

LAPORAN
UJIAN AKHIR PROGRAM

ASUHAN KEPERAWATAN Ny. D. M DENGAN *TUBERCULOSIS PARU*
DI RUANGAN TULIP RSUD. PROF.DR.W.Z.JOHANNES KUPANG

Disusun sebagai salah satu persyaratan ujian program Studi Diploma III
Keperawatan
Dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan



NOLAN YOHANIS KAFOLAPADA
NIM : PO.530320115087

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

2018

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nolan Yohanis Kafolapada
NIM : PO.530320115087
Program Studi : Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Ujian Akhir Program yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, Juli 2018

Pembuat Pernyataan



Nolan Yohanis Kafolapada

NIM : PO.530320115087

Mengetahui

Pembimbing



Sebastianus Banggut, SST., M.Pd

NIP : 19570323 198103 1 002

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Ujian Akhir Program oleh Nolan Yohanis Kafolapada, NIM: PO.530320115087 dengan judul “Asuhan Keperawatan Ny.D.M dengan *Tuberculosis paru* di Ruang Tulip RSUD Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang”, telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Pembimbing



Sebastianus Banggut, SST., M.Pd


NIP : 19570323 198103 1 002

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Ujian Akhir Program oleh Nolan Yohanis Kafolapada , NIM :
FD 530320115087 dengan judul “Asuhan Keperawatan Ny.D.M dengan *Tuberculosis*
pada di Ruang Tulip RSUD Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang” telah dipertahankan di
depan dewan penguji pada tanggal 09 Juli 2018

Dewan Penguji

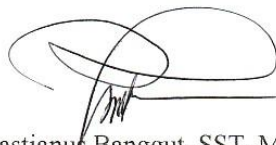
Penguji I



Dr Sabina Gero, SKp.,MHSc

NIP : 19560829 198502 2 00

Penguji II



Sebastianus Banggut, SST.,M.Pd

NIP : 19570323 198103 1 002

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan



Margaretha U. W., SKp., MHSc

NIP : 1956217 198603 2 001

Mengetahui

Ketua Program Studi



Margaretha Teli, S.Kep, Ns.,MSc-PH

NIP : 19770727 200003 2 002

BIODATA

Nama Lengkap : Nolan Yohanis Kafolapada
Tempat Tanggal Lahir : Kupang, 19 November 1997
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Alamat : Batukadera RT/RW 020/007 Kel. Fatufeto Kec.
Alak
Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SD Inpres Fatufeto 2 Kota Kupang Tahun 2009
2. Tamat SMP Negeri 6 Kota Kupang Tahun 2012
3. Tamat SMK Kencana Sakti Kota Kupang 2013
4. Sejak Tahun 2015 Kuliah di Program Studi Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Motto

“Mengeluh hanya akan membuat hidup kita semakin tertekan sedangkan bersyukur akan senantiasa membawa kita pada jalan kemudahan”

ABSTRAK

NOLAN YOHANIS KAFOLAPADA. Laporan Studi Kasus Keperawatan pada Tn. D. M dengan Tuberkulosis Paru di Ruang Tulip RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. (Dibimbing oleh Pak Sebastianus Banggut, SST.,M.Pd)

Tujuan penelitian studi kasus ini dilakukan untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan pada pasien tuberkulosis paru dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Metode yang digunakan adalah kualitatif dengan desain penelitian studi kasus (case study). Sample yang dipilih dalam penelitian ini sebanyak 1 pasien dengan diagnose medis Tuberkulosis Paru dengan menggunakan teknik purposive non-random sampling dimana studi kasus ini dilakukan di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

Hasil penelitian studi kasus didapatkan 3 tema yang dibahas yaitu, ketidakkefektifan pola napas, dan ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh, dan kurang pengetahuan.

Maka dalam merawat pasien dengan tuberculosi paru pendekatan yang digunakan adalah proses keperawatan dengan difokuskan pada pernapasan, nutrisi dan pengetahuan

Kata Kunci: Tuberkulosis Paru, proses keperawatan, ketidakkefektifan pola napas, ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh dan kurang pengetahuan

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas kasihNya dan rahmatNya yang begitu besar Ia masih memberikan kesempatan dan nafas kehidupan bagi penulis untuk menghirup udara yang segar dan kenikmatan kehidupan dimuka bumi yang penuh dengan keaneka ragaman dan keunikan. Dan karena kasihNya dan rahmatNya yang begitu besar penulis dapat menyelesaikan penulisan Studi Kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.D.M dengan Tuberkulosis Paru di Ruang Tulip RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang”.

Penulis menyadari bahwa dalam menyelesaikan penulisan Studi Kasus ini merupakan suatu rangkaian proses yang panjang yang terlaksananya dengan baik berkat, motivasi, dan kerjasama dari berbagai pihak, terutama kepada pasien yang bersedia turut berpartisipasi dalam pelaksanaan Asuhan Keperawatan ini ini. Oleh karena itu, melalui kesempatan ini penulis dengan ketulusan dan kerendahan hati ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Pak Sebastianus Banggut, SST.,M.Pd selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan penulisan Studi Kasus ini.
2. Ibu Dr. Sabina Gero, S.Kp.,M.Kes selaku penguji yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan penulisan Studi Kasus ini.
3. Ibu M. Margaretha U. Wedo, SKp.,M.HSc selaku Ketua Jurusan keperawatan Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan penulisan Studi Kasus ini.
4. Ibu R. H. Kristina, SKM.,M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan pendidikan pada lembaga Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

5. Seluruh staf dosen (Ibu Diana Suek, Ibu Yanti Banhae, Ibu Ning Akoit, Pak Pius Selasa, Pak Domi Gonsalves, Pak Irfan) dan karyawan (Om Jef Ratu Eda, Om Wens Watu, Om Marten Siga, Om Tonce Kerans, Om Saka Lopo, Ibu Sia Mite) Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah membantu peneliti dalam menyelesaikan penulisan Studi Kasus ini.
6. Keluargaku tercinta, Bapak (Yoel Kafolapada), Mama (Marlin Manilau), Kakak (Fatma, Maksi, Yanto, Rudy), Adik (arjun, habel) Om, tante dan semua keluarga besar kafolapada-manilau yang telah mendukung peneliti baik moral maupun material sehingga peneliti dapat menyelesaikan penulisan Studi Kasus ini.
7. Teman-teman seangkatan khususnya (Frans Lea, Elos Naihati, Sandera Taus, Desti Ano, Yusak, Yomal, Ayub, Jendri, Gan, Lewi, Tisra).
8. Bapak dan mama asuh Bapak Frans Da Silva dan Mama Modesta Meme yang selalu memberi motivasi yang selalu membantu saya.

Penulis menyadari sepenuhnya Studi Kasus ini mungkin masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis selalu membuka diri untuk menerima masukan berupa saran dan kritikan yang bersifat membangun sebagai bentuk pembelajaran dan pengetahuan tambahan untuk penulisan selanjutnya.

Kupang, Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

PERNYATAAN KEASLIAN	i
PERSETUJUAN	ii
PENGESAHAN PENGUJI.....	iii
BIODATA PENULIS	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR LAMPIRAN.....	vii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1.	La
tar Belakang	1
1.2.	Tu
juan.....	3
1.3.	M
manfaat.....	3
BAB 2 TINJAUAN TEORI.....	5
2.1. Konsep Penyakit Tuberculosis Paru.....	5
2.1.1. Pengertian Tuberculosis Paru.....	5
2.1.2. Klasifikasi Tuberculosis Paru.....	5
2.1.3. Etiologi Tuberculosis Paru	7
2.1.4. Patogenesis Tuberculosis Paru	7
2.1.5. Manifestasi klinis Tuberculosis Paru	9
2.1.6. Cara Penularan Tuberculosis Paru	9
2.1.7. Pemeriksaan Penunjang Tuberculosis Paru.....	10
2.1.8. Penatalaksanaan Tuberculosis Paru.....	11
2.2. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN	15
2.2.1. Pengkajian Keperawatan	15

2.2.2. Diagnosa Keperawatan.....	16
2.2.3. Rencana Keperawatan	17
2.2.4. Implementasi Keperawatan	21
2.2.5. Evaluasi Keperawatan	22
BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN Ny. D.M DAN PEMBAHASAN.....	24
3.1. Asuhan Keperawatan Ny D.M	24
3.1.1 Gambaran Lokasi	24
3.1.2 Asuhan keperawatan Ny D. M	25
3.2. Pembahasan	34
BAB 4 KESIMPULAN DAN SARAN.....	36
4.1. Kesimpulan.....	36
4.2. Saran.....	36
DAFTAR PUSTAKA	38

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Patway Penyakit Tuberculosis.

Lampiran 2 : Rumus Menghitung IMT dengan menggunakan pengukuran LILA.

Lampiran 3 : Satuan Acara Penyuluhan (SAP) Penyakit Tuberculosis

Lampiran 4 : Leaflet Penyakit Tuberculosis

Lampiran 5 : Sistematika Penulisan.

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Profil Kesehatan RI (2015, 160) Tuberkulosis merupakan penyakit yang menjadi perhatian global. Dengan upaya pengendalian yang dilakukan insidens dan kematian akibat tuberculosi telah menurun, namun tuberculosi diperkirakan masih menyerang 9,6 juta orang dan menyebabkan 1,2 juta kematian pada tahun 2014. Indian, Indonesia, china merupakan Negara penderita tuberculosi terbanyak yaitu berturut-turut 23%, 10%, 10% dari seluruh penderita didunia.

Tuberculosis (TB) Merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *mycobacterium tuberculosis*. Sumber penularan yaitu pasien TB BTA (bakteri tahan asam), positif melalui percik relik dahak yang dikeluarkannya. TB dengan BTA negative juga masih memiliki kemungkinan menularkan penyakit TB meskipun dengan tingkat penularan yang kecil. beban penyakit yang disebabkan oleh tuberculosi dapat diukur dengan *case notification rate* (CNR), prevalensi, dan mortalitas/kematian.

Pada tahun 2013-2014 dalam profil kesehatan Indonesia tahun 2015 dilakukan survey pervelensi tuberculosi yang bertujuan untuk menghitung pervelensi tuberculosi paru dengan konfirmasi bakteriologis pada populasi yang berusia 15 tahun keatas diindonesia. Pada survey ini dilakukan penambahan metode pemeriksaan selain mengukan pemeriksaan dahak mikroskopis dan pemeriksaan foto thoraks ditambahkan pemeriksaan x-ray, gen expert dan kultur. Dengan penambahan metode pemeriksaan dalam penetapan kasus tuberculosi ini maka jumlah penderita tuberculosi yang terjaring menjadi lebih banyak dari pada tahun-tahun sebelumnya.

