

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. E.S DENGAN
DIAGNOSA MEDIS TUBERKULOSIS PARU
DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH



OLEH :

FERAWATI MUTIARA FADLI
PO.5303202200516

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

2023

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. E.S DENGAN
DIAGNOSA MEDIS TUBERKULOSIS PARU
DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
Pada Program Studi Keperawatan Ende



OLEH :

FERAWATI MUTIARA FADLI
NIM.PO5303202200516

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE

2023

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : FERAWATI MUTIARA FADLI

NIM : PO. 5303202200516

Program Studi : D-III Keperawatan Ende

Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. E.S Dengan
Diagnosa Medis Tuberculosis Paru di Ruang Penyakit
Dalam III RSUD Ende

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya susun ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Studi Kasus ini adalah jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende, 2023

Yang membuat pernyataan

FERAWATI MUTIARA FADLI
NIM: PO. 5303202200516

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. E.S DENGAN
DIAGNOSA MEDIS TUBERKULOSIS PARU
DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE**

OLEH

FERAWATI MUTIARA FADLI
PO 5303202200516

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

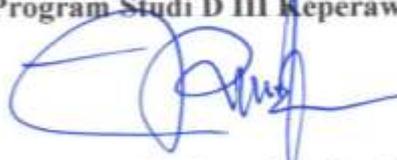
Ende, 16 Agustus, 2023

Pembimbing.



Yustina P. M. Paschalia, S, Kep., Ns., M. Kes.
NIP. 19690409 198903 2 002

Mengetahui
Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M., Kep., Ns., Sp., Kep., Kom
NIP. 19660114 199102 1 001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. E.S DENGAN
DIAGNOSA MEDIS TUBERKULOSIS PARU
DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE**

OLEH

FERAWATI MUTIARA FADLI
PO 5303202200516

Karya Tulis Ilmiah Ini akan Diujikan dan Dipertanggung Jawabkan
Pada Tanggal 2023

Penguji Ketua



Anatolia K. Doondori, S. Kep, Ns, M. Kep
NIP. 19760217 199903 2 001

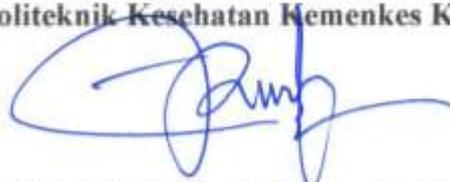
Penguji Anggota



Yustina P. M. Paschalia, S. Kep., Ns., M.Kes.
NIP. 19690409 198903 2 002

Disahkan Oleh:

**↳ Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Nemenkes Kupang**



Aris Wawomeo, M., Kep., Ns., Sp. Kep., Kom
NIP. 19660114 199102 1 00

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmatnya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. E.S Dengan Diagnosa Medis Tuberkulosis Paru di Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende” dengan baik. Dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, tidak lepas dari campur tangan berbagai pihak, sehingga Karya Tulis Ilmiah ini selesai tepat pada waktunya. Untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Irfan, S.KM.,M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah mengizinkan penulis menimba ilmu di instansi ini.
2. 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. Yustina P. M. Paschalia, S. Kep.,Ns., M. Kes, selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Anatolia K. Doondori, S. Kep., Ns., M. Kep, selaku penguji ketua yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyempurnaan Karya Tulis ini.
5. Orang tua yang selalu mendukung dan memotivasi penulis dalam menyelesaikan pendidikan.
6. Ny.E . S yang telah bersedia untuk dijadikan sebagai subjek dalam studi kasus ini.

7. Teman-teman tingkat III B, serta siapa saja yang telah membantu dengan caranya masing-masing baik secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis selama penyusunan 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 Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi siapapun yang membacanya.

Ende, 2023

Penulis

ABSTRAK

Asuhan keperawatan pada Ny. E.S dengan Diagnosa Medis TB Paru di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende

Ferawati Mutiara Fadli ⁽¹⁾

Yustina P. M. Paschalia ⁽²⁾

Tuberkulosis adalah penyakit yang disebabkan kuman mycobacterium Tuberculosis. Perawatan pada pasien *Tuberculosis* Paru termasuk dalam perawatan khusus karena sifat penyakit tersebut merupakan penyakit menular dan angka kejadian penyakit *Tuberculosis* Paru di Indonesia pada tahun 2021 meningkat dari tahun sebelumnya sebesar 397.377 kasus dengan *Case Notification Rate* (CNR) per 100.000 penduduk.

Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan menggambarkan Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. E.S dengan diagnosa medis TB Paru di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Metode yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

Hasil studi kasus ditemukan lima (5) masalah keperawatan yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme. Intervensi dan implementasi keperawatan dirancang dan dilaksanakan dengan tindakan dependen seperti observasi, edukasi dan interdependen seperti tindakan kolaborasi.

Setelah dilaksanakan implementasi selama 3 hari masalah keperawatan tersebut belum teratasi. Oleh karena itu disarankan untuk klien dan keluarga agar mengikuti semua anjuran dari petugas kesehatan dengan tujuan mencegah timbulnya komplikasi yang lebih parah.

Keterangan : (1) Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Ende

(2) Dosen Program Studi D III Keperawatan Ende

Kata kunci : (1) Asuhan Keperawatan

(2) Tuberculosis Paru

ABSTRACT

Nursing care for Mrs. E.S with a Medical Diagnosis of Pulmonary TB in Internal Medicine Room III Ende Hospital

Ferawati Mutiara Fadli ⁽¹⁾

Yustina P. M. Paschalia ⁽²⁾

Tuberculosis is a disease caused by the bacterium mycobacterium tuberculosis. Treatment of Pulmonary Tuberculosis patients is included in special care because the nature of the disease is an infectious disease and the incidence of Pulmonary Tuberculosis in Indonesia in 2021 has increased from the previous year of 397,377 cases with a Case Notification Rate (CNR) per 100,000 population.

This scientific paper aims to describe Nursing Care for patient Mrs. E.S with a medical diagnosis of Pulmonary TB in the Internal Medicine Room III of Ende Hospital. The method used is a case study with a nursing approach that includes assessment, nursing diagnosis, nursing intervention, nursing implementation and nursing evaluation.

The results of the case study found five (5) nursing problems, namely ineffective airway clearance associated with retained secretions, ineffective breathing patterns associated with breathing effort barriers, risk of spread of infection associated with increased exposure to environmental pathogenic organisms, activity intolerance associated with an imbalance between supply and oxygen demand, nutritional deficits associated with increased metabolism needs, and. Nursing interventions and implementation are designed and implemented with dependent actions such as observation, education and interdependent such as collaborative actions.

After implementation for 3 days the nursing problem has not been resolved. Therefore it is recommended for clients and families to follow all recommendations from health workers with the aim of preventing more severe complications.

Description: (1) Ende Diploma III Nursing Study Program Students

(2) Lecturer in Ende D III Nursing Study Program

Keywords: (1) Nursing Care

(2) Pulmonary Tuberculosis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR TABEL	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan	5
D. Manfaat Studi Kasus	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Dasar Penyakit Tuberkulosis Paru	7
B. Konsep dasar asuhan keperawatan.....	17
BAB III METODE PENELITIAN	39
A. Rancangan/Desain Studi Kasus.....	39
B. Subyek Studi Kasus	39
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional).....	39
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	40
E. Prosedur Studi Kasus	40
F. Teknik Pengumpulan Data.....	41
G. Instrumen Pengumpulan Data	43
H. Keabsahan Data.....	43
I. Analisa Data	43
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	43
A. Hasil Studi Kasus	43

B. Studi Kasus	43
C. Pembahasan.....	70
D. Keterbatasan Studi Kasus.....	75
E. Implikasi untuk Keperawatan	75
BAB V PENUTUP.....	77
A. Kesimpulan	77
B. Saran.....	80
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway	11
--------------------------	----

DAFTAR TABEL

Table 2.1 Kisaran dosis OAT lini pertama bagi pasien dewasa.....	16
Table 3.1 Defenisi operasional :.....	39

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberculosis (TBC) saat ini masih merupakan masalah kesehatan masyarakat baik di Indonesia maupun internasional sehingga menjadi salah tujuan pembangunan kesehatan berkelanjutan, Hampir seperempat penduduk dunia terinfeksi dengan kuman *Mycobacterium tuberculosis*, sekitar 89% TBC diderita oleh orang dewasa, dan 11% diderita oleh anak-anak. Sampai saat ini TBC masih merupakan penyebab kematian tertinggi setelah HIV/AIDS, dan merupakan salah satu dari 20 penyebab utama kematian di seluruh dunia. Indonesia berada pada peringkat ke-3 dengan penderita TBC tertinggi di dunia setelah India dan China. (Kemenkes RI, 2022)

Menurut Global tuberculosis report 2021, pada tahun 2020 angka insiden Tuberkulosis di Indonesia sebesar 301 per 100.000 penduduk, menurun jika dibandingkan dengan angka insidens TBC tahun 2019 yaitu sebesar 312 per 100.000 penduduk, sedangkan pada tahun 2021 jumlah kasus tuberkulosis yang ditemukan sebanyak 397.377 kasus meningkat bila dibandingkan dengan semua kasus tuberkulosis yang ditemukan pada tahun 2020 yaitu sebesar 351.936 kasus. Berdasarkan Data Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur menempati posisi ke-30 dari 34 Provinsi dengan jumlah kasus TB sebanyak 268 pada tahun 2021. (Kemenkes RI, 2022)

Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik NTT penderita TB Paru sebanyak 6.583, Ende menempati urutan ke 16 dari 22 kabupaten dengan jumlah TB Paru pada tahun 2018 sebanyak 205 dimana terjadi peningkatan dari tahun 2017 yang hanya sejumlah 82 kasus (BPS NTT, 2018). Data penyakit TB paru di Kabupaten Ende mengalami peningkatan dari tahun 2021 sampai tahun 2022. Pada tahun 2021 penderita penyakit TB Paru di Kabupaten Ende sebanyak 331 kasus, dan pada tahun 2022 kasus TB Paru kembali naik dengan 545 kasus (Profil Kesehatan Kabupaten Ende). Data rekam medik yang di peroleh dari Rumah Sakit Umum Daerah Ende diketahui bahwa pada tahun 2021 kasus TBC sebanyak 22 orang, diantaranya laki-laki 12 orang dan perempuan 10 orang dan pada tahun 2022 mengalami peningkatan sebanyak 87 kasus diantaranya laki-laki 60 orang dan perempuan sebanyak 27, sedangkan dari bulan januari sampai maret 2023 terdapat 19 orang diantaranya laki-laki 18 orang dan perempuan 1 orang (Profil RSUD Ende, 2023).

Tuberkulosis (TB) Paru akan menimbulkan dampak secara langsung bagi penderita biasanya pasien akan mengalami status gizi yang bermasalah, dan mudah terkena infeksi. Tuberkulosis juga dapat berdampak pada keluarga dan masyarakat, dampak pada keluarga adalah terjadiya penularan pada anggota keluarga yang lain karena kurang pengetahuan dari keluarga terhadap penyakit TB Paru, dan dampak bagi masyarakat apabila penemuan kasus TB Paru tidak secara dini serta penderita TB Paru positif tidak teratur atau drop out pengobatan maka

resiko penularan dapat terjadi pada masyarakat luas, pasien TB paru yang drop out pengobatan juga akan menyebabkan pasien mengalami TB resisten dimana kuman mycobacterium tuberculosis kebal terhadap obat sehingga membuat pasien lebih susah disembuhkan dan penanganan yang dilakukan harus lebih sulit.

Sejalan dengan meningkatnya kasus TB, pada awal tahun 1990-an WHO dan IUATLD mengembangkan strategi pengendalian TB yang dikenal sebagai strategi DOTS (Directly Observed Treatment Short-course). Strategi DOTS terdiri dari 5 komponen kunci, yaitu: komitmen politis dari para pengambil keputusan termasuk dukungan dana, Diagnosis TB dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung, Pengobatan dengan panduan OAT jangka pendek dengan Pengawasan Menelan Obat (PMO), Kesiambungan persediaan obat anti Tuberculosis (OAT) jangka pendek untuk pasien, Pencatatan dan pelaporan yang baku untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi program TB Paru (Samhatul & Bambang, 2019). Adapun upaya lain yang dilakukan oleh pemerintah untuk mengendalikan Tuberculosis di Indonesia TOSS TBC (Temukan Obati Sampai Sembuh), Adalah gerakan untuk menemukan pasien sebanyak mungkin dan mengobati sampai sembuh sehingga rantai penularan di masyarakat bisa di hentikan (Gabriel et al., 2021)

Berdasarkan hasil penelitian Asrotin dengan judul asuhan keperawatan pada pasien dengan Tuberculosis Paru, mendapatkan bahwasanya penularan penyakit Tuberculosis Paru, bisa melalui air ludah

atau dahak penderita yang mengandung Basil saat penderita batuk, buliran air ludah yang berterbangan di udara dan terhirup oleh orang sehat, sehingga masuk ke dalam paru-parunya yang kemudian menyebabkan penyakit TB Paru, penyakit TB Paru dapat menyebabkan perubahan fisik, mental dan sosial penderita, dan mempengaruhi konsep diri penderitanya (Asrotin,2020).

Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan pada pasien dengan TB Paru dilakukan dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan, sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan untuk merencanakan dan melaksanakan tindakan yang tepat sesuai dengan tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian dievaluasi tingkat perkembangannya.

Berdasarkan uraian pada latar belakang, penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan diangnosa medis Tuberculosis Paru.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumuskan masalah dalam proposal karya tulis ilmiah ini adalah “Bagaimanakah gambaran Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny. E.S dengan diangnosa medis Tuberculosis Paru.

