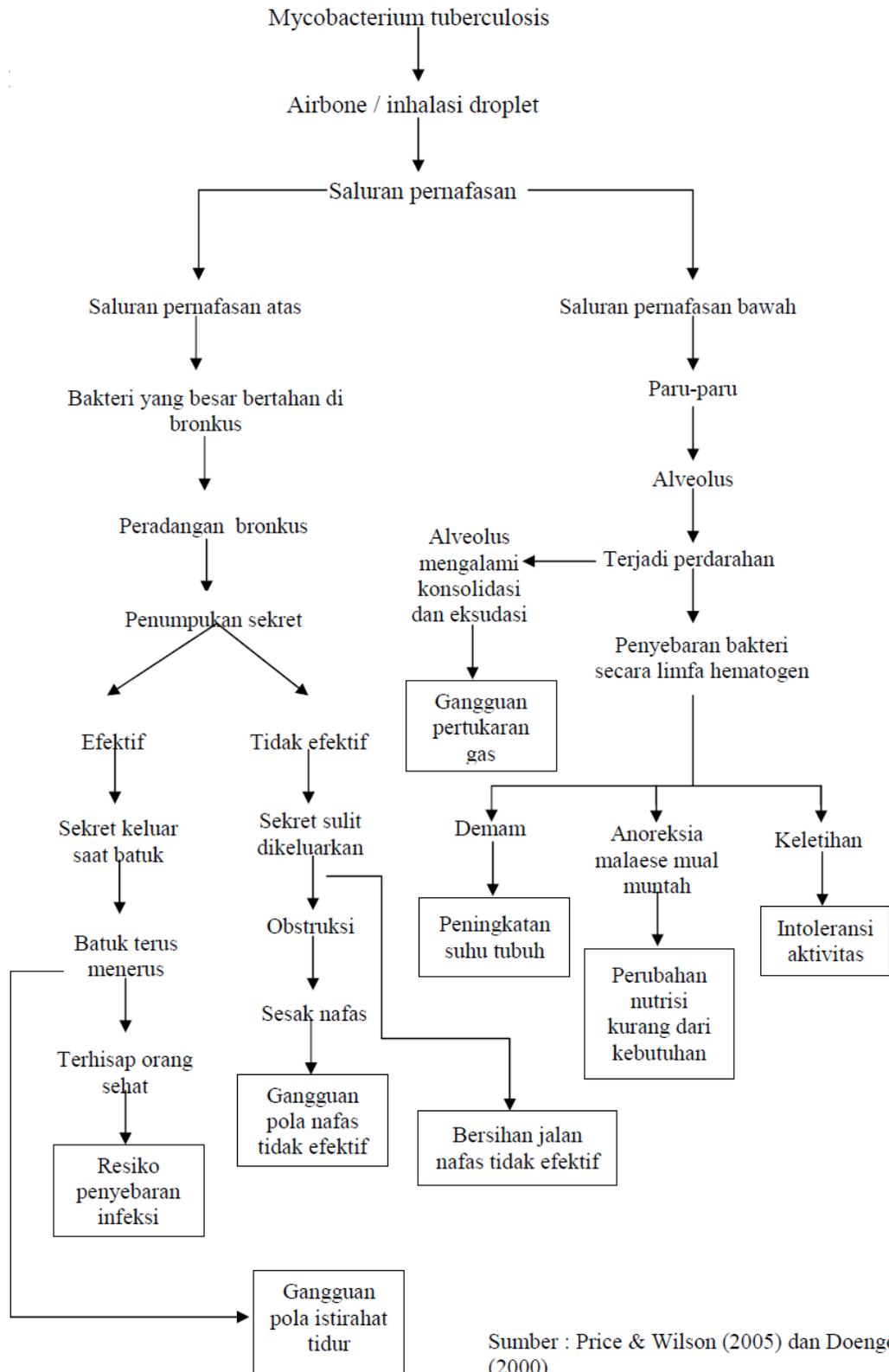
Gejala : perasaan isolasi/penolakan karena penyakit menular, perubahan bisa dalam tanggungjawab/perubahan kapasitas fisik untuk melaksanakan peran.

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien tuberculosis paru yaitu:

- a. Kultur sputum: positif untuk mycobacterium tuberculosis pada tahap akhir penyakit.
- b. Ziehl-Neelsen (pemakaian asam cepat pada gelas kaca untuk usapan cairan darah) positif untuk basil asam cepat.
- c. Tes kulit (mantoux, potongan vollmer): reaksi positif (area indurasi 10 mm atau lebih besar, terjadi 48-72 jam setelah injeksi intra dermal antigen) menunjukkan infeksi masa lalu dan adanya antibodi tetapi tidak secara berarti menunjukkan penyakit aktif.
- d. Elisa/Western Blot: dapat menyatakan adanya HIV.
- e. Foto thorak: dapat menunjukkan infiltrasi lesi awal pada area paru atas simpangan kalsium lesi sembuh primer atau effuse cairan.
- f. Histologi atau kultur jaringan paru: positif untuk mycobacterium tuberculosis,
- g. Biopsi jarum pada jaringan paru: positif untuk granuloma Tb, adanya sel raksasa menunjukkan nekrosis,
- h. Elektrolit: dapat tidak normal tergantung pada lokasi dan beratnya infeksi.
- i. GDA: dapat normal tergantung lokasi, berat dan kerusakan sisa pada paru.
- j. Pemeriksaan fungsi paru: penurunan kapasitas vital, peningkatan ruang mati, peningkatan rasio udara dan kapasitas paru total dan penurunan saturasi oksigen sekunder terhadap infiltrasi parenkim/fibrosis, kehilangan jaringan paru dan penyakit pleural (TB paru kronis luas) (Doengoes, 2000;346

2.1.6. Pathway



Sumber : Price & Wilson (2005) dan Doengoes (2000)

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret kental, kelemahan upaya batuk buruk
2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi mukopurulen dan kekurangan upaya batuk
3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan penurunan permukaan efek paru. Kerusakan membran di alveolar, kapiler, sekret kevtal dan tebal
4. Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses peradangan
5. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah, anoreksia.
6. Gangguan pada istirahat tidur berhubungan dengan sesak nafas dan batuk
7. Cemas berhubungan dengan proses penyakit
8. Kurang pengetahuan mengenai kondisi aturan tindakan dan pencegahan berhubungan dengan jalan interpretasi inibrasi, keterbatasan kognitif
9. Resiko tinggi infeksi terhadap penyebaran berhubungan dengan pertahanan primer adekuat, kerusakan jaringan penakanan proses inflamasi, malnutrisi.

2.2.3 Intervensi keperawatan

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret kental, kelemahan upaya batuk buruk
 - a. Tujuan : bersihan jalan nafas efektif
 - b. Kriteria Hasil : pasien dapat mempertahankan jalan nafas dan mengeluarkan sekret tanpa bantuan
 - c. Intervensi
 - 1) Kaji fungsi pernafasan contoh bunyi nafas, kecepatan, irama, dan kelemahan dan penggunaan otot bantu.
Rasional : Peningkatan bunyi nafas dapat menunjukkan atelektasis, ronchi, mengi menunjukkan akumulasi sekret/ketidakmampuan untuk membersihkan jalan nafas yang dapat menimbulkan penggunaan otot akseseri pernafasan dan peningkatan kerja pernafasan.