Riskesdas (2013, 65), Lima provinsi dindonesia dengan diagnosis TB Paru tertinggi adalah Jawa Barat (0.7%), Papua (0.6%), DKI Jakarta (0.6%), Gorontalo (0.5%), Banten (0.4%) dan Papua Barat (0.4%). Sedangkan diprovinsi NTT dengan diagnosis TB Paru sebanyak (0,3%) sedangkan prevalensi pasien diagnosis TB Paru berdasarkan umur yaitu : < 1 tahun 0,2%, 1-4 tahun 0,4%, 5-14

tahun 0,3%, 15-24 tahun 0,3%, 25-34 tahun 0,3%, 35-44 tahun 0,3 tahun, 45-54 tahun 0,5%, 55-64 tahun 0,6%, 65-74 tahun 0,8%, > 75 tahun 0,7%. Menurut jenis kelamin laki-laki 0,4%, perempuan 0,3%. Menurut tingkat pendidikan tidak sekolah 0,5%, tidak tamat SD/MI 0,4, tamat SD/MI 0,4, tamat SMP/MTS 0,3%, tamat SMA/MA 0,3%, tamat D1-D3/PT 0,2%. Menurut pekerjaan tidak bekerja 11,7%, pegawai 10,5%, wiraswasta 9,5%, petani/nelayan/buruh 8,6%, lainnya 8,1%. Menurut tempat tinggal perkotaan 0,4%, pedesaan 0,3%. Berdasarkan karakteristik penduduk, prevalensi TB paru cenderung meningkat dengan bertambahnya umur, pada pendidikan rendah, tidak bekerja. Dari seluruh penduduk yang didiagnosis TB paru oleh tenaga kesehatan, hanya 44.4% diobati dengan obat program. Lima provinsi terbanyak yang mengobati TB dengan obat program adalah DKI Jakarta (68.9%). DI Yogyakarta (67,3%), Jawa Barat (56,2%), Sulawesi Barat (54,2%) dan Jawa Tengah (50.4%)

Perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan yang bertanggung jawab dalam menyukseskan melaksanakan program penanggulangan 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, pelaksanaan lebih di tekankan pada upaya preventif dan promotif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif dan juga ditekankan pada pengawasan bagi penderita dan orang yang beresiko dapat menularkan kuman terjadi melalui udara.

Pengambilan data awal yang dimulai pada hari sabtu 23 juni 2018 jumlah pasien yang dirawat dengan diagnose Tuberculosis dari januari sampai juni 2018 di Ruang Tulip RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang berjumlah 225 kasus adalah. Bulan Januari 48 kasus, februari, 38 kasus, maret, 33 kasus, april, 34 kasus, mei, 38 kasus, juni, 29 kasus. jadi kasus pasien dengan tuberculosis setiap bulannya rata-rata tidak kurang dari 25 pasien yang dirawat di ruangan Tulip dengan diagnosa tuberculosis.

Melihat data prevalensi kejadian pada pasien TBC diatas menunjukan mengalami peningkatan dan pemberian asuhan keperawatan pada pasien TBC belum dilakukan secara optimal oleh tenaga kesehatan. Hal ini mendorong peneliti

untuk melakukan penelitian dalam bentuk studi kasus pada pasien TBC di Ruang Tulip RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.2. Tujuan

1.2.1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran Asuhan Keperawatan pada pasien TBC paru dengan pendekatan Proses Keperawatan.

1.2.2. Tujuan Khusus

1.2.2.1. Memahami pengkajian keperawatan pada pasien dengan tuberculosi paru

1.2.2.2. Memahami diagnose keperawatan pada pasien dengan tuberculosi paru

1.2.2.3. Menetapkan perencanaan keperawatan pada pasien dengan tuberculosi paru

1.2.2.4. Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien dengan tuberculosi paru

1.2.2.5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan tuberculosi paru

1.3. Manfaat Studi Kasus

1.3.1. Manfaat Teori

Dapat dijadikan referensi sebagai pengembangan ilmu keperawatan khususnya pada pasien yang menderita Tuberkulosis.

1.3.2. Manfaat Praktis

1.3.2.1. Bagi Penulis

Menambah wawasan dan sebagai bahan acuan bagi yang akan melakukan studi kasus selanjutnya dalam mengembangkan penelitian lanjutan terhadap pasien menderita Tuberkulosis.

1.3.2.2. Bagi Institut Pendidikan

Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya di program studi ilmu keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang dalam bidang Keperawatan Medikal Bedah dan Manajemen Penyakit Tropis.

1.3.2.3. Bagi Institut RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek keperawatan yang tepat terkhususnya untuk mengatasi pasien yang menderita Tuberkulosis.

1.3.2.4. Bagi pasien

Agar dapat dijadikan sebagai pedoman untuk mengetahui lebih lanjut penyakit yang dialami

BAB 2

TIJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyakit Tuberculosis Paru

2.1.1. Pengertian Tuberculosis Paru

Menurut NANDA-NIC-NOC (2013, 192). Tuberculosis (TBC) adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan *Mycobacterium tuberculosis* yang menyerang paru-paru dan hampir seluruh organ tubuh lainnya. Bakteri ini dapat masuk melalui saluran pernapasan dan saluran pencernaan (GI) dan luka terbuka pada kulit. Tetapi paling banyak melalui inhalasi droplet yang berasal dari orang yang terinfeksi bakteri tersebut.

Menurut Soedarto (2006, 154). Tuberculosis Paru adalah penyakit infeksi spesifik pada manusia, disebabkan oleh *microbacterium tuberculosis* dengan perjalanan penyakit yang menahun menimbulkan reaksi yang bermacam-macam terhadap basil tersebut dengan proses penyakit yang dapat setempat pada tempat masuknya melalui saluran pernapasan,. Reaksi jaringan yang khas akibat adanya basil tersebut adalah terjadinya pembentukan tuberkel

Menurut Silvia A. Price & Mary P. Standridge dalam Silvia A. Price & Lorraine M. Wilson (2005, 852). Tuberculosis (TB) adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh *microbacterium tuberculosis*. Kuman batang aerobic dan tahan asam ini, dapat merupakan organism patogen maupun saprofit. Ada beberapa tetapi hanya strain bovin dan manusia yang patogenik terhadap manusia. Basil tuberkel ini berukuran 0,3 x 2 sampai 4 mm, ukuran ini lebih kecil dari pada sel darah merah

2.1.2. Klasifikasi Tuberculosis Paru

Menurut NANDA-NIC-NOC (2013,192) Klasifikasi tuberkolosis

2.1.2.1. Pembagian secara patologis : Tuberkolosis primer (childhood tuberkulosis), Tuberkolosis post-primer (adult tuberkolosis)

2.1.2.2. Pembagian secara aktivitas radiologis tuberkulosis paru : (Koch Pulmonom) aktif, non aktif dan quiescent (bentuk aktif yang menyembuh)

2.1.2.3. Pembagian secara radiologis (luas lesi) : Tuberkulosis minimal, Moderately advanced tuberkulosis, Far advanced tuberkulosis

2.1.2.4. Klasifikasi menurut American Thoracic Society:

- a. Kategori 0: Tidak pernah terpajan, dan tidak terinfeksi, riwayat kontak negative, tes tuberculin negative.
- b. Kategori 1: Terpajan tuberkulosis, tapi tidak terbukti ada infeksi. Disini riwayat kontak positif, tes tuberculin negative.
- c. Kategori 2: Terinfeksi tuberkulosis, tetapi tidak sakit. Tes tuberculin positif, radiologis dan sputum negative
- d. Kategori 3: Terinfeksi tuberkulosis dan sakit

2.1.2.5. Klasifikasi di Indonesia dipakai berdasarkan kelainan klinis, radiologis, dan makrobiologis:

- a. Tuberkulosis paru
- b. Berkas tuberkulosis paru
- c. Tuberkulosis paru tersangka, yang terbagi dalam:
 1. TB tersangka yang diobati: Sputum BTA (-), tetapi tanda-tanda lain positif.
 2. TB tersangka yang tidak diobati: Sputum BTA negative dan tanda-tanda lain juga meragukan.

2.1.2.6. Klasifikasi menurut WHO 1991 TB dibagi dalam 4 kategori :

1. Kategori 1, ditujukan terhadap:
 - a. Kasus baru dengan sputum positif
 - b. Kasus baru dengan bentuk TB berat
2. Kategori 2, ditujukan terhadap:
 - a. Kasus kambuh
 - b. Kasus gagal dengan sputum BTA positif
3. Kategori 3, ditujukan terhadap:
 - a. Kasus BTA negative dengan kelainan paru yang luas

- b. Kasus TB ekstra paru selain dari yang disebut dalam kategori
4. Kategori 4, ditujukan terhadap: TB kronik

2.1.3. Etiologi Tuberculosis Paru

Soedarto (2006, 157). Penyebab tuberculosis paru pada manusia adalah *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium* adalah organism berbentuk batang yang kerap kali menunjukkan sifat pleomorfisme, tergantung strainnya dan juga pada sumber biakan, apakah *in vivo* ataukah *in vitro*. Ukuran bakterii berkisar antara 1-4 mikron x 0,2 sampai 0,5 mikron. Bakteri ini pada pewarnaan bersifat gram positif dan tahan asam yang merupakan sifatnya yang sangat khas basil tuberculosis ini bersifat aerob dan mampu tumbuh dalam biakan sederhana yang mengandung garam mineral, glukosa atau gliserol sebagai sumber nitrogen. Virulensi kuman dapat ditentukan melalui binatang percobaan atau dengan mengetahui ciri-ciri khas kuman dalam biakan dan sifat biokimikianya.

Diferensi berbagai spesies *Mycobacterium* dapat dilakukan dengan memperhatikan pertumbuhan kuman dan medium loewenstein, ada tidaknya pembentukan cord (tali) dalam pertumbuhannya pada medium, banyak sedikitnya produksi asam nikotin, penghambatan oleh streptomisin dan isoniazid dan pathogenesis kuman terhadap binatang percobaan yaitu marmot, kelinci, hamster, tikus, dan kerbau.

2.1.4. Patogenesis Tuberculosis Paru.

Silvia A. Price & Mary P. Standridge dalam Silvia A. Price & Lorraine M. Wilson (2005, 852). Tempat masuk kuman *M. tuberculosis* adalah saluran pernapasan, saluran pencernaan (GI) dan luka terbuka pada kulit. Kebanyakan infeksi TB terjadi melalui udara, yaitu melalui inhalasi droplet yang mengandung kuman-kuman basil tuberkel yang berasal dari orang yang terinfeksi. Saluran pencernaan merupakan tempat masuk utama bagi jenis bovin, yang penyebarannya melalui susu yang terkontaminasi. Akan tetapi, di Amerika Serikat, dengan luasnya pasteurisasi susu dan deteksi penyakit pada sapi perah, TB bovin ini jarang terjadi.

TB adalah penyakit yang dikendalikan oleh respons imunitas diperantai sel. Sel efektor adalah makrofag, dan limfosit (biasanya sel T) adalah sel imunoresponsif. Tipe imunitas seperti ini biasanya local, melibatkan makrofag yang diaktifkan ditempat infeksi oleh limfosit dan limfokinya. Respons ini disebut sebagai hipersensensivitas selular (lambat)

Basil tuberkel yang mencapai permukaan alveolus biasanya diinhalasi sebagai suatu unit yang terdiri dari satu sampai tiga basil, gumpalan hasil yang lebih besar cenderung tertahan di saluran hidung dan cabang besar bronkus dan tidak menyebabkan penyakit. Setelah berada dalam ruang alveolus, biasanya di bagian lobus bawah, basil tuberkel ini membangkitkan reaksi peradangan. Leukosit polimorfonuklear tampak pada tempat tersebut dan memfagosit bakteri namun tidak membunuh organism tersebut. Sesudah hari-hari pertama, leukosit diganti oleh makrofag alveoli yang terserang akan mengalami konsolidasi, dan timbul pneumoni akut. Pneumoni seluler ini dapat sembuh dengan sendirinya sehingga tidak ada sisa yang tertinggal, atau proses dapat berjalan terus, dan bakteri terus difagosit atau berkembang baik didalam sel. Basil juga menyebar melalui getah bening menuju ke kelenjer getah bening regional. Makrofag yang mengadakan infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu sehingga membentuk sel tuberkel epiteloid, yang dikelilingi oleh limfosit. Reaksi ini biasanya membutuhkan waktu 10-20 hari.