C. Tujuan

Berdasarkan rumusan masalah diatas maka tujuan proposal karya tulis ilmiah ini adalah :

1. Tujuan umum

Adapun tujuan Penulis mampu mengaplikasikan asuhan keperawatan pada pasien Ny. E.S dengan diagnosa medis TB Paru dengan menggunakan metode proses keperawatan

2. Tujuan Khusus

Setelah melakukan asuhan keperawatan diharapkan penulis mampu :

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien Ny. E.S dengan diagnosa medis TB Paru
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien Ny. E.S dengan diagnosa medis TB Paru
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien Ny. E.S dengan diagnosa medis TB Paru
- d. Melaksanakan intervensi keperawatan pada pasien Ny.E.S dengan diagnosa medis TB Paru
- e. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien Ny. E.S dengan diagnose medis TB Paru
- f. Menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus pada pasien Ny. E.S dengan diangnosa 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 Tempat Pelaksanaan Praktik

Sebagai bahan tambahan informasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan khususnya 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 PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Tuberkulosis Paru

1. Definisi

Tuberkulosis adalah penyakit yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis*. Tuberkulosis biasanya menyerang bagian paru-paru, yang kemudian dapat menyerang ke semua bagian tubuh, infeksi biasanya terjadi pada 2-10 minggu. Pasca 10 minggu, akan muncul manifestasi penyakit pada pasien karena gangguan dan ketidakefektifan respons imun. Namun demikian, proses aktivasi TB Paru juga berlangsung secara berkepanjangan (Kardiyudiani & Susanti, 2019)

Tuberkulosis adalah suatu penyakit kronik menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. Bakteri ini berbebetuk batang dan bersifat tahan asam (BTA) sebagian besar kuman TB sering ditemukan menginfeksi parenkim paru dan menyebabkan TB Paru (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*.

2. Etiologi

Adapun penyebab dari tuberkulosis paru menurut (Kardiyudiani & Susanti, 2019) adalah sebagai berikut:

Tuberkulosis (TB) disebabkan 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, dibutuhkan kontak dalam waktu beberapa jam dengan orang yang terinfeksi, adapun faktor resiko dari TB Paru

- 1) Kontak yang dekat dengan seseorang yang memiliki TB aktif
- 2) Status imunocompromized (penurunan imunitas) misalnya lansia, kanker, terapi kortikosteroid, dan HIV)
- 3) Penggunaan narkoba suntik dan alkoholisme.
- 4) Orang yang kurang mendapat perawatan kesehatan yang memadai (misalnya tunawisma atau miskin, minoritas, anak-anak dan orang dewasa muda)
- 5) Kondisi medis yang sudah ada sebelumnya, termasuk diabetes, gagal ginjal kronis, silicosis dan kekurangan gizi.
- 6) Imigran dari negara dengan Tuberkulosis tinggi
- 7) Pelembagaan (misalnya, fasilitas perawatan jangka panjang, penjara)
- 8) Tinggal di perumahan yang padat dan tidak sesuai standar.
- 9) Pekerjaan (misalnya, petugas layanan kesehatan)

3. Patofisiologi

Jika kuman dibatukkan atau dibersihkan keluar menjadi droplet nuklei dalam udara oleh pasien TB dan dihirup oleh orang lain maka dapat terjadi penularan. Partikel ini dapat menetap dalam udara bebas 1-12 jam tergantung ada atau tidak adanya sinar ultraviolet, ventilasi yang baik dan kelembaban. Ketika kuman ini terhirup oleh orang yang sehat maka kuman ini akan menempel pada alveoli kemudian partikel ini akan berkembang biak sampai pucuk apeks paru sebelah kanan atau kiri dan dapat pula keduanya dengan melewati pembuluh limfe, basil berpindah ke bagian paru-paru yang lain atau jaringan tubuh yang lain. selanjutnya infeksi akan menyebar melalui sirkulasi, yang pertama terangsang adalah limfokina yaitu akan dibentuk lebih banyak untuk merangsang makrofag, berkurang atau tidaknya jumlah kuman tergantung pada jumlah makrofag, karena fungsinya adalah membunuh kuman yang apabila proses ini berhasil dan makrofag lebih banyak maka klien akan sembuh dan daya tahan tubuh akan meningkat, tetapi apabila daya tahan tubuh mengalami penurunan maka kuman tadi akan berangsang didalam jaringan paru-paru dengan membentuk tuberkel (biji-biji kecil sebesar kepala jarum). Tuberkel akan bertambah besar secara progresif dan menjadi salah satu dan timbul pengijuan di tempat tersebut. Disaat batuk dikeluarkan akan menjadi aneurisma sehingga jaringan yang nekrosis terangkat dan pembuluh darah di bawah jaringan tersebut pecah, maka klien akan mengalami batuk darah Basil tuberkulosis yang mencapai permukaan alveolus biasanya diinhalasi

sebagai suatu unit yang terdiri dari satu sampai tiga basil, gumpalan basil yang lebih besar cenderung tertahan disaluran hidung dan cabang besar bronkus dan tidak menyebabkan penyakit. setelah berada di ruang alveolus, biasanya dibagian bawah lobus atas paru atau bagian atas lobus bawah hasil tuberkel ini membangkitkan reaksi peradangan. Leukosit polimorfnuklear tampak pada tempat tersebut dan memfagosit bakteri namun tidak membunuh organisme tersebut, sesudah hari-hari pertama leukosit diganti oleh makrofag. Alveoli yang terserang akan mengalami konsolidasi, dan timbul pneumonia akut, pneumonia selular dapat sembuh dengan sendirinya, sehingga tidak ada sisa yang tertinggal atau proses dapat berjalan terus dan bakteri terus difagosit atau berkembang biak didalam sel. Basil juga dapat menyebar melalui getah bening regional. makrofag yang mengadakan infiltrasi dan menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu sehingga membentuk sel epiteloid, yang dikelilingi oleh limfosit. Reaksi ini biasanya membutuhkan waktu 10 sampai 20 hari. (Umara *et al.*, 2023)

4. Pathway



Gambar 2.1 Pathway

5. Manifestasi klinis

Menurut (Mar'iyah & zulkarnain, 2021) Gejala umum tuberkulosis adalah sebagai berikut

- a) Berat badan yang turun selama tiga bulan berturut-turut tanpa sebab yang jelas
- b) Demam meriang lebih dari sebulan
- c) Batuk lebih dari dua minggu, batuk ini bersifat nonremiting (tidak pernah reda atau intensitas semakin lama semakin parah)
- d) Dada terasa nyeri
- e) Sesak napas
- f) Nafsu makan tidak ada atau berkurang
- g) Mudah lesu atau malaise
- h) Berkeringat malam walaupun tanpa aktifitas fisik
- i) Dahak bercampur darah

6. Komplikasi

Komplikasi yang mungkin terjadi pada penderita Tubekulosis paru antara lain (Nurrasyidah Ira, 2018)

- a) Batuk darah, yaitu dahak berdarah yang dibatukan berasal dari saluran napas bagian bawah
- b) Pneumotoraks, terkumpulnya udara di rongga pleura, sehingga menyebabkan jaringan paru kolaps.

- c) Efusi pleura dan empiema, efusi pleura adalah pengumpulan cairan di rongga pleura.
- d) Luluh paru, adalah gambaran radiologi yang menunjukkan kerusakan jaringan paru yang berat terdiri dari atelaktasis, ekstasis/ mutikaviti dan fibrosis parenkim paru
- e) Penyebaran TB ke organ lain, TB Paru dapat juga menginfeksi organ lain, yang biasa dikenal dengan TB ekstra paru.

7. Pemeriksaan diagnostik

Menurut (Evi supriatun, 2020) pemeriksaan penunjang pada pasien tuberkulosis adalah:

- a. Sputum culture
- b. Ziehl neelsen : positif untuk BTA
- c. Skin test (PPD,mantoux,tine,and vollmer,patch)
- d. Chest X-ray
- e. Histologi atau kultur jaringan: positif untuk mycobacterium tuberculosis
- f. Bronkografi
- g. Tes fungsi paru-paru dan pemeriksan darah

8. Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan medis

- 1) Tujuan pengobatan TB adalah :

- a) Menyembuhkan, mempertahankan kualitas hidup dan produktivitas pasien.
- b) Mencegah kematian akibat TB aktif atau efek lanjutan.
- c) Mencegah kekambuhan TB.
- d) Mengurangi penularan TB pada orang lain.

2) Prinsip pengobatan TB

Obat Anti Tuberkulosis (OAT) adalah komponen terpenting dalam pengobatan TB. Pengobatan TB adalah salah satu upaya paling efisien untuk mencegah penyebaran lebih lanjut dari kuman TB. Pengobatan yang adekuat harus memenuhi prinsip :

- a) Pengobatan diberikan dalam bentuk OAT yang tepat mengandung minimal 4 macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi.
- b) Diberikan dalam dosis yang tepat.
- c) Ditelan secara teratur dan diawasi secara langsung oleh PMO (Pengawas Menelan Obat) sampai sesuai pengobatan.
- d) Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup terbagi dalam tahap awal serta tahap lanjutan untuk mencegah kekambuhan.

2) Tahap pengobatan TB

Pengobatan TB harus selalu meliputi pengobatan tahap, awal dan tahap lanjut dengan maksud :

a) Tahap awal

Pengobatan diberikan setiap hari. Panduan pengobatan pada tahap ini adalah dimaksudkan untuk secara efektif menurunkan jumlah kuman yang ada dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh dari sebagai kecil kuman yang mungkin sudah resistensi sejak sebelum pasien mendapat pengobatan. Pengobatan tahap awal pada semua pasien baru harus diberikan selama 2 bulan. Pada umumnya dengan pengobatan secara teratur dan tanpa adanya penyulit, daya penularan sudah sangat menurun. Setelah pengobatan selama 2 minggu.

b) Tahap lanjutan.

Pengobatan tahap lanjutan merupakan tahap penting untuk membunuh sisa-sisa kuman yang masih ada di dalam tubuh khususnya kuman persister sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan.

Table 2.1 Kisaran dosis OAT lini pertama bagi pasien dewasa

OAT	DOSIS			
	Harian		3x/minggu	
	Kisaran dosis (mg/kg BB)	Maksimu m (mg)	Kisaran dosis (mg/kg BB)	Maksimu m/hari (mg)
Isoniazid	5 (4-6)	300	10 (8-12)	900
Rifampisin	10 (8-12)	600	10 (8-12)	600
Pirazinamid	25 (20-30)	-	35 (30-40)	-
Straptomisin	15 (15-18)	-	30 (25-35)	-
Etambutol	15 (12-20)	-	15 (12-18)	1000

3) Panduan OAT yang digunakan di Indonesia (sesuai rekomendasi WHO). Panduan OAT yang digunakan oleh program Nasional Pengendalian Tuberkulosis di Indonesia adalah :

- a) Kategori 1: 2 (HRZE)/4 (HR) 3
- b) Kategori 2 : 2 (HRZE) S/(HRZE)/5 (HR) 3E3.
- c) Kategori anak : 2 (HRS)/4 (HR) atau 2HRZA (s)/4-10HR
- d) Obat yang digunakan dalam tatalaksana pasien TB resistensi obat di Indonesia terdiri dari OAT lini ke-2 yaitu kanamisin, Kepreomisin, levofloksasin, etionamide, sikloserine, moksifloksasin serta OAT.
- e) Lini 1 yaitu pirazinamid dan etambol (Kemenkes, 2011).

b. Penatalaksanaan keperawatan

- 1) Mengatur posisi pasien semi fowler
- 2) Mengajarkan teknik batuk efektif dan menarik napas dalam

- 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.
- 5) Menganjurkan pasien banyak istirahat.
- 6) Menganjurkan menggunakan masker.

B. Konsep dasar asuhan keperawatan

Pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan masalah Tuberkulosis paru terdiri atas 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Kelima proses ini harus dijalankan secara berkesinambungan antara satu terhadap dengan tahapan lainnya.

1. Pengkajian

a. Pengumpulan data

1) Biodata

- a) Identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian, diagnosa medis).
- b) Identitas penanggung jawab (nama, umur, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien).

2) Riwayat kesehatan

- a) Keluhan utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus TB adalah batuk, batuk berdarah, batuk berdahak, sesak napas, nyeri dada, demam.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Keluhan atau gangguan yang sehubungan dengan penyakit yang dirasakan saat ini. Sesak nafas, batuk, nyeri dada, keringat di malam hari, nafsu makan menurun, suhu badan meningkat.

c) Riwayat kesehatan masa lalu

Biasanya klien penderita TB paru, keluhan batuk yang lama pada masa kecil, tuberculosis dari orang lain, pembesaran getah bening dan penyakit lainnya yang memperberat TB paru seperti diabetes melitus.

d) Riwayat kesehatan keluarga.

Biasanya pada keluarga penderita TB memiliki riwayat penyakit tertentu khususnya penyakit tuberculosis, dan penyakit asma bronchial, dan bronchitis kronik.

3) Pola-pola fungsi kesehatan

1) Pola persepsi kesehatan.

Pasien dengan tuberculosi paru biasanya memiliki Persepsi kesehatan yang buruk terhadap penyakit yang dapat menghambat respon kooperatif pada diri pasien.

2) Pola nutrisi dan metabolic.

Pasien dengan tuberculosi paru biasanya kehilangan nafsu makan. Pada pola nutrisi ini pasien TB paru akan mengalami mual, muntah, penurunan nafsu makan dan penurunan berat badan.

3) Pola eliminasi.

Pada klien TB paru biasanya tidak mengalami perubahan atau kesulitan dalam miksi maupun defekasi.

4) Pola aktivitas dan latihan.

Klien dapat mengalami kelemahan umum, napas pendek karena kerja, takikardia, takipnea atau dyspnea pada kerja, kelemahan otot dan nyeri.

5) Pola sensori dan kognitif.

Pada pasien TB paru panca indra (penciuman, perabaan, rasa, penglihatan, pendengaran) tidak ada gangguan.

6) Pola tidur dan istirahat.

Pasien yang menderita TB paru biasanya pola tidur dan istirahat akan terganggu karena batuk.

7) Pola persepsi dan konsep diri.

Perlu dikaji tentang persepsi pasien terhadap penyakit. Persepsi yang salah dapat menghambat respon kooperatif pada diri pasien. Cara memandang diri yang salah juga akan menjadi stresor dalam kehidupan pasien.

8) Pola hubungan dan peran

Pada pasien penderita TB perlu menyesuaikan kondisinya dengan hubungan dan peran, baik di lingkungan rumah tangga, masyarakat ataupun lingkungan kerja serta perubahan peran yang terjadi setelah pasien mengalami sakit penyakit TB paru.

9) Pola koping/toleransi stres.

Pada pasien tuberculosi paru dapat ditemukan banyak stresor. Perlu dikaji penyebab terjadinya stres, frekuensi dan pengaruh stres terhadap kehidupan pasien serta cara penanggulangan terhadap stres.

10) Pola nilai/kepercayaan.