- 2) Catat kemampuan untuk mengeluarkan mukosa batuk efektif, catat karakter, jumlah sputum, adanya hemoptisis
Rasional : Pengeluaran sulit bila sekret sangat tebal sputum berdarah kental/darah cerah (misal efek infeksi, atau tidak kuatnya hidrasi).
 - 3) Berikan klien posisi semi atau fowler tinggi
Rasional : Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernafasan.
 - 4) Bersihkan sekret dari mulut dan trakea, penghisapan sesuai keperluan
Rasional : Mencegah obstruksi respirasi, penghisapan dapat diperlukan bila pasien tidak mampu mengeluarkan sekret.
 - 5) Pertahankan masukan cairan sedikitnya 2500 m/hari kecuali kontra indikasi
Rasional : Pemasukan tinggi cairan membantu untuk mengencerkan sekret, membantu untuk mudah dikeluarkan.
2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi mukopurulen dan kekurangan upaya batuk
- a. Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan pola nafas kembali aktif
 - b. Kriteria Hasil : dispnea berkurang, frekuensi, irama dan kedalaman dan pernafasan normal
 - c. Intervensi
 - 1) Kaji kualitas dan kedalaman pernafasan penggunaan otot aksesoris, catat setiap perubahan
Rasional : Kecepatan biasanya meningkat, dispnea terjadi peningkatan kerja nafas, kedalaman pernafasan dan bervariasi tergantung derajat gagal nafas.
 - 2) Kaji kualitas sputum, warna, bau dan konsistensi
Rasional : Adanya sputum yang tebal, kental, berdarah dan purulen diduga terjadi sebagai masalah sekunder.

3) Baringkan klien untuk mengoptimalkan pernafasan (semi fowler)

Rasional : Posisi duduk memungkinkan ekspansi paru maksimal upaya batuk untuk memobilisasi dan membuang sekret.

3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan penurunan permukaan efek paru, kerusakan membran alveolar, kapiler, sekret kental dan tebal.

a. Tujuan : tidak ada tanda-tanda dispnea

b. Kriteria Hasil : melaporkan tidak adanya penurunan dispnea, menunjukkan perbaikan ventilasi dan O₂ jaringan adekuat dengan AGP dalam rentang normal, bebas dari gejala, distress pernafasan.

c. Intervensi dan rasional

1) Kaji dispnea, takipnea, tidak normal atau menurunnya bunyi nafas, peningkatan upaya pernafasan, terbatasnya ekspansi dinding dada dan kelemahan.

Rasional : TB paru menyebabkan efek luas pada paru dari bagian kecil bronkopneumonia sampai inflamasi difus luas nekrosis effure pleural untuk fibrosis luas

2) Evaluasi tingkat kesadaran, catat sianosis dan perubahan pada warna kulit, termasuk membran mukosa dan kuku
Rasional : Akumulasi sekret/pengaruh jalan nafas dapat mengganggu O₂ organ vital dan jaringan.

3) Tunjukkan/dorong bernafas dengan bibir selama endikasi, khususnya untuk pasien dengan fibrosis atau kerusakan parenkim

Rasional : Membuat tahanan melawan udara luar untuk mencegah kolaps atau penyempitan jalan nafas, sehingga membantu menyebarkan udara melalui paru dan menghilangkan atau menurunkan nafas pendek.

- 4) Tingkatkan tirah baring / batasi aktivitas dan bantu aktivitas pasien sesuai keperluan
Rasional : Menurunkan konsumsi oksigen/kebutuhan selama periode penurunan pernafasan dapat menurunkan beratnya gejala.
 - 5) Kolaborasi medis dengan pemeriksaan ACP dan pemberian oksigen
Rasional : Mencegah pengeringan membran mukosa, membantu pengenceran sekret.
4. Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses peradangan
- a. Tujuan : Suhu tubuh kembali normal
 - b. Kriteria hasil : Suhu tubuh dalam rentang normal (360 C - 370C)
 - c. Intervensi dan rasional :
 - 1) Pantau suhu tubuh
Rasional : Sebagai indikator untk mengetahui status hipertermi
 - 2) Anjurkan untuk mempertahankan masukan cairan adekuat untuk mencegah dehidrasi
Rasional : Dalam kondisi demam terjadi peningkatan evaporasi yang memicu timbulnya dehidrasi
 - 3) Berikan kompres hangat pada lipatan ketiak dan femur
Rasional : Menghambat pusat simpatis dan hipotalamus sehingga terjadi vasodilatasi kulit dengan merangsang kelenjar keringat untuk mengurangi panas tubuh melalui penguapan
 - 4) Anjurkan pasien untuk memakai pakaian yang menyerap keringat
Rasional : Kondisi kulit yang mengalami lembab memicu timbulnya pertumbuhan jamur. Juga akan mngurangi kenyamanan pasien.

5) Kolaborasi pemberian antipiretik

Rasional : Mengurangi panas dengan farmakologis

5. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelemahan, anoreksia, ketidakcukupan nutrisi

a. Tujuan : kebutuhan nutrisi terpenuhi (tidak terjadi perubahan nutrisi)

b. Kriteria hasil : pasien menunjukkan peningkatan berat badan dan melakukan perilaku atau perubahan pola hidup.

c. Intervensi dan rasional:

1) Catat status nutrisi pasien dari penerimaan, catat turgor kulit, berat badan dan derajat kekurangannya berat badan, riwayat mual atau muntah, diare.

Rasional : berguna dalam mendefinisikan derajat/luasnya masalah dan pilihan intervensi yang tepat

2) Pastikan pada diet biasa pasien yang disukai atau tidak disukai.
Rasional : membantu dalam mengidentifikasi kebutuhan pertimbangan keinginan individu dapat memperbaiki masukan diet.

3) Selidiki anoreksia, mual dan muntah dan catat kemungkinan hubungan dengan obat, awasi frekuensi, volume konsistensi feces.

Rasional : Dapat mempengaruhi pilihan diet dan mengidentifikasi area pemecahan masalah untuk meningkatkan pemasukan atau penggunaan nutrien.

4) Dorong dan berikan periode istirahat sering.

Rasional : Membantu menghemat energi khususnya bila kebutuhan meningkat saat demam.

5) Berikan perawatan mulut sebelum dan sesudah tindakan pernafasan

Rasional : Menurunkan rasa tidak enak karena sisa sputum atau obat untuk pengobatan respirasi yang merangsang pusat muntah.

- 6) Dorong makan sedikit dan sering dengan makanan tinggi protein.

Rasional : Masukan nutrisi tanpa kelemahan yang tidak perlu atau kebutuhan energi dari makan makanan banyak dari menurunkan iritasi gaster.

- 7) Kolaborasi, rujuk ke ahli diet untuk menentukan komposisi diet.

Rasional : bantuan dalam perencanaan diet dengan nutrisi adekuat untuk kebutuhan metabolik dan diet.

6. Gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan sesak nafas dan batuk.

- a. Tujuan : agar pola tidur terpenuhi.

- b. Kriteria hasil : pasien dapat istirahat tidur tanpa terbangun.

- c. Intervensi dan rasional:

- 1) Diskusikan perbedaan individual dalam kebutuhan tidur berdasarkan hal usia, tingkat aktivitas, gaya hidup tingkat stress.

