

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny M.T
DENGAN DIAGNOSA MEDIS TUBERKULOSIS PARU DI
RUANGAN PERAWATAN KHUSUS (RPK) RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH



OLEH

**FADILA AULIA BAMBANG
NIM.PO.5303202210008**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE**

2024

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny M.T DENGAN
DIAGNOSA MEDIS TUBERKULOSIS PARU DI RUANGAN
PERAWATAN KHUSUS (RPK) RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Pendidikan
Diploma III Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Ende**



**OLEH :
FADILA AULIA BAMBANG
NIM : PO. 5303202210008**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE
TAHUN 2024**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan :

Nama : Fadila Aulia Bambang

NIM : PO. 5303202210008

Program Studi : D - III Keperawatan Ende

Judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY M.T DENGAN
DIAGNOSA MEDIS TUBERKULOSIS PARU DI
RUANGAN PERAWATAN KHUSUS RSUD ENDE

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah ini merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil jiplakan maka, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende, 02 Juli 2024

Yang Membuat Pernyataan



FADILA AULIA BAMBANG
PO. 5303202210008

LEMBAR PERSETUJUAN
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny M. T DENGAN DIAGNOSA
MEDIS TUBERKULOSIS PARU DI RUANGAN PERAWATAN KHUSUS
(RPK) RSUD ENDE

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH :

FADILA AULIA BAMBANG
NIM. PO5303202210008

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui Oleh Pembimbing Untuk
Diuji

Ende, 02 Juli 2024

Pembimbing

Anatolia K. Doondori, S, Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 19760217199903200

Mengetahui

Plh. Ketua Program Studi Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Dr. Sisilia Leny Cahyani. S. Kep.,Ns.,MSc.
NIP. 197401132002122001

LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny M. T DENGAN
DIAGNOSA MEDIS TUBERKULOSIS PARU DI RUANGAN
PERAWATAN KHUSUS (RPK) RSUD ENDE

OLEH:

FADILA AULIA BAMBANG
NIM. PO5303202210008

karya tulis ilmiah ini telah diujikan dan dipertanggung jawabkan pada tanggal

04 Juli 2024

Penguji Ketua



Yustina P. M. Paschalia, S.Kep., Ns., M.Kes.

NIP. 196904091989032002

Penguji Anggota



Anatolia K. Doondori, S.Kep., Ns., M.Kes.

NIP. 19760217199932001

Disahkan oleh :

Mengetahui

Plh. Ketua Program Studi Keperawatan Ende

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep., Ns., MSc.
NIP. 197401132002122001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada pasien dengan Diagnosa medis Tuberculosis Paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende” dapat terselesaikan dengan baik. Laporan Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Ende. Penulis banyak menemukan kesulitan dan hambatan, namun berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, sudah sepantasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan banyak terimakasih kepada :

1. Bapak Irfan, S.KM., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep. Kom, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini
3. Dr. Ester Puspa Jelita, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melaksanakan praktek di RSUD Ende.
4. Ibu Anatolia K. Doondori, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Ibu Yustina P. M Paschalia S.Kep.,Ns., M.Kes selaku penguji yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis dan memberikan masukan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ibu Marianti Ola, S.Kep, Ns selaku Kepala Ruangan Perawatan Khusus RSUD Ende yang telah memberikan izin kepada penulis dalam melaksanakan studi kasus.
7. Para dosen dan tenaga kependidikan Program Studi DIII Keperawatan Ende
8. Ny M.T dan keluarga yang telah bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
9. Cinta pertama sekaligus yang menjadi inspirasi agar penulis cepat menyelesaikan pendidikan di bangku kuliah yaitu Alm. Ayahanda Bambang Amba.
10. Kedua mama tercinta Ibunda Siti Irwan dan Ibu Min Amba yang selalu memberikan dukungan dan doa kepada penulis agar semangat dalam menyelesaikan tugas akhir ini dengan tepat waktu.
11. Kakak tercinta Izam Syahputra Bambang yang selalu memberikan dukungan financial kepada penulis selama penulis menepuh pendidikan di bangku perkuliahan.
12. Sahabat tercinta Nona Lau yang selalu mendengarkan keluh kesah penulis selama menyusun tugas akhir ini serta memberikan semangat dan motivasi kepada penulis agar selalu semangat menyelesaikan pendidikan tepat pada waktunya.

13. Sahabat seperjuangan Sonia, Desi, dan anggota geng tengkorak yang selalu bersama- sama saling memberi suport untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini dengan tepat.

14. Rekan-rekan mahasiswa angkatan 2021 Program Studi DIII Keperawatan Ende yang selalu mendukung penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga penulis sangat membutuhkan masukan dan koreksi yang bersifat membangun dari kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata penulis mengucapkan limpah terima kasih dan berharap semoga Studi Kasus ini dapat bermanfaat bagi siapapun yang membacanya.

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. M. T dengan Diagnosa Medis Tuberkulosis Paru Di Ruang Perawatan Khusus (RPK) RSUD Ende

Fadila Aulia Bambang ⁽¹⁾

Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep ⁽²⁾

Yustina P. M. Paschalia, S.Kep.,Ns., M.Kes ⁽³⁾

Tuberkulosis Paru (TB) merupakan salah satu penyakit menular yang menyebabkan kematian tertinggi di dunia. Tuberkulosis paru disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. Tuberkulosis merupakan ancaman bagi penduduk Indonesia, karena penyakit ini merupakan penyebab nomor tiga setelah penyakit jantung dan penyakit pernafasan akut (Puspitasari et al,2023).

Studi kasus ini bertujuan untuk melakukan asuhan keperawatan pada Ny. M. T dengan Tuberkulosis Paru dan menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata. Metode yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

Hasil studi kasus pada Ny. M. T ditemukan pasien mengeluh batuk, sesak napas, pusing, lemah, nyeri dada, batuk bercampur darah, nafsu makan menurun kurang lebih 3 bulan yang lalu, CRT>2 detik, HGB : 2,6 mg/dL, WBC : 13.78. Intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan masalah keperawatan. Implementasi dilakukan selama 3 hari dan hasil evaluasi yaitu: masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi, masalah defisit nutrisi sebagian teratasi, masalah perfusi perifer sebagian teratasi dan masalah intoleransi aktifitas teratasi.

Setiap penderita Tuberkulosis Paru berbeda-beda tanda dan gejalanya tergantung dari lamanya seseorang menderita dan lamanya pengobatan yang dialami pasien. Oleh sebab itu diharapkan untuk tetap menjaga kesehatan dan selalu patuh dalam minum obat.

Kepustakaan : 21 Buah (2000 - 2023)

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Tuberculosis Paru

1. Mahasiswa Program Studi DIII Keperawatan Ende
2. Dosen Pembimbing Program Studi DIII Keperawatan Ende
3. Dosen Penguji Program Studi DIII Keperawatan Ende

ABSTRACT

Care Nursing Care for Patient Mrs. M. T with Diagnosis Medical Pulmonary Tuberculosis In Room Maintenance Special (RPK) Ende Regional Hospital

Fadila Aulia Bambang ⁽¹⁾

Anatolia K. Doondori , S.Kep ., Ns., M.Kep ⁽²⁾

Yustina PM Paschalia , S.Kep ., Ns ., M.Kes ⁽³⁾

Pulmonary Tuberculosis (TB) is one of the infectious diseases that causes the highest number of deaths in the world. Pulmonary tuberculosis is caused by the bacteria *Mycobacterium Tuberculosis*. Tuberculosis is a threat to the Indonesian population, because this disease is the third cause after heart disease and acute respiratory disease (Puspita sari et al, 2023).

Case study This aiming For do care nursing care for Mrs. M. T with Pulmonary Tuberculosis and analyzing gap between theory and cases real . The method used in work write scientific This is method studies case with approach care nursing which includes assessment , diagnosis nursing , intervention nursing , implementation , and evaluation nursing .

Study results case of Mrs. M. T was found patient sigh cough , shortness of breath, dizziness , weakness , chest pain , cough mixed blood , lust Eat decrease not enough more than 3 months ago , CRT>2 seconds , HGB: 2.6 mg/dL, WBC: 13.78. Intervention nursing done based on problem nursing . Implementation done for 3 days and results evaluation namely : problem cleaning airway not effective part resolved , problem deficit nutrition part resolved , problem perfusion peripheral part resolved and problems intolerance activity resolved .

Every sufferer Pulmonary Tuberculosis varies signs and symptoms depends from duration somebody suffering and duration the treatment experienced patient . Therefore That expected For still guard health and always obedient in drink drug .

Bibliography : 21 (2000 - 2023)

Keywords : Care Nursing , Pulmonary Tuberculosis

1. Students of the DIII Nursing Study Program , Ende
2. Supervisor of the DIII Nursing Study Program , Ende
3. Examining Lecturer for the DIII Nursing Study Program , Ende

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan	5
D. Manfaat Studi Kasus	5
BAB II TINJAUAN TEORITIS	7
2.1 Konsep Penyakit	7
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Klasifikasi	7
2.1.3 Faktor Resiko	9
2.1.4 Etiologi	9

2.1.5 Patofisiologi.....	10
2.1.4 Pathway	12
2.1.5 Manifestasi klinik	13
2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik	14
2.1.7 Penatalaksanaan	15
2.18 Komplikasi	17
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	17
2.2.1 Pengkajian	17
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	24
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	25
2.2.4 Implementasi Keperawatan	37
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	38
BAB III METODE STUDI KASUS	39
A. Rancangan/Desain Studi Kasus.....	39
B. Subyek Studi Kasus.....	39
C. Batasan Istilah	39
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	40
E. Metode/Prosedur Studi kasus	40
F. Teknik Pengumpulan Data.....	41
G. Instrumen Pengumpulan Data	42
H. Keabsahan Data.....	42
I. Analisa Data.....	43

BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	44
A.Hasil Studi Kasus	44
B. Pembahasan	67
BAB V PENUTUP.....	72
A.Kesimpulan	72
B. Saran.....	74
DAFTAR PUSTAKA.....	76

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Pathway Tuberkulosis Paru	12
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan	78
Lampiran 2 Lembar Konsul	101
Lampiran 3 Jadwal Kegiatan	104
Lampiran 4 Penjelasan Sebelum Penelitian Studi Kasus	105
Lampiran 5 Inromed Conset.....	106
Lampiran 6 Daftar Riwayat Hidup.....	107

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkulosis Paru (TB) merupakan salah satu penyakit menular yang menyebabkan kematian tertinggi di dunia. Tuberkulosis paru disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. Tuberkulosis merupakan ancaman bagi penduduk Indonesia, karena penyakit ini merupakan penyebab nomor tiga setelah penyakit jantung dan penyakit pernafasan akut (Puspitasari et al,2023).

Menurut World Health Organization (WHO), jumlah orang terdiagnosis tuberkulosis paru pada tahun 2021 secara global sebanyak 10,6 juta kasus naik sekitar 600 kasus dari tahun 2020 yaitu 10 juta kasus tuberkulosis paru dari 10,6 juta kasus tersebut terdapat 6,4 juta (60,3%) orang yang telah di laporkan dan menjalani pengobatan dan 4,2 juta (39,7%) orang belum di diagnosis dan di laporkan Organization (Global TB Report,2022). Tuberkulosis paru merupakan ancaman bagi negara Indonesia. Indonesia menduduki negara dengan peringkat kedua kasus TB Pada tahun 2021 jumlah kasus tuberkulosis yang ditemukan sebanyak 397.377 kasus, meningkat bila dibandingkan semua kasus tuberkulosis yang ditemukan pada tahun 2020 yaitu sebesar 351.936 kasus. Jumlah kasus tertinggi dilaporkan dari provinsi dengan jumlah penduduk yang besar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur, dan Jawa Tengah. Kasus tuberkulosis di ketiga provinsi tersebut menyumbang angka sebesar 44% dari jumlah seluruh kasus tuberkulosis di Indonesia. Jika

dibandingkan dari jenis kelamin, jumlah kasus pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan. Secara nasional jumlah kasus pada laki-laki sebesar 57,5% dan 42,5% pada perempuan. Pada tahun 2021 kasus TBC terbanyak ditemukan pada kelompok umur 45 – 54 tahun yaitu sebesar 17,5%, diikuti kelompok umur 25 – 34 tahun sebesar 17,1% dan 15 – 24 tahun 16,9% (Kemenkes RI, 2021).

Berdasarkan Badan Pusat Statistik provinsi NTT (BPS NTT, 2022) jumlah orang yang terdiagnosis TB paru dari tahun ke tahun terus meningkat. Pada tahun 2020 tercatat 4.795 orang terdiagnosis TB paru. Pada tahun 2021 tercatat mengalami peningkatan menjadi 4.798 kasus orang terdiagnosis TB. Pada tahun 2022 tercatat 7.268 kasus. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Ende (Dinkes Kab Ende, 2023) menjelaskan bahwa pada tahun 2021 terdapat 331 dan pada tahun 2022 sebanyak 545 kasus. Data tersebut menunjukkan bahwa terjadi peningkatan kasus dengan selisi antara tahun 2021 dan 2022 sebanyak 214 kasus. Ruang Perawatan Khusus (RPK) Di Rumah Sakit Umum Daerah Ende mencatat bahwa dari bulan Januari hingga bulan Agustus 2023 terdapat 37 orang terdiagnosis TB Paru, jumlah ini menurun dibandingkan dengan tahun 2022 yang terdapat 320 kasus dan tahun 2021 sebanyak 92 kasus. (RSUD Ende, 2023).

Keberhasilan program pengobatan TB memerlukan keteraturan atau kepatuhan berobat. Salah satu faktor yang dapat menyebabkan kegagalan program pengobatan TB yaitu kurangnya kepatuhan pada penderita TB. Meskipun obat diberikan sudah baik namun jika tingkat kepatuhan pasien

kurang umumnya hasil pengobatan akan gagal. Tingkat kepatuhan pasien yang kurang dapat disebabkan oleh banyaknya jenis obat yang diberikan bermacam-macam serta lama pengobatan yang panjang yaitu enam bulan pengobatan. Hal tersebut menyebabkan banyak penderita TB yang menghentikan pengobatan sebelum waktunya (Agnia & Muhlifah, 2022). Dampak dari tidak meminum obat TB adalah gagalnya pengobatan dan semakin meluasnya kuman TB. Tingginya angka putus obat akan mengakibatkan tingginya kasus resistensi kuman terhadap OAT (Obat Anti Tuberculosis) sehingga kasus Tuberculosis Paru mengalami peningkatan.

Beberapa faktor yang menjadi faktor resiko terjadinya TB paru antara lain faktor demografik (umur, pekerjaan, tingkat pendidikan), Faktor lingkungan rumah (luas ventilasi, kepadatan hunian, intensitas pencahayaan, jenis lantai, kelembaban rumah, suhu dan jenis dinding), Faktor Perilaku (kebiasaan membuka jendela setiap pagi dan kebiasaan merokok) serta riwayat kontak (Sarifudin & Sabir, 2023). Dampak yang buruk terjadi pada pasien dengan tuberculosis paru jika oksigen berkurang akan mengalami sesak nafas yang akan mengganggu proses oksigenasi, apabila tidak terpenuhi akan menyebabkan metabolisme sel terganggu dan terjadi kerusakan pada jaringan otak apabila masalah tersebut berlangsung lama akan menyebabkan kematian. Kebutuhan oksigenasi merupakan kebutuhan dasar manusia yang digunakan untuk kelangsungan metabolisme sel tubuh mempertahankan hidup dan aktivitas berbagai organ atau sel (Hidayat, 2015).

Perawat mempunyai peran penting dalam mengatasi Tuberkulosis Paru. Peran perawat dalam melakukan asuhan keperawatan di RS yaitu sebagai educator atau pendidik. Sebagai seorang pendidik, perawat membantu klien mengenal kesehatan guna memulihkan dan memelihara kesehatan tersebut. adanya informasi yang benar dapat meningkatkan pengetahuan penderita tuberkulosis untuk melaksanakan pola hidup sehat

Upaya pencegahan agar terhindar dari penyakit TB antara lain menutup mulut saat batuk atau bersin dikarenakan kuman TB menular melalui dahak dan air liur dari orang penderita TB. Faktor gizi juga menjadi salah satu upaya agar terhindar dari penyakit TB Paru yaitu dengan memperhatikan tingkat kecukupan energi dan protein (Erpiono et al, 2023).