Lesi primer paru disebut *focus ghon* dan gabungan terserangnya kelenjer getah bening regional dan lesi primer disebut *kompleks ghon*. Kompleks ghon yang mengalami perkapuran ini dapat dilihat pada orang sehat yang kebetulan menjalani pemeriksaan radiogram rutin. Namun, kebanyakan infeksi TB paru tidak terlihat secara klinis atau dengan radiografi.

Respon lain yang dapat terjadi pada daerah yang nekrosis adalah pencairan yaitu bahan cair lepas kedalam bronkus yang berhubungan dan menimbulkan kavitas. Bahan tubercular yang dilepaskan dari dinding kavitas akan masuk kedalam percabangan trakeobronkial. Proses ini dapat berulang kembali dibagian lain dari paru, atau basil dapat terbawa samapi ke laring, telinga tengah, atau usus.

Walaupun tanpa pengobatan, kavitas yang kecil dapat menutup dan meninggalkan jaringan parut fibrosis. Bila peradangan mereda, lumen bronkus dapat menyempit dan tertutup oleh jaringan parut yang terdapat dekat dengan taut bronkus dan rongga. Bahan perkijuan dapat mengental dan tidak dapat mengalir melalui saluran penghubung, sehingga kavitas penuh dengan bahan perkijuan, dan lesi mirip dengan lesi berkapur yang tidak terlepas. Keadaan ini dapat tidak menimbulkan gejala dalam waktu lama atau membentuk lagi hubungan dengan bronkus dan menjadi tempat peradangan aktif.

Penyakit dapat menyebar melalui getah bening atau pembuluh darah. Organisme yang lolos dari kelenjer getah bening akan mencapai aliran darah dalam jumlah kecil, yang kadang-kadang dapat menimbulkan lesi pada berbagai organ lain. Jenis penyebaran ini dikenal sebagai *penyebaran limfogen*, yang biasanya sembuh sendiri. *Penyebaran hematogen* merupakan suatu fenomena akut yang biasanya menyebabkan TB miliar ini terjadi apabila fokus nekrotik merusak pembuluh darah sehingga banyak organisme masuk ke dalam sistem vaskuler dan tersebar ke organ-organ tubuh.

2.1.5. Manifestasi klinik Tuberculosis Paru.

Silvia A. Price & Mary P. Standridge dalam Silvia A. Price & Lorraine M. Wilson (2005, 852). Gejala akibat TB paru adalah batuk produktif yang berkepanjangan (lebih dari 3 minggu), nyeri dada, dan hemoptisis. Gejala sistemik termasuk demam, menggigil, keringat malam, kelemahan, hilangnya nafsu makan, dan penurunan berat badan.

NANDA-NIC-NOC (2013, 194) : Demam 40-41 C, serta ada batuk atau batuk darah, Sesak napas dan nyeri dada, Malaise, keringat malam, Suara khas pada perkusi dada, bunyi dada, Peningkatan sel darah putih dengan dominasi limfosit. Pada anak : Berkurang berat badan 2 bulan berturut turut tanpa sebab yang jelas atau gagal tumbuh, Demam tanpa sebab jelas, terutama jika berlanjut sampai 2 minggu, Batu kronik > 3 minggu dengan atau tanpa wheeze.

2.1.6. Cara Penularan Tuberculosis Paru.

James Chin (2006. 632). Penularan terjadi melalui udara yang mengandung basil TB dalam percikan ludah yang dikeluarkan oleh penderita TB paru atau TB laring pada waktu mereka batuk, bersin atau pada waktu beryanyi. Petugas kesehatan dapat tertular pada waktu mereka melakukan otopsi, bronkospi atau pada waktu melakukan intubasi.

TB laring sangat menular kontak jangka panjang dengan penderita TB menyebabkan resiko tertulari, infeksi melalui selaput lendir atau kulit yang lecet bias terjadi namun sangat jarang. TB bovinum penularannya dapat terjadi jika orang terpajan dengan sapi yang menderita TB, biasanya karena minum susu yang tidak dipasteurisasi atau karena mengosumsi produk susu yang tidak diolah dengan sempurna. Penularan lewat udara juga terjadi kepada petani dan peternak TB ekstra pulmoner (selain TB laring) biasanya tidak menular, kecuali dari sinus keluar discharge.

2.1.7. Pemeriksaan Penunjang Tuberculosis Paru

NANDA-NIC –NOC (2013, 195)

1. Laboratorium darah rutin : LED normal/limfositosis
2. Pemeriksaan sputum BTA: untuk memastikan diagnostik Tb paru, namun pemeriksaan ini tidak spesifik karena hanya 30-70% pasien yang dapat di diagnosis berdasarkan pemeriksaan ini.
3. Tes PAP (Peroksidase Anti Peroksidase): Merupakan uji serologi imunoperoxidase memakai alat histogen staining untuk menentukan adanya IgG spesifik terhadap basil TB
4. Tehnik Polymerase Chain Reaction : Deteksi DNA kuman secara spesifik melalui amplifikasi dalam meskipun hanya satu mikroorganisme dalam spesimen juga dapat mendeteksi adanya resistensi.
5. Becton Dickinson diagnostik instrumen sistem (BACTEC) : Deteksi growth indeks berdasarkan CO₂ yang dihasilkan dari metabolisme asam lemak oleh mikrobakterium tuberculosis

6. MYCODOT : Deteksi antibodi memakai antigen liporabinomannan yang direkatkan pada suatu alat berbentuk seperti sisir plastik, kemudian dicelupkan dalam jumlah memadai memakai warna sisir akan berubah.
7. Pemeriksaan radiology: Rontgen thorax PA dan lateral Gambaran foto thorax yang menunjang diagnosis TB, yaitu:
 1. Bayangan lesi terletak dilapangan paru-paru atas atau segment apikal lobus bawah
 2. Bayangan berwarna (Patchy) atau bercak (nodular)
 3. Adanya kavitas, tunggal atau ganda
 4. Kelainan bilateral terutama dilapangan atas paru
 5. Adanya klasifikasi
 6. Bayangan menetap pada foto ulang beberapa minggu kemudian
 7. Bayangan milie

2.1.8. Penatalaksanaan Tuberculosis Paru

NANDA-NIC-NOC (2013, 197) Pengobatan tuberkulosis terbagi menjadi 2 fase yaitu fase intensif (2-3 bulan) dan fase lanjutan 4 atau 7 bulan. Paduan obat yang digunakan terdiri dari paduan obat utama dan tambahan.

2.1.8.1. Obat Anti Tuberculosis (OAT) : Jenis obat utama (lini 1) yang digunakan adalah:

1. Rifampisin (Dosis 10 mg/kg BB, maksimal 600 mg 2-3X/minggu atau, BB > 60 kg: 600 mg ,BB 40-60 kg: 450 mg. BB < 40 kg: 300 mg, Dosis intermiten 600 mg/kali)
2. INH : Dosis 5mg/kg BB, maksimal 300mg, 10mg/kg BB 3 kali seminggu, 15 mg/kg BB 2 kali seminggu atau 300 mg/hari, Untuk dewasa, intermiten: 600 mg/kali
3. Pirazinamid : Dosis fase intensif 25 mg/kg BB 3 kali seminggu, 50 mg/kg BB 2 kali seminggu atau, BB > 60 Kg: 1500 mg BB 40-60 kg: 1000 mg, BB < 40 kg: 750 mg
4. Streptomisin : Dosis 15 mg/kg BB atau, BB > 60 kg: 1500 mg, BB 40-60 kg: 1000 mg, BB < 40 kg: 750 mg

5. Etambutol : Dosis fase intensif 20 mg/kgBB, fase lanjutan 15 mg/kg,30 mg/kgBB 3X seminggu,45 mg/kgBB 2X seminggu atau BB>60kg:1500, BB 40-60 kg:1000 mg,BB<40 kg:750 mg, Dosis intermiten 40 mg/kgBB/kali

2.1.8.2. Kombinasi dosis tetap (Fixed dose combination),kombinasi dosis ini terdiri:

1. Empat obat antituberculosis dalam satu tablet,yaitu rifampisin 150 mg, isoniazid 75 mg,pirazinamid 400 mg dan etambutol 275 mg dan
2. Tiga obatantituberculosis dalam satu tablet,yaitu rifampisin 150 mg isoniazid 75 mg dan pirazinamid 400 mg
3. Kombinasi dosis tetap rekomendasi WHO 1999 untuk kombinasi dosis tetap,penderita hanya minum obat 3-4 tablet sehari selama fase intensif sedangkan fase lanjutan dapat menggunakan kombinasi dosis 2 obat antituberkulosis seperti yang selama ini telah digunakan sesuai dengan pedoman pengobatan.

2.1.8.3. Jenis obat tambahan lainnya (lini 2)

1. Kanimisin
2. Kuinolon
3. Obat lain masih dalam penelitian;mikrolid,amoxilin+ asam klavulanat.
4. Derivat rifampisin dan INH

Sebagian besar penderita TB dapat menyelesaikan pengobatan tanpa efek samping. Namun sebagian kecil dapat mengalami efek samping . Oleh karena itu pemantauan kemungkinan terjadinya efek samping sangat penting dilakukan selama pengobatan. Efek samping yang terjadi dapat ringan atau berat,bila efek samping ringan atau berat,bila efek samping ringan dan dapat diatasi dengan obat simptomatik maka pemberian OAT dapat diatasi dengan obat simptomatik maka pemberian OAT dapat di lanjutkan. Efek samping OAT dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Efek samping ringan dari OAT

Efek samping	Penyebab	Penanganan
Tidak nafsu makan,mual,sakit perut.	Rifampisin	Obat diminum malam sebelum tidur
Nyeri sendi	Pyrazinamid	Beri aspirin/allopurinol
Kesemutan s/d rasa terbakar di	INH	Beri vitamin B6

kaki		(peridoksin) 100 mg perhari
Warna kemerahan pada air seni	Rifampisin	Beri penjelasan,tidak perlu diberi apa-apa

Efek samping berat dari OAT

Efek samping	Penyebab	Penanganan
Gatal dan kemerahan pada kulit	Semua jenis OAT	Beri antihistamin dan dievaluasi ketat
Tuli	Streptomisin	Streptomisin dihentikan
Gangguan keseimbangan	Streptomisin	Streptomisin dihentikan
Ikterik	Hampir semua OAT	Hentikan semua OAT sampai ikterik menghilang
Bingung dan muntah-muntah	Hampir semua obat	Hentikan semua OAT dan lakukan uji fungsi hati
Gangguan penglihatan	Ethambutanol	Hentikan ethambutanol
Purpura dan renjatan (syok)	Rifampisin	Hentikan rifampisin

