

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN K. R DENGAN
DIAGNOSA MEDIS *TUBERKULOSIS PARU* DI RUANGAN
PERAWATAN KHUSUS (RPK) RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH



OLEH :

**HELENA MARIA YULITA
NIM. PO.5303202210052**

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

2024

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN K. R DENGAN
DIAGNOSA MEDIS *TUBERKULOSIS PARU* DI RUANGAN
PERAWATAN KHSUS (RPK) RSUD ENDE
KARYA TULIS ILMIAH**

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



OLEH

**HELENA MARIA YULITA
NIM. PO5303202210052**

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

2024

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Helena Maria Yulita
NIM : PO5303202210052
Program Studi : D-III Keperawatan Ende
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Tn K. R Dengan
Diagnosa Medis *Tuberkulosis Paru* Di
Ruangan Perawatan Khsus (RPK) RSUD Ende

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

Ende, 23 Agustus 2024
Yang membuat pernyataan



Helena Maria Yulita
NIM. PO.5303202210052

LEMBAR PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN K. R DENGAN DIAGNOSA
MEDIS *TUBERKULOSIS PARU* DI RUANGAN PERAWATAN KHUSUS
(RPK) RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH :

**Helena Maria Yulita
NIM. PO5303202210052**

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

Ende, 23 Agustus 2024

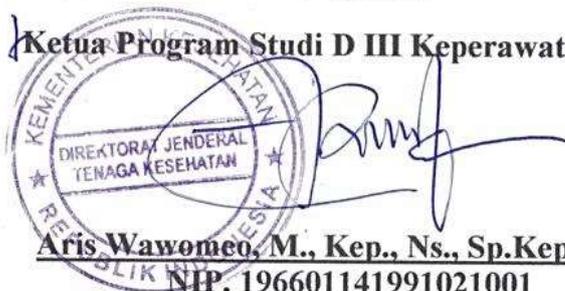
Pembimbing



**Anatolia Karmelita Doondori, S. Kep., Ns., M, Kep
NIP. 197602171999032001**

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



**Aris Wawomeo, M., Kep., Ns., Sp.Kep., Kom
NIP. 196601141991021001**

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN K. R DENGAN DIAGNOSA
MEDIS *TUBERKULOSIS PARU* DI RUANGAN PERAWATAN KHUSUS
(RPK) RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH:

HELENA MARIA YULITA
PO5303202210052

karya tulis ilmiah ini telah diujikan dan dipertanggung jawabkan pada tanggal
03 september 2024

Penguji Ketua



Aris Wawomeo, M., Kep., Ns., Sp.Kep., Kom
NIP. 196601141991021001

Penguji Anggota



Anatolia K. Doondori, S. Kep., Ns., M, Kep
NIP. 197602171999032001

Disahkan oleh :

**Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



Aris Wawomeo, M.Kep, Ns., Sp.Kep.Kom
NIP. 19660114199102 1001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan yang maha Esa, karena atas berkat dan rahmatnya, penulis dapat menyelesaikan proposal karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Tuberculosis Paru di Rungan Perawatan Kusus RSUD Ende” dapat terselesaikan dengan baik. Laporan karya tulis ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan pada program studi keperawatan Ende. Penulis banyak menemukan kesulitan dan hambatan, namun berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, sudah sepantasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan banyak Terimakasih kepada :

1. Bapak Irfan, S.KM ., M. Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M. Kep., Ns., Sp. Kep. Kom, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini, dan sekaligus selaku penguji yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis dan memberikan masukan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ibu Anatolia K. Doondori, S.Kep., Ns., M. Kep selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

4. Ibu Dr. Ester Puspita Jelita, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan studi kasus di RSUD Ende
5. Bapak Mohamad Erwin Yahya, AMK selaku kepala Ruangan Perawatan Khusus RSUD Ende yang telah memberikan ijin kepada penulis dalam melaksanakan studi kasus.
6. Tn K. R dan keluarga yang telah bersedia memberikan informasi yang di butuhkan penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah.
7. Para dosen dan tenaga kependidikan Program Studi DIII Keperawatan Ende yang selalu mendukung penulis dalam menyelesaikan karya Tulis ilmiah ini.
8. Kedua Orang Tua : Almarhum Ayah Adrianus Yosep Siu dan Almarhum Ibu Yustina Bene yang dengan sabar mempertaruhkan hidupnya untuk membesarkan penulis dengan penuh rasa kasih sayang yang kini penulis telah menyelesaikan pendidikan di bangku kuliah
9. Kakak Hendrikus Bai, Frans Detu, Grasiona Sinta, Imakulata Anggo, Fiktor Banda, Sebastians Reko, Mikhel son dan Ponaan Eltrisna Da'a, Avelino Bay Mbulu, Vilgentian Yustina Bene, Silvester Malvin Siga yang telah memberi dukungan penuh terhadap kesuksesan penulis.
10. Rekan-rekan mahasiswa angkatan 2021 program studi DIII Keperawatan Ende yang selalu mendukung penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa karya Tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga penulis sangat membutuhkan masukan dan koreksi yang

bersifat membangun dari kesempurnaan karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata penulis mengucapkan limpah terima kasih dan berharap semoga studi kasus ini dapat bermanfaat bagi siapapun yang membacanya.

Ende, 23 Agustus 2024

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. K. R Dengan Diagnosa Medis Tuberculosis Paru Di Ruang Perawatan Khusus (RPK) RSUD Ende

Helena Maria Yulita ⁽¹⁾

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

Aris Wawomeo, M., Kep., Ns., Sp. Kep., Kom ⁽³⁾

Tuberculosis (TBC) merupakan penyakit menular yang merupakan penyebab utama gangguan Kesehatan dan salah satu penyebab utama kematian di seluruh dunia. Angka kejadian penyakit *Tuberculosis* paru di Indonesia pada tahun 2020 sebesar 301 per 100.000 penduduk.

Tujuan studi kasus agar dapat menerapkan asuhan keperawatan pada Tn K. R dengan Diagnosa Medis *Tuberculosis* Paru di Ruangan Perawatan Khusus di RSUD Ende.

Metode yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

Hasil Studi Kasus Pada pengkajian Tn K. R ditemukan data bahwa pasien mengatakan sesak napas, lemah, batuk, batuk lendir bercampur darah, nyeri dada, bunyi paru ronchi, pernapasan cuping hidung, Nadi : 97×/m, suhu : 36,0°C, RR : 28×/m, TD : 110/70mmHg, SPO2 : 98%, terpasang O2 NRM 10 Lpm, pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak ditemukan bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Hipersekresi Jalan Napas, Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Napas, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan. Setelah di lakukan perawatan dan pengobatan 3×24 jam terhadap pasien Tn K. R diperoleh hasil bahwa masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian, masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian, masalah gangguan pola tidur teratasi, masalah intoleransi aktifitas teratasi, masalah resiko penyebaran infeksi tidak terjadi.

Setiap penderita TB Paru berbeda-beda tanda dan gejalanya tergantung dari lamanya seseorang menderita sehingga gejalanya belum terlalu parah maka disarankan pada penderita TB Paru harus tetap menjaga pola kesehatannya dan patuh dalam pengobatan.

Kepustakaan : 21 Buah (2011-2023)

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Tuberculosis Paru

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

ABSTRACT

Nursing care for Mr K. R patient with a medical diagnosis of pulmonary tuberculosis in the Special Treatment Room (RPK) RSUD Ende

Helena Maria Yulita⁽¹⁾

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

Aris Wawomeo, M., Kep., Ns., Sp. Kep., Kom⁽³⁾

Tuberculosis (TB) is an infectious disease that is a major cause of health problems and one of the leading causes of death worldwide. The incidence of pulmonary tuberculosis in Indonesia in 2020 was 301 per 100,000 population.

The purpose of the case study is to be able to apply nursing care to Mr. K. R with a Medical Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis in the Special Care Room at Ende Hospital.

The method used in this scientific paper is the case study method with a nursing care approach that includes assessment, nursing diagnosis, nursing intervention, implementation, and nursing evaluation.

Case Study Results In the assessment of Mr. K. R, it was found that the patient said shortness of breath, weakness, cough, coughing up mucus mixed with blood, chest pain, rhonchi lung sounds, nasal flaring, Pulse: 97×/m, temperature: 36.0°C, RR: 28×/m, BP: 110/70mmHg, SPO2: 98%, installed O2 NRM 10 Lpm, TCM examination using sputum or phlegm found Mycobacterium Tuberculosis bacteria. Ineffective airway clearance related to Airway Hypersecretion, Ineffective breathing pattern related to Respiratory Effort Obstruction, Activity intolerance related to weakness, Sleep pattern disturbance related to environmental obstacles, Risk of spreading infection related to increased exposure to environmental pathogenic organisms. After 3x24 hours of treatment and medication for patient Mr. K. R, the results showed that the problem of ineffective airway clearance was partially resolved, the problem of ineffective breathing patterns was partially resolved, the problem of sleep pattern disorders was resolved, the problem of activity intolerance was resolved, the problem of the risk of spreading infection did not occur.

Each patient with pulmonary TB has different signs and symptoms depending on how long a person has suffered so that the symptoms are not too severe, it is recommended that patients with pulmonary TB must continue to maintain their health patterns and comply with treatment.