Berdasarkan uraian diatas maka penulis merasa tertarik melakukan studi kasus tentang “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis TB Paru” di RSUD Ende.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penulisan proposal karya tulis ilmiah ini adalah “Bagaimana gambaran Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan diagnosa medis Tuberkulosis Paru di RSUD Ende?”

C. Tujuan

Berdasarkan rumusan masalah diatas maka tujuan proposal Karya Tulis Ilmiah ini adalah :

1. Tujuan umum

Menggambarkan pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis TB Paru di wilayah kerja RSUD Ende.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan diagnosa medis TB Paru.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis TB Paru.
- c. Menentukan intervensi keperawatan pada pasien dengan diagnosamedis TB Paru.
- d. Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis TB Paru.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis TB Paru.
- f. Menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus pada pasien dengan diagnosa medis TB Paru.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Penulis

Untuk menambah pengetahuan dan pemahaman penulis sehingga dapat meningkatkan kemampuan dalam pelaksanaan keperawatan bagi penderita TB Paru.

2. Bagi Pasien dan Keluarga

Menambah pengetahuan tentang perawatan dan pencegahan penyakit TB paru.

3. Bagi Rumah Sakit Ende

Sebagai bahan tambahan informasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan khususnya pada kasus TB paru.

4. Bagi Institusi

Untuk menambah pembedaharaan ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan juga diharapkan dapat digunakan sebagai acuan penelitian selanjutnya terkait kasus TB Paru.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi

Tuberkulosis paru adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, biasanya menyerang paru-paru tetapi juga dapat menyerang organ lain, yang dimana kumannya tahan asam, merupakan infeksi yang menular melalui udara (Wahdi, A & Puspitasari, D, 2021).

Tuberkulosis biasanya menyerang paru, kemudian menyerang ke semua bagian tubuh. Infeksi biasanya terjadi 2-10 minggu. Setelah 10 minggu, klien akan muncul manifestasi penyakit gangguan, ketidakefektifan respons imun. Proses aktivasi dapat berkepanjangan ditandai dengan remisi panjang ketika penyakit dicegah, hanya diikuti oleh periode aktivitas yang diperbarui (Wahdi, A & Puspitasari, D, 2021).

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Puspasari, S (2019) klasifikasi tuberkulosis paru dibagi menjadi:

- 1) Klasifikasi berdasarkan lokasi anatomi dari penyakit :
 - a) Tuberkulosis Paru. TB yang terjadi pada parenkim (jaringan) paru. Milier TB dianggap sebagai TB Paru karena adanya lesi pada jaringan paru. Limfadenitis TB di rongga dada (hilus dan atau mediastinum) atau efusi pleura tanpa terdapat gambaran radiologi yang mendukung TB pada paru, dinyatakan sebagai TB ekstra paru. Klien yang menderita TB paru dan sekaligus

juga menderita TB ekstra paru, diklasifikasikan sebagai klien TB paru.

- b) Tuberkulosis ekstra paru. TB yang terjadi pada organ selain paru, misalnya: Pleura, kelenjar limfe, abdomen, saluran kencing, kulit, sendi, selaput otak, dan tulang. Diagnosis TB ekstra paru dapat ditetapkan berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologi atau klinis. Diagnosis TB ekstra paru harus diupayakan berdasarkan penemuan *Mycobacterium tuberculosis*. Klien TB ekstra paru yang menderita TB pada beberapa organ, diklasifikasikan sebagai klien TB ekstra paru pada organ menunjukkan gambaran TB yang terberat.

2) Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya :

- a) Klien baru TB: Adalah klien yang belum pernah mendapatkan pengobatan TB sebelumnya atau sudah pernah menelan OAT namun kurang dari 1 bulan ($<$ dari 28 dosis).
- b) Klien yang pernah diobati TB: adalah klien yang sebelumnya pernah menelan OAT selama 1 bulan atau lebih (\geq dari 28 dosis).
- c) Klien ini selanjutnya diklasifikasikan berdasarkan hasil pengobatan TB terakhir, yaitu:
 - 1. Klien kambuh: adalah klien TB yang pernah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap dan saat ini didiagnosis TB berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologi atau klinis (baik karena benar-benar kambuh atau karena reinfeksi).

2. Klien yang diobati kembali setelah gagal: adalah klien TB yang pernah diobati dan dinyatakan gagal pada pengobatan terakhir.
3. Klien yang diobati kembali setelah putus berobat (*lost to follow-up*) adalah klien yang pernah diobati dan dinyatakan *lost to follow-up* (klasifikasi ini sebelumnya dikenal sebagai pengobatan klien setelah putus berobat/default).
4. Lain-lain: adalah klien TB yang pernah diobati namun hasil akhir pengobatan sebelumnya tidak diketahui.

2.1.3 Faktor Resiko

Menurut Puspasari, S (2019) faktor resiko orang terkena TB Paru antara lain :

- 1) Kontak yang dekat dengan seseorang yang memiliki TB aktif.
- 2) Status *imunocompromized* (penurunan imunitas).
- 3) Pengguna narkoba suntikan dan alkoholisme.
- 4) Kondisi medis yang sudah ada sebelumnya, termasuk diabetes, gagal ginjal kronis, dan kekurangan gizi.
- 5) Imigran dari negara-negara dengan tingkat Tuberkulosis yang tinggi.
- 6) Tinggal di perumahan yang padat dan tidak sesuai standar.
- 7) Pekerjaan (mis: petugas layanan kesehatan, terutama mereka yang melakukan kegiatan beresiko tinggi).

2.1.4 Etiologi

Tuberkulosis (TBC) disebabkan oleh sejenis bakteri yang disebut *Mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini menyebar saat penderita TB batuk

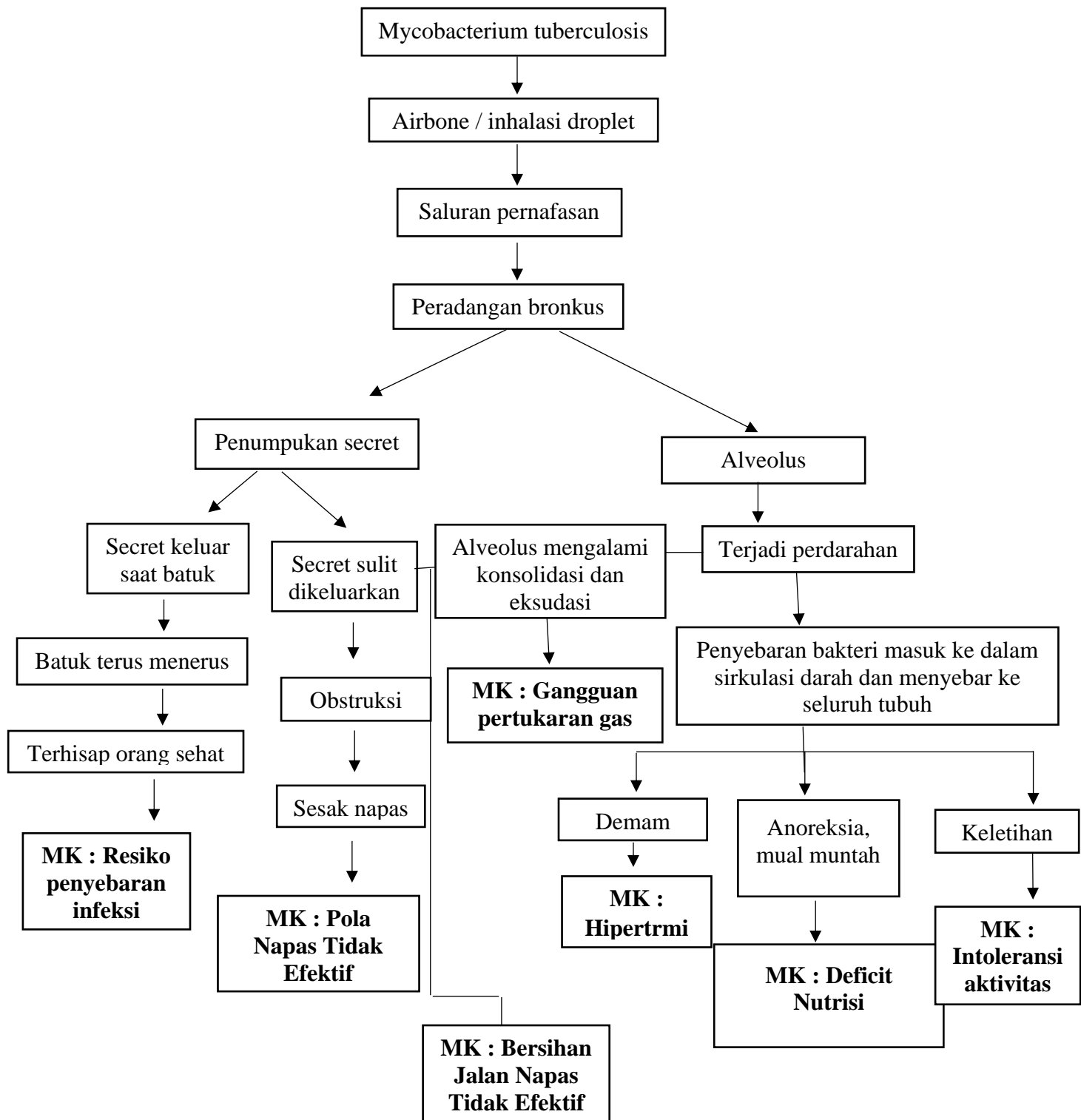
atau bersin dan orang lain menghirup droplet yang dikeluarkan, yang mengandung bakteri TB. Meskipun TB menyebar dengan cara yang sama dengan flu, penyakit ini tidak menular dengan mudah. Seseorang harus kontak dalam waktu beberapa jam dengan orang yang terinfeksi (Wahdi, A & Puspitasari, D, 2021).

2.1.5 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. Kuman mycobacterium menyerang saluran pernafasan sehingga terjadi peradangan bronkus, ketika terjadi peradangan bronkus maka akan terjadi penumpukan secret. Penumpukan secret dibagi menjadi efektif dan tidak efektif. Saat efektif secret akan keluar saat batuk terus menerus dan terhisap oleh orang sehat sehingga bisa menyebabkan penyebaran infeksi kuman mycobacterium. Saat tidak efektif, secret akan sulit dikeluarkan dan terjadilah obstruksi jalan napas yang menyebabkan sesak napas sehingga pola napas menjadi tidak efektif, obstruksi jalan napas juga dapat menyebabkan bersihan jalan napas menjadi tidak efektif. Pada peradangan bronkus juga paru-paru akan mengalami peradangan, setelah itu pada alveolus akan terjadi penumpukan cairan sehingga terjadi perdarahan dan alveolus akan mengalami konsolidasi dan eksudasi yang menyebabkan gangguan pada pertukaran gas. Perdarahan pada alveolus menyebabkan penyebaran bakteri secara limfa hematogen sehingga tubuh akan mengalami

demam, anoreksia, malaise, mual dan muntah, serta keletihan. (Price & Wilson 2005 dikutip dalam Margharita, 2019).

2.1.4 Pathway



Gambar 1.1 Pathway Tuberkulosis Paru
 Sumber : (Price & Wilson 2005 dikutip dalam Margharita, 2019).

2.1.5 Manifestasi klinik

Menurut Soedarto (2006), tanda dan gejala tuberculosis paru antara lain :

1. Demam

Umumnya subfebris, kadang-kadang 40-41°C, keadaan ini sangat dipengaruhi oleh daya tahan tubuh pasien dan berat ringannya infeksi kuman tuberculosis yang masuk.

2. Batuk dan batuk berdarah

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.

6. Penurunan berat badan

Penderita TB paru umumnya mengalami penurunan berat badan akibat asupan makanan rendah yang dipicu oleh selera makan menurun.

2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Dikson, M & Sisilia, A (2021), Pemeriksaan yang dilakukan pada penderita TB paru adalah:

a. Pemeriksaan sputum

Pemeriksaan sputum sangat penting karena dengan di ketemukannya kuman BTA diagnosis tuberculosis sudah dapat di pastikan. Pemeriksaan dahak dilakukan 3 kali yaitu: dahak sewaktu datang, dahak pagi dan dahak sewaktu kunjungan kedua. Bila didapatkan hasil 9 dua kali positif maka dikatakan mikroskopik BTA positif. Bila satu positif, dua kali negatif maka pemeriksaan perlu diulang kembali. Pada pemeriksaan ulang akan didapatkan satu kali positif maka dikatakan mikroskopik BTA negatif.

b. Rontgen Dada

Menunjukkan adanya infiltrasi lesi pada paru-paru bagian atas, timbunan kalsium dari lesi primer atau penumpukan cairan. Perubahan

yang menunjukkan perkembangan Tuberkulosis meliputi adanya kavitas dan area fibrosa.

c. Uji Tuberculin

Biasanya uji mantoux dilakukan secara rutin pada kelompok resiko tinggi yang diduga TB aktif. Uji mantoux menggunakan tuberculin *purified protein derivative* (PPD) untuk mengidentifikasi infeksi TB. Sejumlah kecil 0,1 ml derivate diberikan secara intradermal untuk membentuk bentol di kulit berukuran 6-10 mm. Kemudian akan dibaca dalam 48-72 jam. Adanya indurasi dan bukan eritema mengidentifikasi hasil positif.

d. Uji quantiFeron-TB Gold

Merupakan pemeriksaan darah yang digunakan untuk menentukan bagaimana sistem imunitas klien bereaksi terhadap *mycobacterium tuberculosis*. Hasil positif dari tes ini mengindikasikan bahwa pasien pernah terinfeksi.

2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut Puspasari, S (2019) penatalaksanaan medis tuberkulosis paru antara lain :

a. Penatalaksanaan medis

1) Obat lini pertama: isoniazid atau INH (Nydrazid), rifampisin (Rifadin), pirazinamida, dan etambutol (Myambutol) setiap hari selama 8 minggu dan berlanjut hingga 4 sampai 7 bulan.

- 2) Obat lini kedua: capreomycin (capastat), etionamida (Trecator), sodium para-aminosalicylate, dan sikloserin (Seromisin).
- 3) Vitamin B (piridoksin) biasanya diberikan dengan INH.

b. Penatalaksanaan keperawatan

Menurut Manurung, E (2021) penatalaksanaan keperawatan tuberculosis paru antara lain:

- 1) Mengatur posisi pasien semi fowler

Posisi semi fowler dapat mengurangi keluhan sesaf nafas dan batuk pada penderita tuberculosis paru.

- 2) Mengajarkan teknik batuk efektif dan menarik napas dalam

Teknik batuk efektif dan menarik napas dalam dilakukan untuk membantu mengeluarkan sputum pada penderita tuberculosis paru.

- 3) Memberikan dan menganjurkan pasien minum air 7-8 gelas berukuran 230 ml per hari atau dengan total 2 liter.

- 4) Menganjurkan pasien makan makanan yang tinggi kalori dan protein.

Makanan tinggi kalori dan tinggi protein dapat membantu meningkatkan system kekebalan tubuh penderita TB untuk melawan bakteri yang masuk.

- 5) Menganjurkan pasien banyak istirahat.

- 6) Menganjurkan menggunakan masker.

Penderita tuberculosis paru harus menggunakan masker untuk mencegah penularan kuman TB kepada orang sehat.

2.1.8 Komplikasi

Menurut Puspasari, S (2019) komplikasi akibat tuberkulosis paru antara lain:

1. Nyeri tulang belakang. Nyeri punggung dan kekakuan adalah komplikasi tuberkulosis yang umum
2. Kerusakan sendi. Atritis tuberkulosis biasanya menyerang pinggul dan lutut.
3. Infeksi pada meningen (meningitis). Hal ini dapat menyebabkan sakit kepala yang berlangsung lama atau intermiten yang terjadi selama berminggu-minggu.
4. Masalah hati atau ginjal. Hati dan ginjal membantu menyaring limbah dan kotoran dari aliran darah. Fungsi ini menjadi terganggu jika hati atau ginjal terkena tuberkulosis.
5. Gangguan jantung. Meskipun jarang terjadi, tuberkulosis dapat mengidentifikasi jaringan yang mengelilingi jantung, menyebabkan pembengkakan kemampuan jantung untuk memompa secara efektif.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

A. Anamnesa

1. Identitas Pasien

Yang terdiri dari nama pasien, umur, tempat tanggal lahir, alamat, asal suku bangsa, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian agama, pekerjaan, No. RM, diagnosa medis, dll.