Karena mengalami sesak napas dan nyeri dada biasanya penderita TB paru sering terganggu dengan ibadahnya.

4) Pemeriksaan fisik.

a) Keadaan umum

Tekanan darah normal (kadang rendah karena kurang istirahat), nadi pada umumnya meningkat, pernafasan

biasanya meningkat, suhu biasanya meningkat pada malam hari.

b) Kepala

Biasanya wajah tampak pucat, wajah tampak meringis, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, hidung tidak sianosis, mukosa bibir kering.

c) Thorak

I : terlihat retraksi interkosta dan tarikan dinding dada, biasanya pasien kesulitan saat inspirasi

P : Fremitus paru yang terinfeksi biasanya lemah

P : terdapat suara pekak

A : terdapat bunyi napas tambahan (ronchi)

d) Abdomen

Tampak simetris, terdapat suara tympani.

e) Ekstermitas atas dan bawah

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

b. Tabulasi data

Batuk, batuk berdarah, batuk berdahak, sesak napas, nyeri dada, demam, keringat di malam hari, nafsu makan menurun, kelemahan otot, wajah tampak pucat, wajah tampak meringis, konjungtiva anemis, skelra tidak ikterik, mukosa bibir kering, akral teraba dingin, biasanya CRT>3 detik, berat badan menurun, sulit tidur,

penggunaan otot bantu pernafasan, terlihat retraksi interkosta dan tarikan dinding dada, suara napas ronchi, napas cuping hidung.

c. Klasifikasi data

Ds : batuk, batuk berdahak, batuk berdarah, sesak napas, nafsu makan menurun, demam, keringat di malam hari, nyeri dada, sulit tidur.

Do : Berat badan menurun, batuk, batuk berdahak, batuk berdarah, suara napas ronchi, penggunaan otot bantu pernafasan, terlihat retraksi interkosta dan tarikan dinding dada, kelemahan otot, nyeri dada, napas cuping hidung, wajah tampak pucat, wajah tampak meringis, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, mukosa bibir kering, akral teraba dingin, biasanya CRT>3 detik

d. Analisa data

1) Sign/symptom.

Data subyektif : Batuk, batuk berdahak, batuk berdarah.

Data obyektif : Suara napas ronchi, batuk, batuk berdahak, batuk berdarah, sianosis, frekuensi napas berubah.

Etiologi : Hambatan upaya napas

Problem : Bersihan jalan napas tidak efektif.

2) Sign/symptom.

Data subyektif : Sesak napas.

Data obyektif : pola napas abnormal, napas cuping hidung, takikardia, diaforesis, gelisah, napas cuping hidung, warna kulit abnormal.

Etiologi : Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi.

Problem : Gangguan pertukaran gas.

3) Sign/symptom.

Data subyektif : Sesak napas, dispnea, ortopnea.

Data obyektif : Penggunaan otot bantu pernapasan, sesak napas, ortopnea, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal.

Etiologi : Produksi secret meningkat.

Problem : Pola napas tidak efektif.

4) Sign/symptom

Data subjektif : -

Data objektif : Tanda-tanda infeksi lanjutan dan tidak ada anggota keluarga atau orang terdekat yang tertular penyakit seperti penderita tampak tidak menunjukkan perilaku etika batuk yang benar.

etiologi : Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan.

Problem : Risiko infeksi

5) Sign/symptom.

Data subyektif : Nafsu makan menurun.

Data obyektif : Berat badan menurun.

Etiologi : Peningkatan kebutuhan metabolisme

Problem : Defisit nutrisi.

6) Sign/symptom.

Data obyektif : Demam, keringat di malam hari.

Data obyektif : Demam. Suhu meningkat.

Etiologi : Proses penyakit.

Problem : Hipertermi.

7) Sign/symptom.

Data subyektif : Badan lemah.

Data obyektif : Kelemahan otot, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat.

Etiologi : Kelemahan.

Problem : Intoleransi aktivitas.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada penderita TB Paru diantaranya sebagai berikut :

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan :

Data subyektif : sesak napas, dispnea, ortopnea.

Data obyektif : Penggunaan otot bantu pernapasan, sesak napas, ortopnea, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal.

- b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi sekresi yang tertahan ditandai dengan :

Data subyektif : Batuk, batuk berdarah, batuk berdarah.

Data obyektif : Suara napas ronchi, batuk, batuk berdarah, batuk berdarah, sianosis, frekuensi napas berubah

- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi ditandai dengan :

Data subyektif : Sesak napas.

Data obyektif : pola napas abnormal, napas cuping hidung, takikardia, diaforesis, gelisah, napas cuping hidung, warna kulit abnormal.

- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme ditandai dengan :

Data subyektif : Nafsu makan menurun.

Data obyektif : Berat badan menurun.

- e. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan :

Data obyektif : Demam, keringat di malam hari.

Data obyektif : Demam, Suhu meningkat

- f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan:

Data subyektif : Badan lemah.

Data obyektif : Kelemahan otot, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat.

- g. Risiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.

Data subjektif : -

Data objektif : Tanda-tanda infeksi lanjutan dan tidak ada anggota keluarga atau orang terdekat yang tertular penyakit seperti penderita, pasien tampak tidak menunjukkan perilaku etika batuk yang benar.

3. Intervensi

- a. **Dx 1** : Pola napas tidak efektif berhubungan hambatan upaya napas.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan masalah pola napas tidak efektif dapat teratasi.

Kriteria hasil :

- 1) Tidak menggunakan otot bantu napas.
- 2) Napas vesikuler.

Intervensi :

Manajemen pola napas

Observasi

- 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman)

R : Seberapa derajat spasme bronkus terjadi dengan obstruksi jalan napas, misalnya : penyebaran bunyi napas redup dengan ekspirasi mengi.

- 2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Mengi, wheezing).

R : Bunyi napas mengi/wheezing terdengar suara nyaring selama inspirasi dan ekspirasi yang berhubungan dengan aliran udara melalui jalan napas yang menyempit.

Terapeutik

3) Posisikan dengan posisi semi fowler.

R : Dengan posisi semi fowler dapat mengurangi sesak napas

4) Berikan air hangat

R : Membantu dalam mengencerkan dahak

Edukasi

5) Ajarkan teknik batuk efektif.

R : Memudahkan mengeluarkan dahak.

Kolaborasi

6) Kolaborasi pemberian oksigen.

R : Memaksimalkan pernapasan dengan Meningkatkan masukan oksigen.

b. **Dx II** : Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan masalah bersihan jalan napas tidak efektif dapat teratasi.

Kriteria hasil :

1) Tidak batuk

2) Tidak sesak napas.

- 3) Tidak ada sputum.
- 4) Bunyi napas vesikuler.
- 5) Respiratori dalam batas normal 16-20 x/menit.

Intervensi :

Manajemen jalan napas

Observasi

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

R : Penurunan bunyi napas dapat menunjukkan atelektasis
- 2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)

R : suara napas tambahan seperti atelectasis, ronchi, mengi menunjukkan akumulasi sekret.
- 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

R : Terjadi infeksi apabila sputum dengan warna kuning atau hijau, putih atau kelabu dan terjadi edema paru apabila sputum berwarna merah mudah, mengandung darah dengan jumlah yang banyak.

Terapeutik

- 4) Atur posisi semi fowler atau fowler

R : Memaksimalkan ekspansi paru dan pemasukan oksigen dalam tubuh.
- 5) Berikan minum hangat

R : Minuman hangat dapat mengencerkan dahak

Edukasi

- 6) Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik.

R : Dapat Meningkatkan ventilasi alveoli dan memelihara pertukaran gas.

- 7) Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam

R : Membantu dalam mengeluarkan dahak

Kolaborasi

- 8) Lakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik

R : Untuk kepatenan jalan napas

- c. **Dx III** : Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan masalah gangguan pertukaran gas dapat teratasi.

Kriteria hasil :

- 1) Tidak sesak napas.
- 2) Bunyi napas vesikuler.
- 3) Saturasi oksigen normal 95-100.

Intervensi :

Pemantauan respirasi

Observasi

1) Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, biot, ataksik)

R : Mengetahui frekuensi, irama dan kedalaman pernapasan

2) Auskultasi bunyi napas

R : Mengetahui apakah ada suara napas tambahan (ronchi, mengi, wheezing).

3) Monitor adanya produksi sputum

R : Produksi sputum yang berlebihan akan mengakibatkan hambatan dalam proses pernapasan.

4) Monitor adanya sumbatan jalan napas

R : Sumbatan pada jalan napas akan mempengaruhi respirasi

Terapeutik

5) Atur posisi semi fowler atau fowler

R : Memaksimalkan ekspansi paru dan pemasukan oksigen ke dalam tubuh.

d. **Dx IV** : Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan masalah deficit nutrisi dapat teratasi.

Kriteria hasil :

1) Nafsu makan kembali normal.

2) Porsi makan dihabiskan.

- 3) Berat badan bertambah.
- 4) Frekuensi makan membaik

Intervensi :

Manajemen nutrisi

Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi

R : Menentukan derajat masalah dan membuat intervensi yang tepat

- 2) Identifikasi makanan yang disukai

R : Membantu dalam peningkatan asupan nutrient klien.

- 3) Monitor asupan makanan

R : Mengetahui dan mempertahankan keseimbangan nutrisi tubuh.

- 4) Monitor berat badan

R : Mengetahui kecukupan dan status nutrisi klien

Terapeutik

- 5) Lakukan oral hygiene sebelum makan dan sesudah makan

R : Dapat meningkatkan nafsu makan

- 6) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai.

R : Makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai dapat meningkatkan daya tarik klien untuk makan yang banyak

Edukasi

7) Ajarkan diet yang diprogramkan

R: Dengan mematuhi diet yang diprogramkan akan mempercepat proses pemulihan

Kolaborasi

8) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan

R : Makanan yang seimbang dapat meningkatkan keseimbangan nutrisi tubuh.

e. **Dx V** : Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit.

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah hipetermi dapat teratasi.

Kriteria hasil :

- 1) Tidak demam.
- 2) Suhu tubuh dalam batas normal 36,5⁰-37⁰c.

Intervensi

Manajemen hipertermi

Observasi

1) Monitor suhu tubuh

R : Mengetahui keadaan umum klien dan peningkatan suhu tubuh

2) Monitor kadar elektrolit

R : Mendeteksi secara dini kekurangan cairan serta mengetahui keseimbangan cairan elektrolit dalam tubuh.

Terapeutik

3) Sediakan lingkungan yang dingin

R : Memudahkan dalam proses penguapan

4) Berikan cairan oral

R : Menganti cairan yang hilang.

5) longgarkan atau lepaskan pakian

R : Memberikan rasa nyaman

6) Lakukan pendinginan eksternal (misalnya kompres dingin pada dahi, aksila, lipatan paha).

R : vasodilatasi sehingga terjadi penguapan lebih cepat.

Edukasi

7) Anjurkan tirah baring

R : Mengurangi aktivitas yang berlebihan.

Kolaborasi

8) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu.

R : Pemberian cairan sangat penting bagi klien dengan suhu yang tinggi sehingga bisa menganti cairan yang hilang.

f. **Dx VI** : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah hipetermi dapat teratasi.

Kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan masalah intoleransi aktivitas dapat teratasi.

Kriteria hasil

- 1) Tidak lemah lagi
- 2) Dapat melakukan aktivitas secara mandiri

Intervensi

Manajemen energi:

Observasi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

R : Mengetahui bagian tubuh yang bermasalah sehingga mengganggu dalam beraktivitas.

- 2) Monitor pola dan jam tidur

R : mengetahui kecukupan tidur dan istirahat klien dalam batas normal dan menghindari kelelahan akibat kurang istirahat.

- 3) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

R : Mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait aktivitas yang akan dilakukannya.

Terapeutik

- 4) Ciptakan lingkungan yang nyaman

R : Lingkungan yang nyaman dapat meningkatkan kenyamanan pada pasien.

- 5) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif

R : Dengan latihan rentang gerak dapat mencegah terjadi kekakuan pada sendi dan otot.

- 6) Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.

R : Mengurangi resiko jatuh terhadap pasien.

Edukasi

- 7) Anjurkan tirah baring

R : istirahat yang lebih dan mengurangi aktivitas dapat memulihkan kembali energy.

- 8) Anjurkan melakukan aktivitas bertahap

R : melatih kekuatan otot dan pergerakan agar tidak terjadi kekakuan otot dan sendi.

Kolaborasi

- 9) kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara Meningkatkan asupan makanan.

R : pemberian gizi yang cukup dapat meningkatkan energy.

g. **Dx VII** : Risiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan masalah risiko infeksi dapat teratasi.

Kriteria hasil :

- 1) Pasien dapat memperlihatkan perilaku sehat (menutup mulut ketika batuk atau bersin)
- 2) Tidak ada muncul tanda-tanda infeksi lanjutan dan tidak ada anggota keluarga yang tertular.

Intervensi :

Pencegahan infeksi

Observasi

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi

R : Untuk mengetahui secara dini penyebaran infeksi

Terapeutik

- 2) Batasi jumlah pengunjung

R : Pengunjung yang sedikit dapat mengurangi penyebaran infeksi

- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien

R : Mencegah terjadinya penularan infeksi virus

Edukasi

4) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

R: Agar keluarga pasien mengetahui apa saja tanda dan gejala penyakit infeksi

5) Ajarkan etika batuk

R : Mencegah terjadinya penularan infeksi tuberkulosis

6) Anjurkan Meningkatkan asupan nutrisi

R : Asupan nutrisi yang adekuat dapat meningkatkan daya tahan tubuh

4. Implementasi Keperawatan

Pada tahap implementasi perawat melaksanakan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan dan berbagai aktivitas keperawatan yang telah dituliskan dalam rencana keperawatan pasien, kemampuan penguasaan teknik keperawatan seorang perawat sangat diperlukan pada tahap ini, adapun kemampuan yang diperlukan meliputi kemampuan intelektual untuk menerapkan teori keperawatan kedalam praktek serta kemampuan hubungan interpersonal (Manurung,2011)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, setelah tindakan keperawatan diberikan, perawat mengevaluasi respon pasien untuk memastikan bahwa hasil yang diharapkan telah tercapai, penentuan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana selanjutnya ditentukan melalui hasil evaluasi sehingga evaluasi

akan terus dilakukan, tujuan evaluasi dalam keperawatan merupakan untuk menilai pencapaian tujuan pada rencana keperawatan yang telah ditetapkan, mengidentifikasi variabel-variabel yang mempengaruhi pencapaian tujuan dan mengambil keputusan apakah rencana keperawatan diteruskan, dimodifikasi atau dihentikan (Manurung,2011)

BAB III

METODE PENELITIAN

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, pelaksanaan, dan evaluasi pada klien dengan diagnosa medic TB Paru

B. Subyek Studi Kasus

Subyek studi kasus Subjek yang digunakan pada studi kasus asuhan keperawatan ini adalah Ny. E. S. Adapun subjek studi kasus yang diteliti berjumlah satu kasus dengan masalah keperawatan yang komprehensif dan holistic dengan judul Asuhan Keperawatan Pada pasien Ny. E. S dengan Diagnosa Medis TB Paru di Ruang Penyakit Dalam III (RPD III)

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional).