Rasional : rekomendasi yang umum untuk tidur 8 jam tiap malam nyatanya tidak mempunyai fungsi dasar ilmiah individu yang dapat rileks dan istirahat dengan mudah memerlukan sedikit tidur untuk merasa segar kembali dengan bertambahnya usia, waktu tidur. Total secara umum menurun, khususnya tidur tahap IV dan waktu tahap meningkat.

- 2) Tingkatkan relaksasi, berikan lingkungan yang gelap dan terang, berikan kesempatan untuk memilih penggunaan bantal, linen dan selimut, berikan ritual waktu tidur yang menyenangkan bila perlu pastikan ventilasi ruangan baik, tutup pintu ruangan bila klien menginginkan.

Rasional : tidur akan sulit dicapai sampai tercapai relaksasi, lingkungan rumah sakit dapat mengganggu relaksasi.

7. Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan keletihan dan inadekuat oksigen untuk aktivitas.

a. Tujuan : agar aktivitas kembali efektif.

b. Kriteria hasil : pasien mampu melakukan aktifitas secara mandiri dan tidak kelelahan setelah beraktivitas.

c. Intervensi dan rasional:

1) Jelaskan aktivitas dan faktor yang meningkatkan kebutuhan oksigen seperti merokok, suhu sangat ekstrim, berat badan kelebihan, stress.

Rasional : merokok, suhu ekstrim dan stress menyebabkan vasokonstriksi yang meningkatkan beban kerja jantung dan kebutuhan oksigen, berat badan berlebihan, meningkatkan tahapan perifer yang juga meningkatkan beban kerja jantung.

2) Secara bertahap tingkatan aktivitas harian klien sesuai peningkatan toleransi.

Rasional : mempertahankan pernafasan lambat, sedang dan latihan yang diawasi memperbaiki kekuatan otot aksesori dan fungsi pernafasan.

3) Memberikan dukungan emosional dan semangat

Rasional : rasa takut terhadap kesulitan bernafas dapat menghambat peningkatan aktivitas.

4) Setelah aktivitas kaji respon abnormal untuk meningkatkan aktivitas.

Rasional : intoleransi aktivitas dapat dikaji dengan mengevaluasi jantung sirkulasi dan status pernafasan setelah beraktivitas.

8. Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar) mengenai kondisi, aturan tindakan dan pencegahan berhubungan dengan salah satu

interpretasi informasi, keterbatasan kognitif, tidak lengkap informasi yang ada.

a. Tujuan : pengetahuan pasien bertambah tentang penyakit tuberkulosis paru.

b. Kriteria hasil : pasien menyatakan mengerti tentang penyakit tuberkulosis paru.

c. Intervensi dan rasional:

1) Kaji kemampuan pasien untuk belajar

Rasional : belajar tergantung pada emosi dari kesiapan fisik dan ditingkatkan pada tahapan individu.

2) Berikan instruksi dan informasi tertulis pada pasien untuk rujukan contoh: jadwal obat

Rasional : informasi tertulis menentukan hambatan pasien untuk mengingat sejumlah besar informasi pengulangan menguatkan belajar.

3) Jelaskan dosis obat, frekuensi pemberian, kerja yang diharapkan dan alasan pengobatan lama, dikaji potensial interaksi dengan obat atau substansi lain

Rasional : meningkatkan kerjasama dalam program pengobatan dan mencegah penghentian obat sesuai perbaikan kondisi pasien.

4) Dorong untuk tidak merokok.

Rasional : meskipun merokok tidak merangsang berulangnya TBC tetapi meningkatkan disfungsi pernafasan.

5) Kaji bagaimana yang ditularkan kepada orang lain

Rasional : pengetahuan dapat menurunkan resiko penularan atau reaktivitas ulang juga komperkasisehubungan dengan reaktivitas.

9. Resiko tinggi infeksi terhadap penyebaran atau aktivitas ulang berhubungan dengan pertahanan primer tidak adekuat, kerusakan jaringan, penekanan proses inflamasi, mal nutrisi.

- a. Tujuan : tidak terjadi infeksi terhadap penyebaran.
- b. Kriteria hasil : pasien mengidentifikasi intervensi untuk mencegah atau menurunkan resiko penyebaran infeksi, melakukan perubahan pola hidup.
- c. Intervensi dan rasional:
 - 1) Kaji patologi penyakit dan potensial penyebaran infeksi ' melalui droplet udara selama batuk, bersin, meludah, bicara, tertawa.
Rasional : membantu pasien menyadari/menerima perlunya mematuhi program pengobatan untuk mencegah pengaktifan berulang atau komplikasi serta membantu pasien atau orang terdekat untuk mengambil langkah untuk mencegah infeksi ke orang lain.
 - 2) Identifikasi orang lain yang beresiko, missal: anggota keluarga, sahabat karib/teman.
Rasional : orang-orang yang terpejan ini perlu program terapi obat untuk mencegah penyebaran/terjadinya infeksi.
 - 3) Kaji tindakan kontrol infeksi sementara, missal: masker atau isolasi pernafasan.
Rasional: dapat membantu menurunkan rasa terisolasi pasien dan membuang stigma sosial sehubungan dengan penyakit menular.
 - 4) Anjurkan pasien untuk batuk/bersin dan mengeluarkan pada tisu dan menghindari meludah. Kaji pembuangan tisu sekali pakai dan teknik mencuci tangan yang tepat, dorong untuk mengulangi demonstrasi.
Rasional : perilaku yang diperlukan untuk mencegah penyebaran
 - 5) Tekanan pentingnya tidak menghentikan terapi obat
Rasional : periode singkat berakhir 2-3 hari setelah kemoterapi awal, tetapi pada adanya rongga atau penyakit

luas, sedang resiko penyebaran infeksi dapat berlanjut sampai 3 bulan.

- 6) Dorong memilih mencerna makanan seimbang, berikan makan sering, makanan kecil pada jumlah, makanan besar yang tepat.

Rasional : adanya anoreksia (mal nutrisi sebelumnya, merendahkan tahapan terhadap proses infeksi dan mengganggu penyembuhan, makanan kecil dapat meningkatkan pemasukan semua

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Taylor & Ralph (2013,410).Implementasi merupakan tahap melaksanakan rencana tindakan keperawatan atau strategi-strategi keperawatan. Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan.

1. Diagnosa 1 : Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan bronkospasme.

Implementasi : Menginspeksi keadaan umum pasien yang berhubungan dengan pernapasan. Mengkaji bunyi napas pasien menggunakan stetostop. Mengatur posisi yang nyaman untuk pasien seperti semi fowler atau fowler. Mengajarkan pasien napas dalam dan batuk efektif, serta menganjurkan pasien untuk banyak minum air hangat.

2. Diagnosa 2: Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan kerusakan

jaringan paru. Implementasi: Mengkaji keadaan umum pasien seperti tingkat kesadaran pasien. Mengkaji bunyi napas pasien dengan stetoskop, pergerakan dinding dada, kaji sianosis dan perubahan warna kulit. Memberikan oksigen tambahan yang sesuai.

3. Diagnosa 3: Resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan primer tidak adekuat, terpajan lingkungan.

Implementasi : Membatasi pengunjung atau orang lain yang berisiko terkena penyakit TBC seperti anak-anak. Menganjurkan pengunjung atau keluarga untuk mengenakan masker. Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung gizi seimbang. Serta memberikan obat sesuai indikasi.