2. Keluhan Utama

Keluhan utama pada pasien dengan Tuberkulosis Paru antara lain :

a) Batuk

Keluhan batuk timbul paling awal dan paling sering dikeluhkan, sputum bercampur darah.

b) Batuk berdarah

Seberapa banyak darah yang keluar atau hanya *blood streak*, berupa garis atau bercak-bercak darah.

c) Sesak napas

Keluhan ini ditemukan bila kerusakan parenkim paru sudah luas atau karena ada hal-hal menyertai seperti efusi pleura, pneumotoraks, anemia, dll.

d) Nyeri dada

Gejala ini timbul apabila sistem persarafan di pleural terkena TB.

e) Demam

f) Penurunan nafsu makan, anoreksia, dan malaise.

g) Penurunan berat badan

3. Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan dahulu

Perawat biasanya menanyakan kebiasaan dalam pola hidup dan interaksi lingkungan seperti merokok atau tinggal bersama perokok aktif. Penyakit yang pernah diderita di masa lalu seperti pernah mengalami penyakit TB Paru, infeksi saluran pernapasan.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan pada penderita TB paru biasanya mengalami napas pendek (sesak napas), nyeri di area dada, batuk, biasanya batuk juga disertai dengan sputum ataupun darah, penurunan nafsu makan dan penurunan berat badan.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Kaji apakah pasien memiliki anggota keluarga yang juga mengalami tuberculosi paru

B. Pengkajian Perpola

1. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Dikaji arti sehat-sakit untuk pasien, biasanya orang dengan tuberculosi paru menganggap bahwa penyakitnya adalah penyakit yang serius dan dapat ditularkan kepada orang sekitar, sehingga melakukan perlindungan dengan pemeriksaan ke pelayanan kesehatan.

2. Pola Nutrisi – Metabolik

Pada pasien dengan tuberculosi paru biasanya terjadi penurunan nafsu makan sehingga mengeluh badannya lemah karena menurunnya asupan nutrisi.

3. Pola Eliminasi

Pasien dengan Tuberculosi paru biasanya jarang mengalami gangguan eliminasi BAB maupun BAK.

4. Pola Aktivitas dan Latihan

Pasien tuberculosis paru biasanya tidak dapat melakukan aktivitas karena tubuh yang lemah disebabkan oleh kurangnya asupan nutrisi.

5. Pola Istirahat dan Tidur

Biasanya pasien tuberculosis paru mengalami kesulitan tidur karena sesak napas dan merasa tidak nyaman.

6. Pola Kognitif Presepsi

Menurunnya kognitif untuk mengingat apa yang pernah disampaikan biasanya sesaat akibat penurunan asupan nutrisi dan oksigen pada otak.

7. Pola Presepsi Konsep Diri

Pasien selalu menganggap dirinya salah dan kurang percaya diri akibat penyakit yang dialami.

8. Pola Seksual dan Reproduksi

Biasanya tidak mengalami gangguan pada pola seksual dan reproduksi.

9. Pola Koping dan Toleransi Stress

Biasanya pasien dengan tuberculosis paru sering merasa stress akibat penyakit yang dihadapinya.

10. Pola Nilai dan Kepercayaan

Nilai keyakinan mungkin meningkat seiring dengan kebutuhan untuk mendapat sumber kesembuhan dari Tuhan.

C. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan kesehatan pada pasien Tuberkulosis Paru meliputi pemeriksaan fisik umum, secara sistem berdasarkan hasil observasi keadaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, dan pengkajian psikososial. Biasanya pemeriksaan berfokus pada dengan pemeriksaan menyeluruh pada sistem pernafasan yang dialami klien.

1) Keadaan Umum

Perlu dikaji tentang kesadaran klien, kecemasan, psikososial, kelemahan suara bicara, tekanan darah, nadi, frekuensi pernapasan yang meningkat, penggunaan otot-otot bantu pernapasan, sianosis, batuk dengan lendir/ darah dan posisi istirahat klien.

2) Kepala

Dikaji tentang bentuk kepala, adanya riwayat trauma atau penonjolan, adanya riwayat sakit kepala, vertigo, dll.

3) Mata

Dikaji tentang konjungtiva anemis, sklera ikterik, penurunan penglihatan, serta riwayat penyakit mata lainnya.

4) Hidung

Dikaji adanya pernapasan cuping hidung.

5) Thorax

Inspeksi : Kadang terlihat retraksi interkosta dan tarikan dinding dada, biasanya pasien kesulitan saat inspirasi.

Palpasi : Adanya penurunan gerakan dinding pernafasan, adanya penurunan taktil fremitus pada klien dengan TB paru.

Perkusi : Biasanya saat di perkusi terdapat suara pekak.

Auskultasi : Akan didapatkan bunyi paru tambahan (ronkhi) pada sisi yang sakit.

6) Abdomen

Inspeksi : Biasanya tampak simetris

Palpasi : Tidak ada pembesaran hepar

Perkusi : Terdapat suara tympani

Auskultasi : Suara bising usus biasanya normal berkisar 5-30 x/menit

7) Ekstremitas

Biasanya CRT>3 detik, akral teraba dingin, tampak pucat dan tidak ada edema.

D. Tabulasi Data

Dispnea, bunyi suara napas tambahan, napas cuping hidung, sianosis, gelisah, sputum berlebih, tidak mampu mengeluarkan sputum, batuk tidak efektif, penggunaan otot bantu pernapasan, nafsu makan menurun, mual muntah, anoreksia, malaise, demam, kulit terasa hangat, lelah.

E. Klasifikasi Data

DS : Dispnea, tidak mampu mengeluarkan sputum, lelah, nafsu makan menurun, mual muntah, anoreksia, malaise, demam.

DO : Bunyi suara napas tambahan, napas cuping hidung, sianosis,

gelisah, sputum berlebih, batuk tidak efektif, penggunaan otot bantu pernapasan, kulit terasa hangat.

F. Analisa Data

1. Sign/symptom: DS : Dispnea, tidak mampu mengeluarkan sputum.
DO : Batuk tidak efektif, sputum berlebih, bunyi suara napas tambahan.
Etiologi : Hipersekresi Jalan Napas
Problem : Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif
2. Sign/symptom : DS : Dispnea DO :Napas cuping hidung, sianosis, gelisah.
Etiologi : Perubahan membran alveolus-kapiler
Problem : Gangguan Pertukaran gas
3. Sign/symptom : DS :Dispnea DO :Penggunaan otot bantu pernapasan, pernapasan cuping hidung.
Etiologi : Hambatan upaya napas
Problem : Pola Napas Tidak Efektif
4. Sign/symptom : DS : Nafsu makan menurun DO : Anoreksia
Etiologi : Faktor Psikologis
Problem : Perubahan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.
5. Sign/symptom : DS :Mengeluh lelah,dispnea DO :Sianosis
Etiologi : Kelemahan
Problem : Intoleransi Aktivitas

6. Sign/symptom : DS : Mengeluh panas DO :Badan terasa panas, S: <
37,5⁰ C

Etiologi : Proses penyakit

Problem : Hipertermi

7. Sign/symptom : DS : Pasien mengatakan badannya lemah DO :
Demam, pasien tampak mengeluarkan banyak sputum yang terhirup
orang sehat

Etiologi : Peningkatan paparan organisme lingkungan

Problem : Resiko penyebaran infeksi.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hipersekresi Jalan Napas ditandai dengan DS : Dispnea, tidak mampu mengeluarkan sputum. DO : Batuk tidak efektif, sputum berlebih, bunyi suara napas tambahan.
2. Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan Perubahan membrane alveolus-kapiler ditandai dengan DS : Dispnea DO :Napas cuping hidung, sianosis, gelisah.
3. Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan DS :Dispnea DO :Pengguaan otot bantu pernapasan, pernapasan cuping hidung.
4. Deficit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis ditandai dengan DS : Nafsu makan menurun DO : Anoreksia,

5. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan DS : Mengeluh lelah, dipnea DO : Sianosis
6. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan DS : Mengeluh panas DO : Badan terasa panas.
7. Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme lingkungan ditandai dengan DS : Pasien mengatakan badannya lemah DO : Demam, pasien tampak mengeluarkan banyak sputum yang terhirup orang sehat.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Sebelum menentukan Intervensi keperawatan, tentukan terlebih dahulu prioritas masalah. Prioritas masalah ditentukan untuk mengetahui diagnose keperawatan apa yang akan diberikan intervensi keperawatan terlebih dahulu.

- 1) Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif
 - 2) Pola Napas Tidak Efektif
 - 3) Gangguan Pertukaran Gas
 - 4) Defisit Nutrisi
 - 5) Hipertermi
 - 6) Intoleransi Aktivitas
 - 7) Resiko Penyebaran Infeksi
1. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hipersekresi jalan Napas ditandai dengan DS : Dispnea, tidak mampu mengeluarkan sputum. DO : Batuk tidak efektif, sputum berlebih, bunyi suara napas tambahan.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil :

1. Batuk efektif meningkat
2. Produksi sputum menurun
3. Dispnea membaik
4. Frekuensi napas membaik
5. Pola napas membaik

Intervensi : Latihan Batuk efektif (SIKI)

Observasi

- 1) Identifikasi kemampuan batuk

Rasional : Ketidakmampuan untuk membersihkan jalan napas yang dapat menimbulkan penggunaan otot bantu pernapasan dan peningkatan kerja pernapasan.

- 2) Monitor adanya retensi sputum

Rasional: Mengetahui apakah terdapat perubahan warna dan aroma pada sputum.

Terapeutik

- 3) Atur posisi semi fowler atau fowler

Rasional: Posisi membatu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan.

- 4) Buang secret pada tempat sputum

Rasional: Penyebaran virus dapat terjadi jika secret dibuang pada sembarang tempat hingga terhirup oleh orang sehat.

Edukasi

- 5) Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif.

Rasional: Prosedur batuk efektif yang tepat meningkatkan pengeluaran dahak secara maksimal.

- 6) Anjurkan menggunakan Teknik napas dalam

Rasional : Mengisi ruang paru kiri dan kanan dengan udara (O₂).

Kolaborasi

- 7) Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspetoran,jika perlu

Rasional: Membantu memaksimalkan proses pengeluaran sputum.

2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan DS : Dispnea DO :Pengguaan otot bantu pernapasan, pernapasan cuping hidung.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil :

1. Dispnea menurun
2. Penggunaan otot bantu napas menurun
3. Pernapasan cuping hidung menurun
4. Frekuensi napas membaik
5. Kedalaman napas membaik

Intervensi : Manajemen jalan napas (SIKI)

Observasi

- 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, dan usaha napas)

Rasional : Frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas dapat menunjukkan pola napas yang tidak efektif.

- 2) Monitor bunyi napas tambahan (mis:ronkhi, mengi)

Rasional : Penurunan bunyi napas dapat menunjukkan atelectasis ronkhi, mengi menunjukkan akumulasi secret/ketidakmampuan untuk membersihkan jalan napas yang dapat menimbulkan penggunaan otot bantu pernapasan dan peningkatan kerja pernapasan.

- 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Rasional: Perubahan jumlah dan warna pada sputum untuk mengetahui adanya penyakit tertentu .

Terapeutik

- 4) Posisikan semi fowler atau fowler

Rasional : Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan.

- 5) Lakukan fisioterapi dada,jika perlu

Rasional : Membantu membersihkan secret dari bronkus dan mencegah penumpukan secret serta memperbaiki pergerakan dan aliran secret.

6) Berikan oksigen

Rasional : Alat dalam memperbaiki hipoksemia yang dapat terjadi sekunder terhadap penurunan ventilasi/menurunnya permukaan alveolar paru.

Edukasi

7) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari

Rasional : Pemasukan tinggi cairan membantu untuk mengencerkan secret, membuatnya mudah dikeluarkan.

Kolaborasi

8) Kolaborasi pemberian bronkodilator,jika perlu

Rasional : Bronkodilator meningkatkan ukuran lumen percabangan trakeobronkial, sehingga menurunkan tahanan terhadap aliran udara.

3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Perubahan membrane alveolus-kapiler ditandai dengan DS : Dispnea DO :Napas cuping hidung, sianosis, gelisah.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pertukaran gas membaik dengan kriteria hasil :

1. Dispnea menurun
2. Gelisah menurun
3. Napas cuping hidung menurun
4. Sianosis membaik

5. Pola napas membaik

Intervensi : Pemantauan respirasi (SIKI)

Observasi

- 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas.

Rasional : Mengetahui frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas menunjukkan adanya bradypnea/takipnea, ronkhi/mengi, dan penggunaan otot bantu pernapasan.

- 2) Monitor pola napas (bradipne, takipnea, hiperventilasi)

Rasional : Untuk mengetahui sejauh mana penurunan bunyi napas indikasi atelektasi, ronkhi indikasi akumulasi secret atau ketidakmampuan membersihkan jalan napas sehingga otot-otot aksesori digunakan dan kerja pernapasan meningkat.

- 3) Monitor kemampuan batuk efektif

Rasional : Peningkatan batuk efektif dapat meningkatkan proses pengeluaran secret.

- 4) Monitor adanya produksi sputum

Rasional : Produksi sputum yang dihasilkan mengetahui seberapa banyak produksi sputum yang dihasilkan klien.

- 5) Monitor adanya sumbatan jalan napas

Rasional : Menunjang proses sumbatan jalan napas.

6) Auskultasi bunyi napas

Rasional : Bunyi napas mungkin redup karena penurunan aliran udara atau area konsolidasi, adanya mengi mengindikasikan spasme bronkus/ tertahannya secret.

7) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru

Rasional : Mengetahui kesimetrisan ekspansi paru

8) Monitor saturasi oksigen

Rasional : Untuk menunjukkan jumlah oksigen yang terikat dengan protein di dalam sel darah merah

9) Monitor nilai AGD

Rasional : Mengukur kadar oksigen, karbon dioksida, dan tingkat asam basa dalam darah

Terapeutik

10) Berikan terapi oksigen

Rasional : Menambah kadar oksigen dalam tubuh pasien

4. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan DS :

Mengeluh panas DO :Badan terasa panas.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil :

1. Suhu tubuh membaik
2. Suhu kulit membaik

Intervensi : Manajemen hipertermi**Observasi**

1) Identifikasi penyebab hipertermi

Rasional: Dengan mengetahui penyebab terjadinya hipertemi dapat lebih waspada terhadap faktor resiko terjadinya hipertermi.

2) Monitor suhu tubuh

Rasional: Peningkatan suhu tubuh secara tiba-tiba dapat menyebabkan kejang.

Terapeutik

3) Longgarkan atau lepaskan pakaian

Rasional:Tindakan tersebut meningkatkan kenyamanan dan menurunkan suhu tubuh.

4) Berikan cairan oral

Rasional: Cairan oral menggantikan proses cairan yang hilang selama proses evaporasi.

5) Berikan kompres hangat

Rasional: Tindakan pemberian kompres hangat dapat menyebabkan terjadinya proses induksi perpindahan panas dari tubuh pasien ke kompres.

Kolaborasi

6) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena

Rasional : Pemberian cairan dan elektrolit intravena diberikan untuk mengganti cairan yang hilang selama proses evaporasi.

5. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor psikologis ditandai dengan DS : Nafsu makan menurun DO : Anoreksia

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :

1. Berat badan membaik
2. Frekuensi makan membaik
3. Nafsu makan membaik

Intervensi : Manajemen Nutrisi

Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi

Rasional: Status nutrisi pasien menunjukkan berapa banyak asupan nutrisi yang dibutuhkan klien.

- 2) Identifikasi makanan yang disukai

Rasional: Makanan yang disukai klien dapat menarik kemampuan keinginan makan pasien.

- 3) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi

Rasional : Melihat kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan pasien.

- 4) Monitor asupan makanan

Rasional : Mengidentifikasi kekurangan dan kebutuhan makanan.

- 5) Monitor berat badan

Rasional : Memberikan informasi tentang kebutuhan diet.

Terapeutik

- 6) Sajikan makanan secara menarik.

Rasional: Makanan yang menarik dapat menarik minat pasien untuk makan.

- 7) Berikan makanan tinggi kalori tinggi protein

Rasional: Makanan tinggi kalori dan tinggi protein dapat membantu meningkatkan system kekebalan tubuh.

Kolaborasi

- 8) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan.

Rasional : Diet yang tepat dapat menurunkan masalah kebutuhan nutrisi.

6. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan DS:

Mengeluh lelah, dispnea DO : Sianosis

Tujuan : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :

1. Saturasi oksigen meningkat
2. Keluhan lelah menurun
3. Dispnea saat aktivitas menurun
4. Dispnea setelah aktivitas menurun

Intervensi Keperawatan : Manajemen Energi (SIKI)

Observasi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

Rasional: Merokok, suhu ekstrim dan stress menyebabkan vasokonstriksi yang meningkatkan beban kerja jantung dan kebutuhan oksigen.

- 2) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.

Rasional: Mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait aktivitas yang akan dilakukan.

Edukasi

- 3) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

Rasional: Mempertahankan pernafasan lambat, sedang dan latihan yang diawasi memperbaiki kekuatan otot asesori dan fungsi pernafasan.

Terapeutik

- 4) Lakukan Latihan rentang gerak pasif/aktif

Rasional: Membantu meningkatkan rentang gerak klien dalam beraktivitas

- 5) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan

Rasional: Aktivitas distraksi yang menenangkan dapat memberikan rasa nyaman pada klien.

Kolaborasi

6) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Rasional : Pemberian gizi yang cukup dapat meningkatkan energi klien.

7. Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme lingkungan ditandai dengan DS : Pasien mengatakan badannya lemah DO : Demam, pasien tampak mengeluarkan banyak sputum yang terhirup orang sehat.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :

1. Kebersihan tangan meningkat
2. Kultur sputum membaik

Intervensi keperawatan : Pencegahan Infeksi (SIKI)

Observasi

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Rasional : Tanda dan gejala infeksi membantu untuk mengetahui tindakan yang akan dilakukan.

Terapeutik

- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Rasional: Penyebaran infeksi dapat terjadi ketika kontak dengan pasien yang mengalami tuberculosis, cuci tangan dapat mengurangi resiko infeksi.

Edukasi

3) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional: Mengetahui tanda dan gejala infeksi merupakan langkah awal untuk mencegah terjadinya infeksi.

4) Ajarkan etika batuk

Rasional: Mengetahui cara batuk yang baik dan benar agar mengurangi resiko terjadinya infeksi.

5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan

Rasional: Makanan yang mengandung banyak nutrisi dapat meningkatkan system kekebalan tubuh agar dapat melawan virus yang menyerang.

6) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.

Rasional : Mencuci tangan dengan benar salah satu cara terbaik untuk mencegah terjadinya infeksi

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan keperawatan oleh perawat dan pasien. Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan yang berfokus kepada pasien dan berorientasi pada tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dimana tindakan dilakukan

dan diselesaikan sebagaimana digambarkan dalam rencana yang sudah dibuat.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan dalam kriteria hasil.

Evaluasi akhir pada pasien dengan TB Paru adalah bersihan jalan napas meningkat, pola napas membaik, pertukaran gas meningkat, status nutrisi membaik, termoregulasi membaik, toleransi aktivitas meningkat, dan tingkat infeksi menurun.

Harapan terhadap pasien TB Paru adalah pasien mengetahui apa yang dimaksud dengan penyakit TB Paru, pasien tahu bagaimana cara penularan penyakit TB Paru, pasien paham bagaimana pencegahan yang dilakukan untuk menghindari tertular penyakit TB Paru.

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rancangan/Desain Studi Kasus

Desain studi kasus yang digunakan adalah deskriptif. Metode deskriptif merupakan suatu metode yang memiliki tujuan dengan memberikan gambaran situasi atau fenomena secara jelas dan rinci tentang apa yang terjadi. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi pada pasien dengan diagnosa medis Tuberkulosis Paru di Rumah Sakit Umum Ende.

B. Subyek Studi Kasus

Subjek studi kasus dilakukan pada 1 orang yaitu Ny M.T di Ruangan Perawatan Khusus RSUD Ende.

C. Batasan Istilah

Adapun definisi operasional dalam studi kasus ini yaitu :

1. Tuberkulosis paru adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, biasanya menyerang paru-paru tetapi juga dapat menyerang organ lain, yang dimana kumannya tahan asam, merupakan infeksi yang menular melalui udara.

2. Asuhan keperawatan adalah Suatu bentuk pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan meliputi kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual yang diberikan langsung kepada pasien meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende selama 3 hari yaitu tanggal 27 April – 29 April 2024

E. Metode/Prosedur Studi kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan studi kasus menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh pembimbing Proses pengumpulan data diawali dengan meminta ijin Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan ijin dari Direktur kemudian meminta ijin kepala Ruang Perawatan Khusus. Setelah mendapatkan ijin, penulis diperbolehkan untuk memilih pasien untuk menentukan kasus yang dipilih. Penulis memilih responden lalu menjelaskan tujuan, bila responden setuju penulis meminta tanda tangan *informed Consent* setelah itu dilanjutkan dengan pengumpulan Data, tabulasi data, klasifikasi data, analisa data kemudian merumuskan diagnosa, melakukan perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

F. Teknik Pengumpulan Data

Metode Pengumpulan data yang digunakan yaitu :

1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata pasien, biodata orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan pasien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi pengkajian fisik dan mental.

2. Observasi

Observasi pada pasien bertujuan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh penulis. Observasi ini dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik pada pasien dengan prinsip head to toe dan hal ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan IPPA yaitu inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi, dengan menggunakan instrument seperti stetoskop, tensi meter, thermometer. Observasi dilakukan selama 3 hari berturut-turut.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan melihat hasil pemeriksaan pasien seperti hasil pemeriksaan laboratorium, catatan medis dan keperawatan pasien.

G. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi sampai evaluasi sesuai ketentuan yang berlaku di Prodi D III Keperawatan Ende.

H. Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data berupa data yang valid dan aktual pada studi kasus ini data diperoleh dari :

1. Data primer

Sumber data yang dikumpulkan dari pasien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya meliputi, biodata pasien, biodata penanggung jawab, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, kesehatan terdahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Data sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat pasien (keluarga) meliputi riwayat kesehatan keluarga dan data lain yang didapatkan dari catatan rekam medik seperti data laboratorium pasien.

I. Analisa Data

Analisa data dilakukan sejak penulis di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisa yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari studi kasus yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah studi kasus. Teknik analisa digunakan dengan cara observasi oleh penulis dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh penulis dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di RSUD Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah yang berada di jalan Sam Ratulangi. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah Ruangan Perawatan Khusus dimana ruangan-ruangan ini merupakan ruangan isolasi yang merawat pasien berpenyakit menular yang ditularkan lewat udara. Ruangan Perawatan Khusus terdiri dari 3 ruangan dengan kapasitas 9 bed yang terdiri dari ruangan flamboyant A jumlah 3 bed, Ruangan Flamboyan B jumlah 3 bed dan Flamboyan C jumlah 3 bed. Tenaga perawat Ruangan Perawatan Khusus sebanyak 12 orang yang terdiri dari Diploma 3 berjumlah 11 orang dan strata 1 (S1) Keperawatan Ners berjumlah 1 orang dengan struktur organisasi tertinggi adalah kepala ruangan.

2. Pengkajian

Pada tanggal 27 April 2024

a. Identitas Klien

Klien berinisial Ny M.T usia 55 tahun, klien beragama katolik status klien sudah menikah, pendidikan terakhir klien SD, pekerjaan petani. Klien tinggal di Nuabosi, klien masuk rumah sakit pada tanggal 24 April 2024 dengan diagnose medis Tuberculosis Paru. Penanggung jawab klien Tn. O usia 25 tahun yang merupakan anak kandung klien.

b. Status Kesehatan

a) Status kesehatan saat ini

1. Keluhan Utama

Klien mengatakan batuk, sulit mengeluarkan dahak, sesak napas, nyeri dada, pusing, cepat lelah.

2. Riwayat keluhan utama

Klien mengatakan batuk, sulit mengeluarkan dahak, sesak napas, batuk berdarah, pusing, dan lemah kurang lebih selama 3 bulan.

3. Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Klien mengatakan merasa sesak napas, batuk berdarah, batuk, sulit mengeluarkan dahak, panas, pusing, lemah, tidak nafsu makan dan nyeri dada selama kurang lebih 3 bulan, kemudian pada hari senin tanggal 22 April 2024 keluarga membawa klien ke Puskesmas Nuabosi, dari Puskesmas klien dirujuk ke Poliklinik RSUD Ende dan di cek BTA hasilnya (+), klien langsung dibawa ke IGD dan dirawat di Ruang Perawatan Khusus (RPK).

4. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya.

Klien mengatakan selama sakit di rumah klien sering mengonsumsi obat-obatan kampung seperti daun-daun.

b) Status kesehatan masa lalu

1. Penyakit Yang Pernah Dialami

Klien mengatakan sebelumnya klien hanya mengalami sakit batuk dan pilek biasa.

2. Pernah Dirawat

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat di Rumah Sakit maupun Puskesmas.

3. Alergi

Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi obat, makanan, maupun debu.

4. Kebiasaan (merokok/minum kopi/alcohol)

Klien mengatakan tidak memiliki kebiasaan minum kopi, begadang, merokok, maupun minum alcohol.

c) Riwayat penyakit keluarga

Klien mengatakan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit Tuberculosis Paru, ataupun hipertensi, DM, dll.

d) Diagnosa medis dan therapy yang didapat sebelumnya

Klien mengatakan belum pernah terdiagnosa penyakit apapun dan belum pernah mendapatkan therapy.

3. Pola kebutuhan dasar

1) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien mengatakan bahwa kesehatan sangat penting, tetapi ketika sakit klien lebih menggunakan obat tradisional dan hanya sesekali memeriksa ke puskesmas.

2) Pola nutrisi dan metabolic

Sebelum sakit klien mengatakan ia makan 3x sehari dengan porsi makan 1 piring dihabiskan, jenis makanan yang dikonsumsi klien adalah nasi, sayur,

ubi, dan ikan), klien tidak memiliki pantangan apapun dalam mengonsumsi makanan dan klien biasa minum kurang lebih 2000 cc air. Namun saat sakit klien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi makan tidak dihabiskan karena klien tidak memiliki selera untuk makan, jenis makanan yang dikonsumsi klien adalah bubur yang disediakan oleh rumah sakit (nasi, ikan, sayur, telur, bubur) dan biasanya klien minum air hangat dalam sehari kurang lebih 1600 cc.

3) Pola Eliminasi

Klien mengatakan sebelum sakit klien biasa BAB kurang lebih 2x sehari dengan konsistensi lunak, berwarna coklat, bau khas feces, klien biasa BAK kurang lebih 2-3x sehari, berwarna kuning, aroma khas urin. Saat sakit klien mengatakan BAB 1x sehari, konsistensi lunak, warna kuning, bau khas feces dan tidak ada keluhan selama BAB, klien BAK 2x sehari, berwarna kuning, aroma khas urin dan tidak ada keluhan selama BAK.

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Klien mengatakan untuk makan dan minum klien dapat melakukannya sendiri, untuk mandi, berpakaian dan berpindah ke tempat lain klien dibantu oleh kakaknya, sedangkan untuk ke toilet klien biasa dibantu menggunakan kursi roda dan kakaknya. Klien mengatakan sebelum sakit ia biasa pergi ke kebun atau berjalan – jalan ke tetangga sekitar, sedangkan saat sakit ia hanya bisa berbaring dan duduk saja karena kondisinya yang lemah.

5) Pola kognitif dan persepsi

Pasien masih bisa merespon dengan baik ketika diajak bicara, saat ditanya tentang beberapa hal seperti tanggal lahirnya pasien masih mengingat dengan baik, penglihatan pasien masih jelas.

6) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Gambaran Diri : Pasien mengatakan menerima kondisinya saat ini

Harga diri : Pasien mengatakan dirinya berharga bagi dirinya sendiri, keluarga, maupun orang sekitar

Ideal diri : Pasien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama keluarga serafat melakukan kembali aktivitas sehari-hari.

Peran diri : Pasien mengatakan ia berperan sebagai ibu rumah tangga.

Identitas diri: Pasien mengatakan ia adalah seorang wanita berumur 55 tahun dan merupakan seorang istri dan ibu.

7) Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit : Pasien mengatakan jarang untuk tidur siang karena harus bekerja ke kebun dan di malam hari pasien tidur kurang lebih 8 jam dari pukul 21.00 - 05.00 WITA.

Saat Sakit : Pasien mengatakan sulit tidur, sering terbangun karena batuk dan sesak napas, pada saat malam hari pasien tidur kurang lebih 6 jam.

8) Pola Peran- Hubungan

Pasien mengatakan selama dirawat, hubungan pasien dengan petugas kesehatan baik, sebelum sakit pasien merupakan seorang ibu rumah tangga dan sangat aktif untuk bersosialisasi dengan masyarakat sekitar.

9) Pola Toleransi- Stress Koping

Pasien mengatakan untuk mengatasi stress- nya pasien biasa membaca buku doa rohani.

10) Pola Nilai- Kepercayaan

Pasien mengatakan ia beragama katholik, sering pergi ibadah ke gereja dan selalu berdoa.

4. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum : Lemah, tingkat kesadaran : Composmentis, GCS : 15 (E: 4, V:5, M:6). Tanda – tanda Vital, Nadi : 85x/m, suhu : 36,8⁰ C, pernapasan : 23x/m, tekanan Darah : 110/80 mmHg, SPO₂ : 97%. Berat Badan saat ini : 41 Kg, berat badan sebelum sakit : 60 Kg, tinggi Badan : 159 cm, IMT : 41/1,59 kg x 1,59 kg = 16,4 (kurus)

2) Pengkajian Fisik

Kepala : kulit kepala tampak bersih, tidak ada edema, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan. Wajah : Wajah pasien tampak pucat, area bawah mata terlihat lingkaran hitam (mata panda), mata : Konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, reflex cahaya (+), pupil isokor. Hidung : Tidak ada pernapasan cuping hidung, terpasang O₂ 3 lpm, posisi septum nasal simetris. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran kelenjar

tyroid. Thorax, Inspeksi : Dada tampak simetris, frekuensi napas 23x/ m, terdapat penggunaan otot bantu pernapasan. Palpasi : Vokal fremitus teraba di seluruh lapang paru, Pengembangan sama di paru kanan dan paru kiri. Perkusi : Terdapat bunyi padat. Auskultasi : Terdapat bunyi napas ronchi (+). Abdomen Inspeksi : Tidak terlihat adanya benjolan. Auskultasi : Peristaltik usus 9x/ m. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba adanya massa, tidak ada pembesaran hepar dan lien. Perkusi : Terdapat bunyi tympani. Ekstremitas Atas : Tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, terpasang infus Nacl 8 tpm di tangan kiri, CRT > 2 detik. Bawah : tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, tonus otot : nilai kekuatan otot 3 (50%) keterangan : Dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan berat (gravitasi).

3) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan hasil laboratorium pada tanggal 24 April 2024 WBC = 13.78 (nilai normal 3.60- 11.00) HGB = 2.6 (nilai normal 11.7-15.5) BTA (+). Pemeriksaan rontgen thorax pada tanggal 24 April 2024, hasil : Gambaran TB Paru dengan lesi aktif, efusi pleura.

4) Terapi Pengobatan

Omeprazole 10cc/IV (Untuk mengatasi tukak lambung).

Ceftriaxone 10cc/IV (Untuk mengatasi infeksi bakteri)

Paracetamol 1gr/IV (Untuk mengatasi rasa nyeri dan demam).

5. Tabulasi Data

Pusing, sesak napas, lemah, batuk berdahak, sulit mengeluarkan dahak, tidak napsu makan, wajah tampak pucat, BB dahulu = 60 kg , BB sekarang = 41 kg, IMT = 16,4 (kurus), bunyi napas ronchi (+), sulit tidur karena sesak napas dan batuk, aktivitas sebageian dibantu (tonus otot = 3, dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan tahanan), konjugtiva anemis, WBC = 13.78, HGB= 2.6, S= 36,8°C, TD = 110/70 mmHg, CRT > 2 detik, N= 85x/m, Spo2= 97%.

6. Klasifikasi Data

DS : sesak napas, Pusing, lemah, tidak napsu makan, BB dahulu 60 kg, sulit tidur karena sesak napas dan batuk, aktivitas sebageian dibantu,

DO : Batuk berdahak, sulit mengeluarkan dahak, wajah tampak pucat, area bawah mata terlihat lingkaran hitam (mata panda), BB sekarang= 41(IMT= 16,4 kurus), bunyi napas ronchi (+), tonus otot 3 : dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan tahanan, konjugtiva anemis, CRT> 3 detik, WBC= 13.78, HGB = 2.6 g/dL, S=36,8°C, N=85x/m, RR= 23x/m, TD= 110/70 mmHg, Spo2= 97%.