Table 3.1 Defenisi operasional dalam studi kasus ini :

No.	Pernyataan	Definisi operasional
1	Asuhan Keperawatan	Suatu bentuk pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan meliputi kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual yang diberikan

	langsung kepada klien yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi
2 TB Paru	Merupakan suatu gangguan sistem pernapasan akut yang disebabkan oleh kuman <i>Micobakterium tuberculosis</i>

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus asuhan keperawatan ini akan dilakukan selama 3 hari, di ruang Penyakit Dalam III (RPD III) RSUD Ende pada tanggal 13-15 Juni, 2023

E. Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan usulan studi kasus dengan menggunakan metode studi kasus . Setelah disetujui oleh pembimbing studi kasus dilanjutkan dengan pengumpulan data. Proses pengumpulan data diawali dengan meminta ijin Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan ijin dari Direktur kemudian meminta ijin kepala ruangan perawatan khusus. Setelah mendapatkan ijin, penulis diperbolehkan untuk memilih pasien untuk menentukan kasus yang dipilih. Setelah itu memilih responden lalu menjelaskan tujuan, bila responden setuju penulis meminta tanda tangan *informend Consent*. Data studi kasus berupa hasil pengukuran observasi, wawancara dan studi dokumentasi terhadap kasus yang dijadikan subjek studi kasus.

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 klien, biodata orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan klien 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 adalah mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan klien. Observasi dilakukan dengan menggunakan penglihatan dan alat indra lainnya, melalui rabaan, sentuhan dan pendengaran. Tujuan dari observasi adalah mengumpulkan data tentang masalah yang dihadapi klien melalui kepekaan alat panca indra. Observasi ini dilakukan dengan sengaja dan sadar dengan upaya pendekatan. Selama metode observasi berlangsung perawat melibatkan semua panca indra baik itu melihat dan mendengar apa yang dikatakan pasien, observasi dilakukan selama 3 hari berturut-turut.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah melakukan pemeriksaan fisik klien untuk menentukan masalah kesehatan klien. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan berbagai cara, diantaranya adalah

a) Inspeksi

Yaitu pemeriksaan yang dilakukan dengan cara melihat bagian tubuh yang diperiksa melalui pengamatan. Hasilnya seperti : Mata kuning (icteric), terdapat struma di leher, kulit kebiruan (sianosis), dll

b) Palpasi

Yaitu pemeriksaan fisik yang dilakukan melalui perabaan terhadap bagian-bagian tubuh yang mengalami kelainan. Misalnya adanya tumor, edema, krepitasi (patah/retak tulang), dll.

c) Auskultasi

Yaitu pemeriksaan fisik yang dilakukan melalui pendengaran. Biasanya menggunakan alat yang disebut dengan stetoskop. Hal-hal yang didengarkan adalah : bunyi jantung, suara nafas, dan bising usus.

d) Perkusi

Yaitu pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan mengetuk bagian tubuh menggunakan tangan atau alat bantu seperti refleksi hammer untuk mengetahui refleksi seseorang (dibicarakan khusus). Juga dilakukan pemeriksaan lain yang berkaitan dengan kesehatan fisik klien. Misalnya : kembung, batas-batas jantung, batas hepar-paru (mengetahui pengembangan paru), dll.

4. Studi Kasus

Studi kasus dilakukan dengan mendapatkan data-data laporan dan informasi dari rekam medis pasien

G. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah format asuhan keperawatan medikal bedah yang meliputi pengakjian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

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 klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya, meliputi biodata klien, biodata orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan klien saat berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, dan keluhan-keluhan pasien selama dirawat di rumah sakit

2. Data sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat klien (keluarga), seperti orang tua, saudara atau pihak lain yang mengerti dan dekat dengan klien meliputi riwayat penyakit keluarga, peran keluarga dalam perawatan pasien di rumah maupun di rumah sakit dan studi dokumentasi.

I. Analisa Data

Analisa data yang dilakukan dalam penelitian ini dimulai dengan mengumpulkan data-data yang berupa data keperawatan yang kemudian

diklasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Setelah diklasifikasikan data-data tersebut kemudian dianalisa untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada klien. Dari masalah-masalah keperawatan yang ditemukan tersebut dijadikan diagnosa keperawatan yang akan diatasi dengan perencanaan keperawatan yang tepat dan diimplementasikan kepada klien dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan dan menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus, data-daa dari hasil pengkajian sampai evaluasi diampikan dalam bentuk naratif oleh penulis.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di RSUD Ende tepatnya di Ruangan Penyakit Dalam III. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende merupakan RS tipe C milik pemerintah daerah Kabupaten Ende dengan berbagai fasilitas pelayanan seperti : Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Darurat, Unit Penunjang Medis dan Unit Penunjang Non Medis. Instalasi Rawat Jalan terdiri dari Poli penyakit dalam, Poli bedah, Poli kandungan, Poli anak, Poli gigi dan Poli fisiotherapi. Instalasi Rawat Inap terdiri dari Ruang rawat penyakit dalam, Ruang rawat penyakit bedah, Ruang rawat penyakit kandungan dan kebidanan, Ruang rawat penyakit anak, Ruang rawat perinatal, Ruang rawat intensif (ICU), Ruang paviliun dan Ruang perawatan khusus.

Unit penunjang medis RSUD Ende terdiri dari farmasi, radiologi, laboratorium, kamar bedah, kamar bersalin, elektromedis dan fisiotherapi. Sedangkan unit penunjang non medis terdiri dari bagian administrasi, bagian keuangan, bagian pelayanan medis, bagian keperawatan, instalasi pemeliharaan sarana rumah sakit (IPSRS), unit kamar jenazah, dapur, bilik basuh, sentral oxygen dan sistem informasi manajemen rumah sakit.

B. Studi Kasus

2. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 13 Juni 2023 terhadap Ny. E.S yang masuk Rumah Sakit Umum Daerah Ende pada tanggal 10 Juni 2023.

a. Pengumpulan Data

Pasien berinisial Ny. E. S berusia 58 tahun, asal dari Kecamatan Kotabaru, pekerjaan sehari-hari sebagai petani. Pasien beragama Katolik dan pendidikan terakhir adalah Sekolah Dasar, Pasien sudah menikah dan memiliki 1 anak, penanggung jawab pasien adalah cucu sendiri dengan inisial Tn. W. B umur 29 tahun, pendidikan terakhir adalah SMA, pekerjaan wiraswasta.

1) Keluhan Utama

Pasien mengatakan sesak napas dan batuk berlendir.

2) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan batuk sejak 2 minggu yang lalu dan sesak napas, batuk lendir berwarna putih kental sulit untuk keluar, dan pernah sekali batuk berdarah. Keluarga pasien membawa pasien ke RSUD Ende, masuk rumah sakit melalui IGD pada tanggal 10 Juni 2023 dengan keluhan sesak nafas dan batuk lendir, pasien didiagnosis TB Paru, pasien mendapat terapi obat methylprednisolone 62,5 mg

dan diberikan nebu ventolin 3x1 tube. Setelah dari IGD pasien diantar ke ruangan RPD III, pasien sudah dirawat selama 3 hari, pasien tampak sesak napas, pernapasan 28x/menit, tekanan darah 110/60 mmHg, nadi 100 x/m, suhu 36,7 °C, SpO2 89%. Pasien terpasang oksigen NRM 10 liter per menit, TD : 110/60 mmHg, Nadi 100x/m, Suhu 36,1°C/axilla, RR 28x/m, SpO2 89%, terpasang cairan infus Nacl 0,9 % 20 tpm.

b) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak memiliki riwayat penyakit tertentu seperti Asma bronchial atau Diabetes Melitus tetapi pasien hanya mengalami sakit seperti batuk, pilek, dan sakit kepala.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga pasien mengatakan bahwa tidak ada anggota keluarga yang menderita sakit TBC seperti pasien.

3) Pengkajian Perpola

a) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan jika sakit selalu berobat di fasilitas kesehatan seperti poskesdes dan menggunakan obat-obatan tradisional, pasien tidak merokok dan meminum minuman beralkohol.

Keadaan saat ini : Pasien juga mengatakan bahwa ia tidak tahu pasti apa penyebab ia bisa terinfeksi TB Paru, tetapi pasien merasa faktor cuaca yang berubah ubah sehingga membuat ia mudah sakit.

b) Pola Nutrisi Metabolik.

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi satu piring dan dihabiskan, pasien makan dengan menu seperti nasi, sayuran hijau, kadang-kadang lauk seperti ikan, telur, tahu tempe. Pasien minum 8 gelas/hari. Pasien tidak ada pantangan dalam makan maupun minum. BB sebelum sakit 34 kg

Keadaan saat ini :pasien mengatakan selera makannya berkurang, sulit untuk menelan makanan, pasien makan 3x sehari dengan diet tinggi kalori tinggi protein yaitu nasi, sayuran hijau, telur dan daging. Pasien menghabiskan 5-10 sendok makan ($\frac{1}{2}$ porsi makanan) yang disajikan di Rumah sakit . Minum 4 gelas/hari atau (± 1.100 cc) BB saat sakit 29 kg.

c) Pola Eliminasi

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan BAB 1-2x sehari, dengan konsistensi padat tapi tidak keras, tidak ada keluhan saat BAB, BAK 4-5x/hari warna kuning, tidak ada keluhan saat BAK.

Keadaan saat ini : pasien mengatakan saat ini BAK 4-5x/hari warna urin kuning jernih, bau khas, tidak ada nyeri saat BAK sedangkan BAB selama di Rumah sakit 2 hari sekali.

d) Pola Aktifitas dan Latihan

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan bahwa ia hanya bertani dan melakukan aktivitas yang tidak berat seperti memasak dan membersihkan rumah. Ketika melakukan aktivitas tersebut pasien tidak merasakan sesak napas ataupun cepat lelah.

Keadaan saat ini : pasien mengatakan ia hanya berada di atas tempat tidur, karena sesak napas dan terpasang selang oksigen NRM 10L/m.

e) Pola Istirahat dan Tidur

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan bahwa ia tidur malam dari jam 22.00-04.30 dan istirahat siang 1-2jam. Saat tidur maupun istirahat tidak ada keluhan batuk ataupun sesak napas. pasien tidur puas dan nyenyak.

Keadaan saat ini : pasien mengatakan bahwa walaupun sesak dan batuk tapi masih bisa tidur dengan nyenyak. Pasien tidur malam dari jam 20.30-04.30 dan istirahat siang hari sekitar 4-5 jam.

f) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan bahwa tidak ada gangguan pada sistem penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan dan perasa.

Keadaan saat ini : pasien mengatakan dapat mengingat dengan baik tempat dan orang, dibuktikan dengan pasien mengingat nama perawat dan dokter, pasien mengatakan dapat melihat dengan jelas, dapat mencium bau seperti bau minyak kayu putih dapat meraba dan mendengar dengan baik.

g) Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan bahwa ia adalah seorang petani dan ibu rumah tangga yang memiliki 1 orang anak. Pasien mengatakan ia mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarganya dan lingkungannya.

Keadaan saat ini : pasien tidak dapat menjalankan perannya sebagai petani dan ibu rumah tangga. Pasien juga memiliki hubungan baik dengan para perawat atau sesama pasien dalam ruangan.

h) Pola Mekanisme Penyesuaian Toleransi Terhadap Stress

Kebiasaan sehari-hari : pasien dan keluarga mengatakan jika mengalami masalah pasien selalu bercerita dan tidak pernah menutupi dari anak-anaknya.

Keadaan saat ini : pasien dan keluarga mengatakan jika mengalami masalah pasien selalu bercerita dan tidak pernah menutupi dari anak-anaknya.

i) Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

Kebiasaan sehari-hari : pasien beragama Katolik dan mengatakan sering ke Gereja setiap hari minggu untuk beribadah.

Keadaan saat ini : pasien mengatakan bahwa ia tidak pernah ke Gereja, tapi pasien selalu berdoa didalam hatinya meminta kepada Tuhan agar lekas sembuh.

4) Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum: sedang, Kesadaran composmentis (sadar penuh)
 TD : 110/60 mmHg, Nadi : 100x/m, suhu: 36,1°C/axilla, RR 28x/m, SpO₂ 89%. **Kepala** : tampak bersih, tidak ada nyeri tekan, tidak ada masa, rambut tidak rontok. **Mata** : Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak iterik, bentuk mata simetris, tidak ada penggunaan alat bantu melihat. **Telinga** : tidak ada serumen, bentuk simetris, tidak ada penggunaan alat bantu dengar. **Hidung** : bentuk simetris, tidak ada lesi dan nyeri tekan, tidak ada polip, tidak ada deviasi septum, tidak ada napas cuping hidung, terpasang oksigen NRM 10L/m. **Mulut** : Mukosa bibir lembab, lidah tidak kotor, gigi tidak lengkap lagi, wajah: tampak bersih dan terdapat bercak- bercak putih pada kuli, **Leher** : bentuk simetris, tidak ada

lesi tidak ada pembesaran vena jugularis dan pembesaran tiroid.

Dada : I: bentuk simetris, ada retraksi dinding dada, dyspnea, frekuensi pernapasan 28x/menit, tidak ada nyeri dada saat ditekan, bunyi paru terdengar redup pada lobus atas, suara jantung *murmur* (-), *gallop* (-). **Abdomen**: inspeksi: tidak tampak pembengkakan, perkusi: bunyi timpani, palpasi: tidak ada nyeri tekan, peristaltic usus 20x/menit tidak dilakukan pemeriksaan pada genetalia dengan alasan menjaga privacy pasien. **Ekstermitas** atas tangan kanan dan kiri tidak ada odema dan nyeri tekan namun terdapat bercak putih pada kulit pasien, jari tangan lengkap, tangan kanan terpasang cairan infus NaCL 0,9 % 20 tetes per menit, dan ekstermitas bawah kaki kiri dan kanan tidak ada odema dan nyeri tekan, jari kaki lengkap.