4. Diagnosa 4 : Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelemahan, anoreksia.

Implementasi: Mengkaji status nutrisi pasien dengan mengukur berat badan pasien serta turgor kulit pasien. Membantu pasien melakukan kumur mulut dengan air hangat setelah latihan batuk efektif untuk mencegah mual muntah. Menyiapkan lingkungan yang bersih saat pasien makan untuk meningkatkan nafsu makan pasien.

5. Diagnose 5 : Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi *microbacterium tuberculosis* di paru-paru.

Implementasi: Pemantauan suhu tubuh, menganjurkan pasien mengenakan pakaian tipis, mengenakan pakaian tipis dapat membantu pelepasan panas melalui evaporasi, melakukan kompres hangat pada area aksila atau lipatan paha, melakukan lakukan kolaborasi pemberian Paracetamol 500 mg (1 tablet).

6. Diagnosa 6 : Kurang pengetahuan mengenai kondisi, aturan tindakan, dan pencegahan berhubungan dengan kurang terpajan/salah interpretasi informasi, tidak lengkap informasi yang ada.

Implementasi: Menanyakan pasien tentang penyakit yang dialami, dan menjalin kerja sama dengan pasien selama dalam pengobatan.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan suatu proses dimana kita melihat tujuan tercapai atau tidak. Hasil yang diharapkan meliputi:

1. Mempertahankan jalan napas paten dengan mengatasi sekresi menggunakan humidifikasi, masukan cairan, latihan batuk, dan drainase postural. Mengeluarkan sekret tanpa bantuan, berpartisipasi dalam program pengobatan.
2. Menunjukkan perbaikan ventilasi dan oksigenasi jaringan adekuat dengan GDAdalam rentang normal. Bebas dari gejala distress pernapasan.
3. Mampu mengidentifikasi intervensi untuk mencegah atau menurunkan resiko penyebaran infeksi misalnya mengenakan masker. Menunjukkan teknik atau melakukan perubahan pola hidup untuk meningkatkan lingkungan yang aman.
4. Menunjukkan berat badan meningkat mencapai tujuan dengan nilai laboratorium normal dan bebas dari tanda malnutrisi. Melakukan perubahn perilaku untuk meningkatkan nutrisi yang tepat.
5. Mampu menurunkan suhu tubuh yang normal.

6. Menunjukkan tingkat pengetahuan yang adekuat :
- a) Menyebutkan obat dengan namanya dan jadwal yang tepat untuk meminumnya.
 - b) Melakukan perubahan pola hidup untuk memperbaiki kesehatan umum dan menurunkan resiko pengaktifan ulang TB.
 - c) Menggambarkan rencana untuk menerima perawatan yang adekuat

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1. Hasil Studi Kasus

3.1.1 Gambaran Lokasi

Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang merupakan rumah sakit tipe B yang menjadi Badan Layanan Umum Berdasarkan Surat Keterangan : MK.01.02/6/1987/2012. Kapasitas tempat tidur 306 tempat tidur. *Bed Occupancy Ratio* (BOR) sebesar 73%. Sementara itu, *Average Length of Stay* (LOS) adalah selama 5 hari. Jumlah pasien rawat inap sebanyak 18.966 orang/tahun dengan rata-rata 8.302 orang/tahun. Sedangkan, jumlah pasien rawat jalan sebanyak 104.649 orang/tahun dengan rata-rata 39.359/tahun. Tenaga kesehatan yang berada di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang terdiri dari 108 dokter, yang terdiri atas. 101 dokter umum dan spesialis, 6 dokter gigi, dan 1 dokter bedah. Jumlah tenaga perawat di rumah sakit ini sebanyak 378 orang yang terdiri dari Ners 371 orang dan perawat gigi 7 orang.

Ruang Tulip merupakan salah satu ruang perawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang dengan kasus terbanyak TB Paru yaitu dalam 6 bulan terakhir Januari sampai Juni 2018 jumlah pasien yang dirawat di ruangan tulip sebanyak 225 orang rata-rata 30 orang yang dirawat tiap bulannya. Perawat diruangan tulip berjumlah 13 orang laki 1, perempuan 12 orang dengan tingkat pendidikan Ners 2 orang dan 11 orangnya, D3 keperawatan. Jumlah BED diruangan ini sebanyak 18 buah. *Bed Occupancy Ratio* (BOR) ruangan ini pada tahun 2016 sebesar 55,8%. *Average Length of Stay* (LOS) rata-rata selama 10 hari. Menurut Depkes (2010) *Average Length of Stay* (LOS) yang ideal adalah 6 sampai 9 hari dan *Bed*

Occupancy Ratio (BOR) yang ideal adalah 60-80%. *Bed Turn Over* (BTO) yaitu tingkat penggunaan sebuah tempat tidur dalam satu tahun sebanyak 21 kali dan *Turn Over Internal* (TOI) yaitu angka rata-rata tempat tidur tidak terisi sebanyak 8 hari. *Net Death Rate* (NDT) yaitu angka 48 jam setelah dirawat untuk tiap tiap 1000 penderita keluar sebesar 179%o. *Gross Death Rate* (GDR) yaitu angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar sebanyak 195%.

3.1.2 Asuhan Keperawatan

3.1.2.1 Pengkajian

Pengkajian di lakukan pada tanggal 15 juli 2019 jam 08.00 wita
Diagnosa medik:Susp.TB,Hemaptoe pada pasien Nn. A.N umur 19 tahun jenis kelamin perempuan, diruang Tulip Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang dengan keluhan utama saat ini pasien mengeluh batuk berdahak berwarna kuning kehijauan di sertai darah dan sesak nafas. Riwayat keluhan utama,pasien mengeluh batuk berdahak kurang lebih sudah 1 minggu yang lalu (3 Juli 2019),selama batuk dari tanggal 3 juli 2019 – 10 juli 2019 pasien tidak pernah memeriksakan penyakitnya ke fasilitas kesehatan yang ada. Pasien nampak sakit sedang, dengan kesadaran Compos mentis, Tanda vital 90/60 mmHg, Suhu 39⁰ C, Pernapasan 28x/ menit, Nadi 112x/ menit. Pada pemeriksaan auskultasi terdengar bunyi ronchi di apeks paru sebelah kiri.pola kebiasaan nutrisi pasien mengalami sedikit penurunan karena napsu makan menurun yang di tandai dengan berat badan sebelum sakit 55 kg tapi saat sakit menurun menjadi 45 kg. Pasien baru pertama kali dirawat dengan sakit ini sehingga orang tua juga bingung, khawatir dengan kondisi anak serta mengharapkan segera sembuh. Pasien merasa cemas karena sakit yang di deritanya.

Hasil pemeriksaan laboratorium pasien pada tanggal 11 Juli 2019 ditemukan Hb 12,2 g/dl (Nilai normal 12,0-16,0), hematokrit 37,1 L %, (Nilai normal 37,0-47,0),eritrosit 5,47 (Nilai normal 4,20—5,40), uL,rontgen thorak TB paru positif Tipe advances. Saat perawatan pasien

mendapat terapi obat ceftriaxone 2 x 2 gr(drip NS 100cc),NAC 3 x 200 gr,kalnex 2 x 250 gr(IV),Vit.K 10 mg IV.