Literature : 21 pieces (2011-2013)

Keywords : Nursing Care, Pulmonary Tuberculosis

1. Student Ende Nursing DIII Study Program
2. Advisory Lecturer for the DIII Nursing Study Program Ende
3. Examining Lecturer for the DIII Nursing Study Program, Ende

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Studi Kasus	6
D. Manfaat.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Konsep penyakit	8
1. Pengertian penyakit Tuberculosis	8
2. Etiologi.....	11
3. Patofisiologi.....	12
4. Pathway	13
5. Manifestasi klinis	15

6. Pemeriksaan Diagnostik	16
7. Penatalaksanaan.....	17
8. Komplikasi	20
B. Konsep Asuhan Keperawatan.....	20
1. Pengkajian	20
2. Diagnosa Keperawatan.....	28
3. Intervensi keperawatan.....	29
4. Implementasi Keperawatan	41
5. Evaluasi Keperawatan	42
BAB III METODE STUDI KASUS	43
A. Jenis/Rancangan/Desain Studi Kasus.....	43
B. Subyek Studi Kasus.....	43
C. Batasan Istilah (Defenisi Operasional).....	43
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	44
E. Metode/Prosedur Studi kasus	44
F. Teknik Pengumpulan Data	44
G. Instrumen Pengumpulan Data	45
H. Keabsahan Data	45
I. Analisa Data	46
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	47
A. Hasil Studi Kasus	47
B. Pembahasan	84

BAB V PENUTUP	89
5.1 Kesimpulan	89
5.2 Saran.....	91
DAFTAR PUSTAKA	92

DAFTAR GAMBAR

Gambar.1 Pathway TB Paru.....	13
-------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Asuhan Keperawatan	94
Kartu Konsul KTI	102
Jadwal Kegiatan	108
Penjelasan Sebelum Melakukan Studi Kasus	109
Informent Consent.....	110
Daftar Riwayat Hidup	111

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberculosis (TBC) merupakan penyakit menular yang merupakan penyebab utama gangguan kesehatan dan salah satu penyebab utama kematian di seluruh dunia. Tuberculosis di sebabkan oleh basil mycobacterium tuberculosis, yang menyebar ketika penderita TBC mengeluarkan bakteri ke udara (misalnya melalui batuk). Kuman TBC ini biasanya menyerang organ paru-paru bisa juga di luar paru-paru (ekstra paru). Hampir sepertempat penduduk dunia terinfeksi dengan kuman mycobacterium tuberculosis, sekitar 89% TBC diderita oleh orang dewasa, dan 11% diderita oleh anak-anak. Indonesia berada pada peringkat ke-3 dengan penderita TBC tertinggi di dunia setelah india dan china. Secara global di perkirakan 9,9 juta orang menderita TBC pada tahun 2020. Jumlah kematian akibat Tuberculosis secara global pada tahun 2020 sebesar 1,3 juta, hal ini mengalami peningkatan jika dibandingkan tahun 2019 yaitu 1,2 juta. (WHO, Global Tuberculosis Report, 2021).

Menurut Global Tuberculosis Report tahun 2021, pada tahun 2020 angka insiden TBC di Indonesia sebesar 301 dari 100.000 penduduk, menurun jika dibandingkan dengan angka insiden TBC tahun 2019 yaitu sebesar 312 per 100.000 penduduk. Sedangkan angka kematian TBC tahun 2019 dan 2020 masih sama yaitu sebesar 34 per 100.000 penduduk. Pada tahun 2021 jumlah kasus tuberkulosis yang ditemukan sebanyak 397.377 kasus, meningkat bila

dibandingkan semua kasus tuberkulosis yang ditemukan pada tahun 2020 yaitu sebesar 351.936 kasus. Berdasarkan Badan Pusat Statistik Provinsi NTT (BPS NTT, 2022) jumlah orang yang terdiagnosis TB paru dari tahun ke tahun terus meningkat. Pada tahun 2020 tercatat 4.795 orang terdiagnosis TB paru. Pada tahun 2021 tercatat mengalami peningkatan sebanyak 4.798 kasus orang terdiagnosis TB pada tahun 2022 tercatat 7.268 kasus. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Ende (Dinkes Kabupaten Ende, 2023). Menjelaskan bahwa pada tahun 2020 terdapat 236 kasus, tahun 2021 terdapat 333 kasus, tahun 2022 sebanyak 540 kasus dan pada tahun 2023 sebanyak 501 kasus. Data tersebut menunjukkan bahwa terjadi peningkatan kasus di tahun tahun 2022 sebanyak 540 kasus dan terjadi penurunan di tahun 2023 sebanyak 501 kasus. Rumah sakit umum Daerah Ende mencatat bahwa pada tahun 2020 kasus TB paru sebanyak 54 kasus, tahun 2021 sebanyak 107 kasus, tahun 2022 sebanyak 321 kasus, tahun 2023 sebanyak 344 kasus. Data tersebut menunjukkan bahwa terjadinya peningkatan di tahun 2023 sebanyak 344 kasus. (RSUD Ende, 2023). Di Ruang Perawatan Khusus (RPK) mencatat bahwa pada tahun 2020 kasus TB paru sebanyak 81 kasus, tahun 2021 mengalami peningkatan sebanyak : 92 kasus, tahun 2022 : 40 kasus, pada tahun 2023 : 80 kasus, tahun 2024 dari bulan Januari-April 24 kasus. Data di atas menunjukkan bahwa angka kejadian tuberkulosis terus meningkat atau fluktuasi. Berdasarkan data yang didapatkan penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan di ruangan perawatan khusus RSUD Ende karena dilihat dari angka kejadian TB yang cukup tinggi dan meningkat

bahwa RSUD Ende merupakan satu-satunya RS di Kota Ende dan didukung dengan jangkauan yang mudah sehingga dapat memudahkan penulis dalam melakukan penelitian. (RSUD Ende, 2024)

Beberapa faktor yang menjadi faktor resiko terjadinya TB paru antara lain faktor demografik (umur, pekerjaan, tingkat pendidikan), Faktor lingkungan rumah (luas ventilasi, kepadatan hunian, intensitas pencahayaan, jenis lantai, kelembaban rumah, suhu dan jenis dinding), Faktor Perilaku (kebiasaan membuka jendela setiap pagi dan kebiasaan merokok) serta riwayat kontak (Sarifudin & Sabir, 2023). Hasil Penelitian yang dilakukan oleh Sulistyawati & Ramadhan (2021) tentang faktor resiko TB paru dengan 3 faktor, yaitu adanya riwayat keluarga TB, merokok, dan kondisi ventilasi rumah yang buruk. Temuan dalam penelitian dari ketiga faktor didapatkan paling tinggi adalah merokok. dari 39 penderita TB 31 orang (79% yang merupakan perokok aktif).

Tingkat kematian akan semakin tinggi apabila penderita TB menghentikan pengobatan. Dampak dari tidak minum obat TB adalah gagalnya pengobatan dan semakin meluasnya kuman TB sehingga menimbulkan kekebalan bakteri tuberculosis terhadap obat Anti Tuberkulosis atau disebut dengan *Multi Drug Resisten* (MDR). Putus berobat akan menjadi masalah individu dan masyarakat, dikarenakan dapat menyebabkan peningkatan penularan, resistensi, hingga mortalitas (Heck, 2011). Penyakit Tuberculosis paru akan semakin parah dan menimbulkan komplikasi apabila mengalami kegagalan atau tidak dilakukan penanganan dengan benar.

Komplikasi tuberculosis dapat diklasifikasikan menjadi dua yaitu komplikasi dini dan komplikasi lanjut. Komplikasi dini diantaranya adalah: pleuritis, efusi pleura, empiema, laringitis, usus. Sedangkan komplikasi lanjut diantaranya yaitu: obstruksi jalan napas hingga sindrom gagal napas dewasa atau *Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)*, sindrom obstruksi pasca tuberculosis, kerusakan parenkim yang sudah berat, fibrosis paru, kor pulmonal, karsinoma pada paru, dan komplikasi pada beberapa organ akibat TBC milier. Dikatakan stadium lanjut karena dapat berakibat kematian yang disebabkan oleh adanya syok, kolaps spontan akibat kerusakan jaringan paru, serta penyebaran infeksi ke organ tubuh lain seperti otak, tulang, persendian, dan ginjal (Pratiwi, 2020).

Upaya penanggulangan penyakit TB sudah dilakukan melalui berbagai program kesehatan di tingkat Puskesmas, berupa pengembangan strategi penanggulangan TB yang dikenal sebagai strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short Course* = pengawasan langsung menelan obat jangka pendek), DOTS merupakan suatu strategi dalam upaya penanggulangan TB yang terbukti secara ekonomis paling efektif dapat menekan penularannya, juga mencegah perkembangannya MDR (*Multi Drugs Resistance* = kekebalan ganda terhadap obat) TB, tetapi hasilnya masih dirasakan belum sesuai dengan yang diharapkan. Oleh karena itu diharapkan adanya perhatian dari pihak-pihak terkait dalam upaya Meningkatkan keterlibatan peran pelayanan penanganan TB paru sehingga dari upaya tersebut diharapkan tercapainya tujuan WHO yang terdapat pada Sustainable Development Goals (SDGs)

yaitu mengakhiri epidemic TB pada tahun 2030 adalah pengurangan 90% dalam jumlah kematian TB dan pengurangan 80% dalam tingkat TB (kasus baru per 100.000 penduduk per tahun) (WHO, 2020). Dalam hal ini dukungan keluarga sangat diperlukan untuk memotivasi anggota keluarganya yang menderita TBC untuk tetap melanjutkan pengobatan sesuai dengan anjuran.

peran perawat sangat penting dalam merawat pasien TB paru antara lain sebagai pelayanan kesehatan, pendidik dan perorganisasian pelayanan kesehatan yang khususnya adalah sebagai pemberian asuhan keperawatan. Sebagai perawat hendaknya memberikan asuhan keperawatan untuk mencapai kesehatan pasien yang optimal antara lain dengan pemberian posisi semi fowler, melatih batuk efektif, minum obat secara teratur, menjaga pola makan, berolahraga, harus menggunakan masker agar tidak tertular pada orang sekitar, tetap menjaga daya tahan tubuh, dan memeriksa kesehatan secara rutin. Perawat juga berperan penting sebagai motivasi dan edukasi pada keluarga berkaitan dengan pola hidup sehat, serta kepatuhan minum obat. Keluarga menjadi salah satu pendukung meningkatnya kesehatan penderita untuk optimis dalam mencapai kesembuhan.

Berdasarkan uraian di atas, penulis merasa tertarik melakukan studi kasus tentang “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diagnosa medis Tuberculosis Paru di RSUD Ende”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dapat dirumuskan masalah dalam penulisan proposal karya tulis ilmiah ini adalah “Bagaimana gambaran

pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan diagnosa medis Tuberculosis Paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende ”

C. Tujuan Studi Kasus

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

1. Tujuan umum

Menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diangnosa medis TB paru di RSUD Ende.

2. Tujuan Khusus

a. Menggambarkan pengkajian keperawatan pada pasien dengan diangnosa medis TB paru di RSUD Ende

b. Merumuskan Masalah keperawatan pada pasien dengan diangnosa medis TB paru di RSUD Ende

c. Menyusun rencana keperawatan pada pasien dengan diangnosa medis TB paru di RSUD Ende

d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diangnosa medis TB paru di RSUD Ende

e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis TB paru di RSUD Ende

f. Mampu menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus pada pasien dengan diagnosa medis TB paru di RSUD Ende

D. Manfaat

1. Manfaat teoritis

Manfaat studi kasus pada pasien Tuberculosis adalah sebagai pengembangan ilmu pengetahuan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Tuberculosis Paru di RSUD Ende.