5. Pemeiksaan penunjang

a) Pemeriksaan darah lengkap

Pada tanggal 12 Juni 2023 dilakukan pemeriksaan darah lengkap sebagai berikut :

Tabel 4.1 Pemeriksaan darah lengkap

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
WBC	23.76 +	[10 ³ /U]	(3.60-11.00)
LYMPH#	0.44 -	[10 ³ /U]	(1.00-3.70)
MONO#	0.55	[10 ³ /U]	(0.00-0.70)
EO#	0.01	[10 ³ /U]	(0.00-0.40)
BASO#	0.001	[10 ³ /U]	(0.00-0.10)
NEUT#	22.75+	[10 ³ /U]	(1.50-7.00)

LYMPH%	1.9-	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	2.3	[%]	(2.0-8.0)
EO%	0.0-	[%]	(2.0-4.0)
BASO%	0.0	[%]	(0.0-1.0)
NEUT%	95.8+	[%]	(50.0-70.0)
IG#	0.10	[10 ³ /U]	(0.00-7.00)
IG%	0.4	[%]	(0.0-72.0)
RBC	5.10	[10 ⁶ /U]	(4.40-5.90)
HGB	14.8	[g/dL]	(13.2-17.3)
HCT	46.9	[%]	(40.0-52.0)
MCV	92.0	[fL]	(80.0-100.0)
MCH	29.0	[pg]	(26.0-34.0)
MCHC	31.6	[g/dL]	(32.0-36.0)
RDW-SD	47.7	[fL]	(37.0-54.0)
RDW-CV	13.9	[%]	(11.5-14.5)
PLT	163	[10 ³ /U]	(150-450)
MPV	10.3	[fL]	(9.0-13.0)
PCT	0.16-	[%]	(0.17-0.35)
PDW	9.9	[fL]	(9.0-17.0)
P-LCR	20.5	[%]	(13.0-43.0)

b) Pemeriksaan Radiologi

Pada tanggal 12 Juni 2023, dilakukan pemeriksaan radiologi dengan hasil sebagai berikut :

Gambaran TB Paru dengan lesi aktif, efusi pleura dupleks.

c). Terapi

Terapi yang diberikan pada tanggal 13-15 Juni 2023

Paracetamol infus 3x500 mg/iv, Levofloxacin infus 1x500 mg/iv, ceftriaxone 2x1 gr/iv, Methylprednisolone 3x 125 mg/iv, nebulizer ventolin 3x1 respule/inhalasi, Salbutamol 3x 2 mg, Glyceryl Guaiacolate(GG) 3 x 100 mg, CTM 2x 4 mg, OAT 1x 3 Tablet, vitamin B₆ 1x 1 tablet.

b. Tabulasi Data

Pasien mengatakan sesak napas disertai dengan batuk berlendir dengan warna putih kental yang sulit keluar, ada retraksi dada, pasien hanya mampu makan 5-10 sendok dari porsi makan yang diberikan, nampak tidak ada selera makan, sulit menelan makanan, pasien mengatakan mudah lelah, nampak lemah saat beraktifitas, nampak hanya mampu berbaring dan duduk di atas tempat tidur Bunyi paru terdengar redup, dyspnea, BB 29 kg, TD : 110/60 mmHg, MAP: 78 mmHG, Nadi 100x/m, Suhu 36,1°C/axilla, RR 28x/m, SpO2 89%, terpasang oksigen Nrm 10 liter/m, hasil pemeriksaan lab WBC/Leukosit $23,76 \times 10^3 \mu\text{L}$, *neutrofil 22,75+*, *limfosit 1.9-*, hasil pemeriksaan radiologi gambaran TB Paru dengan lesi aktif, efusi pleura dupleks.

c. Klasifikasi Data

DS : Pasien mengatakan sesak napas disertai batuk berlendir yang sulit keluar dengan warna putih kental, badan terasa lemah, sulit melakukan aktifitas, dan selera makan yang berkurang, dan sulit mengunyah makanan.

DO: keadaan umum sedang, kesadaran composmentis, pasien lemah dan nampak sesak, batuk berlendir dengan warna putih kental yang sulit dikeluarkan, sulit mengunyah makanan, hanya mampu makan 5-10 sendok makan dari porsi makan yang diberikan. Bunyi paru terdengar redup, terlihat retraksi dada, dispnea, TD : 110/60 mmHg, MAP: 78 mmHG, Nadi 100x/m, Suhu

36,1°C/axilla, RR 28x/m, S pO₂ 89%, terpasang oksigen NRM 10 liter/m, hasil pemeriksaan lab WBC/Leukosit 23,76 x10³µL, *neutrofil* 22,75+, *limfosit* 1.9-, hasil pemeriksaan radiologi gambaran TB Paru dengan lesi aktif, efusi pleura dupleks.

d. Analisa Data

- 1) DS : Pasien mengatakan sesak napas disertai batuk berlendir warna putih kental yang sulit dikeluarkan.

DO : keadaan umum sedang, kesadaran composmentis, batuk berlendir warna putih kental yang sulit dikeluarkan, bunyi paru terdengar redup, RR : 28x/menit, SPO₂ : 89%, terpasang oksigen NRM 10 liter/m.

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada klien tersebut maka diangkat masalah bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan.

- 2) DS : Pasien mengatakan sesak napas disertai batuk berlendir Putih kental yang sulit dikeluarkan.

DO : Dyspnea, RR : 28x/menit, , terpasang oksigen Nrm 10 liter/m, SPO₂ : 89%. Pasien mengeluh sesak napas, dispnea terdapat retraksi dada

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada klien tersebut maka diangkat masalah pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.

- 3) DS : Pasien mengatakan setiap kali batuk selalu menutup mulut dengan tisu dan selalu menggunakan masker, keluarga pasien sering tidak memakai masker saat bersama pasien.

DO : Hasil pemeriksaan lab WBC/Leukosit $23,76 \times 10^3 \mu$, *neutrofil* 22,75+, *limfosit* 1.9-, hasil pemeriksaan radiologi gambaran TB Paru dengan lesi aktif, efusi pleura dupleks.

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada klien tersebut maka diangkat masalah resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan.

- 4) DS : pasien merasa lelah, lemah, sesak setelah aktivitas.

DO : pasien tampak lemah, SPO_2 : 89%, RR : 28 x/m.

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada klien tersebut maka diangkat masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

- 5) DS: pasien mengatakan selera makannya berkurang, dan hanya mampu menghabiskan setengah porsi makan yang diberikan, dan sulit mengunyah makanan

DO: : pasien nampak tidak nafsu makan, pasien sulit mengunyah makanan, pasien hanya mampu makan 5-10 sendok dari porsi makan yang diberikan, pasien tidak dapat menghabiskan porsi makan yang diberikan, BB 29 kg.

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada klien tersebut maka diangkat masalah defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dan ketidakmampuan menelan makanan

3. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. E.S maka ditetapkan diagnosa keperawatan sebagai berikut :

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan ditandai dengan :

DS : Pasien mengatakan sesak napas disertai batuk berlendir warna putih kental yang sulit dikeluarkan.

DO: keadaan umum sedang, kesadaran composmentis, batuk berlendir warna putih kental yang sulit dikeluarkan, bunyi paru terdengar redup, RR : 28x/menit, SPO₂ : 89%, terpasang oksigen Nrm 10 liter/m.

- 2) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas ditandai dengan :

DS : Pasien mengatakan sesak napas disertai batuk berlendir Putih kental yang sulit dikeluarkan.

DO : Dyspnea, RR : 28x/menit, terpasang oksigen NRM 10 liter/m, SPO₂ : 89%. Pasien mengeluh sesak napas, dispnea terdapat retraksi dada.

- 3) Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan ditandai dengan :

DS : Pasien mengatakan setiap kali batuk selalu menutup mulut dengan tisu dan selalu menggunakan masker, keluarga pasien sering tidak menggunakan masker saat bersama pasien.

DO : WBC/Leukositm 23,76 x10³μL, *neutrofil* 22,75+, *limfosit* 1.9-, gambaran TB Paru dengan lesi aktif, efusi pleura dupleks.

- 4) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan

DS : pasien merasa lelah, lemah, sesak setelah aktivitas.

DO : pasien tampak lemah, SPO₂ : 89%, RR : 28 x/m.

- 5) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dan ketidakmampuan menelan makanan

DS: pasien mengatakan selera makannya berkurang, dan hanya mampu menghabiskan setengah porsi makan yang diberikan, dan sulit mengunyah makanan

DO: pasien nampak tidak nafsu makan, pasien sulit mengunyah makanan, pasien hanya mampu makan 5-10 sendok dari porsi

makan yang diberikan, pasien tidak dapat menghabiskan porsi makan yang diberikan, BB 29 kg

4. Intervensi Keperawatan

Sebelum dibuatkan rencana keperawatan terhadap masalah yang ditemukan pada Ny. E.S masalah tersebut disusun dalam bentuk prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani. Adapun urutan prioritas masalahnya adalah :

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
- c. Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan
- d. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dan ketidakmampuan menelan makanan.

Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya disusun rencana keperawatan sebagai berikut :

Diagnosa keperawatan I : Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan, data subyektif Pasien mengatakan sesak napas disertai batuk berlendir warna putih kental yang sulit dikeluarkan, data objektif: keadaan

umum sedang, kesadaran composmentis, batuk berlendir warna putih kental yang sulit dikeluarkan, bunyi paru terdengar redup, RR : 28x/menit, SPO₂ : 89%, terpasang oksigen Nrm 10 liter/m. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan jalan napas kembali efektif dengan kriteria hasil sesak berkurang, batuk (-), suara napas mengi (-), suara napas ronchi (-). Intervensi keperawatan

Observasi : 1) Kaji produksi sputum, (warna, bau dan konsistensi).
Rasional : Produksi sputum yang kental dan berlebihan dapat mengakibatkan obstruksi jalan napas. 2) Monitor kemampuan batuk efektif. Rasional : Sputum yang kental dapat menyulitkan untuk keluar.

Edukasi : 3) Jelaskan tujuan serta prosedur teknik napas dalam dan batuk efektif. Rasional : Pasien dapat melakukan teknik batu efektif dengan benar. 4) Ajarkan teknik napas dalam dan batuk efektif. Rasional : teknik napas dalam dan batuk efektif dilakukan untuk memudahkan pengeluaran sekret. Ventilasi maksimal membuka area atelektasis dan meningkatkan gerakan secret untuk dikeluarkan.

Terapeutik : 5) Posisikan pasien semi fowler. Rasional : Membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan. 6) Berikan minum air hangat. Rasional : Dengan menggunakan air hangat dapat memobilisasi dan mengeluarkan secret. 7) Anjurkan pasien melakukan teknik napas dalam dan batuk efektif. Rasional : Pasien dapat melakukan teknik napas dalam dan batuk efektif apabila masih batuk. **Kolaborasi** : 8) Kolaborasi pemberian nebulizer. Rasional :

Menurunkan kekentalan secret dan meningkatkan diameter lumen percabangan trakeobronkial serta untuk keterlibatan luas pada hipoksemia dan bila reaksi inflamasi mengancam.

Diagnosa keperawatan II : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan : Data subjektif : Klien mengeluh sesak napas, dispnea. Data objektif : Frekuensi napas lebih dari normal RR : 28 x/m, SPO₂ : 89%, terdapat retraksi dada, terpasang oksigen NRM 10 liter/m Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola napas kembali efektif dengan kriteria hasil sesak napas menurun, dispnea menurun, penggunaan otot bantu pernapasan menurun, retraksi dada menurun, frekuensi napas normal : 20 x/m. Intervensi keperawatan : **Observasi** :

- 1) Ukur tanda-tanda Vital. Rasional : Mengontrol perkembangan pasien secara dini.
- 2) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas. Rasional : Frekuensi napas meningkat dan irama nafas yang tidak teratur dapat mempengaruhi fungsi pernapasan.
- 3) Monitor pola napas (bradipnea, takipnea). Rasional : Takipnea biasanya ada pada beberapa derajat dan dapat ditemukan pada penerimaan atau selama stress/adanya proses infeksi akut.
- 4) Auskultasi bunyi napas (mengi/wheezing). Rasional : Beberapa derajat spasme bronkus terjadi dengan obstruksi jalan nafas, misalnya : penyebaran bunyi nafas redup dengan ekspirasi mengi (emfisema).
- 5) Monitor saturasi oksigen. Rasional : Perubahan saturasi oksigen merupakan dampak yang adekuat atau tidaknya proses

pertukaran gas pada paru-paru. **Terapeutik** : 6) Posisikan semi fowler atau fowler. Rasional : Membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan. 7) Dokumentasikan hasil pemantauan. Rasional : Mengetahui hasil perkembangan pasien.

Diagnosa keperawatan III : Diagnosa ketiga risiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan ditandai dengan DS : Pasien mengatakan setiap kali batuk selalu menutup mulut dengan tisu dan selalu menggunakan masker. DO : WBC/Leukosit $23,76 \times 10^3 \mu\text{L}$, *neutrofil* 22,75+, *limfosit* 1.9-, gambaran TB Paru dengan lesi aktif, efusi pleura dupleks. Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada klien tersebut maka diangkat masalah resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan dengan tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko penyebaran infeksi dapat teratasi. Kriteria hasil : pasien dapat memperlihatkan perilaku sehat (menggunakan masker, menutup mulut ketika batuk atau bersin), tidak muncul tanda-tanda infeksi lanjutan, tidak ada anggota keluarga/orang terdekat yang tertular penyakit seperti penderita. Rencana keperawatan 1) Gunakan Alat pelindung diri (APD) sebelum melakukan tindakan, rasionalnya Mencegah terjadinya infeksi silang, 2) Kaji potensial penyebaran infeksi melalui droplet nuclei selama batuk, bersin, meludah, berbicara, tertawa, dan lain-lain, rasionalnya Mengetahui kondisi nyata dari masalah pasien,3)

Identifikasi resiko penularan kepada orang lain atau anggota keluarga dan teman dekat, rasionalnya Mengurangi risiko anggota keluarga tertular dengan penyakit yang sama dengan pasien, 4) Ajarkan pasien etika batuk serta cara cuci tangan yang benar rasionalnya Membantu meminimalisir penyebaran infeksi ke orang lain. 5) Anjurkan penggunaan tissue untuk membuang sputum dan gunakan masker untuk mengontrol infeksi, rasionalnya Penyimpanan sputum pada wadah yang terdesinfeksi dan penggunaan masker dapat meminimalkan infeksi melalui airborne (droplet).