7. Analisa Data

1) Sign/symptom : DS : Pasien mengatakan sesak napas, sulit mengeluarkan dahak. DO : Batuk berdahak, bunyi napas ronchi(+).

Etiologi : Hipersekresi Jalan Napas

Problem : Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif.

2) Sign/symptom : DS: Pasien mengatakan pusing dan lemah. DO: CRT> 2 detik, HGB : 2,6 g/dL wajah tampak pucat.

Etiologi : Penurunan konsentrasi hemoglobin.

Problem : Perfusi Perifer Tidak Efektif.

3) Sign/symptom : DS: Pasien mengatakan tidak napsu makan, BB dahulu : 60

kg. DO : BB sekarang = 41 kg (IMT : 16,4 kurus

Etiologi : Peningkatan kebutuhan metabolisme

Problem : Defisit Nutrisi

4) Sign/symptom : Pasien mengatakan sulit tidur karena batuk dan sesak napas.

DO : Area bawah mata terlihat lingkaran hitam (mata panda)

Etiologi : Proses penyakit (batuk)

Problem : Gangguan Pola Tidur

5) Sign/Symptom :DS: Pasien mengatakan lemah, aktivitas pasien sebagaimana dibantu. DO : Tonus otot 3 (dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan tahanan).

Etiologi : Kelemahan

Problem : Intoleransi Aktivitas

8. Diagnosa Keperawatan

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Hipersekresi Jalan Napas ditandai dengan DS : Pasien mengatakan sesak napas, sulit mengeluarkan dahak. DO : Batuk berdahak, suara napas ronchi (+).
- 2) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan DS : Pasien mengatakan pusing dan lemah. DO : CRT>2 detik, HGB = 2,6 g/dL, wajah tampak pucat, membrane mukosa pucat.

- 3) Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme ditandai dengan DS: Pasien mengatakan tidak napsu makan, BB dahulu = 60 kg. DO : BB sekarang 41 kg (IMT : 16,4 kurus), membrane mukosa pucat.
- 4) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan DS : Pasien mengatakan sulit tidur karena batuk dan sesak napas. DO : Area lingkaran bawah mata tampak hitam (mata panda).
- 5) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan DS : Pasien mengatakan lemah, aktivitas pasien sebaiaian dibantu. DO : Tonus otot 3 (dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan tahanan).

9. Intervensi Keperawatan

Sebelum dibuatkan rencana keperawatan terhadap masalah yang ditemukan, masalah tersebut disusun dalam bentuk prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani. Adapun urutan prioritas masalah mengacu pada tingkatan, prioritas utama yaitu mengancam kehidupan, prioritas kedua mengancam kesehatan, Prioritas ketiga dan seterusnya yang mengganggu proses pertumbuhan dan perkembangan. Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya akan dibuat rencana keperawatan. Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka prioritas masala keperawatan adalah Bersihan jalan napas tidak efektif, Defisit Nutrisi, Perfusi perifer tidak efektif, Intoleransi aktivitas dan gangguan pola tidur.

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Hipersekresi Jalan Napas ditandai dengan DS : pasien mengatakan sesak napas, sulit mengeluarkan dahak. DO : Batuk berdahak, suara napas ronchi (+).

Tujuan/kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil : Batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, dyspnea membaik, frekuensi napas membaik.

Intervensi keperawatan

- 1) Identifikasi kemampuan batuk, Rasional : Ketidakmampuan untuk membersihkan jalan napas yang dapat menimbulkan penggunaan otot bantu pernapasan. 2) Monitor adanya retensi sputum, Rasional : Mengetahui apakah terdapat perubahan warna dan aroma pada sputum. 3) Lakukan fisioterapi dada, Rasional : Membantu membersihkan secret dari bronkus dan mencegah penumpukan secret. 4) Posisikan semi fowler, Rasional : Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan. 5) Berikan oksigen, Rasional : Menambah kadar oksigen dalam tubuh. 6) Buang sputum pada tempatnya, Rasional : menghindari penyebaran infeksi bakteri. 7) Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif Rasional : Meningkatkan pengeluaran dahak secara maksimal. 8) Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran Rasional : Membantu memaksimalkan proses pengeluaran sputum.
- 2) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan DS :Pasien mengatakan pusing dan lemah. DO : CRT>2 detik, HGB = 2,6 g/dL, wajah tampak pucat, membrane mukosa pucat, konjungtiva anemis. **Tujuan/kriteria hasil** : Setelah

dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan warna kulit pucat menurun, kelemahan otot menurun.

Intervensi keperawatan

- 1) Monitor tanda- tanda vital, Rasional : Memantau keadaan umum pasien.
 - 2) Anjurkan pasien untuk mengonsumsi sayuran hijau, Rasional : Untuk mempercepat proses produksi sel darah merah.
 - 3) Edukasi pasien rencana pemberian transfuse darah, Rasional : Memberi tahu pasien transfuse darah untuk menambah kadar hemoglobin dalam tubuh.
 - 4) Kolaborasi pemberian tranfusi darah, Rasional : menambah kadar hemoglobin dalam tubuh.
 - 5) Monitor adanya reaksi transfuse darah, Rasional : Mengetahui adanya ketidakcocokan sehingga timbul reaksi seperti gatal- gatal.
2. Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme ditandai dengan DS : Penurunan nafsu makan, BB dahulu : 60 kg. DO : BB sekarang 41 kg (IMT = 16,4 kurus), membrane mukosa pucat.
- Tujuan/kriteria hasil :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : Berat badan membaik, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik.

Intervensi keperawatan

- 1) Identifikasi status nutrisi, Rasional : Mengetahui status nutrisi yang dikonsumsi oleh pasien.
- 2) Identifikasi alergi makanan, Rasional : Mengetahui alergi makanan pada pasien.
- 3) Monitor asupan makanan, Rasional : Mengetahui seberapa banyak makanan yang dikonsumsi oleh pasien.
- 4) Monitor berat badan, Rasional : Mengetahui perubahan berat

badan pasien. 5) Lakukan oral hygiene sebelum makan, Rasional : Mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan pasien. 6) Berikan makanan tinggi kalori tinggi protein, Rasional : Makanan TKTP mempercepat proses penyembuhan. 7) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian makanan tinggi kalori tinggi protein, Rasional : Mempercepat proses penyembuhan.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan DS: Pasien mengatakan lemah, aktivitas pasien sebatian dibantu. DO: Tonus otot 3 (dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan tahanan).
Tujuan/kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : Perasaan lemah menurun, kemudahan dalam melakukan aktivitas meningkat.

Intervensi keperawatan

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Rasional : Mengetahui fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. 2) Fasilitasi duduk di tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan. Rasional : Melatih aktivitas secara perlahan- lahan. 3) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Rasional : Melakukan aktivitas secara bertahap untuk melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi 4) Kolaborasi untuk meningkatkan asupan makanan. Rasional : Pemberian gizi yang cukup dapat meningkatkan energi klien.

5. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan DS : Pasien mengatakan sulit tidur karena sesak napas dan batuk. DO: Area bawahan mata terlihat hitam (mata panda). **Tujuan/kriteria hasil :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : Keluhan sulit tidur menurun.

Intervensi keperawatan

1) Identifikasi factor pengganggu tidur. Rasional : Mengetahui hal apa yang menyebabkan pola tidur terganggu. 2) Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan). Rasional : Lingkungan yang baik, aman, dan tenang dapat menambah kualitas tidur yang baik. 3) Jelaskan pentingnya tidur yang cukup selama sakit. Rasional : Menambah energi untuk mempercepat proses penyembuhan.

2) Implementasi keperawatan

Implementasi pada Ny.M.T dilakukan selama 3 hari pada tanggal 27- 29 April 2024. Implementasi dilakukan sesuai dengan masing- masing diagnose keperawatan.

a. Hari pertama pada tanggal 27 April 2024

1) Bersihan jalan napas berhubungan dengan Hipersekresi Jalan Napas. Jam 08.00 Mengukur vital sign pasien, hasil : TD : 110/70 mmHg, S: 36,8⁰C, N: 85x/m, RR:23x/m, SpO₂: 97%. Jam 08.10 Mengidentifikasi kemampuan batuk pasien, hasil: pasien mampu batuk, hanya sulit untuk mengeluarkan dahak. Jam 08.20 Memonitor adanya retensi sputum, hasil : Sputum berwarna putih dan bertekstur kental. Jam 08.30

Melakukan fisioterapi dada pada pasien untuk membantu mengencerkan secret. Jam 08.45 Memposisikan pasien semi fowler. Jam 09.00 memberikan pasien O₂ 3 lpm pada pasien. Jam 10.00 menjelaskan pada pasien cara batuk efektif untuk membantu mengeluarkan secret. Jam 10.15 Menganjurkan pasien untuk banyak minum air hangat. Jam 10.25 Mengedukasikan pasien agar membuang sputum pada tempatnya agar menghindari penyebaran bakteri.

- 2) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Jam 08.00 melakukan pengukuran vital sign TD: 110/70 mmHg, S:36,8⁰C, N:85x/m, RR: 23x/m, Spo₂:97%. Jam 09.00 Memberi tahu kepada ibu rencana transfuse darah. Jam 09.30 Melayani tranfusi darah pada Ny. M.T. Jam 10.00 Memonitor adanya reaksi transfuse darah, Hasil: tidak ada reaksi seperti gatal-gatal atau kemerahan pada tranfusi darah. Jam 10.00 Menganjurkan pasien untuk banyak mengonsumsi sayuran hijau (bayam).
- 3) Defisit Nutrisi berhubungan dengan factor psikologis (keengganan untuk makan). Jam 08.00 Melakukan pengukuran vital sign TD:110/70mmHg, S:36,8⁰, N: 85x/m, RR:23x/m, Spo₂ : 97%. Jam 08.05 Menidentifikasi status nutrisi pasien, pasien mengatakan di rumah biasa makan nasi, ubi, sayur, ketika sakit napsu makan pasien mulai berkurang. Jam 08.15 Mengidentifikasi alergi makanan, pasien mengatakan tidak memiliki alergi makanan. Jam 08.20 Memonitor asupan makanan, pasien makan makanan yang diberikan oleh RS (bubur,

sayur, telur). Jam 08.25 Memonitor BB pasien, BB pasien 41 kg. Jam 11.30 Melayani injeksi omeprazole 10cc/iv pada pasien. Jam 11.45 Memberi tahu pada pasien untuk melakukan oral hygiene sebelum makan. Jam 12.00 Melayani diit makan TKTP, pasien menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan yang diberikan.

- 4) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Jam 08.00 melakukan pengukuran vital sign TD: 110/70 mmHg, S: 36,8⁰, N: 85x/m, RR: 23x/m, Spo2 : 97%. Jam 08.10 Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, pasien mudah lelah dikarenakan kekurangan kadar hemoglobin dalam tubuh. Jam 08.20 Menganjurkan pasien untuk duduk di sisi tempat tidur jika belum kuat berjalan atau berpindah. Jam 08.40 Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap seperti duduk di sisi tempat tidur, duduk di kursi, berpindah bila sudah kuat atau berjalan. Jam 12.00 Melayani diit makan TKTP pada pasien.
- 5) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Jam 08.00 Melakukan vital sign TD: 110/70 mmHg, S: 36,8⁰C, N:85x/m, RR: 23x/m, Spo2: 97%. Jam 08.10 Mengidentifikasi factor pengganggu tidur, pasien mengatakan sulit tidur dikarenakan batuk dan sesak napas. Jam 09.00 Memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi keluarga atau pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar pasien dapat beristirahat. Jam 09.10 Menjelaskan kepada pasien bahwa waktu

tidur yang cukup dapat menambah energy dan mempercepat proses penyembuhan.

b. Hari kedua pada tanggal 28 April 2024

- 1) Bersihan Jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Hipersekresi Jalan napas. Jam 08.00 Mengukur TTV pasien TD: 120/60 mmHg, S: 36,7⁰C, N: 87x/m, RR: 21x/m, SPO2: 98%. Jam 08.10 Mengidentifikasi kemampuan batuk, pasien mampu batuk dan dapat mengeluarkan secret sedikit. Jam 08.20 Melakukan fisioterapi dada untuk mengencerkan secret. Jam 08.30 Memposisikan pasien semi fowler untuk membantu pernapasan pasien lebih baik. Jam 11.00 Memotivasi dan memantau pasien untuk melakukan teknik batuk efektif. Jam 11.20 Menganjurkan pasien untuk minum air hangat agar dapat mengencerkan secret.
- 2) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Jam 08.00 Melakukan pengukuran TTV pada pasien TD :120/60 mmHg, S:36,7⁰C, N:87x/m, RR: 21x/m, Spo2: 98%. Jam 09.00 Menganjurkan pasien untuk mengonsumsi sayuran hijau seperti sayur bayam. Jam 10.00 melayani tranfusi darah pada Ny M.T. Jam 10.30 Memonitor adanya reaksi tranfusi darah seperti gatal-gatal
- 3) Defisit Nutrisi berhubungan dengan factor psikologis (keengganan untuk makan). Jam 08.00 Melakukan pengukuran vital sign TD: 120/60mmHg, S: 36,7⁰C, N: 87x/m, RR: 21x/m, Spo2: 98%. Jam

08.15 Memonitor asupan makanan, pasien makan makanan yang dibagikan oleh RS (nasi, sayur, ikan) porsi makan dihabiskan. Jam 11.30 Melayani injeksi omeprazole 10cc/IV pada pasien. Jam 11.35 Menganjurkan pasien melakukan oral hygiene sebelum makan. Jam 12.00 Melayani diit makan TKTP pada pasien, pasien menghabiskan 1 porsi makanan yang diberikan.

4) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Jam 08.00 Mengukur vital sign pasien TD: 120/60mmHg, S: 36,7⁰C, N: 87x/m, RR: 21x/m, SpO₂: 98%. Jam 08.20 Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap seperti berpindah ke kursi dan berjalan. Jam 12.00 Melayani pasien makan TKTP untuk menambah energy.

5) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Jam 08.00 Melakukan pengukuran vital sign TD: 120/60 mmHg, S: 36,7⁰C, N: 87x/m, RR: 21x/m, Spo₂: 98%. Jam 09.00 Memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi pengunjung agar pasien dapat beristirahat. Jam 09.30 Memberi tahu pada pasien tentang pentingnya tidur yang cukup untuk kesehatan.

3) Evaluasi Keperawatan

Tanggal 27 April 2024

Diagnosa 1

S: Pasien mengatakan mampu batuk, tetapi sulit untuk mengeluarkan secret.

O: Keadaan umum : lemah, kesadaran : composmentis, suara napas ronchi(+),

TD: 120/70 mmHg, S:36,5⁰C, N:97x/m, RR:23x/m, Spo₂:98%. A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-2

S: Pasien mengatakan masih merasa lemah. O: Keadaan umum : lemah, kesadaran : composmentis, CRT>2 detik, wajah tampak pucat, membrane mukosa pucat, konjungtiva anemis, TD: 120/70mmHg, S: 36,5⁰C, N: 97x/m, RR: 23x/m, Spo₂: 98%. A: Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-3

S: Pasien mengatakan napsu makannya mulai membaik. O: Keadaan umum: lemah, kesadaran: composmentis, Pasien menghabiskan ½ porsi makanan yang diberikan, TD: 120/70mmHg, S:36,5⁰C, N: 97x/m, RR: 23x/m, SpO₂: 98%. A: Masalah deficit nutrisi sebagian teratasi. P: Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-4

S: Pasien mengatakan masih merasa lemah. O : Keadaan umum : lemah, kesadaran : composmentis, Nilai kekuatan otot 3, aktivitas pasien dibantu kecuali makan dan bangun dari tempat tidur, TD : 120/70mmHg, S:36,5⁰C, N:97x/m, RR:23x/m, SPO₂:98%. A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-5

S: Pasien mengatakan masih sering terbangun di malam hari karena batuk. O: Keadaan umum: lemah, kesadaran: composmentis, TD: 120/70mmHg,

S:36,5⁰C, N:97x/m, RR:23x/m, Spo2:98%. A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan.