Analisa data pertama yang disusun berdasarkan data pendukung yaitu di temukan data subyektif,pasien mengatakan batuk berdahak disertai darah dan nafas sesak, data obyektifnya yaitu pasien batuk berdahak,adanya sputum berwarna kuning kehijauan yang di sertai darah dan pasien mengatakan sesak nafas (terpasang oksigen 3 liter per menit),Terdengar bunyi ronchi di apeks paru sebelah kiri,dengan tanda-tanda vital pasien, tekanan darah 90/60 mmHg, Suhu 39⁰ C, Pernapasan 28x/ menit, Nadi 112x/ menit. Penyebabnya adalah sekresi mukopuleran. Dari analisa data tersebut di atas maka penulis menemukan masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk.

Analisa data ke dua yang di susun berdasarkan data pendukung yaitu di temukan data subyektif,pasien mengatakan dari tanggal 3 juli 2019-10 juli 2019 selama sakit,pasien tidak pernah memeriksakan penyakitnya ke fasilitas kesehatan yang ada,data obyektifnya yaitu pasien merasa bingung dengan sakit yang di derita nya dan pasien sering bertanya-tanya tentang penyakit nya. Penyebabnya adalah kurangnya pengetahuan tentang proses penyakit. Dari analisa data tersebut di atas maka penulis menemukan masalah keperawatan kurangnya pengetahuan tentang penyakit dan penatalaksanaan perawatan di rumah dengan penyebab kurang terpapar informasi.

Analisa data ke dua yang di susun berdasarkan data pendukung yaitu di temukan data subyektif,pasien merasa cemas dan takut terhadap penyakit yang di deritanya karena pasien pernah melihat teman bermaen nya menderita penyakit dan meninggal sama seperti sakit yag di deritanya saat ini. Data obyektifnya adalah pasien lebih banyak diam,berbicara ketika di ajukan pertanyaan saja, dengan tanda-tanda vital pasien tekanan darah 90/60 mmHg, Suhu 39⁰ C, Pernapasan 28x/ menit, Nadi 112x/ menit (teratur dan cepat). Penyebabnya adalah proses penyakit Dari analisa data

tersebut di atas maka penulis menemukan masalah keperawatan cemas dengan penyebab proses penyakit.

3.2.1.2 Rumusan Diagnosa Keperawatan

Penegakan diagnosa keperawatan tanggal 15 juli 2019 berdasarkan data pendukung yang ditemukan saat melakukan pengkajian pada Nn. A.N adapun masalah keperawatan yang diangkat adalah :

- 1) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk.
- 2) Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan penatalaksanaan perawatan di rumah
- 3) Cemas,berhubungan dengan proses penyakit.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Masalah keperawatan pada tanggal 15 juli 2019 untuk diagnosa keperawatan I: Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk., Nursing Outcome Classification (NOC) : pasien mampu mengeluarkan sekret lebih efektif, dengan kriteria hasil setelah dilakukan perawatan selama 3x 24 jam pasien akan menunjukkan bunyi napas bersih, batuk dapat dilakukan dengan efektif. Adapun intervensi keperawatan yang akan dilakukan adalah kaji fungsi pernapasan (bunyi nafas,kecepatan,irama nafas).Kaji kemampuan mengeluarkan sekresi,catat karakter,volume sputum,dan adanya hemoptysis. Anjurkan minum air hangat.Berikan posisi fowler/semi fowler dan bantu pasien untuk bernafas dalam dan batuk secara efektif. Kolaborasi : Berikan oksigen dan humidifikasi tambahan, dan obat pengencer dahak dan vitamin k untuk menghentikan perdarahan.

Masalah keperawatan pada tanggal 15 juli 2019 untuk diagnosa keperawatan II: Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan penatalaksanaan perawatan di rumah ; tujuan dari rencana tindakan yaitu setelah dilakukan

pendidikan kesehatan selama 30 menit , keluarga mampu meningkatkan pengetahuan tentang penyakit TBC yang meningkat dari skala 2 (pengetahuan terbatas) menjadi skala 4 (pengetahuan banyak), dengan kriteria hasil yang diharapkan mengetahui pengertian penyakit , faktor penyebab, mengetahui tanda dan gejala penyakit,mengetahui dosis obat,frekuensi pemberian obat, mengetahui cara pencegahan, mengetahui cara penanganan dirumah (*discharge planning*),membuat *discharge planning*,dengan tahap 1 tentang pengetahuan (pengertian tuberculosis paru,penyebab tuberculosis paru,tanda dan gejala tuberculosis paru,penataksanaan dan komplikasi), tahap 2 tindakan (nafas dalam,batuk efektif,relaksasi dan posisi apabila merasakan dahak kental dan sulit keluar serta sesak nafas),tahap ke 3 pencegahan berulang (Nutrisi;makanan apasaja yang bisa meningkatkan daya tahan tubuh, Obat;apa yang di lakukan jika lupa minum obat,lingkungan ;Upaya untuk menciptakan lingkungan yang sehat untuk penderita tuberculosis paru),tahap 4 pertemuan keluarga (pengawasan obat; siapa yang akan menjadi PMO pasien,supporter sistem; apa yang di lakukan PMO jika pasien malas minum obat dan apa yang keluarga lakukan agar mendapatkan dukungan pengobatan sampai tuntas),tahap 4 rencana tindak lanjut (menentukan sarana pelayanan kesehatan yang mudah di jangkau;puskesmas atau rumah sakit, menentukan jadwal minum obat).

Masalah keperawatan pada tanggal 15 juli 2019 untuk diagnosa keperawatan III; Cemas,berhubungan dengan proses penyakit. Tujuan: Setelah dilakukan perawatan 1 x 24 jam pasien mampu memahami dan menerima keadaannya ,sehingga tidak muncul kecemasan yang berlebihan. Intervensi keperawatan antara lain kaji faktor yang menyebabkan rasa cemas,bantu dalam mengidentifikasi sumber coping yang salah,ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan selesai disusun dengan baik. Tindakan keperawatan dimulai sejak tanggal 16 Juli 2019.

Pada hari ke dua tanggal 16 Juli 2019 dilakukan tindakan keperawatan pada diagnosa Ketidakefektifan pola pernafasan sehubungan dengan sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk, implementasi yang dilakukan antara lain mengkaji fungsi pernafasan ,pengeluaran secret.Memberikan posisi semi fowler/fowler untuk memaksimalkan ekspansi paru,menganjurkan pasien minum air hangat kurang lebih 1500 cc dalam sehari, dan membantu mengajarkan pasien bernafas dalam dan batuk efektif,dengan hasil tekanan darah 90/60 mmhg,RR 28x/menit,S: 39 derajat celcius N:11x/menit. kolaborasi dokter : pemberian obat cefriaxone 2gr(drip NS 100cc),NAC 200 gr,kalnex 250 gr(IV),Vit.K 1 x 1 amp IV.Terpasang Oksigen 3 liter per menit .

Tindakan pada hari ketiga tanggal 17 juli 2019 dilakukan tindakan keperawatan pada diagnosa Ketidakefektifan pola pernafasan sehubungan dengan sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk, implementasi yang dilakukan antara lain mengkaji fungsi pernafasan ,pengeluaran secret. Memberikan posisi semi fowler/fowler untuk memaksimalkan ekspansi paru,menganjurkan pasien minum air hangat dan membantu mengajarkan pasien bernafas dalam dan batuk efektif,dengan hasil tekanan darah 90/60 mmhg,RR 24x/menit,S: 39 derajat celcius N:11x/menit. kolaborasi dokter : pemberian obat cetriaxone 2 gr(drip NS 100cc),NAC 200 gr,kalnex 250 gr(IV),Vit.K 10 mg IV.Terpasang Oksigen 2,5 liter per menit .