Diagnosa keperawatan IV: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan : Data subjektif : klien merasa lelah, Badan terasa lemah. Data objektif : Klien tampak lemah, sesak setelah aktivitas, SPO₂ : 98%, RR : 28 x/m. Intervensi keperawatan : **Observasi** : 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Rasional : Menilai penyebab gangguan fungsi tubuh. 2) Monitor kelelahan fisik. Rasional : Memantau ada atau tidaknya kelelahan fisik. 3) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. Rasional : memantau lokasi ketidaknyamanan selama klien beraktivitas. **Terapeutik** : 4) Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan. Rasional : memberikan rasa nyaman pada klien. 5) Batasi aktivitas yang membuat klien cepat lelah. Rasional : Membatasi aktivitas pada klien dapat menurunkan konsumsi O₂.

Diagnosa keperawatan v : defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan data subjektif: pasien mengatakan selera makannya berkurang, dan hanya mampu menghabiskan setengah porsi makan yang diberikan, dan sulit mengunyah makanan, data objektif : pasien nampak tidak nafsu makan, pasien sulit mengunyah makanan, pasien hanya mampu makan 5-10 sendok dari porsi makan yang diberikan, pasien tidak dapat menghabiskan porsi makan yang diberikan, BB 29 kg, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : Nafsu makan kembali normal, Porsi makan dihabiskan, Berat badan bertambah, Frekuensi makan membaik Rencana keperawatan Manajemen nutrisi, Observasi Identifikasi status nutrisi rasional : Menentukan derajat masalah dan membuat intervensi yang tepat, Identifikasi makanan yang disukai rasional : Membantu dalam peningkatan asupan nutrient klien, Monitor asupan makanan rasional : Mengetahui dan mempertahankan keseimbangan nutrisi tubuh, Monitor berat badan, Rasional : Mengetahui kecukupan dan status nutrisi, Lakukan oral hygiene sebelum makan dan sesudah makan , Rasional Dapat meningkatkan nafsu makan Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai. Rasional : Makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai dapat meningkatkan daya tarik klien untuk makan yang banyak edukasi ajarkan diet yang diprogramkan rasional dengan

mematuhi diet yang diprogramkan akan mempercepat proses pemulihan Kolaborasi , Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan Rasional : Makanan yang seimbang dapat meningkatkan keseimbangan nutrisi tubuh

5. Implementasi

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan selesai dan dilakukan dari tanggal 13-15 Juni 2023.

a. Hari Pertama, Selasa 13 Juni 2023

1) Diagnosa I

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif yaitu: Pukul 07.30^{wita} Mengkaji produksi sputum H/ warna putih kental, produksi sputum sedikit, Pukul 08.00^{wita} Mengukur tanda-tanda vital, RR 28x/m, SpO2 89%. 08.10^{wita} Melayani injeksi Methylprednisolone 125 mg/iv + Ceftriaxone 1 g/iv. Pukul 08.20^{wita} , mengatur posisi semi fowler. Pukul 08.30^{wita} Memberikan nebulizer ventolin 1 respule/ inhalasi. Pukul 09.00^{wita}, menganjurkan pasien untuk minum air hangat. Pukul 18.10^{wita}, mengajarkan clapping Fibrasi pada pasien dan keluarga pasien H/ pasien dan keluarga pasien bisa memahami dan dapat mengulang kembali cara clapping fibrasi dengan menepuk punggung secara halus dengan posisi telapak tangan dicembungkan. Pukul 18.15^{wita} mengajarkan teknik

batuk efektif H/ cara batuk efektif : Posisikan tubuh dalam keadaan duduk dengan kaki menyentuh lantai, letakkan atau lipat tangan di depan ulu hati, lalu ambil napas melalui hidung secara perlahan (bahu tetap rileks), Tarik napas dalam 4-5 kali, Tahan napas selama 2-3 detik, hembuskan perlahan. Pada tarikan napas kelima, sebelum batuk condongkan badan sambil menekan lengan ke ulu hati terlebih dulu, angkat bahu dan longgarkan pergerakan dada, lalu batukkan dengan kencang, kuat dan pendek, ambil napas kembali secara perlahan melalui hidung untuk membantu dahak mengalir ke belakang saluran napas, kemudian buang dahak pada tempat sampah yang sudah diberi desinfektan, kemudian lap mulut dengan tissue serta buang tissue pada tempat sampah medis. Pukul 18.40^{wita} melayani levofloxacin infus 500 mg/iv. Pukul 18.45^{wita} melayani diet tinggi kalori dan tinggi protein (TKTP) 1 porsi. Pukul 19.00^{wita} melayani terapi oral salbutamol 2 mg + GG 100 mg + CTM 4 mg + Pukul 19.00^{wita} melayani paracetamol + ondansentrom 4 mg/iv, infus RL drip Kcl 200 cc

2)Diagnosa II

Tindakan untuk mengatasi masalah pola napas tidak efektif yaitu : Pukul 07.30^{wita} mengkaji kualitas dan kedalaman pernapasan, penggunaan otot bantu, H/ tidak ada penggunaan otot bantu napas, frekuensi pernapasan 28x/menit. Pukul

07.40^{wita} mengkaji kualitas sputum, warna, dan konsistennya, H/ warna sputum putih kental. Pukul 08.20^{wita} mengatur posisi semi fowler. Pukul 18.10 ^{wita} mengajarkan teknik batuk efektif H/ cara batuk efektif : Posisikan tubuh dalam keadaan duduk dengan kaki menyentuh lantai, letakkan atau lipat tangan di depan ulu hati, lalu ambil napas melalui hidung secara perlahan (bahu tetap rileks), Tarik napas dalam 4-5 kali, Tahan napas selama 2-3 detik, hembuskan perlahan. Pada tarikan napas kelima, sebelum batuk condongkan badan sambil menekan lengan ke ulu hati terlebih dulu, angkat bahu dan longgarkan pergerakan dada, lalu batukkan dengan kencang, kuat dan pendek, ambil napas kembali secara perlahan melalui hidung untuk membantu dahak mengalir ke belakang saluran napas, kemudian buang dahak pada tempat sampah yang sudah diberi desinfektan, kemudian lap mulut dengan tissue serta buang tissue pada tempat sampah medis. Pukul 19.05 ^{wita} Mengauskultasi bunyi napas tambahan (mengi, wheezing, ronchi) H/ terdapat bunyi napas terdengar redup.

3) Diagnosa III

Tindakan untuk mengatasi masalah resiko penyebaran infeksi yaitu : Pukul 07.20 ^{wita} menggunakan APD sebelum melakukan tindakan Pukul 09.30 ^{wita} menganjurkan pasien dan keluarga untuk menggunakan masker selama periode

pengobatan TB. Pukul 09.40^{wita} menganjurkan pasien dan keluarga untuk batasi pengunjung. Pukul 09:50^{wita} mengajarkan pasien etika batuk dan cuci tangan yang benar. Cara etika batuk yang benar adalah batuk dengan menutup mulut dengan menggunakan lengan bagian dalam serta menggunakan tissue. Sedangkan cuci tangan dengan menggunakan antiseptic atau hand rub yaitu dengan teteskan handwash/handrub 3-5 tetes kemudian menggosokkan kedua telapak tangan, punggung tangan dan sela-sela jari, mengunci tangan, menggosokkan ibu jari dengan gerakan memutar, kemudian ujung-ujung kuku. H/pasien dan keluarga mengerti cara etika batuk dan cuci tangan.. Pukul 10.00^{wita} menganjurkan pasien untuk membuang sputum, dan gunakan masker serta tissue bekas pakai ke tempat sampah.

4) diagnosa IV

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah intoleransi aktifitas yaitu: Jam 08.00^{wita}: Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan H/pasien mengatakan sulit menggerakkan anggota tubuh karena mudah merasa lelah, Jam 09.10^{wita}: Memonitor kelelahan fisik. Jam 09.15^{wita} : Memonitor kondisi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas H/ pasien mudah lelah jika banyak bergerak, Jam 10.00^{wita} : Memberikan aktivitas distraksi yang menyenangkan dengan hasil klien bercerita

dengan keluarganya H/ pasien nampak rileks saat diajak berbicara,
 Jam 11.00^{wita} : Membatasi aktivitas yang membuat klien cepat lelah
 yaitu, membantu klien duduk di sisi tempat tidur.

5) Diagnosa V

Tindakan yang dilakukan untuk defisit nutrisi yaitu: 07:30
 mengidentifikasi status nutrisi H/ nafsu makan kurang, makan 5-10
 sendok dari porsi makan yang diberikan, jam 09.20 anjurkan pasien
 makan sedikit tapi sering, jam 09:30 pantau intake makanan yang
 masuk, 10:30 menimbang berat badan BB saat ini 29kg, jam 13.00
 menyiapkan pasien makan siang TKTP (bubur,sayur,tahu,ikan)

b. Hari Kedua, rabu 14 Juni 2023

1) Diagnosa I

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi yaitu : Pukul
 07.30^{wita} Mengkaji keluhan pasien, H/ Pasien mengatakan
 sesak napas disertai batuk berlendir warna putih kental. Pukul
 07.40^{wita} Memonitor sputum H/ warna sputum putih kental,
 Pukul 08.00^{wita} Mengukur tanda-tanda vital. RR 26x/m, SpO2
 94%. 08.10^{wita} Melayani injeksi Methylprednisolone 125
 mg/iv + Ceftriaxone 1 g/iv. Pukul 08.20^{wita} Memberikan posisi
 semi fowler H/ Pasien berbaring dengan posisi semifowler atau
 setengah duduk. Pukul 08.30^{wita} Memberikan nebulizer
 ventolin 1 respule/ inhalasi. Pukul 09.00^{wita} Menganjurkan
 pasien untuk minum air hangat. Pukul 09.30^{wita} Menganjurkan

pasien untuk clapping Fibrasi pada pasien dan keluarga pasien H/ pasien dan keluarga pasien bisa memahami cara clapping fibrasi dengan menepuk punggung secara halus dengan posisi telapak tangan dicembungkan. Pukul 09.30^{wita} menganjurkan pasien untuk mengulangi teknik batuk efektif H/ pasien bisa mengulangi cara batuk efektif Pukul 11.00^{wita} melayani levofloxacin infus 500 mg/iv. Pukul 12.00^{wita} melayani diet tinggi kalori dan tinggi protein (TKTP) 1 porsi. Pukul 12.15^{wita} melayani terapi oral salbutamol 2 mg + GG 100 mg + CTM 4 mg + Pukul 13.00^{wita} melayani paracetamol infus 1 g/iv + ondansentro 4 mg/iv

2) Diagnosa II

Tindakan untuk mengatasi masalah pola napas tidak efektif yaitu : Pukul 07.30 mengkaji kualitas dan kedalaman pernapasan, penggunaan otot bantu nafas, H/ tidak ada penggunaan otot bantu napas, frekuensi pernapasan 26x/menit. Pukul 07.40^{wita} Memonitor sputum H/ warna sputum putih kental. Pukul 08.20^{wita} Memberikan posisi semi fowler H/ Pasien berbaring dengan posisi semifowler atau setengah duduk. Pukul 09.30^{wita} menganjurkan pasien untuk mengulangi teknik batuk efektif H/ pasien bisa mengulangi cara batuk efektif. Pukul 11.30^{wita} Mengauskultasi bunyi napas

H/ bunyi napas ronchi berkurang. Pukul 14.00^{wita} melayani terapi oral OAT 3 tablet dan vitamin B₆ 1 tablet.

3) Diagnosa III

Tindakan untuk mengatasi masalah resiko penyebaran infeksi yaitu : Pukul 07.20^{wita} menggunakan APD sebelum melakukan tindakan Pukul 12.30^{wita} menganjurkan pasien dan keluarga untuk menggunakan masker selama periode pengobatan TB. H/ pasien dan keluarga selalu menggunakan masker. Pukul 12.40^{wita} menganjurkan pasien dan keluarga untuk batasi pengunjung. Pukul 12.45^{wita} mengajarkan pasien etika batuk yang benar H/ pasien dan keluarga mengerti cara etika batuk. Pukul 12.55^{wita} menganjurkan pasien untuk membuang sputum, dan gunakan masker serta tissue bekas pakai ke tempat sampah medis. H/ pasien dan keluarga selalu membuang sputum, tissue bekas pakai ke tempat sampah medis serta selalu menggunakan masker.

4) Diagnosa IV

Tindakan untuk mengatasi masalah intoleransi aktivitas yaitu : pukul 09.00 : Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. pukul 09.10 : Memonitor kelelahan fisik. Pukul 09.15 : memonitor kondisi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. pukul 10.00 : Memberikan aktivitas distraksi yang menyenangkan, hasilnya

klien mau berbicara dengan keluarga. pukul 11.00 : Membatasi aktivitas yang membuat klien cepat lelah hasilnya klien dibantu keluarga saat bert toilet.

5).Diagnosa V

Tindakan yang dilakukan untuk defisit nutrisi yaitu: pukul 07:30 mengidentifikasi status nutrisi, nafsu makan kurang, pukul 08.15 melakukan oral hygiene, makan 5-10 sendok dari porsi makan yang diberikan, pukul 09.20 anjurkan pasien makan sedikit tapi sering, pukul 09:30 pantau intake makanan yang masuk, pukul 13.00 menyiapkan pasien makan siang TKTP.

C. Hari Ketiga, Kamis 15 Juni 2023 Tindakan keperawatan dilakukan dilakukan dalam bentuk catatan perkembangan dan dilaporkan pada bagian evaluasi.

4) Evaluasi

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

Hari Pertama, Rabu 13 Juni 2023

a. Diagnosa Pertama

S: Pasien mengatakan sesak napas disertai batuk berlendir warna putih kental yang sulit dikeluarkan.