2.1.8.4. Paduan Obat Anti Tuberculosis ,Pengobatan tuberkulosis paru dibagi menjadi:

1. TB paru (kasus baru),BTA positif atau lesi luas : Paduan obat yang diberikan: 2RHZE/4RH, Alternatif: 2RHZE/4R3H3 atau (program P2TB) 2 RHZE/6HE, Panduan ini dianjurkan untuk (TB paru BTA (+),kasus baru,TB paru BTA(-), dengan gambaran radiologik lesi luas, TB diluar paru kasus berat. Pengobatan fase lanjutan,bila diperlukan dapat diberikan selama 7 bulan,dengan paduan 2RHZE/7RH,dan alternative 2RHZE/7R3H3,seperti pada keadaan: TB dengan lesi luas, Disertai penyakit komorbid (Diabetes melitus, pemakaian obat imuno supresi/kortikosteroid), TB kasus berat (milier,dll) Bila ada fasilitas biakan dan uji resistensi,pengobatan disesuaikan dengan hasil ujian resistensi.
2. TB paru (kasus baru), BTA negative : paduan pengobatan yang diberikan: 2RHZ/4RH, Alternatif: 2RHZ/4R3H3 atau 6RHE, Paduan ini dianjurkan untuk (TB paru BTA negatif dengan gambaran radiologi lesi minimal, TB di luar paru

kasus ringan, TB paru kasus kambuh). Pada TB paru kasus kambuh minimal menggunakan 4 macam OAT pada fase intensif selama 3 bulan (bila ada hasil uji resistensi dapat diberikan obat sesuai hasil uji resistensi). Lama pengobatan fase lanjutan 6 bulan atau lebih lama dari pengobatan sebelumnya, sehingga paduan obat yang diberikan: 3RHZE/6 RH. Bila tidak ada/tidak dilakukan uji resistensi, maka alternatif diberikan paduan obat: 2RHZES/1 RHZE/5 R3H3E3 (program P2TB)

1. TB paru kasus gagal pengobatan : Pengobatan sebaiknya berdasarkan hasil uji resistensi, dengan minimal menggunakan 4-5 OAT dengan minimal 2 OAT yang masih sensitif (Seandainya H resisten, tetap diberikan). Dengan lama pengobatan minimal selama 1-2 tahun.
2. TB paru kasus lalai berobat Penderita TB paru kasus lalai berobat, akan dimulai pengobatan kembali, sesuai dengan kriteria sebagai berikut:
 1. Penderita yang menghentikan pengobatan, 2 minggu, pengobatan OAT dilanjutkan sesuai jadwal
 2. Penderita menghentikan pengobatan ≥ 2 minggu
 3. Berobat ≥ 4 bulan, BTA negatif dan klinik, radiologik negatif, pengobatan OAT STOP.
 4. Berobat > 4 bulan, BTA positif : Pengobatan dimulai dari awal dengan paduan obat yang sama.
 5. Berobat < 4 bulan, BTA negatif, berhenti berobat 2-4 minggu pengobatan diteruskan kembali sesuai jadwal.
3. TB paru kasus kronik
 1. Pengobatan TB paru kasus kronik, jika belum ada hasil uji resistensi, berikan RHZES. Jika telah ada hasil uji resistensi (minimal terdapat 2 macam OAT yang masih sensitif dengan H tetap diberikan walaupun resisten) ditambah dengan obat lain seperti kuinolon, betalaktam, makrolid
 2. Jika tidak mampu dapat diberikan INH seumur hidup. Pertimbangkan pembedahan untuk meningkatkan kemungkinan penyembuhan.
 3. Kasus TB paru kronik perlu dirujuk ke ahli paru.

2.1.8.5. Pengobatan suportif/simptomatik

a. Penderita rawat jalan

1. Makan makanan yang bergizi, bila dianggap perlu dapat diberikan vitamin tambahan (pada Prinsipnya tidak ada larangan makanan untuk penderita tuberkulosis, kecuali untuk penyakit komorbidnya).
2. Bila demam dapat diberikan obat penurun panas/demam
3. Bila perlu dapat diberikan obat untuk mengatasi gejala batuk, sesak napas atau keluhan lain.

b. Penderita rawat inap

1. TB paru disertai keadaan/komplikasi sebagai berikut: Batuk darah (profus), keadaan umum buruk, Pneumotorax, Empiema, Efusi pleura masif/bilateral, sesak napas berat (Bukan karena efusi pleura)
2. TB di luar paru yang mengancam jiwa: TB paru milier, Meningitis TB.

2.1.8.6. Terapi pembedahan

- a. Indikasi mutlak : Semua penderita yang telah mendapat OAT adekuat tetapi dahak tetap positif, Penderita batuk darah yang masih tidak dapat diatasi dengan cara konservatif, Penderita dengan fistula bronkopleura dan empiema yang tidak dapat diatasi secara konservatif
- b. Indikasi relatif : Penderita dengan dahak negatif dengan batuk darah berulang Kerusakan satu paru atau lobus dengan keluhan Sisa kaviti yang menetap

2.1.8.7. Tindakan invasif (Selain pembedahan) : Bronkoskopi, Pungsi pleura Pemasangan WSD (Water Sealed Drainage)

2.1.8.8. Kriteria sembuh : BTA mikroskopik negatif dua kali (pada akhir fase intensif dan akhir pengobatan) dan telah mendapatkan pengobatan yang adekuat, Pada foto toraks, gambaran radiologik serial tetap sama/perbaikan

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Tuberkulosis Paru

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Taylor & Ralph (2013,409) Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dimana riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik yang lengkap dilakukan. Pengkajian merupakan tahap pertama dan utama yang sangat

menentukan keberhasilan tahapan proses keperawatan selanjutnya. Data-data umum yang sering ditanyakan pada pasien TBC adalah sebagai berikut:

1. Aktivitas atau istirahat :

Gejala: kelelahan dan kelemahan, napas pendek saat bekerja, kesulitan tidur pada malam hari atau demam malam hari, menggigil dan berkeringat. Tanda: takikardia, takipnea/dispnea pada saat kerja, kelelahan otot, nyeri dan sesak pada tahap lanjut.

2. Integritas ego Gejala: adanya faktor stress lama, masalah keuangan/rumah, perasaan tak berdaya/tak ada harapan. Tanda: menyakal (khususnya pada tahap dini), ansietas, ketakutan.

3. Makanan/cairan

Gejala: kehilangan nafsu makan, penurunan berat badan. Tanda: turgor kulit buruk, kehilangan otot, hilang lemak subkutan.

4. Nyeri/ keamanan

Gejala: nyeri dada meningkat karena batuk berulang. Tanda: perilaku distraksi, gelisah.

5. Pernapasan

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

6. Keamanan

Gejala: adanya kondisi penekanan imun. Tanda: demam, panas.

7. Pengetahuan/pembelajaran.

Gejala: riwayat keluarga TB, ketidakmampuan/status kesehatan buruk, gagal untuk baik penyakit TB yang dialaminya, tidak berpartisipasi dalam terapi

8. Pemeriksaan penunjang.pada pasien TBC antara lain : Pemeriksaan sputum, rontegen, pemeriksaan darah, tes tuberculin

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan bronkospasme
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan kerusakan jaringan paru.
3. Resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan primer tidak adekuat, terpajan lingkungan.
4. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan

kelemahan, anoreksia.

5. Kurang pengetahuan mengenai kondisi, aturan tindakan, dan pencegahan berhubungan dengan kurang terpajan/salah interpretasi informasi, tidak lengkap informasi yang ada.
6. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi *microbacterium tuberculosis* di paru-paru.

2.2.3 Rencana Keperawatan

Perencanaan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang di laksanakan untuk mengatasi masalah sesuai dengan diagnose keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhi kebutuhan klien.

- 2.2.3.1. Diagnosa 1: Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan bronkospasme
Goal: pasien akan meningkatkan bersihan jalan napas yang efektif selama dalam perawatan

Obyektif :

- Dalam jangka waktu 2 jam pasien dapat batuk efektif, bisa mengeluarkan sputum.
- Dalam jangka waktu 1-2 jam pernapasan normal (20x/menit)

Intervensi :

- 1) Kaji status pernapasan setiap 4 jam.
Rasional: untuk mendeteksi tanda awal bahaya.
- 2) Atur posisi fowler dan sangga lengan pasien dengan bantal.
Rasional : meningkatkan ekspansi paru.
- 3) Ajarkan pasien teknik napas dalam dan batuk efektif setiap 2-4 jam.
Rasional : mengekspansi paru dan megeluarkan secret.
- 4) Lakukan fisiotherapi dada (perkusi dan fibrasi), serta beri posisi postural drainage setiap 4 jam.
Rasional: mengalirkan dan mengeluarkan lender.
- 5) Siapkan tisu dan kantong kertas untuk pembuangan sputum.
Rasional : mencegah penyebaran infeksi.
- 6) Observasi warna sputum, jumlah dan baunya.
Rasional:mendeteksi Infeksi dan ketidakefektifan terapi

- 2.2.3.2. Diagnosa ke 2: Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan kerusakan

jaringan paru. Goal: Pasien akan mempertahankan pertukaran gas yang adekuat selama dalam perawatan.

Intervensi :

1) Kaji dispnea, tak normal/atau menurunnya bunyi napas, peningkatan upaya pernapasan, terbatasnya ekspansi dinding dada, dan kelemahan. Rasional: TB paru menyebabkan fibrosis luas lapang paru. Efek pernapasan dapat ringan sampai dispnea berat sampai distres pernapasan.

2) Kaji perubahan pada tingkat kesadaran. Catat sianosis atau perubahan pada warna kulit termasuk membran mukosa dan kuku.

Rasional: akumulasi gangguan jalan napas dapat mengganggu oksigenasi organ vital dan jaringan.

3) Anjurkan pasien untuk meningkatkan tirah baring, batasi aktivitas dan bantu aktivitas perawatan diri sesuai keperluan.

Rasional: menurunkan konsumsi oksigen/kebutuhan selama periode penurunan pernapasan dapat menurunkan beratnya gejala.

4) Berikan oksigen tambahan yang sesuai.

Rasional: untuk memperbaiki hipoksemia yang dapat terjadi sekunder terhadap penurunan ventilasi.

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

Goal : Pasien akan mencegah terjadi risiko penyebaran infeksi bagi orang lain

Intervensi :

1) Kaji patologi penyakit (aktif/tidak aktif) dan potensial penyebaran infeksi melalui droplet udara saat batuk, bersin, meludah.

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

2) Pemahaman bagaimana penyakit disebarkan dan kesadaran kemungkinan transmisi membantu pasien/orang terdekat untuk mengambil langkah mencegah infeksi ke orang lain. Batasi pengunjung, atau orang lain yang berisiko seperti anak-anak, anggota rumah.

Rasional: mencegah penyebaran infeksi, serta orang-orang yang terpajan ini perlu program terapi obat untuk mencegah penyakit yang lebih lanjut dan mencegah penyebaran infeksi ke orang lain.

- 3) Kaji tindakan kontrol infeksi sementara contoh masker.
Rasional: membantu rasa terisolasi pada pasien dan membung stigma sosial berhubungan dengan penyakit menular. Anjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan seimbang.
- 4) Berikan makan sedikit tapi sering.
Rasional: adanya malnutrisi sebelumnya menyebabkan mudah terkena resiko infeksi dan mengganggu penyembuhan.
- 5) Berikan agen infeksi sesuai indikasi. Contoh obat utama Isoniazid.
Rasional: untuk mencegah penyebaran infeksi lanjutan.

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

Goal : Pasien akan mempertahankan keseimbangan nutrisi sesuai kebutuhan tubuh selama dalam perawatan.

Intervensi :

- 1) Kaji status nutrisi pasien, turgor kulit, berat badan, integritas mukosa oral.
Kaji kemampuan menelan, riwayat mual muntah.
Rasional: untuk mendefinisikan derajat/luasnya masalah dan pilihan intervensi yang tepat.
- 2) Pastikan pola diet pasien yang disukai atau tidak disukai.
Rasional: membantu untuk mengidentifikasi kebutuhan/kekuatan khusus.
- 3) Pertimbangan keinginan individu dapat memperbaiki masukan diet.
Awasi masukan/pengeluaran dan berat badan secara periodik.
Rasional: Berguna untuk mengukur keefektifan nutrisi dan dukungan cairan.
Berikan perawatan mulut sebelum dan sesudah tindakan mengatur pernapasan.
- 4) Perawatan mulut sebelum pasien makan, misalnya anjurkan pasien kumur-kumur.
Rasional : menurunkan rasa tidak enak karena sisa sputum atau obat yang merangsang mual muntah.
- 5) Anjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering.
Rasional: memaksimalkan masukan nutrisi tanpa kelemahan yang tak perlu.
- 6) Rujuk ke ahli diet untuk menentukan komposisi diet.