2. Manfaat praktis

a. Bagi klien

Studi kasus yang dilakukan diharapkan dapat menambah pengetahuan klien sehingga mampu melakukan perawatan secara mandiri terhadap pasien.

b. Bagi Rumah Sakit

Dapat dijadikan sebagai masukan bagi perawat yang ada untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang benar dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan pada pasien yang menderita Tuberculosis Paru.

c. Bagi peneliti selanjutnya

Sebagai literature yang dapat digunakan bagi peneliti yang akan datang dengan perencanaan yang dapat dikembangkan sesuai dengan perkembangan ilmu keperawatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep penyakit

1. Pengertian penyakit Tuberculosis

Tuberculosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh basil *Mycobacterium tuberculosis*. Mikobakterium ini ditransmisikan melalui droplet udara, sehingga seorang penderita tuberculosis merupakan sumber penyebab penularan tuberculosis (Demayaty Santi Dwi, dkk 2018).

Tuberkulosis adalah suatu penyakit kronik yang berbentuk batang dan bersifat tahan asam sehingga sering dikenal dengan Basil Tahan Asam (BTA). Sebagian besar kuman TB sering ditemukan menginfeksi parenkim paru dan menyebabkan TB paru, namun bakteri ini juga memiliki kemampuan menginfeksi organ tubuh lainnya (TB ekstra paru) seperti pleura, kelenjar limfe, tulang, dan organ ekstra paru lainnya. (Guanabara et al., 2020).

a. Klasifikasi

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

1. Klasifikasi berdasarkan Lokasi anatomi dari penyakit :

1) Tuberkulosis paru

Adalah TB yang terjadi pada parenkim (jaringan) paru. Milier TB dianggap sebagai TB paru karena adanya lesi pada jaringan paru. Limfadenitis TB dirongga dada efusi pleura tanpa

terdapat gambaran radiologis yang mendukung TB pada paru, dinyatakan sebagai TB ekstra paru.

2) Tuberkulosis Ekstra Paru

Adalah TB yang terjadi pada organ selain paru, misalnya : pleura, kelenjar limfe, abdomen, saluran kencing, kulit, sendi, selaput otak, dan tulang. Diagnosis TB ekstra paru dapat ditetapkan berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis atau klinis.

2. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan uji kepekaan obat

Pengelompokan pasien di sini berdasarkan hasil uji kepekaan contoh uji dari mycobacterium tuberculosis terhadap OAT dan dapat berupa

- a) Mono resisten (TB MR) : resisten terhadap salah satu jenis OAT lini pertama saja
- b) Poli resisten (TB PR) : resisten terhadap lebih dari satu jenis OAT lini pertama selain isoniazid (H) dan Rifampisin (R) secara bersamaan
- c) Multi drug resisten (TB MDR) : resisten terhadap isoniazid (H) dan Rifampisin (R) secara bersamaan
- d) Extensive drug resisten (TB XDR) : adalah TB MDR yang sekaligus juga resisten terhadap salah satu OAT golongan fluorokuinolon dan minimal salah satu dari OAT lini kedua jenis suntikan (kanamisin, kapreomisin, dan amikasin).

- e) Resisten Rifampisin (TB RR) resisten terhadap rifampisin dengan atau tanpa resisten terhadap OAT lain yang terdeteksi menggunakan metode fenotip (konvensional).
- b. Riwayat pengobatan TB sebelumnya : baru atau sudah pernah diobati
 - a) Pasien baru TB : adalah pasien yang belum pernah mendapatkan pengobatan TB sebelumnya atau sudah pernah menelan OAT namun kurang dari 1 bulan (dari 28 dosis).
 - b) Pasien yang pernah di obati TB : adalah pasien yang sebelumnya pernah menelan OAT namun kurang dari 1 bulan atau lebih (\geq dari 28 dosis).

Pasien ini selanjutnya di klasifikasikan berdasarkan hasil pengobatan TB terakhir, yaitu :

- a) Pasien kambuh : adalah pasien TB yang pernah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap dan disaat ini didiagnosa TB berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis atau klinis (baik karena benar-benar kambuh atau karena reinfeksi).
- b) Pasien yang diobati kembali setelah gagal: adalah pasien TB yang pernah diobati dan dinyatakan gagal pada pengobatan terakhir.
- c) Pasien yang diobati kembali setelah putus berobat (*lost to follow-up*): adalah pasien yang pernah diobati dan dinyatakan *lost to follow up* (klasifikasi ini sebelumnya dikenal sebagai pengobatan pasien setelah putus berobat/default).

c. Faktor Resiko

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

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

2. Etiologi.

Penyebab tuberculosis paru yaitu infeksius bakteri mikobakterium. tuberculosis yang umumnya menyerang organ paru manusia. Penyakit ini ditularkan oleh penderita BTA positif yang menyebar melalui droplet nuclei yang keluar saat penderita batuk ataupun bersin. Bakteri yang menyebar di udara dapat hirup oleh orang sehat sehingga dapat menyebabkan infeksi.

Mycobakterium tuberculosis merupakan bakteri gram positif yang bersifat aerob obligat (bakteri yang mutlak memerlukan oksigen bebas dalam hidupnya), tidak mempunyai endospore dan kapsul, tidak motil,

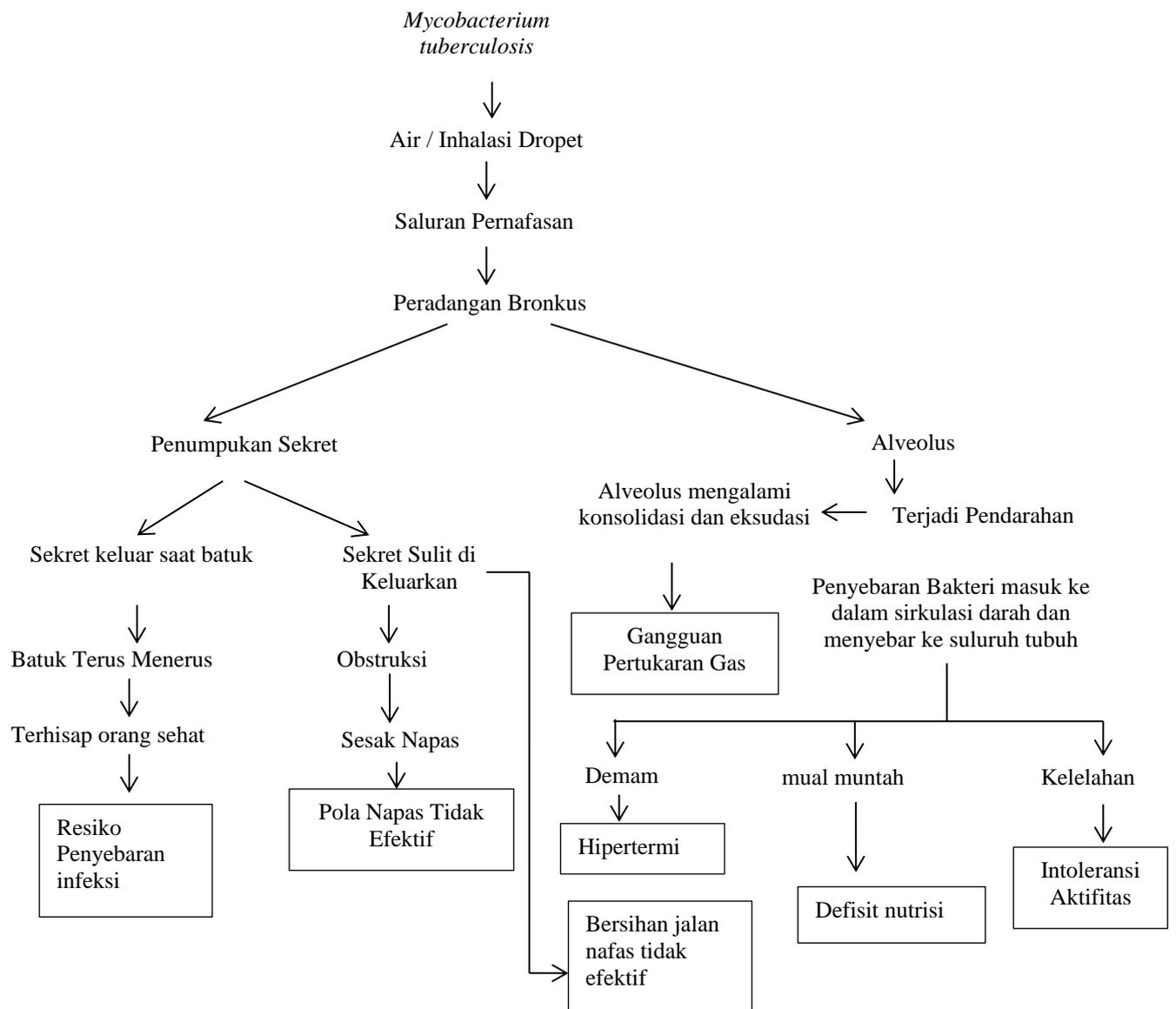
tahan terhadap asam, bentuk sel batang dengan ukuran $0,2-0,4 \times 2-10 \mu\text{m}$, tumbuh pada suhu 37°C dengan pertumbuhan yang lambat yaitu 2-60 hari. Genus bakteri ini mempunyai karakteristik yang unik karena memiliki dinding sel yang kaya akan lipid dan lapisan tebal peptidoglikan yang mengandung asam mikolat, arabinogalaktan terinfeksi (Wahdi, A & Puspitasari, D, 2021).