Tindakan pada hari keempat tanggal 18 juli 2019 dilakukan tindakan keperawatan pada diagnosa Ketidakefektifan pola pernafasan sehubungan dengan sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk, implementasi yang dilakukan antara lain mengkaji fungsi pernafasan ,pengeluaran secret. Memberikan posisi semi fowler/fowler untuk

memaksimalkan ekspansi paru, menganjurkan pasien minum air hangat dan membantu mengajarkan pasien bernafas dalam dan batuk efektif, dengan hasil tekanan darah 90/60 mmhg, RR 22x/menit, S: 39 derajat celsius N:11x/menit. kolaborasi dokter : pemberian obat ceftriaxone 2 gr(drip NS 100cc), NAC 200 gr, kalnex 250 gr(IV), Vit.K 1 x 1 amp IV. Terpasang Oksigen 2 liter per menit .kondisi sesak napas berkurang, bunyi ronchi pada hari ketiga menghilang, kondisi pasien membaik, pengobatan tetap diberikan

Tindakan keperawatan untuk diagnosa Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan penatalaksanaan perawatan di rumah, pada hari pertama tanggal 16 juli 2019 dilakukan pengkajian tingkat pengetahuan pasien ditemukan pasien belum mengetahui apa itu TBC dan bagaimana perawatan dan pencegahan di rumah serta belum pernah mendapat informasi jelas dari petugas kesehatan. Pada hari kedua 17 Juli 2019 membuat *discharge planning*, dengan tahap 1 tentang pengetahuan (pengertian tuberculosis paru, penyebab tuberculosis paru, tanda dan gejala tuberculosis paru, penataksanaan dan komplikasi), tahap 2 tindakan (nafas dalam, batuk efektif, relaksasi dan posisi apabila merasakan dahak kental dan sulit keluar serta sesak nafas), tahap ke 3 pencegahan berulang (Nutrisi; makanan apa saja yang bisa meningkatkan daya tahan tubuh, Obat; apa yang dilakukan jika lupa minum obat, lingkungan ;Upaya untuk menciptakan lingkungan yang sehat untuk penderita tuberculosis paru), tahap 4 pertemuan keluarga (pengawasan obat; siapa yang akan menjadi PMO pasien, supporter sistem; apa yang dilakukan PMO jika pasien malas minum obat dan apa yang keluarga lakukan agar mendapatkan dukungan pengobatan sampai tuntas), tahap 4 rencana tindak lanjut (menentukan sarana pelayanan kesehatan yang mudah di jangkau; puskesmas atau rumah sakit, menentukan jadwal minum obat). Pada hari ketiga 18 Juli 2019 *discharge planning*, dengan tahap 1 tentang pengetahuan (pengertian tuberculosis paru, penyebab tuberculosis paru, tanda dan gejala tuberculosis

paru,penataksanaan dan komplikasi), tahap 2 tindakan (nafas dalam,batuk efektif,relaksasi dan posisi apabila merasakan dahak kental dan sulit keluar serta sesak nafas),tahap ke 3 pencegahan berulang (Nutrisi;makanan apasaja yang bisa meningkatkan daya tahan tubuh, Obat;apa yang di lakukan jika lupa minum obat,lingkungan ;Upaya untuk menciptakan lingkungan yang sehat untuk penderita tuberculosis paru),tahap 4 pertemuan keluarga (pengawasan obat; siapa yang akan menjadi PMO pasien,supporter sistem; apa yang di lakukan PMO jika pasien malas minum obat dan apa yang keluarga lakukan agar mendapatkan dukungan pengobatan sampai tuntas),tahap 4 rencana tindak lanjut (menentukan sarana pelayanan kesehatan yang mudah di jangkau;puskesmas atau rumah sakit, menentukan jadwal minum obat). Setelah dilakukan *discharge planning* pasien mampu menjelaskan kembali tentang penyakit TBC dan cara perawatan serta pencegahan dirumah.

Tindakan keperawatan untuk diagnosa keperawatan Cemas berhubungan dengan proses penyakit,yaitu mempertahankan kontak dengan klien :Mengkaji faktor yang menyebabkan rasa cemas,membantu dalam mengidentifikasi sumber coping yang salah,mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam asuhan keperawatan untuk menilai keberhasilan tindakan asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi pada Nn. A N dilaksanakan sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan baik secara objektif maupun secara subjektif menggunakan evaluasi SOAP.

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa Ketidakefektifan pola pernafasan sehubungan dengan sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk pada tanggal 16 Juli 2019 ditemukan yaitu S : Pasien mengatakan masih batuk dan sesak napas; O: frekuensi napas : 28x/ menit,pasien nampak batuk dan terlihat sesak napas, bunyi ronchi terdengar pada apeks paru sebelah kiri,ada pemakaian alat bantu napas,posisi pasien semi

fowler; A: masalah belum teratasi; P: intervensi tetap dilanjutkan dengan modifikasi pemberian fisioterapi dada dan anjuran banyak minum air hangat. Pada tanggal 17 Juli 2019 evaluasi keperawatan ditemukan S :pasien mengatakan masih batuk sesekali; O: frekuensi napas : 24x/ menit, pasien nampak batuk tapi tidak disertai lendir/ sputum, bunyi ronchi masih ada,masih terpasang alat bantu napas,; A: masalah teratasi sebagian; P: intervensi tetap dilanjutkan dengan modifikasi pemberian fisioterapi dada dan anjuran banyak minum air hangat. Pada tanggal 18 Juli 2019 evaluasi keperawatan ditemukan S :pasien mengatakan masih batuk sesekali; O: frekuensi napas : 22x/ menit, pasien nampak batuk tapi tidak disertai lendir/ sputum, bunyi ronchi tidak ada,tidak terpasang alat bantu napas,; A: masalah teratasi sebagian; P: intervensi tetap dilanjutkan dengan modifikasi pemberian fisioterapi dada dan anjuran banyak minum air hangat.

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan penatalaksanaan perawatan di rumah pada tanggal 17 Juli 2019 yaitu S : pasien mengatakan sudah paham tentang sakitnya dan akan merawat dengan baik dirumah; O: pasien dapat menyebutkan kembali pengertian, tanda dan gejala serta cara perawatan nantinya dirumah; A: masalah teratasi, P: intervensi di hentikan.

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa keperawatan Cemas, berhubungan dengan proses penyakit pada tanggal 17 Juli 2019 yaitu : S: Pasien mengatakan sudah tidak cemas lagi; O: Pasien sudah tampak lebih rileks dan kooperatif; A : masalah teratasi; P: intervensi dihentikan.