O: keadaan umum sedang, kesadaran composmentis, batuk berlendir warna putih kental, bunyi paru redup, RR : 28x/menit, SpO₂ : 95%, terpasang oksigen Nrm 10 liter/m.

A: masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi

P: intervensi 1-8 dilanjutkan

b. Diagnosa Kedua

S : Pasien mengatakan sesak napas disertai batuk berlendir warna putih kental yang sulit dikeluarkan.

O :Dyspnea, RR: 26x/menit, terpasang oksigen NRM 10 liter/m, SPO₂ : 95%.

A: masalah pola napas tidak efektif belum teratasi

P: intervensi 1-6 dilanjutkan

c. Diagnosa ketiga

S : Pasien mengatakan sesak napas disertai batuk berlendir warna putih kental, pasien juga rutin mencuci tangan, menggunakan masker serta membuang sputum, dan tissue bekas pakai pada tempat sampah medis.

O : pasien tampak menggunakan masker dan rutin mencuci tangan serta membuang sputum, dan tissue bekas pakai pada tempat sampah medis.

A: masalah resiko penyebaran infeksi belum teratasi

P: intervensi 1-5 dilanjutkan

d. Diagnosa keempat

S: klien mengatakan masih merasa lelah.

O: Badan terasa lemah, aktivitas dibantu keluarga, TD : 100/80 mmHg, N ; 79 x/m, SPO2 ; 95%, RR ; 24 x/m.

A : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi.

P : intervensi 1-5 dipertahankan

e. Diagnosa kelima

S: pasien mengatakan masih belum berselera untuk makan, dan sulit untuk mengunyah makanan.

O: pasien nampak tidak berselera saat makan, sulit mengunyah makanan, dan menghabiskan 5-10 sendok makan dari porsi makan yang diberikan, BB 29kg.

A: masalah defisit nutrisi belum teratasi

P : pertahankan intervensi 1-5

Hari kedua, Kamis 14 Juni 2023

a. Diagnosa Pertama

S: Pasien mengatakan sesak napas disertai batuk berlendir warna putih kental yang sulit dikeluarkan.

O: keadaan umum sedang, kesadaran composmentis, batuk berlendir warna putih kental, bunyi paru redup, RR : 28x/menit, SpO₂ : 95%, terpasang oksigen Nrm 10 liter/m.

A: masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi

P: intervensi 1-8 dilanjutkan

b. Diagnosa Kedua

S : Pasien mengatakan sesak napas disertai batuk berlendir warna putih kental yang sulit dikeluarkan.

O :Dyspnea, RR: 26x/menit, terpasang oksigen NRM 10 liter/m, SPO₂ : 95%.

A: masalah pola napas tidak efektif belum teratasi

P: intervensi 1-6 dilanjutkan

c. Diagnosa ketiga

S : Pasien mengatakan sesak napas disertai batuk berlendir warna putih kental, pasien juga rutin mencuci tangan, menggunakan masker serta membuang sputum, dan tissue bekas pakai pada tempat sampah medis.

O : pasien tampak menggunakan masker dan rutin mencuci tangan serta membuang sputum, dan tissue bekas pakai pada tempat sampah medis.

A: masalah resiko penyebaran infeksi belum teratasi

P: intervensi 1-5 dilanjutkan

d. Diagnosa keempat

S: klien mengatakan masih merasa lelah.

O: Badan terasa lemah, aktivitas dibantu keluarga, TD : 100/80 mmHg, N ; 79 x/m, SPO2 ; 95%, RR ; 24 x/m.

A : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi.

P : intervensi 1-5 dipertahankan.

e. Diagnosa kelima

S: pasien mengatakan masih belum berselera untuk makan, dan sulit untuk mengunyah makanan.

O: Pasien nampak tidak berselera saat makan, sulit mengunyah makanan, dan menghabiskan 5-10 sendok makan dari porsi makan yang diberik1an, BB 29kg.

A: masalah defisit nutrisi belum teratasi

P : pertahankan intervensi 1-5

Hari Ketiga, Jumat, 15 Juni 2023 evaluasi dalam bentuk catatan perkembangan.

a. Diagnosa Pertama

07.00

S: Pasien mengatakan sesak napas disertai batuk berlendir sesekali warna lendir putih encer

O: keadaan umum sedang, batuk lendir sesekali, RR 24x/m, SpO2: 97%.

A: masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian.

P: intervensi dipertahankan

I: Pukul 07.30^{wita} Mengkaji keluhan pasien, H/ Pasien mengatakan sesak napas dan batuk lendir sesekali. Pukul 07.40^{wita} memonitor sputum H/ warna sputum putih encer, produksi sputum sedikit. Pukul 08.00^{wita} mengukur tanda-tanda vital. RR 24x/m, SpO2 97%. 08.10^{wita} Melayani injeksi Methylprednisolone 125 mg/iv + Ceftriaxone 1 g/iv. Pukul 08.30^{wita} Memberikan nebulizer ventolin 1 respule/ inhalasi. Pukul 09.10 menganjurkan pasien untuk minum air hangat. Pukul 09.30^{wita} menganjurkan pasien untuk clapping Fibrasi pada pasien dan keluarga pasien H/ pasien dan keluarga pasien bisa memahami cara clapping fibrasi dengan menepuk punggung secara halus dengan posisi telapak tangan dicembungkan. Pukul 09.30^{wita} menganjurkan pasien untuk mengulangi teknik batuk efektif H/ pasien bisa mengulangi cara batuk efektif Pukul 11.00^{wita} melayani levofloxacin infus 500 mg/iv. Pukul 12.00^{wita} melayani diet tinggi kalori dan tinggi protein (TKTP) 1 porsi. Pukul 12.15^{wita} melayani terapi oral salbutamol 2 mg + GG 100 mg + CTM 4 mg + Pukul 13.00^{wita} melayani paracetamol infus 1 g/iv

E: Keadaan umum sedang, kesadaran composmentis, batuk lendir sesekali warna putih encer, produksi sputum sedikit.

b. Diagnosa Kedua

S: Pasien mengatakan sesak napas disertai batuk berlendir, sesekali warna lendir putih encer

O: keadaan umum sedang, batuk lendir sesekali, RR 24x/m, SpO2 97%.

A: masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian.

P: intervensi dipertahankan

I: Pukul 11.30 ^{wita} Mengauskultasi bunyi napas H/ bunyi napas vesikuler.

Pukul 14.00 ^{wita} melayani terapi oral OAT 3 tablet dan vitamin B₆ 1 tablet

E: sesak napas berkurang, RR 24x/m, SpO₂: 97%.

c. Diagnosa Ketiga

S: Pasien mengatakan sesak napas berkurang, disertai batuk berlendir sesekali pasien juga rutin mencuci tangan, menggunakan masker serta membuang sputum, dan tissue bekas pakai pada tempat sampah medis.

O : pasien tampak menggunakan masker dan rutin mencuci tangan serta membuang sputum, dan tissue bekas pakai pada tempat sampah medis.

A: masalah resiko penyebaran infeksi tidak terjadi

P: intervensi dipertahankan

I: Pukul 07.20 ^{wita} menggunakan APD sebelum melakukan tindakan Pukul 12.30 ^{wita} menganjurkan pasien dan keluarga untuk menggunakan masker selama periode pengobatan TB. H/ pasien dan keluarga selalu menggunakan masker Pukul 12.40 ^{wita} menganjurkan pasien dan keluarga untuk batasi pengunjung. Pukul 12.45 ^{wita} menganjurkan pasien etika batuk yang benar, cara etika batuk yang benar adalah batuk dengan menutup mulut dengan menggunakan lengan bagian dalam serta menggunakan tissue. H/ pasien dan keluarga mengerti cara etika batuk.

Cara etika batuk yang benar. Pukul 12.55 wita menganjurkan pasien untuk membuang sputum, dan gunakan masker serta tissue bekas pakai ke tempat sampah medis. H/ pasien dan keluarga selalu membuang sputum, tissue bekas pakai ke tempat sampah medis serta selalu menggunakan masker.

E: pasien dan keluarga tampak menggunakan masker, rutin mencuci tangan serta membuang dahak pada tempat sampah dan tissue bekas pakai pada tempat sampah.

d.Diagnosa keempat

S: klien mengatakan masih merasa lelah.

O: Badan terasa lemah, aktivitas dibantu keluarga, TD : 100/80 mmHg, N ; 79 x/m, SPO2 ; 97%, RR ; 24 x/m.

A : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi.

P : intervensi 1-5 dipertahankan.

I : Pukul 13.15 : monitor kelelahan fisik H/ pasien nampak mudah lelah jika banyak bergerak pukul, 13.20 : monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas H/pasien tidak nyaman saat duduk lama di atas tempat tidur, pukul 13.35 : Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan. Pukul 13.40 Batasi aktivitas yang membuat klien cepat lelah.

E : Lemah berkurang, aktivitas sebagian dibantu keluarga, masalah intoleransi aktivitas belum teratasi.

d. Diagnosa kelima

S: pasien mengatakan masih belum berselera untuk makan, dan sulit untuk mengunyah makanan.

O: Pasien nampak tidak berselera saat makan, sulit mengunyah makanan, dan menghabiskan 5-10 sendok makan dari porsi makan yang diberikan, BB 29kg.

A: masalah defisit nutrisi belum teratasi

P : pertahankan intervensi 1-5

I : pukul 12:45 mengidentifikasi status nutrisi H/ selera makan pasien masih sangat kurang, makan 5-10 sendok ($\frac{1}{2}$) dari porsi makan yang diberikan, pukul 12:50 menimbang BB, H/ BB 29 kg, pukul 12:55 anjurkan pasien makan sedikit tapi sering, pukul 13.00 pantau intake makanan yang masuk, pukul 13.10 menyiapkan pasien makan siang TKTP (tinggi kalori tinggi protein)

E : selera makan pasien masih kurang, tetapi pasien makan $\frac{1}{2}$ porsi makan yang diberikan, masalah defisit nutrisi teratasi sebagian

C. Pembahasan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan TB Paru menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Ny. E. S Pasien mengatakan sesak napas disertai dengan batuk berlendir dengan warna putih kental yang sulit keluar, ada retraksi dada, pasien hanya mampu makan 5-10 sendok dari porsi makan yang diberikan, nampak tidak ada selera makan, sulit menelan makanan, pasien mengatakan mudah lelah, nampak lemah saat beraktifitas, nampak hanya mampu berbaring dan duduk di atas tempat tidur bunyi paru terdengar redup, dyspnea. BB 29 kg, TD : 110/60 mmHg, MAP: 78 mmHG, Nadi 100x/m, Suhu 36,1^oc/axilla, RR 28x/m, SpO2 89%, terpasang oksigen NRM 10 liter/m, hasil pemeriksaan lab WBC/Leukosit $23,76 \times 10^3 \mu\text{L}$, *neutrofil* 22,75+, *limfosit* 1.9-, hasil pemeriksaan radiologi gambaran TB Paru dengan lesi aktif, efusi pleura dupleks. Sedangkan manifestasi klinis Tuberculosis Paru menurut Mar'iyah Khusnul., Zulkarnain, 2021 adalah berat badan menurun, nafsu makan tidak ada atau berkurang, mudah lesu atau malaise, demam, meriang, batuk bersifat non remitting, dada terasa nyeri, sesak napas, berkeringat malam hari walaupun tanpa aktifitas fisik, dahak bercampur darah. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus, dimana pada kasus pasien tidak mengalami demam, meriang, nyeri dada dan berkeringat pada malam hari. Sedangkan manifestasi klinis yang ada di kasus Ny. E. S semua ditemukan pada kasus.

Hasil pengkajian pada studi kasus ini jua berbeda dengan hasil studi kasus Dita Pramasari, 2019 dengan judul Asuhan keperawatan pada klien

Ny. S dengan diagnosa medis tuberculosis di Ruang Seruni RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dimana pada studi kasus Dita pramasari ditemukan data pasien mengalami hipertermi, nyeri dada dan sesak napas. pada kasus Ny. E. S ditemukan sesak napas, batuk berlendir warna putih kental, ada retraksi dada, hasil pemeriksaan lab WBC/Leukosit $23,76 \times 10^3 \mu\text{L}$, *neutrofil* 22,75+, *limfosit* 1.9-, hasil pemeriksaan radiologi gambaran TB Paru dengan lesi aktif, efusi pleura dupleks. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan dengan studi kasus, dimana data pada kasus Dita pramasari yang tidak ditemukan pada kasus Ny. E.S adalah keluhan demam, meriang, keringat malam hari tidak dirasakan pasien karena tidak terjadinya pelepasan endotoksin yang merangsang prostaglandin (substansi kimia yang menyebabkan peradangan) sehingga demam tidak dipersepsikan pada set point (hipotalamus). Hal ini didukung oleh teori Manurung (2008) demam merupakan gejala utama dari TB Paru yang sering muncul pada sore dan malam hari disertai dengan keringat malam hari sebagai akibat pelepasan dari endotoksin (pirogen endogen) yang merangsang prostaglandin sehingga demam dipersepsikan pada set point (Thermoregulator).

Hasil pengkajian pada studi kasus Dita Pramasari yang tidak ditemukan pada kasus Ny. E. S adalah nyeri dada. nyeri dada dapat timbul apabila kuman *mycobacterium tuberculosis* menginfiltrat pleura sehingga terjadinya pleuritis, dan nyeri yang dirasakan akibat iritasi pleura parietalis terasa tajam seperti ditusuk – tusuk dengan pisau.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak semua manifestasi klinis yang ada pada teori ditemukan pada penderita TB Paru.

2. Diagnosa Keperawatan

Masalah keperawatan yang muncul pada Ny. E. S adalah Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan secret, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dan ketidakmampuan menelan makanan. Sedangkan Diagnosa keperawatan yang ada pada teori adalah, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi yang tertahan, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme, hipertermi berhubungan dengan proses penyakit, intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme, sedangkan diagnosa gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi dan hipertermi berhubungan dengan proses penyakit, ini tidak ditegakan karena ketika kuman mycobacterium tuberculosis tidak menginfiltrat pada lobus paru maka tidak terjadi peradangan sehingga zat aktif peradangan (prostaglandin)

tidak menghantarkan impuls ke set poin (Thermoregulator) dan hipertermia tidak dipersepsikan. Pada lobus yang terinfiltrat juga tidak sampai ke alveoli yang tidak menyebabkan perubahan tekanan antara oksigen dengan karbonmonoksida sehingga tidak berdampak gangguan pertukaran gas.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan berfokus pada masalah yang muncul. Intervensi ditujukan untuk menurunkan atau mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, resiko infeksi, intoleransi aktivitas, defisit nutrisi. Maka tindakan yang harus dilakukan yaitu tindakan observasi, mandiri, edukasi dan kolaborasi untuk dapat mengatasi masalah tersebut.