Tanggal 28 April 2024

Diagnosa 1

S: Pasien mengatakan mampu batuk dan mampu mengeluarkan secret sedikit. O: Keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis, Suara napas ronchi(+), TD: 120/60 mmHg, S:36,7⁰, N:87x/m, RR:21x/m, SpO₂::98%. A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi. P: Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-2

S: Pasien mengatakan lemah mulai berkurang dan tidak lagi pusing. O: Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, CRT>2, konjungtiva anemis, wajah tidak lagi pucat, TD: 120/60 mmHg, S: 36,7⁰, N: 87x/m, RR: 21x/m, SpO₂:: 98%. A: Masalah perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi. P: Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-3

S: Pasien mengatakan napsu makan mulai membaik. O: Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, Pasien tampak menghabiskan 1 porsi makanan yang diberikan, TD: 120/60 mmHg, S: 36,7⁰, N: 87x/m, RR: 21x/m, SPO₂: 98%. A: Masalah deficit nutrisi sebagian teratasi. P: Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-4

S: Pasien mengatakan lemah mulai berkurang. O: Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, Pasien mampu untuk bangun dari tempat tidur sendiri dan mampu berpindah untuk duduk di kursi, TD: 120/60 mmHg, S: 36,7⁰, N: 87x/m, RR: 21x/m, SPO₂: 98%. A: Masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi. P: Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-5

S: Pasien mengatakan hanya 1 kali bangun di tengah malam karena batuk. O: Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, TD: 120/60 mmHg, S: 36,7⁰, N: 87x/m, RR: 21x/m, SPO₂: 98%. A: Masalah gangguan pola tidur sebagian teratasi. P: Intervensi dilanjutkan.

4) Catatan perkembangan dilakukan pada tanggal 29 April 2024.**Diagnosa 1**

Jam 09.00, S: Pasien mengatakan mampu batuk dan dapat mengeluarkan secret. O: Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, Tampak sputum terkumpul di baskom, suara napas ronchi (+) TD: 120/80 mmHg, S: 36,4⁰C, N: 84x/m, RR: 22x/m, SPO₂: 98%. A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi. P: Intervensi dilanjutkan. I: Jam 09.10 Melakukan fisioterapi dada pada pasien untuk membantu mengencerkan secret. Jam 09.00 Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik batuk efektif agar dapat mengeluarkan secret. Jam 09.30 Menganjurkan pasien untuk minum air hangat. E: Jam 13.00 Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, pasien mengatakan mampu batuk dan mengeluarkan secret, tidak lagi sesak

napas, suara napas ronchi (+), TD: 120/70 mmHg, S: 36,5⁰C, N: 85/m, RR: 21x/m, Spo₂: 98%, masalah sebgaiian teratasi, intervensi dipertahankan.

Diagnosa ke-2

S: Pasien mengatakan tidak lagi lemah dan pusing. O: Keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis, TD: 120/80 mmHg, S: 36,4⁰C, N: 84x/m, RR: 22x/m, SPO₂: 98%, wajah tidak lagi pucat, CRT>3, konjungtiva anemis, HGB : 8,0 g/dl. A: Masalah perfusi perifer tidak efektif sebgaiian teratasi. P: Intervensi dilanjutkan. I: Jam 10.00 Melayani transfuse darah pada Ny M.T. Jam 10.30 Memonitor tanda-tanda reaksi transfuse darah. Jam 11.00 Menganjurkan pasien untuk mengonsumsi sayuran hijau (bayam). E: Jam 13.00 Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, pasien mengatakan tidak lagi lemah dan pusing, CRT<3 detik, wajah tidak lagi pucat, konjungtiva anemis, masalah perfusi perifer tidak efektif sebgaiian teratasi, intevensi dipertahankan.

Diagnosa ke-3

S: Pasien mengatakan napsu makannya mulai membaik. O: Keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis, pasien tampak menghabiskan 1 porsi makanan yang diberikan oleh RS, TD: 120/80 mmHg, S: 36,4⁰C, N: 84x/m, RR: 22x/m, SPO₂: 98%. A: Masalah deficit nutrisi sebgaiian teratasi. P: Intervensi dilanjutkan. I: Jam 09.00 Memonitor BB Pasien (BB :41,4 kg). Jam 11.00 Melayani injeksi omeprazole 10CC/IV pada pasien, Jam 11.30 Menganjurkan pasien untuk melakukan oral hygiene sebelum makan. Jam 12.00 Melayani diit makan pasien. E: Jam 13.00 Keadaan umum : baik,

kesadaran: composmentis, BB pasien: 41,4kg, pasien menghabiskan 1 porsi makan yang diberikan, masalah deficit nutrisi sebagian teratasi, intervensi dipertahankan.

Diagnosa ke-4

S: Pasien mengatakan tidak lagi merasa lemah, pasien mengatakan sudah mampu untuk berpindah ke kursi dan ke toilet sendiri. O: keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, pasien mampu berpindah dan berjalan, kekuatan otot 4, TD: 120/80 mmHg, S: 36,4⁰C, N:84x/m, RR: 22x/m, SPO₂: 98%. A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi. P: Intervensi dilanjutkan. I: Jam 09.00 Melakukan pengukuran kekuatan otot pasien (nilai kekuatan otot 4, mampu melakukan gerakan normal tetapi belum dapat menahan tahanan maksimal). E: Jam 13.00 Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, pasien mengatakan tidak lagi lemah, nilai kekuatan otot 4, masalah teratasi, intervensi dihentikan.

Diagnosa ke-5

S: Pasien mengatakan dapat tidur dengan baik dan nyenyak, hanya 1 kali bangun karena batuk. O: Keadaan umum : baik, kesadaran: composmentis, TD: 120/80 mmHg, S: 36,4⁰C, N: 84x/m, RR: 22x/m, SPO₂: 98%. A: Masalah gangguan pola tidur teratasi. P: Intervensi dilanjutkan. I: Jam 09.00 Membatasi pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar pasien waktu beristirahat pasien lebih banyak. E: Jam 13.00 Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, pasien mengatakan dapat tidur dengan nyenyak, masalah teratasi, intervensi dihentikan.

B. Pembahasan

Pemberian asuhan keperawatan pada Ny.M.T dengan masalah Tuberculosis Paru menggunakan metode pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan antara teori dan praktek (kasus nyata), yang ditemukan pada klien Ny.M.T. di Rumah Sakit Umum Daerah Ende di Ruang Perawatan Khusus.

1. Pengkajian

Soedarto (2006) mengatakan bahwa tanda dan gejala dari TB Paru umumnya mengeluh badan panas, batuk, batuk berdarah, sesak napas, nyeri dada, malaise, penurunan berat badan. Pada kasus Ny M.T ditemukan klien mengeluh batuk berdahak, sesak napas, mudah lelah, penurunan berat badan dari 60 kg menjadi 41 kg, batuk berdarah dan nyeri dada kurang lebih 3 bulan, HB : 2,6 g/dL, CRT > 3 detik. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata, saat pengkajian pada kasus Ny. M.T tidak mengalami demam, namun pasien mengatakan pernah mengalami demam saat awal sakit yaitu kurang lebih 3 bulan yang lalu dan saat pertama di bawah ke RS . Demam pada pasien TB dikarenakan infeksi bakteri aktif selama lebih dari 3 minggu, demam dapat terjadi karena sistem im un sedang bereaksi melawan infeksi bakteri . Sedangkan pada kasus Ny M. T tidak mengalami demam karena pasien sudah diberikan antipiretik (paracetamol). Pada kasus Ny M.T juga ditemukan bahwa pasien pernah mengalami batuk berdarah, batuk berdarah dikarenakan bakteri sudah

menginfeksi dan merusak parenkim paru, tetapi saat dikaji pasien mengatakan tidak mengalami batuk berdarah, hal ini dikarenakan pasien telah diberikan terapi antibiotic ceftriaxone 1gr/ IV. Ceftriaxone berperan dalam mengurangi atau menghentikan perkembangan bakteri.

Pada pasien ditemukan kadar hemoglobin rendah yaitu : 2,6 g/dL. Tuberculosis dapat menyebabkan kelainan salah satunya anemia (penurunan kadar hemoglobin). Hemoglobin merupakan zat protein yang ditemukan dalam sel darah merah. Hemoglobin terdiri dari zat besi sebagai pembawa oksigen ke seluruh tubuh. Penurunan kadar hemoglobin pada penderita tuberculosis diakibatkan status nutrisi yang buruk (Nasution, 2015). Kemungkinan juga anemia pada Ny M. T disebabkan karena pasien yang mengalami batuk berdarah selama 3 bulan yang lalu. Selain itu keadaan pasien dengan CRT > 2 detik terjadi karena berkaitan langsung dengan kadar hemoglobin yang rendah, dimana fungsi hemoglobin adalah mengikat dan membawa oksigen, apabila hemoglobin rendah maka suplai oksigen ke perifer berkurang.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Price & Wilson, 2005 Diagnosa keperawatan pada pasien dengan Tuberculosis paru terdapat 7 diagnosa keperawatan yaitu : Bersihan jalan napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, pola napas tidak efektif, Defisit nutrisi, intoleransi aktivitas, hipertemi, resiko penyebaran infeksi. Sedangkan diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus Ny M. T terdapat 5 yaitu : Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif, Defisit Nutrisi,

Perfusi Perifer Tidak Efektif, Intoleransi aktivitas, dan Gangguan Pola Tidur. Hal ini menunjukkan kesenjangan dimana diagnose keperawatan pada teori terdapat 7 diagnosa keperawatan sedangkan di kasus hanya mengangkat 5 diagnosa keperawatan. Pada teori terdapat masalah pola napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, hipertermi, dan resiko penyebaran infeksi tetapi pada kasus Ny M.T tidak ditemukan masalah keperawatan tersebut. Masalah gangguan pertukaran gas tidak ditemukan karena pada pasien tidak menunjukkan adanya penurunan kapasitas difusi, yang disebabkan oleh menurunnya luas permukaan difusi, menebalnya membran alveolar kapiler, rasio ventilasi perfusi tidak baik, dan dapat menyebabkan pengangkutan oksigen dari paru ke jaringan terganggu, masalah pola napas tidak efektif juga tidak ditemukan karena tidak ada pernapasan cuping hidung dan frekuensi napas pasien dalam rentang normal (RR : 23x/m). Pada kasus Ny M. T juga tidak ditemukan masalah hipertemi karena biasanya demam dirasakan pada tahap awal masa infeksi karena system imun sedang bereaksi melawan infeksi bakteri, dan juga tidak ditemukan masalah keperawatan resiko penyebaran infeksi dikarenakan pasien membuang sputum di baskom serta pasien dan keluarga selalu menggunakan masker. Selain itu pada kasus Ny M.T terdapat diagnose keperawatan baru yaitu perfusi perifer tidak efektif hal ini dikarenakan penurunan kadar hemoglobin dalam tubuh yaitu 2,6 mg/dL dan gangguan pola tidur dikarenakan pasien sering terbangun dari tidur akibat batuk.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien. Intervensi keperawatan pada Ny M.T disusun berdasarkan teori menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia tahun 2018 dan dibandingkan dengan masalah keperawatan pada kasus. Semua intervensi baik pada tinjauan teoritis maupun tinjauan kasus sama dan telah dilaksanakan berkat kerja sama keluarga dan pasien, tetapi pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif ditambahkan 1 intervensi kolaborasi pemberian tranfusi darah karena pasien dengan kadar Hb rendah (2,6 g/dl). Untuk diagnose keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif sebanyak 8 intervensi keperawatan, untuk diagnose deficit nutrisi sebanyak 7 intervensi keperawatan, untuk diagnose intoleransi aktivitas sebanyak 4 intervensi keperawatan. Adapun intervensi baru berdasarkan kasus yang muncul yaitu diagnose perfusi perifer tidak efektif sebanyak 5 intervensi keperawatan dan diagnose gangguan pola tidur sebanyak 3 intervensi keperawatan.

4. Tindakan keperawatan

Dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah direncanakan pada tanggal 27 April- 29 April 2024. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada Ny M.T dapat dijalankan dengan baik karena di dukung oleh sarana dan partisipasi keluarga dan petugas Kesehatan. Dan dengan demikian semua intervensi yang di rencanakan dapat dilaksanakan dengan baik.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dan merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien ke arah pencapaian tujuan. Setelah dilaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari masalah Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif sebagian teratasi dengan hasil pasien mampu batuk dan mengeluarkan sputum. Masalah deficit nutrisi sebagian teratasi dengan hasil pasien menghabiskan 1 porsi makanan, dan BB pasien 41,4 kg . Masalah perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi dengan hasil pasien tidak lagi lemah dan HB pasien : 8,0 g/dL. Masalah Intoleransi aktivitas teratasi dengan hasil pasien tidak lagi lemah dan dapat melakukan aktivitas secara mandiri. Masalah gangguan pola tidur teratasi dengan hasil pasien tidak lagi terbangun saat malam hari.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus gambaran asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis Tuberculosis Paru di Ruang Perawatan Khusus pada tanggal 27 April-29 April 2024 (3 hari) maka dapat disimpulkan sebagai berikut : Ny. M.T usia 55 tahun dengan Tuberculosis Paru:

1. Pengkajian

Pasien mengatakan batuk, sesak napas, pusing, lemah, nyeri dada, batuk bercampur darah, nafsu makan menurun kurang lebih 3 bulan yang lalu, aktivitas dibantu keluarga dan perawat, pasien sulit tidur dikarenakan terbangun pada malam hari karena batuk, suara napas ronchi, ada retraksi dinding dada, vocal fremitus teraba, saat diperkusi suara padat, keadaan umum : lemah, terpasang infus NaCl 8 tpm pada ekstremitas atas bagian kiri, CRT>2 detik, TD : 110/70 mmHg, RR: 23x/m, Nadi : 85x/m, SPO₂ : 97%, HGB : 2,6 mg/dL, WBC : 13.78.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny M.T adalah sebagai berikut : 1) Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. 2) Defisit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis. 3) Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. 4) Intoleransi aktivitas berhubungan

dengan kelemahan. 5) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang diberikan Pada Ny M.T dengan diagnose medis Tuberculosis paru, ditetapkan sesuai dengan 5 masalah keperawatan yang ditemukan dengan tujuan akhir dapat teratasi.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan realisasi kegiatan dari perencanaan yang sudah ditetapkan sebelumnya berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada Ny M.T dengan diagnose medis Tuberculosis Paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende yang dilakukan selama 3 hari perawatan dengan tujuan akhir adalah mampu mengatasi masalah yang ditemukan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dari semua tindakan keperawatan yang diberikan pada Ny M.T dengan diagnose medis Tuberculosis Paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende, dengan tujuan untuk mengetahui keberhasilan tindakan keperawatan yang diberikan, kegiatan evaluasi dilakukan selama 3 hari. Hasil evaluasi menunjukkan tindakan keperawatan yang dilakukan mampu mengatasi sebagian masalah keperawatan yang ditemukan.

6. Ada kesenjangan antara data yang ditemukan pada kasus nyata dan data yang ada pada teori. Secara teori keluhan demam, batuk berdarah tidak

ditemukan di kasus nyata. Sedangkan kondisi Hb rendah (2, 6 g/dl) dan CRT > 3 detik yang tidak sesuai dengan teori ditemukan pada pasien. Pada diagnose kasus tidak mengangkat masalah Gangguan pertukaran gas, pola napas tidak efektif, hipertermi, resiko penyebaran infeksi sesuai dengan masalah keperawatan pada teori.

B. Saran

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

1. RSUD Ende

Diharapkan dari hasil studi kasus ini rumah sakit dapat mempertahankan dan meningkatkan pelayanan kesehatan

2. Perawat ruangan

Lebih meningkatkan pelaksanaan komunikasi terapeutik sehingga terbinanya hubungan saling percaya diantara perawat dan klien serta diharapkan perawat mampu mempertahankan hal-hal yang sudah baik yang telah dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien diruangan perawatan

3. Institusi pendidikan

Institusi pendidikan dapat meningkatkan kapasitas dan kualitas dan kualitas pendidikan agar informasi hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan tambahan untuk memperkaya pengetahuan.

4. Bagi klien dan keluarga

Diharapkan untuk mengikuti semua anjuran dari petugas kesehatan dengan baik dengan tujuan mencegah timbulnya komplikasi yang lebih parah.