3. Patofisiologi

Patofisiologi penyakit tuberculosis dimulai dari masuknya bakteri ke dalam alveoli lalu sistem imun dan sistem kekebalan tubuh akan merespon dengan cara melakukan reaksi inflamasi. Fagosit menekan bakteri dan limfosit spesifik tuberculosis menghancurkan bakteri dan jaringan normal. Reaksi tersebut menimbulkan penumpukan eksudat di dalam alveoli yang bisa mengakibatkan bronchopneumonia. Selanjutnya terbentuk granulomas yang diubah menjadi fibrosa, bagian sentral dari masa tersebut disebut ghon tuberculosis dan menjadi nekrotik membentuk masa seperti keju dan membentuk jaringan kolagen kemudian bakteri menjadi dorman. Penularan tuberculosis dipengaruhi oleh faktor umur, jenis kelamin, kebiasaan merokok, pekerjaan, status ekonomi, dan lingkungan. Penderita tuberculosis umumnya akan mengalami gejala seperti batuk lebih dari dua minggu, sesak nafas, mudah lelah, nafsu makan turun, dahak bercampur darah yang berasal dari saluran pernapasan yang sepanjang salurannya terdapat daerah yang menghasilkan enzim/asam dengan warna biasanya

merah segar dan mungkin disertai gumpalan, demam, dan berat badan menurun (Khusnul Mar'iyah, Zulkarnain, 2020)

4. Pathway



Gambar.1 Pathway TB Paru

5. Manifestasi klinis

Berdasarkan pendapat menurut beberapa para ahli dimana gejala penyakit TB sendiri tergantung pada lokasi lesi, sehingga dapat menunjukkan manifestasi klinis sebagai berikut:

a. Menurut (Guanabara et al., 2020) gejala TB dapat meliputi :

- 1) Batuk \geq 2 minggu
- 2) Batuk berdahak
- 3) Batuk berdahak dapat bercampur darah
- 4) Dapat disertai nyeri dada
- 5) Sesak napas.

Adapun dengan gejala lain meliputi :

- 1) Malaise atau mudah lelah
- 2) Menggigil, demam.

b. Menurut (Mar'iyah Khusnul, n.d.) tanda dan gejala seseorang mengalami Tuberculosis Paru meliputi :

- 1) Berat badan yang turun selama 3 bulan berturut-turut
- 2) Batuk yang bersifat nonremitting (tidak pernah reda atau intensitas semakin lama semakin parah)

Dengan gejala lain seperti :

- 3) Tidak adanya nafsu makan atau berkurang
- 4) Berkeringat pada malam hari walaupun tanpa aktifitas fisik.

6. Pemeriksaan Diagnostik

Merurut Black & Hawks, Lewis tahun 2014, pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada klien dengan TB paru yaitu :

1) Uji tuberculin

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

2) Uji quantiferon-TB Gold

Merupakan pemeriksaan darah yang di gunakan untuk menentukan bagaimana sistem imunitas klien breakasi terhadap mikobakterium tuberculosis. Hasil positif dari tes ini mengindikasikan bahwa pasien pernah terinfeksi.

3) Rontgen Dada

Menunjukkan adanya infiltrasi lesi pada paru-paru bagian atas, timbunan kalsium dari lesi primer atau penumpukan cairan. Perubahan yang menunjukkan perkembangan tuberculosis meliputi adanya kavitas dan area fibrosa

4) Pemeriksaan dahak

Pemeriksaan ini penting dilakukan karena dengan ditemukannya kuman BTA diagnosis tuberculosis sudah dapat dipastikan. Pemeriksaan dilakukan 3 kali yaitu : dahak sewaktu datang, dahak pagi, dan dahak sewaktu kunjungan kedua. Bila didapatkan hasil 9 dua kali positif maka dikatakan mikroskopik BTA positif. Bila satu positif, dua kali negatif maka pemeriksaan ulang akan didapatkan satu kali positif maka dikatakan mikroskopik BTA negatif.

7. Penatalaksanaan

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

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 Tuberculosis (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.
- 3) 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.

b. Penatalaksanaan keperawatan

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

1. Mengatur posisi pasien semi fowler

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

2. Ajarkan teknik napas dalam dan batuk efektif

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

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

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

5. Menganjurkan pasien banyak istirahat.

6. Menganjurkan menggunakan masker.

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

8. Komplikasi

Tanpa pengobatan, tuberculosis bisa berakibat fatal. Penyakit aktif yang tidak diobati biasanya menyerang paru-paru, namun bisa menyebar ke bagian tubuh lain melalui aliran darah. Komplikasi tuberculosis meliputi :

- a. Nyeri tulang belakang. Nyeri punggung dan kekakuan adalah komplikasi yang umum.
- b. Kerusakan sendi. Atritis tuberculosis biasanya menyerang pinggul dan lutut.
- c. Masalah hati dan ginjal. Hati dan ginjal membantu menyaring limbah dan kotoran dari aliran darah. Fungsi ini akan terganggu jika hati dan ginjal terkena tuberculosis.
- d. Gangguan jantung menyebabkan ketidakmampuan jantung untuk memompa secara efektif (Puspasari, 2019).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Merupakan tahap pertama dalam proses Asuhan Keperawatan. Di dalam pengkajian ada beberapa kegiatan diantaranya (Listia, M 2019)

a. Pengumpulan data

Data yang diperoleh dikumpulkan dengan cara observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik, data-data tersebut meliputi :

1. Biodata

Biodata yang menjadi fokus terkait dengan penyakit tuberkulosis yaitu:

a) Jenis kelamin

Penderita tuberkulosis cenderung lebih tinggi pada laki-laki, dikarenakan memiliki kebiasaan merokok dan minum alkohol sehingga dapat menurunkan imun.

b) Usia

Usia 15-65 tahun ke atas berpotensi lebih besar terkena tuberkulosis paru

c) Pendidikan

Tingkat pendidikan dan pemahaman yang rendah dapat mempengaruhi tingginya penularan kasus tuberkulosis. Hal ini disebabkan oleh rendahnya pemahaman akan penularan penyakit.

d) Pekerjaan

Jenis pekerjaan seseorang menjadi salah satu faktor penularan penyakit. Umumnya ditemukan jenis pekerjaan yang mejawibkan seseorang berada diluar ruangan yang memungkinkan dirinya dapat berinteraksi dengan banyak orang, sehingga meningkatkan proses penularanya.

e) Tempat tinggal

Sanitasi lingkungan rumah sangat mempengaruhi keberadaan bakteri mycobacterium tuberculosis, dimana bakteri

mycobacterium dapat hidup selama 1 sampai 2 jam bahkan sampai beberapa hari hingga berminggu-minggu tergantung ada tidaknya sinar matahari, ventilasi, kelembaban, suhu, kepadatan penghuni rumah.

1. Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama pada pasien dengan tuberculosi paru antara lain : Batuk, Batuk berdarah, Sesak napas, Nyeri dada, Demam, Penurunan nafsu makan

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 tubuh meningkat.

c) Riwayat kesehatan dahulu
Biasanya klien penderita tuberculosi paru, keluhan batuk yang lama pada masa kecil, tuberculosi dari orang lain, pembesaran getah bening dan penyakit lainnya yang memperberat tuberculosi paru seperti diabetes melitus.

d) Riwayat kesehatan keluarga
Menanyakan pada anggota keluarga atau orang terdekat klien yang menderita penyakit tuberculosi paru sehingga diteruskan penularannya.

2. Sebelas pola fungsi kesehatan

a) Pola Peresepsi dan pemeliharaan kesehatan

Biasanya adanya riwayat kebiasaan merokok, minum alkohol, dan penggunaan obat-obatan atau tempat tinggal yang memiliki ventilasi yang kuarang, kurang cahaya matahari juga dapat memicu penyakit tuberkulosis paru. Upaya pemeliharaan kesehatan pada pasien TB Paru anatar lain : minum obat secara teratur, menjaga pola makan, berolahraga, harus menggunakan masker agar tidak tertular pada orang sekitar, tetap menjaga daya tahan tubuh, dan memeriksa kesehatan secara rutin.

b) 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.

c) Pola eliminasi.

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

d) Pola aktivitas dan latihan.

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

e) Pola sensori dan kognitif.

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

f) Pola tidur dan istirahat.

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

g) 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.

h) Pola hubungan dan peran

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

i) Pola reproduksi seksual

Penderita TB paru akan mengalami perubahan pola reproduksi dan seksual karena kelemahan dan nyeri dada.

j) Pola coping atau toleransi stres.

Pada pasien dapat ditemukan banyak stresor. Perlu dikaji penyebab terjadinya stres, frekuensi dan pengaruh stres

terhadap kehidupan pasien serta cara penanggulangan terhadap stres.

k) Pola nilai kepercayaan.

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

3. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan kesehatan pada pasien Tuberkulosis Paru meliputi pemeriksaan fisik umum, secara persistem berdasarkan hasil observasi keadaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, dan pengkajian psikososial. Biasanya pemeriksaan berfokus pada dengan pemeriksaan menyeluruh pada sistem pernafasan yang dialami klien. (Melkias & Dikson, 2021).

a) Keadaan Umum

Badan tampak kurus, pucat, sesak napas, mukosa bibir kering, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, cuping hidung, sianosis, batuk terus menerus, Tekanan darah normal (kadang rendah karena kurang istirahat), nadi pada umumnya meningkat, pernafasan biasanya meningkat (normal pernafasan 16-20×/m), suhu biasanya meningkat pada malam hari.

b) Wajah

Mata konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, cuping hidung, mukosa bibir kering, pucat.

c) Thorax

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

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

Perkusi : Biasanya saat di perkusi terdapat suara pekak.

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

1) Ekstremitas

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

b. Tabulasi Data

Dispnea, bunyi suara napas tambahan, napas cuping hidung, sianosis, gelisah, sputum berlebih, tidak mampu mengeluarkan sputum, batuk, batuk berdarah, penggunaan otot bantu pernapasan, nafsu makan menurun, mual muntah, badan tampak kurus, berat badan menurun, demam, kulit terasa hangat, lelah, tarikan dinding dada, nyeri dada.

c. Klasifikasi Data

DS : Dispnea, tidak mampu mengeluarkan sputum, lelah, nafsu makan menurun, mual muntah, sulit tidur, demam, batuk, batuk

berdarah,

DO : Bunyi suara napas tambahan, napas cuping hidung, sianosis, gelisah, sputum berlebih, batuk, batuk berdarah, penggunaan otot bantu pernapasan, kulit terasa hangat, tampak kurus, berat badan menurun.

d. Analisa Data

1. Sign/symptom: DS : Dispnea, tidak mampu mengeluarkan sputum, batuk, batuk berdarah.

DO : Batuk, batuk berdarah, sputum berlebih, bunyi suara napas tambahan.