3.2. Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini penelitian akan membandingkan antara kasus dan teori, dengan aplikasi atau asuhan keperawatan pada Nn. A.N dengan kasus yang telah di lakukan sejak tanggal 15 – 18 Juli 2019. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian,diagnosa keperawatan,

intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

3.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pada kasus nyata pasien mengeluh batuk berdahak berwarna kuning kehijauan di sertai darah dan sesak nafas. Pada pemeriksaan auskultasi terdengar bunyi ronchi di apeks paru sebelah kiri.pada pasien terpasang alat bantu nafas (oksigen 3 Liter per Menit). Pola kebiasaan nutrisi pasien mengalami sedikit penurunan karena napsu makan menurun. Riwayat lingkungan klien adalah klien memiliki teman akrab yang menderita Tuberculosis Paru dan akhirnya meninggal,orang tua juga bingung, khawatir dengan kondisi anaknya untuk segera sembuh. Pasien merasa cemas karena sakit yang di deritanya. Menurut Wilkinson (2000). Infeksi di awali karena seseorang menghirup hasil *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri menyebar melalui jalan nafas menuju alveoli lalu berkembangbiak dan terlihat bertumpuk. Perkembangan *mycobacterium tuberculosis* juga dapat menjangkau sampai ke area lain dari paru-paru (lobus atas). Basil juga menyebar melalui sistem limfa dan aliran darah ke bagian tubuh lain dari paru-paru. Selanjutnya,sistem kekebalan tubuh memberikan respon dengan melakukan reaksi inflamasi,neutrophil dan makrofak melakukan aksi fagositosis (menelan bakteri),sementara limfosit spesifik-tuberculosis menghancurkan (melisiskan) basil dan jaringan normal. Eaksi jaringan ini mengakibatkan terakumulasi eksudat dalam alveoli (Somantri, I,2008).

Dampak dari pengeluaran dahak yang tidak lancar akibat dari mukopuleran dan kesulitan bernafas dan gangguan pertukaran gas di dalam paru yang mengakibatkan akan mengalami penyempitan jalan nafas sehingga terjadi perlengketan jalan nafas dan terjadi obstruksi jalan nafas. Untuk itu perlu bantuan untuk mengeluarkan dahak yang lengket sehingga dapat bersihan jalan nafas kembali eefekstif. Batuk efektif merupakan satu upaya untuk ,mengeluarkan dahak dan menjaga paru-paru agar tetap dapat

lancer. Batuk efektif ini merupakan bagian tindakan keperawatan untuk pasien dengan gangguan pernafasan akut dan kronis (Kisner & Colby,1999 dalam Nugroho 2011).

3.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan dimana perawat mempunyai lisensi dan kemampuan untuk mengatasinya (Potter & Perry, 2005),dengan diagnosa yang di temukan yaitu Bersihan jalan nafas tidak efektif sehubungan dengan sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk,gangguan pertukaran gas berhubungan dengan penurunan permukaan efek paru,kerusakan membran di alveolar, kapiler, sekret kental dan tebal,peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses peradangan,perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah, anoreksia,gangguan pada istirahat tidur berhubungan dengan sesak nafas dan batuk,cemas berhubungan dengan proses penyakit,kurang pengetahuan mengenai kondisi aturan tindakan dan pencegahan berhubungan dengan jalan interpretasi inibrasi, keterbatasan kognitif,resiko tinggi infeksi terhadap penyebaran berhubungan dengan pertahanan primer adekuat, kerusakan jaringan penakanan proses inflamasi, malnutrisi.

Dari diagnosa tersebut di atas maka peneliti menegakan 3 diagnosa yang di dapatkan pada pasien Nn. A.N yaitu diagnosa yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk,kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan penatalaksaan perawatan di rumah,cemas,berhubungan dengan proses penyakit.

Diagnosa keperawatan ini penulis prioritaskan karena pemenuhan kebutuhan oksigen adalah bagian penting dari kebutuhan fisiologis menurut Hierarki Maslow. Bersihan jalan nafas tidak efektif sehubungan dengan sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk untuk

mempertahankan kepatenan jalan napas (NANDA, 2015). atasan karakteristik ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah ada suara napas tambahan, perubahan frekuensi napas, sianosis, penurunan bunyi napas, dispnea, sputum dalam jumlah berlebih dan batuk yang tidak efektif.

Dalam teori pada kasus TBC dibuktikan diagnosa keperawatan utama yang muncul adalah Ketidakefektifan pola pernafasan sehubungan dengan sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan penatalaksanaan perawatan di rumah,Cemas berhubungan dengan proses penyakit. (Muttaqin, 2008).

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dari hasil perkiraan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut (Potter & Perry, 2005). Penulis mencantumkan diagnosa Ketidakefektifan pola pernafasan sehubungan dengan sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk, dengan tujuan setelah dilakukan tindakan 3 kali 24 jam bersihan jalan napas kembali efektif, dalam teori juga disebutkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali 24 jam bersihan jalan napas dapat kembali efektif (Muttaqin, 2008).

Intervensi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan NIC yang sudah dirumuskan,pasien dapat memperlakukan batuk efektif dan pasien bisa mengikuti arahan atau instruksi. Modifikasi intervensi lainnya adalah pemberian posisi semifowler untuk meningkatkan ekspansi paru, minum air hangat dan dilakukan fisioterapi dada. Menurut Muttaqin (2008) sekresi bergerak sesuai gaya gravitasi akibat perubahan posisi dan meningkatkan kepala, tempat tidur akan merendahkan isi perut menjadi diafragma sehingga meningkatkan diafragma berkontraksi. Intervensi ke empat kalaborasi pemberian obat pengencer dahak sesuai program terapi. Rasionalnya dengan pemberian obat dapat memudahkan pengeluaran sekeret di jalan napas dan memperlancar pernapasan.

Menurut Natoatmodjo, (2003) pendidikan kesehatan merupakan proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan, dalam keperawatan pendidikan kesehatan merupakan satu bentuk intervensi keperawatan yang mandiri untuk membantu klien atau individu, kelompok, maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya, melalui kegiatan pembelajarannya, yang didalam perawat berperan sebagai perawat pendidik.

Dalam mengatasi masalah keperawatan yang muncul pada pasien Nn. A.N, maka peneliti melakukan intervensi sesuai diagnose keperawatan sebagai berikut untuk diagnosa keperawatan I: Ketidakefektifan pola pernafasan sehubungan dengan sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk, intervensi keperawatan yang akan dilakukan adalah kaji fungsi pernapasan (bunyi nafas, kecepatan, irama, dan penggunaan otot bantu nafas). Kaji kemampuan mengeluarkan sekresi, catat karakter, volume sputum, dan adanya hemoptysis. Anjurkan minum air hangat. Berikan posisi fowler/semi fowler dan bantu pasien untuk bernafas dalam dan batuk efektif. Kolaborasi : Berikan oksigen dan humidifikasi tambahan, dan obat pengencer dahak dan vitamin K. Untuk diagnosa keperawatan II: Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan penatalaksanaan perawatan di rumah rencana keperawatan yang dibuat antara lain jelaskan tentang penyakit TBC, jelaskan penyebabnya, jelaskan tanda dan gejala jelaskan cara pencegahan dan penanganan dirumah dengan membuat *discharge planning*, evaluasi kembali pemahaman klien. Untuk diagnosa keperawatan III; Cemas, berhubungan dengan proses penyakit. Intervensi keperawatan antara lain kaji faktor yang menyebabkan rasa cemas, bantu dalam mengidentifikasi sumber coping yang salah, ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan.

Intervensi yang dibuat penulis sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Capernito (2007). Dengan demikian menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

3.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan criteria hasil yang di harapkan (Gordon, 2011). Implementasi keperawatan merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien (Carpenito, 2000).