DAFTAR PUSTAKA

- Agnia, A., Muflihah, H (2022) . *Tingkat Kepatuhan Pengobatan Pasien Fase Intensif Berdasarkan Karakteristik Pasien TB di Puskesmas X*. Jurnal Riset Kedokteran, 02 (01) . 57-60
- Badan Pusat Statistik (2022) *Jumlah Kasus penyakit dan Jenis Penyakit (Jiwa) Tahun 2022* . Nusa Tenggara Timur : Badan Pusat Statistik
- Dikson, M & Sisilia, A (2021) *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Pernapasan dengan Aplikasi SDKI*, Cakrawala Satria Mandiri: Kediri
- Dinkes Kab Ende (2023) *Jumlah kasus Tuberkulosis Paru 2021-2022* . Kabupaten Ende : Dinkes Kab. Emde
- Doenges, Marilyn E. dkk. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan & Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Edisi III. Alih Bahasa: I Made Kriasa. EGC. Jakarta
- Erpiono., Demmalewa, J., Dhesa, D., Ihsan, H., Abadi., E (2023). *Hubungan Status Gizi dan Tingkat Pendapatan dengan Kejadian Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Benu-Benua*. Jurnal Gizi Ilmiah, 10 (02). 13
- Hidayat R, Bahar H, Ismail (2015) . *Skrining dan Studi Epidemiologi Penyakit Tuberkulosis Paru Di Lembaga Pemasarakatan Kelas II A Kendari Tahun 2017*. JIMKESMAS, 2 (6).
- Kemenkes RI (2021) *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021* . Jakarta : Kemenkes RI
- Manurung E, (2021) *Aplikasi Asuhan Keperawatan Sistem Respiratory*, Trans Info Media : Jakarta
- Margharita (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Tuberkulosis paru di Rumah Sakit Prof W.Z Yohanes*.
- Nasution, S. D (2015) *Malnutrisi dan Anemia pada Penderita Tuberkulosis Paru*. Fakultas Kedokteran universitas Lampung. Majority. (04). 8
- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI.

- PPNI, Tim Pokja SLKI DPP. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI.
- Puspasari S., 2019. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Pustaka Baru Press. Yogyakarta.
- Puspitasari, I., Listyorini, M., Lanahdiyanna, L., Andas, A (2023) . *Program Edukasi Pencegahan Tuberculosis dan Pendamping Minum Obat keluarga*. Jurnal of Community Engagement, 04 (01) , 25.
- Rumah Sakit Umum Daerah Ende (2023) *Jumlah Kasus Tuberculosis Paru Januari-Agustus 2023*. Ende: RSUD Ende
- Sarifudin, Sabir, M (2023). *Analisis Faktor Resiko Tingginya Kasus Tuberculosis di Indonesia*. Jurnal Kolaboratif Sains, 06. 469-476
- Seodarto 2006. *Penyakit-Penyakit Infeksi di Indonesia*, Widya Medika : Jakarta.
- Wahdi A & Puspitasari D (2021). *Mengenal Tuberculosis*, Pena Persada : Jawa Tengah.
- World Health Organization (2022) *Global Tuberculosis Report* . 2022

LAMPIRAN 1



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMEKES KUPANG**



Direktorat : Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp : (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256 ; Email : poltekkeskupang@yahoo.com

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M. T. DENGAN DIAGNOSA
MEDIS TUBERCULOSIS PARU DI RUANGAN PERAWATAN KHUSUS
RSUD ENDE**

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 27 April 2024

I. Pengumpulan Data

a. Identitas pasien

Nama : Ny. M. T
Umur : 55 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Petani
Agama : Katolik
Alamat : Desa Nuabosi
Dx. Medik : Tuberculosis Paru

b. Identitas penanggung jawab

Nama : Tn. O
Umur : 25 tahun

Hubungan dengan klien : Anak pasien

Alamat : Desa Nuabosi

II. Keadaan Umum

a. Riwayat kesehatan

- 1) Keluhan utama : batuk, sulit mengeluarkan dahak, sesak napas, nyeri dada, pusing, cepat lelah
 - 2) Riwayat kesehatan sekarang : Klien mengatakan merasa sesak napas, batuk berdarah, batuk, sulit mengeluarkan dahak, panas, pusing, lemah, tidak nafsu makan dan nyeri dada selama kurang lebih 3 bulan, kemudian pada hari senin tanggal 22 April 2024 keluarga membawa klien ke puskesmas Nuabosi, dari puskesmas klien dirujuk ke Poliklinik RSUD Ende dan di cek BTA hasilnya (+), klien langsung dibawa ke IGD dan dirawat di Ruang Perawatan Khusus (RPK).
 - 3) Riwayat kesehatan masa lalu : Klien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat di RS maupun Puskesmas dan tidak mengalami riwayat alergi apapun, klien tidak memiliki Riwayat merokok.
- b. Riwayat kesehatan keluarga : Klien mengatakan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit Tuberculosis Paru, ataupun hipertensi, DM, dll.

III. Pemeriksaan pola Kesehatan

1) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien mengatakan bahwa kesehatan sangat penting, tetapi ketika sakit klien lebih menggunakan obat tradisional dan hanya sesekali memeriksa ke puskesmas.

2) Pola nutrisi dan metabolic

Sebelum sakit klien mengatakan ia makan 3x sehari dengan porsi makan 1 piring dihabiskan, jenis makanan yang dikonsumsi klien adalah nasi, sayur, ubi, dan ikan), klien tidak memiliki pantangan apapun dalam mengonsumsi makanan dan klien biasa minum kurang lebih 2000 cc air. Namun saat sakit klien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi makan tidak dihabiskan karena klien tidak memiliki selera untuk makan, jenis makanan yang dikonsumsi klien adalah bubur yang disediakan oleh rumah sakit (nasi, ikan, sayur, telur, bubur) dan biasanya klien minum air hangat dalam sehari kurang lebih 1600 cc.

3) Pola Eliminasi

Klien mengatakan sebelum sakit klien biasa BAB kurang lebih 2x sehari dengan konsistensi lunak, berwarna coklat, bau khas feses, klien biasa BAK kurang lebih 2-3x sehari, berwarna kuning, aroma khas urin. Saat sakit klien mengatakan BAB 1x sehari, konsistensi lunak, warna kuning, bau khas feses dan tidak ada keluhan selama

B AB, klien BAK 2x sehari, berwarna kuning, aroma khas urin dan tidak ada keluhan selama BAK.

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Klien mengatakan untuk makan dan minum klien dapat melakukannya sendiri, untuk mandi, berpakaian dan berpindah ke tempat lain klien dibantu oleh kakaknya, sedangkan untuk ke toilet klien biasa dibantu menggunakan kursi roda dan kakaknya. Klien mengatakan sebelum sakit ia biasa pergi ke kebun atau berjalan – jalan ke tetangga sekitar, sedangkan saat sakit ia hanya bisa berbaring dan duduk saja karena kondisinya yang lemah.

5) Pola kognitif dan persepsi

Pasien masih bisa merespon dengan baik ketika diajak bicara, saat ditanya tentang beberapa hal seperti tanggal lahirnya pasien masih mengingat dengan baik, penglihatan pasien masih jelas.

6) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Gambaran Diri : Pasien mengatakan menerima kondisinya saat ini

Harga diri : Pasien mengatakan dirinya berharga bagi dirinya sendiri, keluarga, maupun orang sekitar

Ideal diri : Pasien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama keluarga seraf melakukan kembali aktivitas sehari- hari.

Peran diri : Pasien mengatakan ia berperan sebagai ibu rumah tangga.

Identitas diri: Pasien mengatakan ia adalah seorang wanita berumur 55 tahun dan merupakan seorang istri dan ibu.

7) Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit : Pasien mengatakan jarang untuk tidur siang karena harus bekerja ke kebun dan di malam hari pasien tidur kurang lebih 8 jam dari pukul 21.00 - 05.00 WITA.

Saat Sakit : Pasien mengatakan sulit tidur, sering terbangun karena batuk dan sesak napas, pada saat malam hari pasien tidur kurang lebih 6 jam.

8) Pola Peran- Hubungan

Pasien mengatakan selama dirawat, hubungan pasien dengan petugas kesehatan baik, sebelum sakit pasien merupakan seorang ibu rumah tangga dan sangat aktif untuk bersosialisasi dengan masyarakat sekitar.

9) Pola Toleransi- Stress Koping

Pasien mengatakan untuk mengatasi stress- nya pasien biasa membaca buku doa rohani.

10) Pola Nilai- Kepercayaan

Pasien mengatakan ia beragama katholik, sering pergi ibadah ke gereja dan selalu berdoa.

IV. Keadaan Umum : Lemah, tingkat kesadaran : Composmentis, GCS : 15 (E: 4, V:5, M:6). Tanda – tanda Vital, Nadi : 85x/m, suhu : 36,8⁰ C, pernapasan : 23x/m, tekanan Darah : 110/80 mmHg, SPO₂: 97%. Berat Badan

saat ini : 41 Kg, berat badan sebelum sakit : 60 Kg, tinggi Badan : 159 cm, IMT : $41 / 1,59 \text{ kg} \times 1,59 \text{ kg} = 16,4$ (kurus)

V. Pengkajian Fisik

Kepala : kulit kepala tampak bersih, tidak ada edema, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan. Wajah : Wajah pasien tampak pucat, area bawah mata terlihat lingkaran hitam (mata panda), mata : Konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, reflex cahaya (+), pupil isokor. Hidung : Tidak ada pernapasan cuping hidung, terpasang O₂ 3 lpm, posisi septum nasal simetris. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid. Thorax, Inspeksi : Dada tampak simetris, frekuensi napas 23x/ m, terdapat penggunaan otot bantu pernapasan. Palpasi : Vokal fremitus teraba di seluruh lapang paru, Pengembangan sama di paru kanan dan paru kiri. Perkusi : Terdapat bunyi padat. Auskultasi : Terdapat bunyi napas ronchi (+). Abdomen Inspeksi : Tidak terlihat adanya benjolan. Auskultasi : Peristaltik usus 9x/ m. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba adanya massa, tidak ada pembesaran hepar dan lien. Perkusi : Terdapat bunyi tympani. Ekstremitas Atas : Tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, terpasang infus Nacl 8 tpm di tangan kiri, CRT > 2 detik. Bawah : tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, tonus otot : nilai kekuatan otot 3 (50%) keterangan : Dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan berat (gravitasi).

VI. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan hasil laboratorium pada tanggal 24 April 2024 WBC = 13.78 (nilai normal 3.60- 11.00) HGB = 2.6 (nilai normal 11.7-15.5) BTA (+). Pemeriksaan rontgen thorax pada tanggal 24 April 2024, hasil : Gambaran TB Paru dengan lesi aktif, efusi pleura.

VII. Terapi Pengobatan

Omeprazole 10cc/IV (Untuk mengatasi tukak lambung).

Ceftriaxone 10cc/IV (Untuk mengatasi infeksi bakteri)

Paracetamol 1gr/IV (Untuk mengatasi rasa nyeri dan demam).

VIII. Tabulasi Data

Pusing, sesak napas, lemah, batuk berdahak, sulit mengeluarkan dahak, tidak napsu makan, wajah tampak pucat, BB dahulu = 60 kg , BB sekarang = 41 kg, IMT = 16,4 (kurus), bunyi napas ronchi (+), sulit tidur karena sesak napas dan batuk, aktivitas sebagian dibantu (tonus otot = 3, dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan tahanan), konjungtiva anemis, WBC = 13.78, HGB= 2.6, S= 36,8⁰C, TD = 110/70 mmHg, CRT > 2 detik, N= 85x/m, Spo2= 97%.

IX. Klasifikasi Data

DS : sesak napas, Pusing, lemah, tidak napsu makan, BB dahulu 60 kg, sulit tidur karena sesak napas dan batuk, aktivitas sebagian dibantu,

DO : Batuk berdahak, sulit mengeluarkan dahak, wajah tampak pucat, area bawah mata terlihat lingkaran hitam (mata panda), BB sekarang= 41(IMT= 16,4 kurus), bunyi napas ronchi (+), tonus otot 3 : dapat

menggerakkan anggota gerak untuk menahan tahanan, konjungtiva anemis, CRT > 3 detik, WBC = 13.78, HGB = 2.6 g/dL, S = 36,8°C, N = 85x/m, RR = 23x/m, TD = 110/70 mmHg, Spo2 = 97%.

X. Analisa Data

Sign/ Sympton	Etiologi	Problem
DS : Pasien mengatakan sesak napas, sulit mengeluarkan dahak. DO : Batuk berdahak, bunyi napas ronchi(+).	Hipersekresi Jalan Napas	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif
DS: Pasien mengatakan pusing dan lemah. DO: CRT > 2 detik, HGB : 2,6 g/dL wajah tampak pucat.	Penurunan Konsentrasi Hemoglobin	Perfusi Perifer Tidak Efektif
DS: Pasien mengatakan tidak nafsu makan, BB dahulu : 60 kg. DO : BB sekarang = 41 kg (IMT : 16,4 kurus	Peningkatan kebutuhan metabolisme	Defisit Nutrisi
DS : Pasien mengatakan sulit tidur karena batuk dan sesak napas. DO: Area bawah mata terlihat lingkaran hitam (mata panda)	Proses penyakit (batuk)	Gangguan Pola Tidur
DS: Pasien mengatakan lemah, aktivitas pasien sebagian dibantu. DO : Tonus otot 3 (dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan tahanan).	Kelemahan	Intoleransi Aktivitas

XI. Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Hipersekresi Jalan Napas ditandai dengan DS : Pasien mengatakan sesak napas, sulit mengeluarkan dahak. DO : Batuk berdahak, suara napas ronchi (+).
2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan DS : Pasien mengatakan pusing dan lemah. DO : CRT>2 detik, HGB = 2,6 g/dL, wajah tampak pucat, membrane mukosa pucat.
3. Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme ditandai dengan DS: Pasien mengatakan tidak nafsu makan, BB dahulu = 60 kg. DO : BB sekarang 41 kg (IMT : 16,4 kurus), membrane mukosa pucat.
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan DS : Pasien mengatakan sulit tidur karena batuk dan sesak napas. DO : Area lingkaran bawah mata tampak hitam (mata panda).
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan DS : Pasien mengatakan lemah, aktivitas pasien sebagian dibantu. DO : Tonus otot 3 (dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan tahanan).

XII. Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan/ kriteria hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Hipersekresi Jalan Napas ditandai dengan DS: pasien mengatakan sesak napas, sulit mengeluarkan dahak. DO : Batuk berdahak, suara napas ronchi (+)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil : Batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, dyspnea membaik, frekuensi napas membaik.	Identifikasi kemampuan batuk Monitor adanya retensi sputum Lakukan fisioterapi dada. Posisikan semi fowler. Berikan oksigen, Buang sputum pada tempatnya. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran pengeluan	- Ketidakmampuan untuk membersihkan jalan napas yang dapat menimbulkan penggunaan otot bantu pernapasan. - Mengetahui apakah terdapat perubahan warna dan aroma pada sputum. - Membantu membersihkan secret dari bronkus dan mencegah penumpukan

		sputum.	secret. - Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan. - Menambah kadar oksigen dalam tubuh. - -Meningkatkan pengeluaran dahak secara maksimal.
Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan DS :Pasien mengatakan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan warna kulit pucat menurun, kelemahan otot	- Monitor tanda-tanda vital - Anjurkan pasien untuk mengonsumsi sayuran hijau - Edukasi pasien rencana pemberian	- Memantau keadaan umum pasien. - Untuk mempercepat proses produksi sel darah merah. - Memberi tahu pasien transfuse

<p>pusing dan lemah. DO : CRT>2 detik, HGB = 2,6 g/dL, wajah tampak pucat, membrane mukosa pucat, konjungtiva anemis.</p>	<p>menurun.</p>	<p>transfuse darah, - Kolaborasi pemberian tranfusi darah - Monitor adanya reaksi transfuse darah.</p>	<p>darah untuk menambah kadar hemoglobin dalam tubuh. - Menambah kadar hemboglobin dalam tubuh. - Mengetahui adanya ketidakcocokan sehingga timbul reaksi seperti gatal- gatal.</p>
<p>Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme ditandai dengan DS : Penurunan nafsu makan, BB dahulu : 60 kg.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : Berat</p>	<p>-Identifikasi status nutrisi. - Identifikasi alergi makanan. -Monitor asupan makana -Monitor berat bada -Lakukan oral hygine sebelum</p>	<p>- Mengetahui status nutrisi yang dikonsumsi oleh pasien. - Mengetahui alergi makanan pada pasien. - Mengetahui seberapa banyak makanan yang</p>

<p>DO : BB sekarang 41 kg (IMT = 16,4 kurus), membrane mukosa pucat.</p>	<p>badan membaik, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik.</p>	<p>makan. - Berikan makanan tinggi kalori tinggi protein, - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian makanan tinggi kalori tinggi protein.</p>	<p>dikonsumsi oleh pasien. - Mengetahui perubahan berat badan pasien. - Mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan pasien. - Makanan TKTP mempercepat proses penyembuhan. - Mempercepat proses penyembuhan.</p>
<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan</p>	<p>- Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. - Fasilitasi duduk di</p>	<p>- Mengetahui fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. - Melatih aktivitas secara perlahan-</p>

<p>DS: Pasien mengatakan lemah, aktivitas pasien sebagaimana dibantu. DO: Tonus otot 3 (dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan tahanan.</p>	<p>toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : Perasaan lemah menurun, kemudahan dalam melakukan aktivitas meningkat.</p>	<p>tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan. -Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Kolaborasi untuk meningkatkan asupan makanan.</p>	<p>lahan. -Melakukan aktivitas secara bertahap untuk melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi -Pemberian gizi yang cukup dapat meningkatkan energi klien.</p>
<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan DS : Pasien mengatakan sulit</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola tidur</p>	<p>-Identifikasi factor pengganggu tidur. -Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan). -Jelaskan</p>	<p>-Mengetahui hal apa yang menyebabkan pola tidur terganggu. -Lingkungan yang baik, aman, dan</p>

tidur karena sesak napas dan batuk. DO: Area baeah mata terlihat hitam (mata panda).	membalik dengan kriteria hasil : Keluhan sulit tidur menurun.	pentingnya tidur yang cukup selama sakit.	tenang dapat menambah kualitas tidur yang baik. -Menambah energi untuk mempercepat proses penyembuhan.
--	---	---	---

XIII. Implementasi Keperawatan

Implementasi pada Ny.M.T dilakukan selama 3 hari pada tanggal 27- 29 April 2024. Implementasi dilakukan sesuai dengan masing- masing diagnose keperawatan.