Etiologi : Hipersekresi jalan napas

Problem : Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

2. Sign/symptom : DS : Dispnea DO :Napas cuping hidung, sianosis, gelisah.

Etiologi : Perubahan membran alveolus-kapiler

Problem : Gangguan Pertukaran gas

3. Sign/symptom : DS : Dispnea

DO : Penggunaan otot bantu pernapasan, pernapasan cuping hidung, adanya tarikan dinding dada, sesak napas.

Etiologi : Hambatan upaya napas

Problem : Pola Napas Tidak Efektif

4. Sign/symptom : DS : mual muntah, nafsu makan menurun

DO : BB menurun, tampak kurus

Etiologi : Peningkatan kebutuhan metabolisme

Problem : Defisit nutrisi

5. Sign/symptom : DS :Mengeluh lelah,dispnea DO :Sianosis

Etiologi : Kelemahan

Problem : Intoleransi Aktivitas

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

Etiologi : Proses penyakit

Problem : Hipertermi

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

Etiologi : Peningkatan paparan organisme lingkungan

Problem : Resiko penyebaran infeksi.

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Bersihan jalan napas Tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan DS: Dispnea, tidak mampu mengeluarkan sputum, batuk, batuk berdarah. DO : Batuk, batuk berdarah,sputum berlebihan, bunyi suara napas tambahan.
- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler ditandai dengan DS : Dispnea DO : Napas cuping hidung, sianosis, gelisah.

- c. Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan DS :Dispnea DO :Pengguaan otot bantu pernapasan, pernapasan cuping hidung, tarikan dinding dada, sesak napas.
- d. Deficit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme ditandai dengan DS : mual muntah,nafsu makan menurun DO : berat badan menurun, tampak kurus.
- e. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan DS : Mengeluh lelah,dispnea DO :Sianosis
- f. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan DS : Mengeluh panas DO :Badan terasa panas.
- g. Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme lingkungan ditandai dengan DS : Pasien mengatakan badannya lemah DO : Demam, pasien tampak mengeluarkan banyak sputum yang terhirup orang sehat.

3. Intervensi keperawatan

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

- 1) Bersihan jalan Napas tidak efektif
- 2) Pola napas tidak efektif
- 3) Gangguan pertukaran gas
- 4) Deficit nutrisis

- 5) Hipertermi
- 6) Intoleransi aktifitas
- 7) Resiko penyebaran infeksi

1. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hiperekresi jalan napas di tandai dengan DS : Dispnea, tidak mampu mengeluarkan sputum.

DO : Batuk tidak efektif, sputum berlebihan, bunyi suara napas tambahan.

Tujuan : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil :

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

Intervensi : Latihan batuk efektif

(SIKI)

Observasi

- 1) Identifikasi kemampuan batuk

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

2) Monitor adanya retensi sputum

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

Edukasi

3) Berikan minum hangat

Rasional : Minum hangat dapat mengencerkan dahak (secret)

4) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari

Rasional : Agar kebutuhan cairan dapat terpenuhi dan bisa mengencerkan dahak

5) Ajarkan teknik batuk efektif

Rasional : Dapat mengeluarkan secret dari saluran pernapasan dan meningkatkan ekspansi paru.

6) Lakukan fisioterapi dada (bila tidak ada kontraindikasi)

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

Kolaborasi7) Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, *jika perlu*

Rasional : Membantu memaksimalkan proses pengeluaran sputum.

2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan

DS : Dispnea

DO : Penggunaan otot bantu pernapasan, cuping hidung.

Tujuan : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3×24 jam

diharapkan pola napas membaik dengan kriteri hasil :

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

Intervensi : Manajemen jalan napas

(SIKI)

Observasi

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

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

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

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

Terapeutik

- 3) Posisikan semi fowler atau fowler

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

- 4) Berikan oksigen

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

Kolaborasi

- 5) Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu

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

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

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

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

Intervensi : pemantauan respirasi**(SIKI)****Observasi**

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

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

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

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

- 3) Monitor kemampuan batuk efektif

Rasional : Peningkatan batuk efektif dapat meningkatkan proses pengeluaran secret.

- 4) Monitor adanya produksi sputum

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

- 5) Monitor adanya sumbatan jalan napas

Rasional : Menunjang proses sumbatan jalan napas.

6) Auskultasi bunyi napas

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

7) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru

Rasional : Mengetahui kesimetrisan ekspansi paru

8) Monitor saturasi oksigen

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

9) Monitor nilai AGD

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

Terapeutik

10) Berikan terapi oksigen

Rasional : Menambah kadar oksigen dalam tubuh pasien

4. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan

DS: Mengeluh panas. DO :Badan terasa panas.

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

1. Suhu tubuh membaik

2. Suhu kulit membaik

Intervensi : Manajemen hipertermi**Observasi**

- 1) Identifikasi penyebab hipertermi

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

- 2) Monitor suhu tubuh

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

Terapeutik

- 3) Longgarkan atau lepaskan pakaian

Rasioanl : Tindakan tersebut meningkatkan kenyamanan dan menurunkan suhu tubuh.

- 4) Berikan cairan oral

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

- 5) Berikan kompres hangat

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

Kolaborasi

- 6) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena

Rasioanl: Pemebrian cairan dan elektrolit intravena diberikan untuk mengganti cairan yang hilang selama proses evaporasi.

5. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme ditandai dengan

DS : Mual muntah, Nafsu makan menurun

DO : BB menurun, tampak kurus

Tujuan : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 × 24 jam

diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :

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

Intravena : Manajemen Nutrisi

Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi

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

- 2) Identifikasi makanan yang disukai

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

- 3) Monitor asupan makanan

Rasional: Mengidentifikasi kekurangan dan kebutuhan makanan.

4) Monitor berat badan

Rasional : Memberikan informasi tentang kebutuhan diet.

Terapeutik

5) Sajikan makanan secara menarik.

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

6) Berikan makanan tinggi kalori tinggi protein

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

Kolaborasi

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

Rasional : Diet yang tepat dapat menurunkan masalah kebutuhan nutrisi.

6. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan

DS: Mengeluh lelah, dyspnea. DO : Sianosis

Tujuan : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam

diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :

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

Intervensi Keperawatan : Manajemen Energi (SIKI)

Observasi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

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

- 2) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.

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

Edukasi

- 3) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

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

Terapeutik

- 4) Lakukan Latihan rentang gerak pasif/aktif

Rasional: Membantu meningkatkan rentang gerak klien dalam beraktivitas

- 5) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan

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

Kolaborasi

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

Rasional : Pemberian gizi yang cukup dapat meningkatkan energi klien.

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

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

1. Kebersihan tangan meningkat
2. Kultur sputum membaik

Intervensi keperawatan : Pencegahan Infeksi (SIKI)

Observasi

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

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

Terapeutik

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

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

Edukasi

- 3) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

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

- 4) Ajarkan etika batuk

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

- 5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan

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

- 6) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.

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

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan keperawatan oleh perawat dan pasien. Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan yang berfokus kepada pasien dan berorientasi pada tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dimana tindakan dilakukan dan diselesaikan sebagaimana digambarkan dalam rencana yang sudah dibuat.

5. Evaluasi Keperawatan

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

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

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

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Jenis/Rancangan/Desain Studi Kasus

Jenis penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus. Penelitian deskriptif bertujuan untuk menggambarkan objek yang diteliti. Dalam hal ini objek yang diteliti yakni pasien Tn K. R dengan diagnose medis tuberculosis paru di ruangan perawatan khusus RSUD Ende. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan Asuhan Keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada pasien dengan diagnose tuberculosis paru di RPK RSUD Ende.

B. Subyek Studi Kasus

Subjek studi kasus yang di teliti berjumlah satu kasus yakni Tn K. R dengan diagnose medis tuberculosis paru di RPK RSUD Ende.

C. Batasan Istilah (Defenisi Operasional)

Istilah yang digunakan dalam karya tulis ilmiah yaitu Asuhan Keperawatan dan TB Paru.

1. Asuhan Keperawatan adalah rangkaian proses keperawatan dimulai dari pengkajian sampai evaluasi.
2. TB paru merupakan penyakit infeksi menular yang disebabkan olehkuman TB (*mycobacterium tuberculosis*).

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus asuhan keperawatan ini dilakukan selama 3 hari dari tanggal 10-12 juli di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende Tahun 2024

E. Metode/Prosedur Studi kasus

Adapun Tahapan Proses Studi kasus yaitu:

1. Mengajukan surat permohonan ijin kepada Direktur rumah sakit umum daerah Ende.
2. Setelah disetujui oleh Direktur rumah sakit Ende, kemudian mengajukan ijin kepada kepala ruangan perawatan khusus untuk melakukan studi kasus.
3. Memilih pasien untuk dijadikan subjek penelitian sesuai dengan judul yang akan diteliti, setela itu dilanjutkan dengan membuat inform consent
4. Melakukan studi kasus mulai dari pengkajian sampai evaluasi yang yaitu mulai dari mengidentifikasi pasien, mewawancara pasien, melakukan pemeriksaan fisik pada pasien dengan metode head to toe melalui pendekatan IPPA.

F. Teknik Pengumpulan Data

Metode Pengumpulan data yang digunakan yaitu :

1. Wawancara

Wawancara di lakukan pada tanggal 10 juli 2024 terhadap Tn K. R dan keluarga berkaitan dengan biodata, keluhan utama, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, pola-pola kesehatan dan perkembangan pasien selama penulis melakukan asuhan keperawatan

2. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi pada pasien bertujuan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh peneliti dalam mendukung penulisan tugas akhir, observasi dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik pada pasien prinsip *head to toe* dan hal ini dilakukan dengan cara pendekatan IPPA yaitu inspeksi palpasi, perkusi, auskultasi dengan menggunakan instrumen seperti stetoskop, thermometer dan tensi meter.

3. Studi Dokumentasi

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

G. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah format Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah.

H. Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data berupa data yang valid dan actual. Pada studi kasus ini data diperoleh dari:

1. Data Primer

Merupakan data yang diperoleh langsung dari pasien baik melalui wawancara maupun pemeriksaan fisik.

2. Data Sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat pasien (keluarga) meliputi riwayat penyakit keluarga, peran keluarga dalam perawatan pasien dirumah maupun dirumah sakit dan studi dokumentasi.