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2016). Implementasi keperawatan merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing order untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik yang dilaksanakan untuk memodifikasi faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien (Mutaqqin, 2008).

5. Evaluasi

Dari hasil evaluasi yang dilakukan pertanggal 15 Juni 2023 menunjukkan pada diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian dengan hasil pasien mampu mendemonstrasikan batuk efektif dan suara napas vesikuler, menunjukkan jalan napas yang paten (frekuensi napas dalam batas normal : RR 20-24x/m) dapat disimpulkan tujuan diagnosa pertama dapat teratasi

Pada diagnosa keperawatan kedua pola napas tidak efektif teratasi sebagian dengan kriteria hasil : pasien nampak masih sesak napas , RR 20-24x/m,. Dapat disimpulkan tujuan diagnosa kedua evaluasi pada teori dan kasus belum tercapai.

Pada diagnosa keperawatan ketiga resiko penyebaran infeksi tidak menjadi aktual dengan kriteria hasil: pasien dapat memperlihatkan perilaku sehat (menggunakan masker, mencuci tangan, melakukan etika batuk dengan benar, membuang dahak serta tissue bekas pakai pada tempat sampah medis).

Pada diagnosa keperawatan keempat intoleransi aktivitas belum teratasi dengan kriteria hasil : pasien belum mampu melakukan aktifitas secara mandiri dan masih dibantu keluarga

Pada diagnosa kelima defisit nutrisi teratasi sebagian dengan kriteria hasil, pasien mampu menghabiskan stenga porsi makanan dari porsi makan yang diberikan, selera makan pasien bertambah.

D. Keterbatasan Studi Kasus

Dalam melakukan penelitian studi kasus ini terdapat keterbatasan yaitu faktor orang atau manusia, orang dalam hal ini pasien yang hanya berfokus pada satu pasien saja membuat peneliti tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah-masalah yang mungkin di dapatkan dari pasien yang lainnya dengan diagnosa yang sama.

E. Implikasi untuk Keperawatan

Terdapat beberapa peran perawat yang ditemukan dalam studi kasus ini, antara lain :

a. Sebagai Pendidik

Peran perawat sebagai pendidik yaitu memberikan informasi berupa pengajaran mengenai pengetahuan dan keterampilan dasar, pada studi kasus nyata ini ditemukan perawat menjelaskan apa yang kurang dipahami pasien dari segi penyakit TBC dan perawatannya.

b. Sebagai Advokat

Peran perawat sebagai advokat yaitu tindakan perawat dalam mencapai suatu untuk kepentingan pasien atau bertindak untuk mencegah kesalahan yang tidak diinginkan ketika pasien sedang menjalani pengobatan, pada studi kasus nyata ini ditemukan peran perawat sebagai advokat adalah perawat selalu mendampingi pasien apabila pasien mengalami kesulitan dan membutuhkan bantuan.

c. Sebagai Pemberi Perawatan

Peran perawat sebagai pemberi perawatan secara langsung pada individu, keluarga atau kelompok, pada studi kasus nyata ini ditemukan perawat melakukan asuhan keperawatan langsung kepada pasien Ny. E. S. Hasil penelitian ini bisa digunakan sebagai pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan TB Paru selain itu juga sebagai bahan masukan untuk meningkatkan pelayanan pasien TB Paru di Ruang RPD III, khususnya di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengkajian dari studi kasus pada klien Ny. E.S dengan diagnosa TB Paru di RPD III RSUD penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian ditemukan keluhan sesak napas, disertai dengan batuk berlendir dengan warna putih kental yang sulit keluar, ada retraksi dada, pasien hanya mampu makan 5-10 sendok dari porsi makan yang diberikan, nampak tidak ada selera makan, sulit menelan makanan, pasien mengatakan mudah lelah, nampak lemah saat beraktifitas, nampak hanya mampu berbaring dan duduk di atas tempat tidur Bunyi paru terdengar redup, dyspnea, BB 29 kg, TD : 110/60 mmHg, MAP: 78 mmHG, Nadi 100x/m, Suhu 36,1°C/axilla, RR 28x/m, SpO₂ 89%, terpasang oksigen Nrm 10 liter/m, hasil pemeriksaan lab WBC/Leukosit 23,76 x10³μL, *neutrofil* 22,75+, *limfosit* 1.9-, hasil pemeriksaan radiologi gambaran TB Paru dengan lesi aktif, efusi pleura dupleks.
2. Diagnosa keperawatan ada 5 yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, resiko penyebraran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, intoleransi aktifitas berhubungan dengan katidakseimbangan

suplai dan kebutuhan oksigen, defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme

3. Perencanaan tindakan yang harus dilakukan yaitu tindakan observasi, mandiri, edukasi dan kolaborasi.
4. Implementasi keperawatan dilaksanakan selama 3 hari untuk mengatasi bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, resiko penyebaran infeksi, intoleransi aktifitas, defisit nutrisi.
5. Evaluasi pelaksanaan asuhan keperawatan diketahui, pada masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif teratasi sebagian, masalah pola napas tidak efektif tertasi sebagian, masalah resiko penyebaran infeksi tidak terjadi, masalah intoleransi aktivitas belum teratasi, masalah defisit nutrisi belum teratasi.
6. Pelaksanaan asuhan keperawatan sebagaimana yang dijelaskan dalam teoritis tidak selamanya ditemukan dan dilaksanakan dalam kasus nyata.

A. Saran

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

1. Bagi perawat

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi diharapkan perawat lebih meningkatkan keterampilan dalam pelayanan asuhan keperawatan kepada pasien dengan Tuberkulosis Paru

2. Bagi institusi pendidikan

Agar meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan dengan meningkatkan sarana praktek, perpustakaan dengan buku yang edisi terbaru dan praktek laboratorium yang efektif untuk menambah skill mahasiswa

3. Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan selalu meningkatkan pola hidup yang sehat dan teratur serta mematuhi segala anjuran yang disampaikan oleh petugas kesehatan untuk mencegah komplikasi.

DAFTAR PUSTAKA

Asrotin, Rodiatu Sufi. 2020. *Asuhan Keperawatan pada Ny. J dengan Kasus Tuberkulosis Paru di puskesmas Rambipuji-Jember*. Fakultas Ilmu kesehatan Universitas Muhamadia Jember. Diambil tanggal 04 Maret 2023 dari <http://fikes.unmuhjember.ac.id>

Dita, Pramasari. 2019. Asuhan keperawatan pada klien Ny.S Dengan Diagnosa Medis Tuberculosis di Ruang Seruni RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/285/1/Untitled.pdf>

Gabriel, Yehezkiel, Juliana, & Monica. (2021). Penanggulangan TBC di Indonesia melalui Gerakan TOSS TBC. *Jurnal Kesehatan Prima*, 15(1), 57–67.

Kardiyudiani, Ni Ketut, & Susanti, B. Ayu Dwi. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah I* (I. Kusuma Dewi (ed.)). PT. Pustaka Baru.

Kemkes RI. (2022). Profil Kesehatan Indonesia 2021. In F. Sibuea, B. Hardhana, & W. Widiyanti (Eds.), *Pusdatin.Kemkes.Go.Id*.

Manurung, S. Dkk. (2008). *Gangguan Sistem Pernafasan Akibat Infeksi*. Jakarta: CV. Trans Info Media.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Tuberkulosis*.

Kristini, T., & Hamidah, R. (2020). Potensi Penularan Tuberculosis Paru pada Anggota Keluarga Penderita. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 15(1), 24–28.

Mar'iyah, K., & Zulkarnain. (2021). Patofisiologi penyakit infeksi tuberkulosis. In *Prosiding Seminar Nasional Biologi*, 7(1), 88–92. <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/psb>

Nurrasyidah Ira. (2018). Ulin Komplikasi-TB-Paru. In *RSUD Ulin Banjarmasin* (pp. 16–17).

Manurung, S. Dkk. (2008). *Gangguan Sistem Pernafasan Akibat Infeksi*. Jakarta: CV. Trans Info Media.

profil kesehatan Kabupaten Ende (2023)

Profil Rumah Sakit Umum Daerah Ende. 2023.

Samhatul, I., & Bambang, W. (2019). Penanggulangan Tuberculosis Paru dengan Strategi DOTS. *Higeia J Public Heal Res Dev*, 2(2), 331–341.

Umara, anissa fitrah, Prihandana, S., Netty, & Hidayat, A. (2023). *buku ajar keperawatan medikal bedah s1 keperawatan jilid 1* (linda presti Febriana & tim MCU group (eds.); 1st ed.). https://books.google.co.id/books?id=3GiuEAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Ns.+Netti,+S.Kep.,+M.Pd.,+M.Kep.%22&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&source=gb_mobile_search&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Tim Pokja SDKI PPNI, 2016, *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, definisi dan indikator Diagnostik*. Jakarta , Dewan Pengurus PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018, *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, definisi dan tindakan keperawatan*, edisi I, cetakan II.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018, *Standar Luaran Keperawatan Indonesia, definisi dan kriteria hasil keperawatan*, edisi I, cetakan II.

LAMPIRAN



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



LEMBAR KONSUL PROPOSAL/KTI

Nama : Ferawati Mutiara Fadli
NIM : PO.5303202200516
Pembimbing : Yustina P.M Paschalia, S.Kep.,Ns.,M.Kes

No	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1	24/02/2023	<ul style="list-style-type: none"> melaporkan diri -konsul judul -acc judul -menentukan masalah studi kasus -menyusun latar belakang pada BAB I 	
2	02/03/2023	Konsultasi BAB I : <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki cara pengetikan - Perubahan pada latar belakang, yang terdiri dari interduction, besarnya masalah, dampaknya, dan konsep solusi dan kesenjangan - Penulisan tujuan dan manfaat 	
3	10/03/2023	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki pada BAB I, besarnya masalah di mulai dari dunia, nasional, provinsi, daerah dan tempat penelitian. - Pada konsep solusi tambahkan penatalaksanaan pada masalah studi kasus - Tambahkan perbandingan studi kasus terdahulu - Perbaiki tujuan dan manfaat penelitian. - Lanjutkan BAB II 	
4	24/03/2023	Konsultasi BAB I dan BAB II : <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki Penulisan definisi masalah pada BAB II diambil dari buku - Pengaturan dalam pengetikan, spasi dan margin sesuai dengan Panduan Penulisan KTI - Penulisan konsep masalah keperawatan diambil dari buku SDKI sesuai dengan masalah yang ada pada studi kasus - Tambahkan dengan daftar pustaka Lanjutkan BAB III	

5	17/04/2023	Perbaiki BAB I-III <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penulisan daftar pustaka semua sumber yang ada pada studi kasus di tulis dalam daftar pustaka - Lengkapi semua format penulisan yang dibutuhkan. - Perbaiki pada defenisi operasional 	
6	09/05/2023	Konsultasi BAB I-III <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki di bab 1 tambahkan pada upaya pengendalian TB - Perbaiki BAB III pada batasan istilah istilah, dan prosedur studi kasus,dan analisa data. 	
7	15/05/2023	Konsultasi BAB I-III <ul style="list-style-type: none"> -perbaiki pada upaya pengendalian TB - perbaiki pada konsep askep - perbaiki pada metodologi penelitian 	
8	17/05/2023	Konsultasi BAB I-III <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki pathway, sesuaikan pada diagnosa - Perbaiki setiap kalimat yang kurang - Perbaiki pada penelitian terdahulu - Perbaiki pada setiap spasi antar kalimat 	
9	18/05/2023	Acc poposal	
10	08/06/2023	Revisi Bab 1-3 <ul style="list-style-type: none"> -tambahkan dampak pada pasien TB Pau - pada Bab 3 teknik pengumpulan data, obsevasi, dan pemeriksaan fisik dipisah -pemeriksaan thoraks dipisah berdasarkan IPPA 	
11	09/06/2023	<ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi lembar konsultasi 	
12	13/06/2023	KTI <ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi pengkajian - Lengkapi data pemeriksaan lab dan radiologi 	
13	15/06/2023	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan lama pasien dirawat saat dikaji pada pengumpulan data dibagian riwayat penyakit sekarang - Pada pemeriksaan fisik lengkapi - Diagnosa sesuai prioritas utama 	
14	25/07/2023	<ul style="list-style-type: none"> - Kriteria hasil dibuat sesuai masalah keperawatan - Indikator masalah keperawatan yaitu masalah teratasi dan belum teratasi 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi pada riwayat kesehatan sekarang - Lengkapi pada riwayat penyakit masa lalu - Perbaiki Pada pembahasan bagian pengkajian - Pada intervensi menjelaskan apa itu intervensi - Perbaiki tabulasi dan klasifikasi data 	
15	27/07/2023	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki pada pola nutrisi metabolik - Cantumkan tanggal pada pemeriksaan radiologi - Lengkapi data DS pada diagnosa resiko infeksi - Lengkapi diagnosa defisit nutrisi - Perbaiki implementasi pada semua diagnosa 	
16	01/08/2023	<ul style="list-style-type: none"> - Ganti etiologi defisit nutrisi dengan penigkatan kebutuhan - Pada evaluasi yaitu mengukur indikator masalah keperawatan seperti sudah teratasi atau belum teratasi dan apa tindakan yag dilakukan apabila masalah keperawatan tersebut belum teratasi - Perbaiki kesimpulan dan saran 	
17	11/08/2023	<ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi pada pembahasan - Perbaiki simpulan pada bagian evaluasi - Perbaiki pada bagian abstrak - Perbaiki penulisan - Tambahkan uraian dari pengkajian keperawatan samai dengan evaluasi keperawatan pada bagian evaluasi keperawatan 	
18	15/08/2023	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki pembahasan - Perbaiki simpulan bagian evaluasi - Lengkapi pada pada implementasi keperawatan - Perbaiki pengetikan 	
19	16/08/2023	<ul style="list-style-type: none"> - ACC 	

Mengetahui,
Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Aris Wawomeo, M.Kep.Ns.,Sp.Kep.Kom
NIP : 19660114 199102 1 001