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

2.2.3.5. Diagnosa ke 5: Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi *microbacterium tuberculosis* di paru-paru.

Goal : Pasien akan mempertahankan suhu tubuh normal selama perawatan.

Intervensi :

1) Lakukan kompres hangat pada area ketiak atau lipatan paha.

Rasional : untuk melepaskan panas melalui konveksi.

2) Anjurkan pasien mengenakan pakaian tipis.

Rasional : agar panas dapat dilepaskan melalui evaporasi.

3) Anjurkan pasien minum sebanyak mungkin air jika tidak dikontraindikasikan.

Rasional : agar mengganti cairan yang hilang karena panas.

4) Pantau suhu tubuh setiap 30 menit – 1 jam, nadi frekuensi napas, dan tekanan darah.

Rasional : agar dapat meyakinkan perbandingan data yang akurat.

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

Goal: Keluarga pasien akan meningkatkan pengetahuan tentang resiko penyebaran infeksi.

Intervensi :

1) Kaji pengetahuan pasien dan keluarga pasien tentang penyakit TBC.

Rasional : membantu menurunkan penularan infeksi. Identifikasi gejala yang harus dilaporkan kepada perawat seperti nyeri dada, demam, kesulitan bernapas.

2) Jelaskan dosis obat, frekuensi pemberian, dan pengobatan yang lama.

Rasional: meningkatkan kerja sama dalam program pengobatan dan mencegah penghentian obat oleh pasien.

3) Anjurkan pasien atau orang terdekat untuk menyatakan rasa takut yang dialami berhubungan dengan penyakit yang dialami.

Rasional : memperbaiki kesalahan konsepsi atau peningkatan ansietas

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. Mengnjurkan 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 GDA dalam 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 perubahan 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

ASUHAN KEPERAWATAN DAN PEMBAHASAN

3.1. Asuhan Keperawatan Ny. D.M

3.1.1 Gambaran Lokasi

RSUD 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 RSUD 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 Ny D.M

Pasien yang kami rawat adalah Ny D.M yang dirawat pada bed B3 ruang Tulip RSUD Prof.Dr. W. Z. Johannes Kupang. Pasien berusia 70 tahun, tanggal lahir 4 Juni 1948, jenis kelamin perempuan, suku Sabu, agama Kristen Protestan, pekerjaan mengurus rumah tangga, pendidikan terakhir SD, alamat Oepura.masuk rumah sakit tanggal 17 Agustus 2018.

3.1.2.1. Pengkajian

3.1.2.1.1. Wawancara

Hal-hal yang akan dikaji dengan cara wawancara adalah keluhan utama saat ini, riwayat kesehatan saat ini, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, dan pola-pola kesehatan pasien.

3.1.2.1.1.1. Keluhan utama saat ini

Pasien mengatakan “saya sesak napas, batuk, saya merasa lemas seluruh badan, berkeringat pada malam hari, saat makan mual dan saya tidak dapat mengahaiskan porsi makan yang disiapkan saya makan hanya 4-5 sendok saja.

3.1.2.1.1.2. Riwayat kesehatan saat ini

Pasien mengatakan “Saya masuk rumah sakit dari tanggal 17 Juni 2018 pada 1 minggu yang lalu. Sebelumnya saya sudah merasakan lemas seluruh badan, sesak napas dan batuk tapi susah keluar, keringat di malam hari, saya juga merasa lemas seluruh badan semenjak tiga hari sebelum masuk rumah sakit. Dari 1 hari sebelum masuk rumah sakit sesak napas saya bertambah, batuk terus menerus batuk berdahak sedikit warna kuning, nafsu makan saya sangat menurun sering mual saat makan, dan saya tidak bisa menghabiskan porsi makanan yang disediakan hanya 4-5 sendok saja yang saya habiska

3.1.2.1.1.3. Riwayat masa lalu

Pasien mengatakan: “Saya pernah masuk rumah sakit 1 bulan yang lalu dan dirawat di ruang tulip pada tanggal 5 Mei 2018 saya diketahui penyakit TBC. Dengan keluhan sesak dan batuk. Setelah 2 minggu saya dirawat dan keluar pada tanggal 18 Mei 2018 saya mendapat pengobatan OAT di rumah yang diminum 3 kali seminggu.jika obat habis saya pergi ke puskesmas untuk mendapatkan obat tersebut. Terakhir berobat di puskesmas

tanggal 14 juni 2018 Saya juga tidak punya riwayat alergi pada obat dan makanan. Tetapi batuk saya biasanya muncul ketika saya makan ikan”.

3.1.2.1.1.4. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan “Saya tidak punya keluarga yang menderita penyakit hipertensi, diabetes, atau Hepatitis.dan TBC Saya tinggal serumah bersama Suami dan 2 orang anak dan 2 orang ponaan saya”. suami pasien juga mengatakan “Tidak ada anggota keluarga lain baik anggota inti suami saya maupun keluarga besar suami saya yang menderita penyakit yang sama.”

3.1.2.1.1.5. Pola-pola kesehatan

a) Pola nutrisi metabolic

Kebiasaan sehari-hari: Pasien mengatakan sebelum sakit makan dan minum baik, menghabiskan porsi makan yang di sediakan, makanan sehari-hari yang sering di makan; nasi, jagung, sayur-sayuran, tempe-tahu, ikan dan daging. Kebiasaan Saat ini: pasien mengatakan di rumah sakit saya makan 3 kali sehari saat makan mual tidak ada napsu makan, makan hanya 4 atau 5 sendok saja dan tidak menghabiskan porsi yang disediakan.

b) Pola Kognitif Perseptual :

Pasien mengatakan bahwa telah mendapatkan penjelasan tentang TBC dari dokter semenjak 1 bulan yang lalu pada tanggal 5 mei 2018 dan mendapatkan informasi tentang TBC dari dokter selama kontrol obat ke puskesmas. Ketika ditanya Apakah yang bapak ketahui tentang TBC? Pasien menjawab “yang saya ketahui tentang TBC adalah TBC menular lewat percikkan ludah waktu berbicara, batuk, bersin makanya saya memakai masker kalau sedang dekat dengan anak, suami saya atau saudara saya, selain itu harus minum obat TBC secara teratur dan sampai tuntas. Semenjak sakit Setiap bangun pagi saya selalu minum air hangat walaupun sedikit.

f) Pola Persepsi diri/Konsep Diri :

Pasien mengatakan dirinya sedang menderita penyakit yang berat, pasien tidak menganggap bahwa ia akan menderita penyakit TBC.

3.1.2.1.2. Pemeriksaan Fisik

Hasil yang diperoleh dari pemeriksaan fisik adalah keadaan umum pasien tampak lemah; pasien tampak sesak, napas cepat dan dangkal, batuk ada dahak sedikit warna kuning dan susah keluar, kesadaran composmentis dengan GCS : E4V5M6; TTV: TD: 110/70 mmHg; S: 36,7⁰C; N: 96 x/menit; RR: 32x/menit, berat badan saat ini 42 kg berat badan sebelum sakit 44 kg, inspeksi kulit pucat dan lembab, mata sclera ikterik, konjungtiva anemic, lensa keruh, bibir pucat dan kering, mulut/gusi pucat, lidah pucat, CRT < 3 dt, adanya retraksi dinding dada dan peninggihan bahu,

3.1.2.1.3. Pemeriksaan Laboratorium

Studi dokumentasi dilakukan untuk mendapatkan data mengenai hasil laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya. Hasil studi dokumentasi diperoleh hasil Pemeriksaan Laboratorium pada Hari/Tgl: Minggu 17 Juni 2018, yaitu: Hb: 10,9 L g/dL (Normal: 13.0-18.0 g/dL), Jumlah Eritrosit: 4.42 L 10⁶/uL (Normal: 4.50-6.20 10⁶/uL), Albumin: 2,9 L mg/L (Normal: 3,5-5,2), Jumlah Leukosit : 14.27 10³/uL (Normal: 4.0-10.0 10³/uL), SGPT : 191 H u/L (Normal: < 41 u/L), SGOT : 186 H u/L (Normal:< 35), Jumlah HBSAg 0,0 Non Reaktif (Normal TV Non Reaktif < 0,130, TV Reaktif > 0,130) SD HIV ONE STEP : Non Reaktif (Normal Non Reaktif)

3.1.2.1.4. Pengobatan

Hasil yang didapat dari riwayat pengobatan adalah selama pasien dirawat di rumah sakit, mendapat terapi IVFD Aminofluid 100 cc/24 jam, omeprazol 200 2x40 mg, furosemide 40 mg, combifen/24 jam, asparka 3x1 P/O, spironolacton 1x50 P/O, OAT LEPAS (Tahap 1)

3.1.2.2. Diagnosa Keperawatan

3.1.2.2.1. Analisa Data

Berdasarkan hasil pengumpulan data maka penulis menetapkan beberapa masalah keperawatan yang diangkat pada Ny. D. M antara lain:

- 3.1.2.2.1.1 Ketidakkefektifan pola napas yang disebabkan oleh Obstruksi Trakeobronkial yang didukung oleh data subjektif pasien mengatakan “saya sesak napas, batuk, disertai keringat yang berlebihan. Data objektif diperoleh pasien tampak sesak dan lemas, napas cepat dan dangkal, adanya

retraksi dinding dada, adanya cuping hidung. Serta hasil pengukuran TTV: TD: 110/80 mmHg; RR: 32x/menit; Nadi: 96x/menit; S: 36,7⁰C. Terpasang Oksigen 2 L/Menit.