I. Analisa Data

Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di RSUD Ende yang merupakan Rumah Sakit milik pemerintah yang berada di jalan Prof. Dr. W. Z.Yohanes. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah Ruangan Perawatan Khusus dimana ruangan ini merupakan ruangan isolasi yang merawat pasien berpenyakit menular yang ditularkan lewat udara, percikan ludah, droplet (airbone). Ruangan Perawatan Khusus terdiri dari 3 ruangan dengan kapasitas 9 tempat tidur yang terdiri dari ruangan Flamboyan A jumlah 3 tempat tidur, ruangan Flamboyan B 3 tempat tidur dan ruangan Flamboyan C 3 tempat tidur. Secara structural RPK RSUD Ende terdiri atas kepala ruangan yang dibantu tenaga perawat sebanyak 12 orang yang dimana dalam pelayanan mereka dibagi kedalam tiga tim jadwal dinas. dinas pagi, sore dan malam.

2. Studi kasus

1. PENGKAJIAN

Pengkajian dilakukan pada tanggal 10 Juli 2024

a. Pengumpulan data

1) Biodata

Pasien berinisial Tn K. R berusia 76 tahun, pasien beragama katolik dan pendidikan terakhir adalah Sekolah Dasar (SD)

beralamat di Jln. Kelimutu, status duda, dan bekerja di mebel kayu dan tukang batu batako, Penanggung jawab pasien adalah anak kandungnya sendiri dengan inisial M.A.D umur 36 tahun, pendidikan terakhir adalah SMA, pekerjaan IRT dan tinggal di jln. Kelimutu.

2) Status kesehatan

a. Status kesehatan saat ini

1. Keluhan utama

Pasien mengatakan lemah, sesak napas, batuk, batuk lendir bercampur darah, nyeri dada.

2. Riwayat keluhan utama

Keluarga Pasien mengatakan bahwa pasien mengalami batuk berdahak kurang lebih sudah 2 bulan. Pada saat tiga minggu yang lalu pasien mulai merasa lemah, sesak napas, batuk lendir bercampur darah, nyeri dada dan disertai demam selama tiga hari.

3. Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini.

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mengalami batuk berdahak sudah 2 bulan. Pada saat tiga minggu yang lalu pasien mulai merasa lemah, sesak napas, batuk lendir bercampur darah, nyeri dada dan di sertai demam selama 3 hari, karena demam nya tidak turun

keluarga berinisiatif membawa pasien ke klinik Martin de porez pada hari jumat tanggal 5 juli 2024. Hasil pemeriksaan yang di dapat bahwa trombosit nya turun hasil = 76 (nilai normal 150-400) dan menyarankan ke Rumah sakit. Pada hari minggu tanggal 07 Juli 2024 jam : 20.00 keluarga membawa pasien ke IGD dan pasien dirawat inap di ruangan RPD 3 selama 2 hari setelah dilakukan pemeriksaan laboratorium BTA hasilnya (+), pasien lagsung dipindahkan ke Ruangan Perawatan Khusus (RPK) pada tanggal 10 Juli 2024 jam 07.00.

4. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Keluarga pasien mengatakan selama sakit di rumah pasien sering mengkonsumsi air jahe, kencur dan saat demam selama tiga hari keluarga memberi obat paracetamol.

b. Status kesehatan masa lalu

1. Penyakit yang pernah Dialami

Keluarga pasien mengatakan bahwa setahun yang lalu pasien pernah mengalami penyakit gula.

2. Pernah Dirawat

Keluarga pasien mengatakan bahwa setahun yang lalu pasien pernah di rawat di ruangan penyakit dalam 3 RSUD Ende

3. Alergi

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tidak mempunyai riwayat alergi obat, makanan, maupun debu.

4. Kebiasaan (merokok/minum kopi/alcohol)

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien semasa muda memiliki kebiasaan merokok sehari bisa dengan 3-5 batang, minum kopi sehari 3 kali, alcohol ketika duduk kumpul bersama teman-teman.

c. Riwayat penyakit keluarga

Keluarga pasien mengatakan bahwa didalam keluarga tidak mempunyai riwayat penyakit turunan.

d. Diagnosa medis dan therapy yang di dapat sebelumnya

Keluarga pasien mengatakan pernah di diagnosa penyakit DM dan terapi yang pernah di dapat NovoRapid, Paracetamol

3) Pola kebutuhan dasar

1. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan bahwa kesehatan sangat penting dan ketika sakit pasien selalu dibawah ke fasilitas kesehatan.

2. Pola nutrisi dan metabolic

Sebelum sakit keluarga pasien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi makan 1 piring dihabiskan, jenis makanan yang dikonsumsi klien adalah nasi, sayur, ubi, dan ikan), klien tidak memiliki pantangan apapun dalam mengonsumsi makanan dan klien biasa minum 5-6 gelas/hari (1200 cc). Keadaan saat ini : Tn K.R mengatakan napsu makannya berkurang dan makan 3x sehari dalam sekali makan hanya mampu menghabiskan 2-3 sendok makan yang disajikan dengan konsistensi lunak dan jenis makanan diet tinggi kalori dan protein seperti bubur, sayuran hijau, telur dan daging, minum 6 gelas perhari, pasien tampak lemah, BB 53, dengan BB sebelumnya 60 kg, (BB turun 7 kg), IMT : 17,9 (BB kurang).

3. Pola Eliminasi

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan BAB 1-2x sehari, dengan konsistensi padat tapi tidak keras, tidak ada

keluhan saat BAB, BAK 4-5 x/hari warna kuning, tidak ada keluhan saat BAK.

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

4. Pola Aktifitas dan Latihan

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan tidak ada keluhan seperti lemah, sesak napas ataupun cepat lelah saat beraktifitas.

Keadaan saat ini : *Activity Daily Living (ADL)* aktifitas pasien tampak dibantu oleh keluarga seperti ke kamar mandi, makan, toileting, dan menghias diri.

5. Pola kognitif dan persepsi

Pasien masih bisa merespon dengan baik ketika diajak bicara, saat ditanya tentang beberapa hal seperti tanggal lahirnya pasien menjawab 07 Februari 1946 pasien masih mengingat dengan baik, penglihatan pasien masih jelas.

6. Pola tidur dan istirahat

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan bahwa ia tidur malam dari jam 22.00-05.30 dan istirahat siang 1-2 jam. biasanya tidur nyenyak.

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

7. Pola peran dan hubungan dengan sesama

Pasien mengatakan selama dirawat, hubungan pasien dengan petugas kesehatan baik, sebelum sakit pasien merupakan seorang Ayah yang bekerja sebagai buruh batu, kayu dan sangat aktif untuk bersosialisasi dengan masyarakat sekitar.

8. Pola Toleransi- Stress Koping

Pasien mengatakan untuk mengatasi stress- nya pasien biasanya ajak bercerita bersama anaknya.

9. Pola Nilai- Kepercayaan

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

4) Pemeriksaan fisik

1. Keadaan Umum : Lemah, BB 53 Kg, TB : 172 cm dan IMT : 17,9 (BB kurang), tingkat kesadaran : composmentis, GCS : 15 (E: 4, V:5, M:6). Tanda-tanda vital, Nadi : 97×/m, suhu : 36,0⁰C, RR : 28×/m, TD : 110/70mmHg, SPO₂ : 98%.

2. Pengkajian fisik

Kepala : kulit kepala tampak bersih, tidak ada edema, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan. Wajah : Wajah pasien tampak pucat, terdapat luka di pipi sebelah kanan, area bawah mata terlihat lingkaran hitam (mata panda), mata : Konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, reflex cahaya (+), pupil isokor. Hidung : terdapat pernapasaan cuping hidung, terpasang O2 NRM 10 Lpm, posisi septum nasal simetris. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid. Thorax, Inspeksi : Dada tampak simetris, frekuensi napas 28x/m, terdapat penggunaan otot bantu pernapasan. Palpasi : Vokal fremitus teraba di seluruh lapang paru, Pengembangan sama di paru kanan dan paru kiri. Perkusi : Terdapat bunyi padat. Auskultasi : Terdapat bunyi napas ronchi (+). Abdomen Inspeksi : Tidak terlihat adanya benjolan. Auskultasi : Peristaltik usus 9x/ m. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba adanya massa, tidak ada pembesaran hepar dan lien. Perkusi : Terdapat bunyi tympani. Ekstremitas Atas : Akral teraba hangat, Tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, terpasang infus Nacl 0,9 % 8 tpm di tangan kiri, CRT> 2 detik. Bawah : tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, tonus otot : nilai kekuatan otot 3 (50%) keterangan : Dapat

menggerakkan anggota gerak untuk menahan berat (gravitasi).

5) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan hasil laboratorium yang dilakukan pada tanggal 07 Juli 2024.

a. Pemeriksaan Darah lengkap

WBC = 10.0 (nilai normal 4,0-10,0), PLT = 76 (nilai normal 150-400).

b. Pemeriksaan X-Ray/Rontgen

Rontgen Thorax P.A, Hasil: Jantung dalam batas normal, Didapatkannya infiltrat pada kedua lobus superior, artinya terdapat peradangan pada kedua paru bagian atas, yang dicurigai sebagai tuberkulosis (KP=Koch Pulmonum) yang masih aktif. Diafragma dalam batas normal, tidak ada kelainan pada tulang di daerah dada.

c. Pemeriksaan TCM (Tes Cepat Molekuler) atau *GeneXpert MTB/RIF*

Pada pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak ditemukan bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*.

6) Terapi pengobatan

Terapi didapatkan dari dokter tanggal 10-12 Juli 2024

Terapi yang diberikan adalah Omeprazole 2×40 mg /IV (untuk mengatasi tukak lambung), Paracetamol 3×1 gr/IV (untuk mengatasi rasa nyeri dan demam), Ceftriaxone 2×1 gr/IV (untuk mengatasi infeksi bakteri), Levofloxacin 500 mg/24 jam (untuk menyembuhkan berbagai penyakit akibat infeksi bakteri), Salbutamol 3×2 mg (untuk membuka saluran napas di paru-paru), Ondancetron 3×1 (untuk mencegah mual dan muntah), Combiven 3×1 (obat asma), OAT 1x 3 Tablet

b. Tabulasi Data

Pasien mengatakan lemah, sesak napas, batuk berdahak bercampur darah, wajah tampak pucat, nyeri dada, akral hangat, terdapat pernapasan cuping hidung, bunyi napas ronchi (+), sulit tidur karena sesak napas dan batuk, aktivitas sebaigian dibantu (tonus otot = 3, dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan tahanan), pasien mengatakan napsu makan berkurang, BB 53 kg, Sebelum sakit 60 kg, (penurunan BB 7 Kg), dalam sekali makan pasien hanya menghabiskan 3-5 sendok makan, TB 172, IMT 17,9 (BB Kurang), konjungtiva anemis, WBC = 10.0, PLT = 76, BTA (+). Nadi : 97×/m, suhu : 36,0°C, RR : 28×/m, TD : 110/70mmHg, SPO₂ : 98%.

c. Klasifikasi Data

DS : Pasien mengatakan lemah, sesak napas, tidak napsu makan, dalam sekali makan pasien hanya meghabiskan 3-5 sendok

BB dahulu 60 kg, sulit tidur karena sesak napas dan batuk, aktivitas di bantu.