Hari pertama pada tanggal 27 April 2024

1. Bersihan jalan napas berhubungan dengan Hipersekresi Jalan Napas.

Jam 08.00 Mengukur vital sign pasien, hasil : TD : 110/70 mmHg, S: 36,8⁰C, N: 85x/m, RR:23x/m, SPO₂: 97%. Jam 08.10 Mengidentifikasi kemampuan batuk pasien, hasil: pasien mampu batuk, hanya sulit untuk mengeluarkan dahak. Jam 08.20 Memonitor adanya retensi sputum, hasil : Sputum berwarna putih dan bertekstur kental. Jam 08.30 Melakukan fisioterapi dada pada pasien untuk membantu mengencerkan secret. Jam 08.45 Mmposisikan pasien semi

fowler. Jam 09.00 memberikan pasien O₂ 3 lpm pada pasien. Jam 10.00 menjelaskan pada pasien cara batuk efektif untuk membantu mengeluarkan secret. Jam 10.15 Menganjurkan pasien untuk banyak minum air hangat. Jam 10.25 Mengedukasikan pasien agar membuang sputum pada tempatnya agar menghindari penyebaran bakteri.

2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Jam 08.00 melakukan pengukuran vital sign TD: 110/70 mmHg, S:36,8⁰C, N:85x/m, RR: 23x/m, Spo₂:97%. Jam 09.00 Memberi tahu kepada ibu rencana transfuse darah. Jam 09.30 Melayani tranfusi darah pada Ny. M.T. Jam 10.00 Memonitor adanya reaksi transfuse darah, Hasil: tidak ada reaksi seperti gatal-gatal atau kemerahan pada tranfusi darah. Jam 10.00 Menganjurkan pasien untuk banyak mengonsumsi sayuran hijau (bayam).
3. Defisit Nutrisi berhubungan dengan factor psikologis (keengganan untuk makan). Jam 08.00 Melakukan pengukuran vital sign TD:110/70mmHg, S:36,8⁰, N: 85x/m, RR:23x/m, SPO₂: 97%. Jam 08.05 Menidentifikasi status nutisi pasien, pasien mengatakan di rumah biasa makan nasi, ubi, sayur, ketika sakit napsu makan pasien mulai berkurang. Jam 08.15 Mengidentifikasi alergi makanan, pasien mengatakan tidak memiliki alergi makanan. Jam 08.20 Memonitor asupan makanan, pasien makan makanan yang diberika oleh RS (bubur, sayur, telur).Jam 08.25 Memonitor BB pasien, BB pasien 41 kg. Jam 11. 30 Melayani injeksi omeprazole 10cc/iv pada pasien. Jam

- 11.45 Memberi tahu pada pasien untuk melakukan oral hygiene sebelum makan. Jam 12.00 Melayani diit makan TKTP, pasien menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan yang diberikan.
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Jam 08.00 melakukan pengukuran vital sign TD: 110/70 mmHg, S: 36,8⁰, N: 85x/m, RR: 23x/m, Spo2 : 97%. Jam 08.10 Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, pasien mudah lelah dikarenakan kekurangan kadar hemoglobin dalam tubuh. Jam 08.20 Menganjurkan pasien untuk duduk di sisi tempat tidur jika belum kuat berjalan atau berpindah. Jam 08.40 Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap seperti duduk di sisi tempat tidur, duduk di kursi, berpindah bila sudah kuat atau berjalan. Jam 12.00 Melayani diit makan TKTP pada pasien.
5. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Jam 08.00 Melakukan vital sign TD: 110/70 mmHg, S: 36,8⁰C, N:85x/m, RR: 23x/m, SPO₂: 97%. Jam 08.10 Mengidentifikasi factor pengganggu tidur, pasien mengatakan sulit tidur dikarenakan batuk dan sesak napas. Jam 09.00 Memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi keluarga atau pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar pasien dapat beristirahat. Jam 09.10 Menjelaskan kepada pasien bahwa waktu tidur yang cukup dapat menambah energy dan mempercepat proses penyembuhan.

Hari kedua pada tanggal 28 April 2024

1. Bersihan Jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Hipersekresi Jalan napas. Jam 08.00 Mengukur TTV pasien TD: 120/60 mmHg, S: 36,7⁰C, N: 87x/m, RR: 21x/m, SPO2: 98%. Jam 08.10 Mengidentifikasi kemampuan batuk, pasien mampu batuk dan dapat mengeluarkan secret sedikit. Jam 08.20 Melakukan fisioterapi dada untuk mengencerkan secret. Jam 08.30 Memposisikan pasien semi fowler untuk membantu pernapasan pasien lebih baik. Jam 11.00 Memotivasi dan memantau pasien untuk melakukan teknik batuk efektif. Jam 11.20 Menganjurkan pasien untuk minum air hangat agar dapat mengencerkan secret.
2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Jam 08.00 Melakukan pengukuran TTV pada pasien TD :120/60 mmHg, S:36,7⁰C, N:87x/m, RR: 21x/m, Spo2: 98%. Jam 09.00 Menganjurkan pasien untuk mengonsumsi sayuran hijau seperti sayur bayam. Jam 10.00 melayani tranfusi darah pada Ny M.T. Jam 10.30 Memonitor adanya reaksi tranfusi darah seperti gatal-gatal
3. Defisit Nutrisi berhubungan dengan factor psikologis (keengganan untuk makan). Jam 08.00 Melakukan pengukuran vital sign TD: 120/60mmHg, S: 36,7⁰, N: 87x/m, RR: 21x/m, Spo2: 98%. Jam 08.15 Memonitor asupan makanan, pasien makan makanan yang dibagikan oleh RS (nasi, sayur, ikan) porsi makan dihabiskan. Jam 11.30

Melayani injeksi omeprazole 10cc/IV pada pasien. Jam 11.35 Menganjurkan pasien melakukan oral hygiene sebelum makan. Jam 12.00 Melayani diit makan TKTP pada pasien, pasien menghabiskan 1 porsi makanan yang diberikan.

4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Jam 08.00 Mengukur vital sign pasien TD: 120/60mmHg, S: 36,7⁰C, N: 87x/m, RR: 21x/m, Spo2: 98%. Jam 08.20 Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap seperti berpindah ke kursi dan berjalan. Jam 12.00 Melayani pasien makan TKTP untuk menambah energy.
5. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Jam 08.00 Melakukan pengukuran vital sign TD: 120/60 mmHg, S: 36,7⁰C, N: 87x/m, RR: 21x/m, Spo2: 98%. Jam 09.00 Memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi pengunjung agar pasien dapat beristirahat. Jam 09.30 Memberi tahu pada pasien tentang pentingnya tidur yang cukup untuk kesehatan.

XIV. Evaluasi Keperawatan

Tanggal 27 April 2024

Diagnosa 1

S: Pasien mengatakan mampu batuk, tetapi sulit untuk mengeluarkan secret.

O: Keadaan umum : lemah, kesadaran : composmentis, suara napas ronchi (+), TD: 120/70 mmHg, S:36,5⁰C, N:97x/m, RR:23x/m, SPO₂:98%.

A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-2

S: Pasien mengatakan masih merasa lemah.

O: Keadaan umum : lemah, kesadaran : composmentis, CRT>2 detik, wajah tampak pucat, membrane mukosa pucat, konjungtiva anemis,TD: 120/70mmHg, S: 36,5⁰C, N: 97x/m, RR: 23x/m, Spo₂: 98%.

A: Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-3

S: Pasien mengatakan napsu makannya mulai membaik.

O: Keadaan umum: lemah, kesadaran: composmentis, Pasien menghabiskan ½ porsi makanan yang diberikan, TD: 120/70mmHg, S:36,5⁰C, N: 97x/m, RR: 23x/m, Spo₂: 98%.

A: Masalah deficit nutrisi sebagian teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-4

S: Pasien mengatakan masih merasa lemah.

O : Keadaan umum : lemah, kesadaran : composmentis, Nilai kekuatan otot 3, aktivitas pasien dibantu kecuali makan dan bangun dari tempat tidur, TD : 120/70mmHg, S:36,5⁰C, N:97x/m, RR:23x/m, Spo2:98%.

A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-5

S: Pasien mengatakan masih sering terbangun di malam hari karena batuk.

O: Keadaan umum: lemah, kesadaran: composmentis, TD: 120/70mmHg, S:36,5⁰C, N:97x/m, RR:23x/m, Spo2:98%.

A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan.

Tanggal 28 April 2024

Diagnosa 1

S: Pasien mengatakan mampu batuk dan mampu mengeluarkan secret sedikit.

O: Keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis, Suara napas ronchi (+), TD: 120/60 mmHg, S:36,7⁰, N:87x/m, RR:21x/m, Spo2:98%.

A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-2

S: Pasien mengatakan lemah mulai berkurang dan tidak lagi pusing.

O: Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, CRT>2, konjungtiva anemis, wajah tidak lagi pucat, TD: 120/60 mmHg, S: 36,7⁰, N: 87x/m, RR: 21x/m, Spo2: 98%.

A: Masalah perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-3

S: Pasien mengatakan nafsu makan mulai membaik.

O: Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, Pasien tampak menghabiskan 1 porsi makanan yang diberikan, TD: 120/60 mmHg, S: 36,7⁰, N: 87x/m, RR: 21x/m, Spo2: 98%.

A: Masalah deficit nutrisi sebagian teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-4

S: Pasien mengatakan lemah mulai berkurang.

O: Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, Pasien mampu untuk bangun dari tempat tidur sendiri dan mampu berpindah untuk duduk di kursi, TD: 120/60 mmHg, S: 36,7⁰, N: 87x/m, RR: 21x/m, Spo2: 98%.

A: Masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-5

S: Pasien mengatakan hanya 1 kali bangun di tengah malam karena batuk.

O: Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, TD: 120/60 mmHg,

S: 36,7⁰, N: 87x/m, RR: 21x/m, Spo2: 98%.

A: Masalah gangguan pola tidur sebagian teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan.

LAMPIRAN 2



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE

LEMBAR KONSUL REVISI PROPOSAL

Nama : Fadila Aulia Bambang
NIM : PO. 5303202210008
Nama Pembimbing : Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Nama Penguji : Yustina P.M. Paschalia, S.Kep.,Ns.,M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1	Senin, 19 Februari 2024	Konsultasi revisi bab I- III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki latar belakang di data Riskesdas 2. Perbaiki pathway 3. Perbaiki pemeriksaan fisik pada abdomen 4. Tambahkan intervensi kolaborasi pada diagnose gangguan pertukaran gas. 5. Tambahkan intervensi keperawatan kolaborasi pada deficit nutrisi 6. Tambahkan intervensi observasi dan kolaborasi pada resiko penyebaran infeksi. 7. Tambahkan evaluasi pada pasien Tb dan harapannya. 8. Perhatikan teknik pengetikan 9. Sinkronkan daftar Pustaka kembali 	

2	kamis, 29 Februari 2024	Konsultasi revisi Bab I-III	1. Perbaiki pathway Kembali 2. Perbaiki tujuan dan kriteria hasil sesuai dengan SLKI	<i>HP I Jepes</i>
3.	Rabu, 24 April 2024	Konsultasi revisi Bab I- III	1. Perbaiki intervensi (urutkan Tujuan/kriteria hasil terlebih dahulu baru intervensi keperawatan)	<i>HP I Jepes</i>
4.	Kamis 25 April 2024	Konsultasi Revisi Bab I-III	ACC	<i>HP I Jepes</i>

Ketua Program Studi Keperawatan Ende
Kampus Kesehatan Kemenkes Kupang

[Signature]

Dr. Wawan S. M.Kep.Ns., Sp.Kep.Kom

196601141991021001





KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE



LEMBAR KONSUL REVISI KTI

Nama : Fadila Aulia Bambang
NIM : PO. 5303202210008
Nama Pembimbing : Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Nama Penguji : Yustina P.M. Paschalia, S.Kep.,Ns.,M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1	Kamis, 04 Juli 2024	Konsultasi revisi KTI	1. Tambahkan Abstrak 2. Perbaiki pengetikan 3. Tambahkan pembahasan pada	
2	Jumad, 05 Juli 2024	Konsultasi revisi KTI	1. Perbaiki pengetikan	
3.	Jumad, 05 Juli 2024	Konsultasi KTI	ACC Revisi KTI	

Mengetahui
Plh. Ketua Program Studi Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Dr. Stella Eeny Cahyani, S. Kep.,Ns.,MSc.
NIP: 197401132002122001

LAMPIRAN 3

JADWAL KEGIATAN

JENIS KEGIATAN	TAHUN 2023/2024													
	BULAN													
	Agustus	September	Oktober	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	Sepetember
Pengajuan Judul Studi Kasus														
Penyusunan Bab I,II,III Studi Kasus														
Penyusunan Bab IV dan V														
Ujian Studi Kasus														
Revisi Studi Kasus														
Penyerahan Studi Kasus														

LAMPIRAN 4**PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS**

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak / Ibu / Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus berjudul ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS TUBERCULOSIS PARU.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah yang dapat memberi manfaat berupa Studi kasus ini berlangsung selama
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian / pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20 - 30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus tidak akan menimbulkan masalah kesehatan / memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu /Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi saya pada nomor HP : 082341500584

Ende, 27 April 2024

Peneliti,



FADILA AULIA BAMBANG
PO_5303202210008

LAMPIRAN 5**INFORMED CONSET**
(Persetujuan menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa : saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh :
FADILA AULIA BAMBANG dengan judul **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS TUBERCULOSIS PARU**
Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun. Apabila selama penelitian studi kasus ini saya mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri tanpa sanksi apapun.

Ende, 27 April 2024

Saksi

Oktavians

Yang memberikan Persetujuan

Marta Tea

Peneliti,

**FADILA AULIA BAMBANG**
PO. 5303202210008

LAMPIRAN 6**DAFTAR RIWAYAT HIDUP****A. Data Diri**

Nama : Fadila Aulia Bambang

Tempat/Tanggal lahir : Ende, 01 Juli 2003

Alamat : Jl. Kelimutu

Jenias Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

B. Riwayat Pendidikan

1. SD Inpres Ende 10
2. SMP Negeri 1 Ende
3. SMA Negeri 1 Ende
4. Prodi DIII Keperawatan Ende – Poltekkes Kemenkes Kupang

MOTTO

*“ keberhasilan bukan milik mereka yang pintar tetapi milik mereka yang
bersungguh - sungguh “*