- 3.1.2.2.1.2. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh yang disebabkan oleh Anoreksia atau penurunan napsu makan yang didukung oleh data subjektif pasien mengatakan “saya tidak ada napsu makan saat merasa sesak napas, lemas seluruh badan dan makan sering mual, serta porsi yang disediakan tidak pernah dihabiskan. Data objektif diperoleh hasil observasi pasien saat makan 4-5 sendok setiap kali makan yang dihabiskan, data diperoleh pasien tampak pucat, mukosa bibir kering, lingkaran lengan atas (LILA) 13 cm serta menghitung IMT pasien berdasarkan LILA 43,47% dari standar normal > 60%

Ruliaana dkk (2012, 11)

Rumus : $\frac{\text{Lila} \times 10}{\text{usia}} \div \text{Persentil-50(mm)} \times 100$

$$= \frac{13 \times 10}{70} \div 299 \times 100 = 43,47$$

Jadi IMT pasien berdasarkan pengukuran LILA 43,47% masuk dalam kategori gizi buruk karna kurang dari normal > 60%

- 3.1.2.2.1.3. Kurang pengetahuan mengenai kondisi, aturan tindakan, dan pencegahan berhubungan dengan kurang terpajan/salah interpretasi informasi, tidak lengkap informasi yang ada yang didukung dengan data subjektif pasien mengatakan tidak mengetahui penyebab, tanda dan gejala, serta cara pencegahan serta dari penyakit TBC yang dialaminya. Data objektif pasien tamatan SD saja, serta saat ditanya tentang penyebab, tanda dan gejala, serta cara pencegahan penyakit TBC pasien tidak mengetahuinya.
- 3.1.2.2.1.4. Resiko penularan pasien kontak berhubungan dengan adanya infeksi kuman tuberculosis yang didukung dengan data subjektif pasien mengatakan sering kontak dengan orang lain, pasien mengatakan batuk di depan orang lain tanpa menutup mulut, pasien mengatakan membuang dahak pada plastik lalu dibuang di tempat sampah. Objektif : pasien sering batuk di depan

orang lain tanpa menutup mulut. BTA positif dan sekarang sementara menjalani pengobatan OAT lini pertama

3.1.2.2.2. Diagnosa Keperawatan

- 3.1.2.2.2.1. Ketidakefektifan pola napas yang disebabkan oleh Obstruksi Trakeobronkial
- 3.1.2.2.2.2. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh yang disebabkan oleh Anoreksia
- 3.1.2.2.2.3. Kurang pengetahuan mengenai kondisi, aturan tindakan, dan pencegahan berhubungan dengan kurang terpajan/salah interpretasi informasi, tidak lengkap informasi yang ada
- 3.1.2.2.2.4. Resiko penularan pasien kontak berhubungan dengan adanya infeksi kuman tuberculosis

3.1.2.3. Intervensi Keperawatan

- 3.1.2.3.1. perencanaan yang disusun untuk mengatasi masalah ketidakefektifan pola napas yaitu mencakup tujuan umum adalah Pasien akan meningkatkan pola napas yang efektif selama dalam perawatan, dengan kriteria hasil 1x24 jam tanda-tanda vital normal, dengan kriteria TD: 110/80 mmHg; RR: 12-18 x/menit, nadi: 80-100 x/menit; S: 36,5-37,5 C, dalam jangka waktu 2x24 jam pola napas normal, tidak nampak sesak, tidak ada retraksi dinding dada saat bernapas, tidak ada suara napas tambahan warna kulit normal. Maka rencana keperawatan yang disusun adalah monitor tanda vital; pernapasan, nadi, penggunaan otot bantu pernapasan, batuk, bunyi paru, warna kulit agar meningkatkan pengembangan paru, atur posisi pasien semi fowler dengan meninggikan kepala tempat tidur 30⁰C agar memudahkan bernapas, berikan oksigen sesuai instruksi agar mengetahui status pernapasan pada pasien.
- 3.1.2.3.2. Rencana tindakan yang dilakukan untuk mengatasi kurang nutrisi yang mencakup tujuan umum yaitu pasien akan meningkatkan pemasukan nutrisi yang adekuat selama perawatan dengan kriteria hasil yang diharapkan dalam jangka waktu 2x24 jam LILA pasien bertambah 0,5-1 cm, nafsu makan meningkat, pasien makan secara mandiri tanpa didorong. Rencana tindakan

antara lain kaji terhadap malnutrisi dengan berat badan dan Lila, dan pengukuran antropometrik agar memberikan pengukuran objektif terhadap status nutrisi, hidangkan makanan yang masih hangat agar meningkatkan napsu makan, hidangkan makan dalam porsi kecil tetapi sering, 6x sehari agar tidak terjadi distensi lambung, sebelum makan instruksikan pasien untuk berkumur agar mencegah mual dan muntah, beri posisi duduk atau setengah duduk saat makan agar melonggarkan abdomen dari penekanan diafragma bila posisi terlentang.

- 3.1.2.3.3. Perencanaan yang disusun untuk mengatasi masalah kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpajan informasi Dengan tujuan umum. Keluarga dan pasien akan meningkatkan pengetahuan mengenai Penyebab, tanda dan gejala serta cara penularan serta penanganan resiko penyebaran infeksi penyakit.dengan kriteria hasil dalam jangka waktu 1x2 jam setelah lakukan tindakan pasien dapat mengetahui penyebab dan tanda gejala dari penyakit TBC yang sedang dialaminya, serta keluarga mengetahui penangan yang harus dilakukan agar tidak terjadi penyebaran bakteri di anggota keluarga yang lain.perencanaan yang ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga, mengkaji pengetahuan pasien dan keluarga mengenai tuberculosis paru yang dialami pasien melakukan penyuluhan kesehatan tentang penyakit tuberculosis paru.
- 3.1.2.3.4. Perencanaan yang disusun untuk mengatasi masalah Resiko penularan pasien kontak berhubungan dengan adanya infeksi kuman tuberculosis dengan tujuan umum keluarga dan dan perawat ruangan bebas dari resiko terkontaminasi kuman tuberculosis selama dalam perawatan dengan criteria hasil dalam jangka waktu 1x24 jam setelah dilakukan tindakan pasien mengetahui etika batuk yang baik dan benar, keluarga dan pasien mengetahui teknik defektan dahak, serta keluarga mengetahui tindakan melindungi diri (selalu menggunakan masker jika kontak dengan pasien) perencanaan yang ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya, mengajarkan etika batuk yang benar, mengajarkan teknik desinfektan dahak pasien, menganjurkan keluarga pasien agar selalu menggunakan masker saat kontak dengan pasien.

3.1.2.4. Implementasi Keperawatan

3.1.2.4.1 Berdasarkan rencana tersebut maka dilakukan tindakan keperawatan sejak 25 Juni sampai 29 Juni 2018 untuk mengatasi masalah keperawatan ketidakefektifan pola napas yaitu Tindakan monitor tanda vital; pernapasan, nadi, penggunaan otot bantu pernapasan, batuk, bunyi paru, warna kulit. Tindakan mengatur posisi pasien semi fowler dengan meninggikan kepala tempat tidur 30°C dengan melibatkan keluarga. Tindakan memberikan oksigen sesuai instruksi kanul O_2 2 liter/menit. Pada hari pertama jam 08.00 mengatur posisi pasien semi fowler dengan meninggikan kepala tempat tidur 30°C . mengatur posisi semi fowler bertujuan untuk memudahkan bernapas. Jam 10.25 mengkaji warna kulit pucat, Auskultasi bunyi paru: bunyi vesikuler, nadi cepat dan dangkal, tanda vital hasil yang diperoleh frekuensi pernapasan belum stabil 30x/menit, nadi 96x/menit. Jam 10.30 mengajarkan pasien teknik napas dalam, Jam 12.00 Melakukan kolaborasi pemberian obat omeprazol 2x40 mg/IV . Jam 12.45 menilai keefektifan obat hasil yang diperoleh pasien batuk ada lendir sedikit warna kuning, memberikan oksigen sesuai instruksi kanul O_2 , 2 liter bertujuan untuk mengetahui status pernapasan dan untuk memudahkan bernapas. Pada hari kedua sampai hari keempat tindakan dilakukan yaitu memonitoring terhadap tindakan mengatur posisi pasien semi fowler dengan meninggikan kepala tempat tidur 30°C yang dilakukan oleh keluarga. Pada hari keempat pemberian kanul O_2 , 2 liter di hentikan karena hasil yang di peroleh pasien mengatakan sesak berkurang. Pada hari keempat setelah melakukan kolaborasi pemberian kanul O_2 2 liter/menit, dan mengatur posisi pasien semi fowler dengan meninggikan kepala tempat tidur 30°C ,

3.1.2.4.2. Berdasarkan rencana tersebut maka dilakukan tindakan keperawatan yang dimulai 25 Juni sampai 29 Juni 2018 untuk mengatasi masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Tindakan mengkaji terhadap malnutrisi dengan mengukur lila yang dilakukan dua kali seminggu yaitu pada hari pertama dan keempat, hari sebelum makan dimana pasien mengenakan pakaian yang sama saat pengumpulan data untuk menilai keefektifan tindakan. Pada hari pertama tindakan menghadirkan makanan yang masih hangat dilakukan 5 kali pada setiap kali makan. Tindakan

menghidangkan makanan dalam porsi kecil tetapi sering dilakukan 4 kali yaitu pada pagi hari 2 kali, siang sampai sore hari 3 kali, dan malam hari 1 kali. Tindakan menganjurkan pasien berkumur-kumur dan mengatur posisi pasien duduk saat makan dilakukan 5 kali setiap kali pasien makan dengan melibatkan keluarga. Pada hari kedua sampai hari keempat, peneliti memonitor terhadap tindakan yang telah dilakukan oleh keluarga. Pada hari pertama, jam 07.05 menghidangkan makan pagi yang terdiri dari (nasi, sayur bening, dan tempe-tahu) dalam porsi kecil yang masih hangat dan mengatur posisi duduk saat makan. makanan yang hangat dapat meningkatkan napsu makan dan posisi duduk saat makan bertujuan untuk mencegah penekanan diafragma sehingga dapat melonggarkan abdomen. Jam 10.00 mengevaluasi jumlah yang dimakan oleh pasien yaitu 4-5 sendok makan. Jam 11.15 menganjurkan pasien berkumur-kumur sebelum makan. Tindakan tersebut bertujuan mencegah mual dan muntah. Jam 13.45 mengevaluasi jumlah yang dimakan pasien yaitu: nasi, daging, sayur bening, pasien menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makan yang disediakan tanpa mual dan muntah. Pada hari kedua tindakan dilakukan oleh keluarga. Jam 07.30 mengevaluasi jumlah yang dimakan oleh pasien yaitu; bubur, sayur bening, dan tempe-tahu, pasien menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makan yang disediakan tanpa mual dan muntah. Jam 12.25 mengevaluasi jumlah yang dimakan oleh pasien yaitu menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makan yang disediakan tanpa mual dan muntah. Pada hari ketiga sampai hari keempat, pasien dapat menghabiskan porsi makanan yang disediakan (nasi, sayur, tempe tahu daging, dan cimilan (bubur kacang, susu, dan telur) setiap kali makan. Pada hari keempat, jam 07.45 mengukur lila pasien yang bertujuan untuk memberikan pengukuran objektif terhadap status nutrisi, berdasarkan hasil pengukuran 13 cm menjadi 13,5. Cm

- 3.1.2.4.3. Berdasarkan rencana tersebut maka dilakukan tindakan keperawatan dimulai sejak 25 Juni sampai 29 Juni 2018. Untuk mengatasi masalah kurang pengetahuan Tindakan yang dilakukan pada hari pertama membina hubungan saling percaya, mengkaji pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit TBC yang dialami pasien untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien tentang penyakit TBC. Pada hari kedua melakukan Penyuluhan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga mulai dari pengertian sampai dengan

pengobatan penyakit TBC dengan menggunakan media leaflet, dan dilakukan penkes-penkes dipasien atau keluarga pasien, dan hari 3 mengevaluasi kembali pengetahuan pasien tentang penyakit TBC yang dilakukan pendidikan kesehatan sebelumnya dan hari keempat melakukan penyuluhan kesehatan serta melakukan evaluasi ulang hasil penyuluhan sebelumnya.pasien dan keluarga mampu menyebutkan tanda dan gejala serta penanganan pasien agar tidak menular keanggota keluarga yang lain, dan pengobatan bertahap penyakit TBC yang harus dijalani pasien.