DO : Batuk berdahak bercampur darah, wajah tampak pucat, area bawah mata terlihat lingkaran hitam (mata panda), bunyi napas ronchi, terdapat pernapasan cuping hidung, penggunaan otot bantu pernapasan, BB 53 Kg, (penurunan BB + 7 kg), TB 172, IMT = 17,9 (BB kurang), tonus otot 3 : dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan tahanan, konjungtiva anemis, CRT>2 detik, WBC = 10.0, PLT = 76, BTA (+). Nadi : 97×/m, suhu : 36,0°C, RR : 28×/m, TD : 110/70mmHg, SPO₂ : 98%.

d. Analisa Data

1) Sign /symptom : DS : pasien mengatakan sesak napas, batuk berdahak, DO : batuk berdahak bercampur darah, bunyi napas ronchi +.

Etiologi : Hipersekresi jalan napas

Problem : Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif.

2) Sign/ symptom : DS : sesak napas. DO: sesak napas, pernapasan cuping hidung, penggunaan otot bantu pernapasan.

Etiologi : Hambatan Upaya Napas

Problem : Pola Napas Tidak Efektif

3) Sign/ syptom : DS : sesak napas, batuk berdahak bercampur darah, DO : Napas cuping hidung, bunyi napas tambahan ronchi, terpasang O2 NRM 10 Lpm, SPO₂ 98%, RR: 28x/m.

Etiologi : ketidakseimbangan ventilasi perfusi

Problem : Gangguan pertukaran gas

4) Sign/syptom : DS : pasien mengatakan nafsu makanya berkurang, lemah, dalam sekali makan pasien hanya menghabiskan 3-5 sendok, BB sebelum sakit 60 Kg. DO : BB sekarang = 53 kg, (IMT 17,9 : Kurang)

Etiologi : Faktor psikologis (keengganan untuk makan)

Problem : Defisit Nutrisi

5) Sign/symptom : DS : Pasien mengatakan sulit tidur karena batuk dan sesak napas. DO: Area bawah mata terlihat lingkaran hitam (mata panda)

Etiologi : Proses penyakit (batuk)

Problem : Gangguan Pola Tidur

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

Etiologi : Kelemahan

Problem : Intoleransi Aktivitas

7) Sign/ symptom : DS : - DO : -

Etiologi : Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan

Problem : Resiko penyebaran infeksi

2. DIAGNOSA KEPERAWATAN

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Hipersekreasi Jalan Napas ditandai dengan DS : pasien mengatakan sesak napas, batuk berdahak, DO : batuk berdahak bercampur darah.
- 2) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Napas ditandai dengan DS : sesak napas. DO: sesak napas, bunyi napas ronchi (+), pernapasan cuping hidung, penggunaan otot bantu pernapasan.
- 3) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi ditandai dengan : DS : sesak napas DO : Napas cuping hidung, bunyi napas tambahan ronchi, terpasang O2 NRM 10 Lpm, SPO₂ 98%, RR: 28x/m.
- 4) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan metabolisme tubuh ditandai dengan DS : pasien mengatakan nafsu makanya berkurang, lemah, dalam sekali makan pasien hanya menghabiskan 3-5 sendok, BB sebelum sakit 60 Kg. DO : BB sekarang = 53 kg, (IMT 17,9 : Kurang)

- 5) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan DS : Pasien mengatakan sulit tidur karena batuk dan sesak napas. DO: Area bawah mata terlihat lingkaran hitam (mata panda)
- 6) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan DS : Pasien mengatakan lemah, aktivitas pasien sebagian dibantu. DO : Tonus otot 3 (dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan tahanan).
- 7) Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, yang ditandai dengan: DS: - DO: pasien dan keluarga tampak tidak menggunakan masker, pasien tidak menerapkan etika batuk yang benar.

3. INTERVENSI KEPERAWATAN

Sebelum dibuatkan rencana keperawatan terhadap masalah yang ditemukan, masalah tersebut disusun dalam bentuk prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani. Adapun urutan prioritas masalah mengacu pada tingkatan, prioritas utama yaitu mengancam kehidupan, prioritas kedua mengancam kesehatan, Prioritas ketiga dan seterusnya yang mengganggu proses pertumbuhan dan perkembangan. Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya akan dibuat rencana keperawatan.

Prioritas masalah : Bersihan jalan napas tidak efektif, Pola napas tidak efektif, Gangguan pertukaran gas, Defisit Nutrisi, Intoleransi aktivitas, Gangguan pola tidur, Resiko penyebaran infeksi.

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Hipersekreasi Jalan Napas ditandai dengan DS : pasien mengatakan sesak napas, batuk berdahak, DO : batuk berdahak bercampur darah, bunyi napas ronchi (+).

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

Intervensi keperawatan

- 1) Identifikasi kemampuan batuk, Rasional : Ketidakmampuan untuk membersihkan jalan napas yang dapat menimbulkan penggunaan otot bantu pernapasan. 2) Monitor adanya retensi sputum, Rasional : Mengetahui apakah terdapat perubahan warna dan aroma pada sputum. 3) Lakukan fisioterapi dada, Rasional : Membantu membersihkan secret dari bronkus dan mencegah penumpukan secret. 4) berikan minum air hangat, Rasional : minum hangat dapat mengencerkan dahak. 5) Ajarkan teknik batuk efektif. Rasional : dapat mengeluarkan secret dari saluran pernapasan dan meningkatkan ekspansi paru. 6) Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspetoran.

Rasional : Membantu memaksimalkan proses pengeluaran sputum.

2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Napas ditandai dengan DS : sesak napas. DO: sesak napas, penggunaan otot bantu pernapasan, pernapasan cuping hidung.

Tujuan/ kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan selama 3 x 24 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil : sesak napas menurun, penggunaan otot bantu pernapasan menurun, pernapasan cuping hidung menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik.

Intervensi keperawatan

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

Rasional : Frekuensi, irama, kedalaman, dan Upaya napas dapat menunjukkan pola napas yang tidak efektif. 2) Monitor bunyi napas tambahan (mis : Ronkhi, Mengi). Rasional : Penurunan bunyi napas dapat menunjukkan atelectasis ronkhi, mengi menunjukkan akumulasi secret/ketidakmampuan untuk membersihkan jalan napas yang dapat menimbulkan penggunaan otot bantu pernapasan dan peningkatan kerja pernapasan. 3) Posisikan semi fowler atau fowler. Rasional : Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan Upaya pernapasan. 4) Berikan oksigen. Rasional : Alat dalam memperbaiki hipoksemia yang dapat terjadi

sekunder terhadap penurunan ventilasi/menurunnya permukaan alveolar paru. 5) Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu. Rasional : Bronkodilator meningkatkan ukuran lumen percabangan trakeobronkial, sehingga menurunkan tahanan terhadap aliran udara.

3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi ditandai dengan DS : sesak napas DO : Napas cuping hidung, bunyi napas tambahan ronchi, terpasang O2 NRM 10 Lpm, SPO₂ 98%, RR 28x/m.

Tujuan/kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan pertukaran gas membaik dengan kriteria hasil : sesak napas menurun, napas cuping hidung menurun, pola napas membaik.

Intervensi keperawatan

- 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan Upaya napas.
Rasional : Mengetahui frekuensi, irama, kedalaman, dan Upaya napas menunjukkan adanya bradypnea/takipnea, ronkhi/mengi, dan penggunaan otot bantu pernapasan. 2) Monitor kemampuan batuk efektif. Rasional : Peningkatan batuk efektif dapat meningkatkan proses pengeluaran secret. 3) Auskultasi bunyi napas. Rasional : Bunyi napas mungkin redup karena penurunan aliran udara atau area konsolidasi, adanya mengi mengindikasikan spasme bronkus/ tertahannya

secret. Rasional : Mengetahui kesimetrisan ekspansi paru. 4) Monitor saturasi oksigen. Rasional : Untuk menunjukkan jumlah oksigen yang terikat dengan protein di dalam sel darah merah. 5) monitor posisi alat terapi oksigen. Rasional : untuk memberi kenyamanan pada pasien. 6) berikan oksigen tambahan, jika perlu. Rasional : untuk mempersiapkan pemenuhan kebutuhan oksigen pasien.

4. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan metabolisme tubuh ditandai dengan DS : pasien mengatakan nafsu makanya berkurang, lemah, dalam sekali makan pasien hanya menghabiskan 3-5 sendok, BB sebelum sakit 60 Kg. DO : BB sekarang = 53 kg, (IMT 17,9 : Kurang).

Tujuan/kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah deficit nutrisi dapat teratasi dengan kriteria hasil : Nafsu makan kembali normal, Porsi makan dihabiskan., Berat badan bertambah, Frekuensi makan membaik.

Intervensi keperawatan

- 1) Identifikasi status nutrisi, Rasional : Mengetahui status nutrisi yang dikonsumsi oleh pasien. 2) Identifikasi alergi makanan, Rasional : Menghindari alergi makanan TKTP yang akan diberikan jika ada alergi makanan tertentu. 3) Monitor asupan makanan, Rasional : Mengetahui seberapa banyak makanan yang dikonsumsi oleh pasien. 4) Monitor berat badan, Rasional : Mengetahui

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

5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan DS: Pasien mengatakan lemah, aktivitas pasien sebagian dibantu. DO: Tonus otot 3 (dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan tahanan).

Tujuan/kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : Perasaan lemah menurun, kemudahan dalam melakukan aktivitas meningkat.

Intervensi keperawatan

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

Kolaborasi untuk meningkatkan asupan makanan. Rasional :

Pemberian gizi yang cukup dapat meningkatkan energi klien.