Dalam tahapan implementasi penulis tidak menemukan kesenjangan Antara teori dan tindakan keperawatan yang telah di lakukan,penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan rencana keperawatan yang di buat dengan mengacu pada teori yang ada serta tindakan-tindakan yang dapat memecahkan atau meringankan masalah yang sedang di hadapi. untuk diagnosa keperawatan I: Bersihan jalan nafas sehubungan dengan sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk, adapun implementasi keperawatan yang akan dilakukan adalah mengkaji fungsi pernapasan (bunyi nafas,kecepatan,irama,).Kaji kemampuan mengeluarkan sekresi,catat karakter,volume sputum,dan adanya hemoptysis. Menganjurkan minum air hangat. Memberikan posisi fowler/semi fowler dan bantu pasien untuk bernafas dalam dan batuk efektif. Memerikan oksigen 3 Liter per Menit, memberi obat pengencer dahak dan vitamin K 10 mg. Untuk diagnosa keperawatan II: Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan penatalaksanaan perawatan di rumah. Tindakan yang di lakukan adalah memberi pendidikan kesehatan dan KIE kepada pasien tentang penyakit TBC, jelaskan penyebabnya, jelaskan tanda dan gejala jelaskan cara pencegahan dan penanganan dirumah dengan membuat *discharge planning*,evaluasi kembali pemahaman klien. Untuk diagnosa

keperawatan III; Cemas,berhubungan dengan proses penyakit. Tindakan keperawatan yang di lakukan adalah mengkaji faktor yang menyebabkan rasa cemas,bantu dalam mengidentifikasi sumber coping yang salah,membantu teknik relaksasi untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan. Menjalankan implementasi pada kasus nyata sudah sesuai dengan intervensi yang telah di susun,dengan demikian tidak ada kesenjangan Antara teori dan kasus nyata.

3.2.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi bertujuan untuk menilai keefektifan perawatan selama 3 hari pasien dirawat di Ruang TULIP. Untuk diagnosa bersihan jalan nafas sehubungan dengan sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk berdasarkan evaluasi SOAP hari pertama dan kedua masalah belum teratasi, akan tetapi pada hari ketiga perawatan pasien tidak batuk lagi, ronchi tidak ada sehingga pasien diperbolehkan pulang dengan tetap konsumsi obat sampai habis dirumah.

Evaluasi keperawatan pada diagnosa Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit pada hari ketiga perawatan masalah selesai setelah dilakukan pendidikan kesehatan mengenai masalah kesehatan dan cara perawatan dirumah sehingga mencegah terjadinya kekambuhan nantinya. Untuk masalah cemas,berhubungan dengan penyakit yang di deritanya sudah teratasi karena pasien sudah dapat beradaptasi dengan keadaannya, respon nonverbal pasien tampak lebih rileks dan santai.

Dengan demikian evaluasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata

3.3. Keterbatasan studi kasus

Dalam melakukan penelitian studi kasus ini terdapat keterbatasan yaitu Faktor waktu ,waktu rawat yang pendek 3 hari membuat penulis belum terbina hubungan baik dengan pasien selama masa perawatan.

BAB 4

PENUTUP

4.1 KESIMPULAN

1. Pengkajian dilakukan pada Nn. A.N sebagai berikut keluhan batuk berdahakbatuk di sertai darah, sesak napas, pada saat auskultasi ditemukan ronchi , pasien merasa khawatir akan kondisi karena baru pertama kali dirawat di rumah sakit dan pasien terlihat cemas berhubungan dengan penyakit yang di deritanya.
2. Diagnosa keperawatan yang di angkat Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk,kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan penatalaksanaan perawatan di rumah,Cemas,berhubungan dengan proses penyakit.
3. Intervensi keperawatan untuk diagnosa:bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk,dilakukan adalah kaji fungsi pernapasan,kaji kemampuan mengeluarkan secret,anjurkan minum air hangat,berikan posisi fowler/semi fowler dan bantu pasien untuk bernafas dalam dan batuk efektif.Untuk diagnosa keperawatan II: Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan penatalaksanaan perawatan di rumah dengan membuat *discharge planning*,evaluasi kembali pemahaman klien. Untuk diagnosa keperawatan III; Cemas,berhubungan dengan proses penyakit. Intervensi keperawatan antara lain kaji faktor yang menyebabkan rasa cemas,bantu dalam mengidentifikasi sumber coping yang salah,ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan.
4. Implementasi keperawatan yang dilakukan berdasarkan intervensi yang sudah disusun sebelumnya maka pasien dapat untuk diagnosa

keperawatan I: Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk, menganjurkan minum air hangat, memberikan posisi fowler/semi fowler dan bantu pasien untuk bernafas dalam dan batuk efektif. Diagnosa keperawatan II: Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan penatalaksanaan perawatan di rumah, memberi pendidikan kesehatan. Untuk diagnosa keperawatan III; Cemas, berhubungan dengan proses penyakit, mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan.

5. Evaluasi keperawatan yang dilakukan ditemukan dari 3 (tiga) masalah keperawatan yaitu ketidakefektifan pola pernafasan sehubungan dengan sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk, kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan penatalaksanaan perawatan di rumah, cemas berhubungan dengan proses penyakit maka semuanya dapat teratasi dan pasien sudah dipulangkan.
6. Dokumentasi keperawatan dilakukan sesuai tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implemementasi dan evaluasi keperawatan.

4.2 SARAN

Berdasarkan kesimpulan diatas , maka penulis merekomendasikan beberapa hal berupa saran sebagai berikut :

1 Bagi klien

Diharapkan agar klien meningkatkan pengetahuan tentang pencegahan dan penanganan penyakit tuberculosis khususnya dalam penanganan dirumah.

2 Bagi Tenaga Kesehatan

Khususnya perawat di ruang perawatan diharapkan selalu meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan dengan mengikuti pelatihan atau pendidikan berkelanjutan lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2013 Riset Kesehatan Dasar
- Chin J, 2006. *Manual Pemberantasan Penyakit Menular*, Infomedika, Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riset kesehatan dasar 2018. Jakarta: Kemenkes RI; 2018.
- NANDA NIC-NOC, 2013. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis*
- Potter PA & Perry AG. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik* Edisi 4, Jakarta: EGC.
- Price, Sylvia. A. & Willson, Lorrains M. (2006). *Patofisiologi dan Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta : EGC
- PDPI (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia). 2004. *TBC dan Pedoman Pentalaksanaan di Indonesia*. Jakarta: Balai penerbit FKUI
- Price A. S & Wilson M. L, 2005. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Edisi 6 EGC: Jakarta.
- Rengganis, I, 2008, *Diagnosis dan Tatalaksana Asma Bronkial*, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, Gizi RSUD. Dr. Saiful Anwar Malang
- Ruliana dkk. 2012. *Pedoman Pengkajian dan Perhitungan Kebutuhan Gizi*. Edisi 2 Instalasi Smeltzer & Bare. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medika Bedah*. Jakarta : EGC
- Seodarto 2006. *Penyakit-Penyakit Infeksi di Indonesia*, Widya Medika : Jakarta.
- Taylor M. Cynthia, Ralhp Sparks Sheila (2013), *Diagnosis Keperawatan Dengan Rencana Asuhan*, Edisi 10. Penerbit buku kedokteran EGC. Jakarta.
- 2015. Profil Kesehatan Indonesia. Kementerian Kesehatan RI