3.1.2.4.4. Berdasarkan rencana tersebut maka dilakukan tindakan keperawatan sejak 25 Juni sampai 29 juni 2018 untuk mengatasi masalah keperawatan Resiko penularan pasien kontak Tindakan yang dilakukan pada hari pertama membina hubungan saling percaya, mengajarkan etika batuk kepada pasien, mengajarkan kepada pasien dan keluarga teknik desinfektan dahak, menganjurkan kelurga selalu menggunakan masker jika kontak dengan pasien, Pada hari kedua sampai hari keempat evaluasi etika batuk dan teknik desinfektan dahak pasien serta pantau kelurga pasien dan selalu mengingatkan menggunakan masker jika ingin kontak dengan pasien

3.1.2.5. Evaluasi Keperawatan

3.1.2.5.1. Hasil evaluasi yang dilakukan pada hari kamis 29 juni 2018 jam 13.30 wita setelah dilakukan tindakan selama empat hari dengan masalah Ketidakefektifan pola napas pasien mengatakan sudah tidak sesak napas lagi, tidak batuk lagi, sudah tidak keringat dimalam hari lagi, pasien tampak lebih nyaman dari sebelumnya, tidak ada retraksi dinding dada lagi saat bernapas, oksigen dilepas jadi masalah keperawatan teratasi intervensi dilanjutkan perawat rungan

3.1.2.5.2. Hasil evaluasi yang dilakukan pada hari kamis 29 juni 2018 jam 14.40 wita setelah dilakukan tindakan selama empat hari dengan masalah Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh pasien mengatakan rasa mual saat makan sudah berkurang, badan sudah lebih enak dari sebelumnya, klien tampak lebih segar dari sebelumnya, klien belum bisa menghabiskan porsi makan yang disediakan makan masih 6-7 senduk saja, LILA pasien 13,5 cm belum sesuai standar normal yaitu 17 cm jadi masalah

keperawatan belum teratasi intervensi dilanjutkan perawat ruangan.

3.1.2.5.3. Hasil evaluasi yang dilakukan pada hari kamis 29 juni 2018 jam 14.50 wita setelah dilakukan tindakan selama empat hari dengan masalah Kurang pengetahuan mengenai kondisi, aturan tindakan, dan pencegahan klien dan keluarga mampu menyebutkan 3 etiologi tuberculosis paru, 3 tanda dan gejala tuberculosis paru, serta mengetahui penatalaksanaan yang tepat untuk penanganan pasien tuberculosis paru sehingga masalah keperawatan teratasi intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan

3.1.2.5.4. Hasil evaluasi yang dilakukan pada hari kamis 29 juni 2018 jam 15.00 wita setelah dilakukan tindakan selama empat hari dengan masalah Resiko penularan pasien kontak pasien dan keluarga mengatakan sudah mengetahui cara desinfektan dahak pasien, memahami etika batuk, pasien melakukan etika saat batuk, pasien menampung dahak pada tempat berisikan cairan desinfektan yang sudah disiapkan, serta keluarga selalu menggunakan masker saat kontak dengan pasien jadi masalah keperawatan teratasi dan dilanjutkan oleh perawat ruangan

3.2. Pembahasan

3.2.1. Pengkajian Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian keperawatan berdasarkan teori Taylor & Ralhp (2013), saat wawan cara didapatkan data klien mengatakan sering komunikasi dengan pasien tanpa menggunakan masker, klien juga mengatakan saat batuk terkadang ia tidak menutup mulut dengan lengan atau tisu, dan dahak yang dikeluarkannya dibuang dikantong plastic terbuka, keluarga juga mengatakan belum tau cara menampung dahak yang baik dan benar agar tidak menular kumannya

3.2.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang biasa muncul pada pasien dengan diagnose tuberculosis paru yaitu ada 6 diantaranya Ketidakefektifan bersihan jalan napas, Gangguan pertukaran gas, Resiko infeksi, Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, Kurang pengetahuan mengenai kondisi, aturan tindakan, dan pencegahan, Hipertermi namun berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. D.M saya mengangkat diagnose saja dimana 3 diantaranya terdapat dalam Konsep Asuhan Keperawatan menurut Taylor & Ralhp (2013), 1 diagnosa yang saya

angkat tidak terdapat dalam konsep Asuhan Keperawatan menurut Taylor & Ralhp (2013), yaitu resiko pasien kontak saya mengangkat diagnose ini melihat data yang didapatkan dipasien menurut saya resiko tertular bagi keluarga dan tenaga kesehatan yang kontak dengan paasien dapat terjadi jika tidak diatasi seperti mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien serta selalu menggunakan masker saat kontak dengan pasien

3.2.3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan data yang didapat dari hasil pengkajian dan dianalisa saya angkat dagnosa resiko pasien kontak jadi intervensi yang saya buat untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut adalah bina hubungan saling percaya, ajarkan pasien etika batuk, ajarkan keluarga dan pasien teknik desinfektan dahak, anjurkan keluarga pasien selalu menggunakan masker saat ingin kontak dengan pasien

3.2.4. Implementasi Keperawatan

Berdasarkan intervensi yang sudah ditetapkan pada hari pertama tanggal 25 juni 2018 saya membina hubungan saling percaya dengan pasientika batuk pasien, , setelah itu kaji cara batuk pasien, dan teknik defisfektan dahak pasien, dan penggunaan masker saat kontak dengan pasien, dan pada hari kedua saya ajarkan kepada pasien dan kelurga etika batuk, saya ajarkan cara desinfektan dahak pasien, dan saya menjelaskan kepada kelurga pasien mengapa selalu harus menggunakan masker jika kontak dengan pasien. Dan hari kita sampai keempat saya lakukan dan evaluasi kembali yang sudah saya jelaskan

3.2.5. Evaluasi Keperawatan

Setelah melakukan tindakan dan saya lakukan evaluasi pada hari terakhir tanggal 29 juni 2018 klien mengatan klien dan keluarga sudah paham etika batuk yang benar, cara desinfektan dahak pasien, serta manfaat menggunakan masker saat kontak dengan pasien, klien dan sudah menyiapkan tempat penampung dahak bertutup dengan diisi didalamnya campura bayclin dan air, serta keluarga pasien selalu menggunakan masker saat kontak dengan pasien, jadi masalah keperawatan teratasi dan intervensi dilanjutkan perawat diruangan..

BAB 4

PENUTUP

4.1. Simpulan

Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan Ny. D. M yang sudah berusia 70 tahun dengan Diagnose Medis Tuberkulosis Paru selama 4 hari yang dimulai sejak tanggal 25 Juni sampai 29 Juni 2018, maka didapatkan gambaran untuk merawat pasien Tuberkulosis Paru pada lansia berbeda dengan dewasa karna pada lansia sudah mengalami penurunan fungsi-fungsi sehingga lebih rentan mengalami gejala ulang lagi terbukti Ny D.M pada tanggal 5 Mei 2018 masuk rumah sakit dan keluar tanggal 18 Mei 2018 dan sudah menjalani pengobatan TB Paru tahap 1 namun ketika dirumah Ny D.M masuk Rumah Sakit kembali tanggal 17 Juni karna sesak napas, batuk, dan badan terasa lemas

4.2 Saran

4.2.1 Bagi Perawat Ruangan

Dalam merawat pasien Tuberkulosis Paru, disarankan bagi perawat ruangan untuk tidak terjadi penularan infeksi tuberkulosis seharusnya selalu menggunakan masker. Perawat selalu membantu pasien dalam melakukan teknik napas dalam dan batuk efektif secara rutin agar membantu mengeluarkan sekresi. Perawat selalu mendorong pasien dan memberikan perawatan mulut yang baik setelah batuk, sehingga tidak terjadi penyebaran infeksi. Perawat selalu memperhatikan dan meningkatkan hidrasi yang adekuat; meningkatkan masukan cairan/hari pada pasien. Perawat juga harus memperhatikan nutrisi pasien dengan memonitor pemberian terutama diet tinggi kalori tinggi protein seperti; susu, telur, kacang hijau, buah-buahan. Disarankan juga untuk perawat sebaiknya pasien dengan penyakit tuberkulosis maupun penyakit infeksi lainnya diisolasikan pada satu-satu ruangan atau dipisahkan masing-masing pasien memiliki 1 ruangan agar tidak terinfeksi bakteri tuberkulosis. Perawat selalu memberi dorongan kepada pasien agar mau berobat teratur serta mengingatkan pasien untuk memeriksa ulang dahak pada waktu yang telah ditentukan. Perawat harus melakukan penyuluhan/penjelasan tentang penyakit pasien. Selain itu, perawat juga selalu melakukan tindakan mencuci tangan sebelum dan sesudah merawat pasien tuberkulosis maupun penyakit infeksi lainnya. serta selalu menggunakan alat pelindung diri seperti masker dan handskun

4.2.2 Bagi Pasien dan Keluarga

Penyakit Tuberkulosis adalah penyakit yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobakterium Tuberkulosis* terjadi penularan melalui udara yang ditularkan melalui inhalasi percikan ludah (droplet) pada saat batuk, tertawa atau bersin. Pada pasien yang menderita TBC, untuk mencegah agar tidak terjadi penularan bakteri penyakit Tuberkulosis pada keluarga, maka disarankan agar keluarga harus selalu menggunakan masker di rumah pada saat bersama pasien, serta peralatan makan pasien harus dipisahkan oleh keluarga. Keluarga perlu membantu pasien dalam melakukan napas dalam dan batuk efektif secara rutin serta perlu memberikan hidrasi yang adekuat kepada pasien. Keluarga harus menyediakan tisu dan masker, tempat pembuangan tisu serta pembuangan dahak yang benar. Keluarga juga perlu memperhatikan nutrisi pasien dengan memonitor pemberian terutama diit tinggi kalori tinggi protein seperti; susu, telur, kacang hijau, dan buah-buahan. Pada pasien disarankan untuk selalu menjalani pengobatan OAT dengan teratur dan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI
Tahun 2013 Riset Kesehatan Dasar
- Chin J, 2006. *Manual Pemberantasan Penyakit Menular*, Infomedika, Jakarta.
- NANDA NIC-NOC, 2013. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis*
- Ruliana dkk.2012. *Pedoman Pengkajian dan Perhitungan Kebutuhan Gizi*. Edisi 2 Instalasi Gizi RSUD. Dr. Saiful Anwar Malang
- Seodarto 2006. *Penyakit-Penyakit Infeksi di Indonesia*, Widya Medika : Jakarta.
- Price A. S & Wilson M. L, 2005. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Edisi 6 EGC: Jakarta.
- Taylor M. Cyntia, Ralhp Sparks Sheila (2013), *DiagnosisKeperawatan Dengan Rencana Asuhan*, Edisi 10. Penerbit buku kedokteran EGC. Jakarta.
- 2015. *Profil Kesehatan Indonesia*.Kementerian Kesehatan RI

LAMPIRAN

Rumus Perhitungan IMT Berdasarkan Pengukuran Lingkar Lengan Atas

Tabel buku Havard (atau WHO-NHCS) Persentil-50

Usia (tahun)	Persentil-50 (mm)	
	Laki-laki	perempuan
1-1,9	159	156
2-2,9	162	160
3-3,9	167	167
4-4,9	171	169
5-5,9	175	173
6-6,9	179	176
7-7,9	187	183
8-8,9	190	195
9-9,9	200	200
10-10,9	210	210
11-11,9	223	224
12-12,9	232	237
13-13,9	247	252
14-14,9	253	252
15-15,9	264	254
16-16,9	278	258
17-17,9	285	264
18-18,9	297	258
19-24,9	308	265
25-34,9	319	277
35-44,9	326	290
45-54,9	322	299
55-64,9	317	303
65-74,9	307	299

Tabel criteria status gizi berdasarkan LILA

Kriteria	Nilai
Obesitas	> 120 standart
Overweight	10-20 % standart
Normal	90-110 % standart
Kurang	60-90 % standart
Buruk	<60% standart

Rumus : $LILA \times 10 \times 100 \div (\text{usia dalam persenti-50 \%})$

SATUAN ACARA PENYULUHAN

- Topik : Penyakit Infeksi Menular
- Subtopik : Tuberculosis
- Sasaran : Pasien dan Keluarga Pasien
- Penyuluh : Nolan Yohanis Kafolapada
- Hari/tanggal : Selasa , 26 Juni 2018
- Tempat : Ruang Tulip RSUD.Prof.Dr. w. z. Johannes Kupang
- Waktu : 45 menit
-
-

A. Tujuan

1. Tujuan instruksional Umum (TIU)

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan diharapkan agar peserta dapat mengetahui tentang penyakit TB Paru.

2. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah dilakukan penyuluhan, masyarakat mampu:

- a. Memahami pengertian Tubercuolosis Paru
- b. Mengetahui tanda-tanda penyakit Tubercuolosis Paru
- c. Mengetahui cara penularan Tubercuolosis Paru
- d. Mengetahui pencegahan Tubercuolosis Paru
- e. Mengetahui pengobatan Tubercuolosis Paru

B. Materi (Terlampir)

Materi yang akan di sampaikan:

- a. Pengertian Tubercuolosis Paru
- b. Tanda-tanda penyakit Tubercuolosis Paru
- c. Cara penularan Tubercuolosis Paru
- d. Pengobatan Tubercuolosis Paru
- e. Pencegahan Tubercuolosis Paru

C. Peserta

Peserta pasien dan keluarga serta pasien diruangan tulip (Ruangan B).

D. Metode

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab

E. Media Penyuluhan

- a. Lembar balik
- b. Lefleat

F. Kegiatan Penyuluhan

No	Waktu	Kegiatan	Peserta
1	10 Menit	Kegiatan membuka penyuluhan <ul style="list-style-type: none">- Mengucap salam- Memperkenalkan diri- Menggali pengetahuan tentang tuberculosis paru- Menjelaskan tujuan yang akan dicapai- Menjelaskan media yang akan digunakan	<ul style="list-style-type: none">- Menjawab salam- Mengenal petugas penyuluhan- Mengemukakan pendapat sesuai apa yang diketahui- Menyimak penjelasan
	25 menit	Kegiatan inti <ul style="list-style-type: none">- Menjelaskan pengertian tuberculosis- Menyebutkan tanda dan gejala tuberculosis paru- Menyebutkan cara pencegahan tuberculosis paru- Menyebutkan penatalaksanaan tuberculosis paru- Mendemonstrasikan cara pencegahan penularan TBC	<ul style="list-style-type: none">- Menyimak dengan seksama- Masyarakat mendengarkan penjelasan

10 menit	Kegiatan menutup penyuluhan	<ul style="list-style-type: none"> - Mengajukan pertanyaan sebagai evaluasi - Mengucapkan salam penutup 	<ul style="list-style-type: none"> - masyarakat menjawab pertanyaan yang diberikan - Menjawab salam.

G. Evaluasi

Evaluasi proses :

1. Fase dimulai sesuai dengan waktu yang direncanakan.
2. Keaktifan peserta selama penyuluhan.
3. Jumlah peserta yang hadir dalam mengikuti penyuluhan
4. Sarana dan prasarana seperti : pengeras suara, leaflet dan banner

Evaluasi hasil

1. Peserta dapat menjelaskan pengertian TBC Paru.
2. Peserta dapat menjelaskan penyebab TBC Paru
3. Peserta dapat menyebutkan secara singkat tanda dan gejala TBC Paru
4. Peserta dapat menjelaskan cara penularan TBC Paru
5. Peserta dapat menjelaskan pengobatan pada TBC Paru
6. Peserta dapat menjelaskan pencegahan pada TBC Paru
7. Peserta dapat mendemonstrasikan kembali cara pencegahan TBC paru

MATERI PENYULUHAN TUBERKULOSIS PARU

A. Pengertian

Tuberkulosis adalah penyakit infeksi pada saluran pernafasan bagian bawah yang menyerang jaringan paru atau parenkim paru.

B. Tanda-tanda Tuberkulosis

Sebagian besar seseorang yang terinfeksi menunjukkan demam tingkat rendah, kelelahan, anoreksia, penurunan berat badan, berkeringat malam, nyeri dada, dan batuk menetap. Batuk pada awalnya mungkin nonproduktif, tetapi dapat berkembang ke arah pembentukan sputum mukopurulen dengan hemoptisis atau batuk darah.

1. Gejala respiratorik, meliputi:

a) Batuk

Gejala batuk timbul paling dini dan merupakan gangguan yang paling sering dikeluhkan. Mula-mula bersifat non produktif kemudian berdahak bahkan bercampur darah bila sudah ada kerusakan jaringan

b) Batuk Darah

Darah yang dikeluarkan dalam dahak bervariasi, mungkin tampak berupa garis atau bercak-bercak darah, gumpalan darah atau darah segar dalam jumlah sangat banyak. Batuk darah terjadi karena pecahnya pembuluh darah.

c) Sesak Napas

Gejala ini ditemukan bila kerusakan parenkim paru sudah luas atau karena ada hal-hal yang menyertai seperti efusi pleura, pneumothorax, anemia dan lain-lain.

d) Nyeri Dada

Nyeri dada pada TB paru termasuk nyeri pleuritik yang ringan. Gejala ini timbul apabila sistem persarafan di pleura terkena.

2. Gejala Sistemik, Meliputi

a) Demam

Merupakan gejala yang sering dijumpai biasanya timbul pada sore dan malam hari mirip demam influenza, hilang timbul dan makin lama makin panjang serangannya sedang masa bebas serangan makin pendek.

b) Gejala sistemik lain

Gejala sistemik lain ialah keringat malam, anoreksia, penurunan berat badan

C. Cara penularan Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis tergolong airborne disease yakni penularan melalui droplet nuclei yang dikeluarkan ke udara oleh individu terinfeksi dalam fase aktif. Setiap kali penderita ini batuk dapat mengeluarkan 3000 droplet nuclei. Penularan tuberkulosis paru terjadi karena penderita TBC membuang ludah dan dahaknya sembarangan dengan cara dibatukkan atau dibersinkan keluar. Dalam dahak dan ludah ada basil TBC-nya, sehingga basil ini mengering lalu diterbangkan angin kemana-mana. Kuman terbawa angin dan jatuh ketanah maupun lantai rumah yang kemudian terhirup oleh manusia melalui paru-paru dan bersarang serta berkembangbiak di paru-paru.

D. Pengobatan Tuberculosis paru

Pengobatan TBC adalah pengobatan jangka panjang, biasanya selama 6-9 bulan. Pengobatan TB terutama berupa pemberian obat anti mikroba dalam jangka waktu lama. Obat-obat ini juga dapat di gunakan untuk mencegah timbulnya penyakit klinis pada seseorang yg sudah terjangkit infeksi. Untuk pengobatan penyakit dan infeksi TB, yaitu;

- 1) regimen obat 6 bulan yang terdiri dari isoniazid(hidrazida asam isonikotinat [INH], rifampisin, dan pirazinamid diberikan selama 2 bulan, kemudian di ikuti dengan INH dan rifampisin selama 4 bulan adalah regimen yang direkomendasikan untuk terapi awal TB pada pasien yang organismenya sensitif terhadap pengobatannya.
- 2) INH dan rifampisin regimen selama 9 bulan sensitif pada orang yang tidak boleh atau yang tidak bisa mengomsumsi pirazinamid .bila resistensi INH telah terlihat,

E. Pencegahan tuberculosis paru

Penyakit TBC dapat dicegah dengan cara:

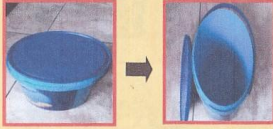
- 1) Mengurangi kontak dengan penderita penyakit TBC aktif.
- 2) Menjaga standar hidup yang baik, dengan makanan bergizi, lingkungan yang sehat, dan berolahraga.
- 3) Pemberian vaksin BCG (untuk mencegah TBC)

Pencegahan TBC oleh penderita agar tidak menular

- ♦ Menutup mulut saat batuk



- ♦ Membuang dahak di wadah yang tertutup yang berisi lisol/air sabun



- ♦ Menghindari udara dingin
- ♦ Usahakan sinar matahari dan udara segar masuk ke ruangan tidur
- ♦ Menjemur kasur dan bantal pada pagi hari
- ♦ Alat makan minum penderita harus terpisah dan tidak digunakan orang lain
- ♦ Mengonsumsi makanan tinggi karbohidrat dan protein

BAGAIMANA MENGETAHUI

SESEORANG TERKENA TBC PARU ?

Dengan melakukan pemeriksaan sputum 3 kali menggunakan mikroskop, dengan kriteria : Sewaktu, Pagi, Sewaktu (SPS)



S: SEWAKTU

Dahak anda diperiksa di laboratorium sewaktu anda datang dengan gejala penyakit TB (hari ke I)

P: PAGI

Keesokan harinya sehabis bangun tidur, dahak yg anda keluarkan di rumah akan diperiksa pada saat anda mengantar ke laboratorium (hari ke II)

S: SEWAKTU

Penderita diminta kembali mengeluarkan dahak pada waktu tiba di laboratorium (hari ke III)

STOP TB

TBC dapat diobati

TBC PARU



OLEH

NOLAN KAFOLAPADA

PO530320115087



Politeknik Kesehatan
Kemenkes Kupang
Jurusan Keperawatan

APA ITU TBC

Tuberkulosis (TBC) adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri yang menyerang jaringan paru atau parenkim paru

APA PENYEBAB TBC

Penyebab utama penyakit TB adalah *Mycobacterium tuberculosis*, yaitu sejenis basil aerobik kecil yang non-motil.

GEJELA TBC

Gejala utama :

Batuk terus-menerus dan berdahak selama tiga minggu atau lebih

Gejala tambahan yang sering muncul:

- Dahak bercampur darah/batuk darah
- Sesak nafas dan rasa nyeri pada dada
- Demam/meriang lebih dari sebulan
- Berkeringat pada malam hari tanpa penyebab yang jelas
- Badan lemah dan lesu
- Nafsu makan menurun dan terjadi Penurunan berat badan

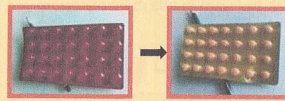
CARA PENULARANNYA

1. Ditularkan melalui udara. Ketika penderita batuk, bersin, bicara, menyanyi, atau meludah. Dari semua inilah, kuman TBC terhirup sampai paru-paru oleh orang yang sehat.
2. Ditularkan melalui peralatan makan dan minum penderita TB aktif



CARA PENGOBATAN

Pengobatan TBC adalah pengobatan jangka panjang, biasanya selama 6-9 bulan dan dibagi dalam 2 tahapan yaitu tahap awal dan lanjutan.



Tahap awal

Tahap lanjutan

PENCEGAHAN

Yang belum terinfeksi Penyakit TBC

- ♦ Mengurangi kontak dengan penderita penyakit TBC aktif.
- ♦ Menjaga standar hidup yang baik, dengan makanan bergizi, lingkungan yang sehat, dan berolahraga.



- ♦ Pemberian vaksin BCG (untuk mencegah TBC Paru)



Lampiran 2



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : Nolan Yohanis Kafolapda
NIM : PO.530320115087
NAMA PEMBIMBING : Sebastianus Banggut, SST.,M,Pd

NO.	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	28-06-18	Bimbingan cover, Judul, studi kasus Latar belakang	
2.	29-06-18	Bimbingan penulisan Latar belakang, Tujuan, Manfaat,	
3.	02-07-18	Bimbingan penulisan Tinjauan teori	
4.	03-07-18	Melakukan bimbingan, pengertian, etiologi, manifestasi klinik tuberculosis	