6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan DS : Pasien mengatakan sulit tidur karena sesak napas dan batuk. DO: Area bawah mata terlihat hitam (mata panda).

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

hasil : Keluhan sulit tidur menurun.

Intervensi keperawatan

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

7. Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.

Tujuan /kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien dapat menunjukkan tindakan pencegahan penyebaran infeksi kuman TB. Dengan kriteria hasil : Pasien akan mencegah terjadi risiko penyebaran infeksi bagi orang lain, Pasien

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

Intervensi keperawatan

- 1) Kaji tindakan kontrol infeksi, missal: penggunaan masker.
Rasional : Dapat membantu mencegah terjadinya transmisi/penyebaran kuman TB. 2) Anjurkan pasien untuk batuk/bersin dan mengeluarkan pada tisu serta menghindari meludah disembarang tempat. Rasional :Perilaku yang diperlukan untuk mencegah penyebaran kuman TB. 3) Ajarkan teknik mencuci tangan dan etika batuk yang tepat, dorong untuk mengulangi demonstrasi. Rasional : Untuk mencegah penyebaran kuman TB. 4) Tekankan pentingnya untuk tidak menghentikan terapi obat. Rasional : Periode singkat berakhir 2-3 hari setelah terapi awal, tetapi pada infeksi rongga paru yang meluas atau sedang, resiko penyebaran infeksi dapat berlanjut sampai 3-6 bulan. 5) Anjurkan pasien untuk diet tinggi kalori dan protein. Rasional : Membantu pasien dalam proses pembentukan sistem imunitas untuk mempercepat proses penyembuhan penyakit.

4. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Implementasi pada Tn K.R dilakukan selama 3 hari pada tanggal 10-12 Juli 2024. Implementasi dilakukan sesuai dengan masing-masing diagnosa keperawatan.

a. Hari pertama pada tanggal 10 juli 2024

1. Bersihan jalan napas berhubungan dengan Hipersekresi jalan napas. Jam 07.30 mengukur tanda-tanda vital pasien, hasil : TD : 110/70mmHg, s : 36,⁰C, N : 97×/m, SPO₂ : 98%, RR: 28×/m. Jam 07.39 Mengidentifikasi kemampuan batuk pasien, hasil : pasien mampu batuk, dan mengeluarkan dahak. Jam 07.41 memonitor adanya retensi sputum, hasil : sputum berwarna kemerahan karena bercampur darah dan kental. Jam 07.45 melakukan fisioterapi dada pada pasien untuk membantu mengencerkan dahak. Jam 08.00 melayani injeksi ceftriaxone 2×1 gr/iv + Lefofloxacin 500 mg / 24 jam + ondansentron 3×1 gr/iv, Jam 08.30 menjelaskan pada pasien cara batuk efektif untuk membantu mengeluarkan secret. Jam 08.35 menganjurkan pasien untuk banyak minum air hangat. Jam 10.00 nebulizer combivent 1 respule/ inhalasi. Jam 10.30 mengedukasi pasien agar membuang sputum pada tempatnya agar menghindari penyebaran bakteri.
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Jam 07.30 mengukur tanda-tanda vital hasil, TD :

110/70mmHg, S : 36,0°C, N : 97×/m, SPO₂ : 98%, RR: 28×/m.
jam 07. 38 mengauskultasi bunyi napas tambahan hasil : bunyi napas ronchi. jam 07.45 mengatur posisi semi fowler. Hasil : pasien berbaring dengan posisi kepala lebih tinggi. Jam 08.00 melanyani obat salbutamol 3×2 mg, Jam 10.00 nebulizer combivent 1 respule/ inhalasi.

3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi. Jam 07.30 mengukur tanda- tanda vital, hasil : TD : 110/70mmHg, S : 36,0°C, N : 97×/m, SPO₂ : 98%, RR: 28×/m. Jam 07.35 memasang oksigen NRM 10 Lpm. 07.38 mengauskultasi bunyi napas tambahan hasil : bunyi napas ronchi. Jam 07.39 Mengidentifikasi kemampuan batuk pasien, hasil : pasien mampu batuk, dan mengeluarkan dahak. Jam 09.00 memonitor saturasi oksigen. Hasil : SPO₂ 96%. Jam 09. 10 memonitor posisi alat terapi oksigen. Hasil : alat terapi dalam posisi aman dan pasien terlihat nyaman. Jam 13.00 memberikan oksigen tambahan pada pasien. Hasil : tambahan oksigen 1 liter.

4. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan metabolisme tubuh. Jam 07.30 mengukur tanda- tanda vital, hasil : TD : 110/70mmHg, S: 36,0°C, N : 97×/m, SPO₂ : 98%, RR: 28×/m jam 07.45 Mengkaji status nutrisi pasien. Hasil : status nutrisi kurang (kurus) dengan indeks masa tubuh 17,9. Jam 08.15

Mengidentifikasi makanan yang disukai hasil : pasien hanya menyukai makanan berupa sup hangat. Jam 08.20

Menganjurkan keluarga untuk menyajikan makanan dengan tampilan yang menarik dan dalam kondisi hangat. Jam 08.22

Monitor asupan makanan. hasil : sekali makan pasien hanya mampu menghabiskan 3-5 sendok makan sajah. Jam 08. 30

Menganjurkan pasien untuk diet tinggi kalori dan tinggi protein.

5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Jam 07.30 mengukur tanda-tanda vital pasien, hasil : TD : 110/70mmHg, S : 36,0⁰C, N : 97×/m, SPO₂ : 98%, RR: 28×/m.

Jam 07.35 Memonitor kelelahan fisik hasil : pasien mengatakan masih lemah saat melakukan aktifitas seperti ke kamar mandi jam 07.40. Menganjurkan pasien untuk tirah baring, hasil : pasien melakukan tirah baring untuk mengembalikan tenaganya.

Jam 10.20 Menganjurkan pasien untuk melakukan aktifitas sesuai batas kemampuan pasien hasil : Pasien belum bisa ke kamar mandi sendiri masih dibantu oleh keluarga dan alat seperti kursi roda. Jam 10.30 menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan seperti mobilisasi ke kamar mandi sesuai toleransi pasien untuk mencegah terjadinya konstipasi (peningkatan motilitas usus) serta mencegah kekakuan pada sendi, Jam 12.00 Melayani diit makan TKTP pada pasien.

6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan.

Jam 07.30 mengukur tanda-tanda vital TD : 110/70mmHg, S : 36,0⁰C, N : 97×/m, SPO₂ : 98%, RR: 28×/m. Jam 07.33 Mengidentifikasi factor pengganggu tidur, pasien mengatakan sulit tidur dikarenakan batuk dan sesak napas. Jam 09.00 Memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi keluarga atau pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar pasien dapat beristirahat. Jam 09.20 Menjelaskan kepada pasien bahwa waktu tidur yang cukup dapat menambah energy dan mempercepat proses penyembuhan.

7. Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme lingkungan.

Jam 07.30 mengukur tanda-tanda vital hasil, TD : 110/70mmHg, S : 36,0⁰C, N : 97×/m, SPO₂ : 98%, RR: 28×/m. Jam 08.35 mengingatkan keluarga untuk menggunakan APD seperti masker jika berada dalam ruangan. Jam 08.45 Mengingatkan pasien dan keluarga tentang etika batuk dan cuci tangan yang benar dengan mengulang kembali langkah-langkahnya hasil : pasien dan keluarga mengerti cara etika batuk dan cuci tangan. Cara etika batuk yang benar adalah batuk dengan menutup mulut dengan menggunakan lengan bagian dalam serta menggunakan tisu. Sedangkan cuci tangan dengan menggunakan antiseptic atau hand rub yaitu dengan teteskan handwash/handrub 3-5 tetes

kemudian menggosokkan kedua telapaktangan, punggung tangan dan sela-sela jari, mengunci tangan, menggosokkan ibu jari dengan gerakan memutar, kemudian ujung-ujung kuku.

b. Hari kedua pada tanggal 11 Juli 2024

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hiperekresi jalan napas jam 14.00 mengukur tanda-tanda vital, hasil : TD : 120/70mmHg, Nadi : 84×/m, Suhu : 37,1°C RR : 23×/m, SPO₂ : 93%, Jam 14.15 Mengidentifikasi kemampuan batuk, hasil : pasien mampu batuk dan dapat mengeluarkan secret bercampur bercak darah sedikit. Jam 14.20 Melakukan fisioterapi dada untuk mengencerkan secret. Jam 14.35 Memotivasi dan memantau pasien untuk melakukan teknik batu efektif. Jam 14.40 Menganjurkan pasien untuk minum air hangat agar dapat mengencerkan secret.
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Jam 14.00 mengukur tanda-tanda vital hasil, TD : 120/70mmHg, Nadi : 84×/m, Suhu : 37,1°C RR : 23×/m, SPO₂ : 93%, jam 14.20 mengauskultasi bunyi napas tambahan hasil : bunyi napas ronchi (+). jam 14.36 memonitor oksigen NRM 6 Lpm, jam 14.38 mengatur posisi semi fowler. Hasil : pasien berbaring dengan posisi kepala lebih tinggi.
3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi. Jam 14.00 mengukur

- tanda- tanda vital, hasil : TD : 120/70mmHg, Nadi : 84×/m, Suhu : 37,1°C RR : 23×/m, SPO₂ : 93%, Jam 14.10 memonitor oksigen hasil : oksigen tersisa 8 Lpm, jam 14.20 mengauskultasi bunyi napas tambahan hasil : bunyi napas ronchi. Jam 14.25 Mengidentifikasi kemampuan batuk pasien, hasil : pasien mampu batuk, dan mengeluarkan dahak bercampur darah. Jam 15.00 memonitor saturasi oksigen hasil : SPO₂ 95%. Jam 15.10 memonitor posisi alat terapi oksigen. Hasil : alat terapi dalam posisi aman dan pasien terlihat nyaman.
4. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan metabolisme tubuh. Jam 14.00 mengukur tanda-tanda vital hasil, TD : 120/70mmHg, Nadi : 84×/m, Suhu : 37,1°C RR : 23×/m, SPO₂ : 93%, jam 14. 35 Memonitor asupan makanan pasien, hasil : napsu makan bertambah dengan seporsi makanan pasien dapat menghabiskan setengah porsi. Jam 15.25 Menganjurkan keluarga untuk selalu menyajikan makanan yang disukai dan dengan tampilan yang menarik serta masih hangat dan tetap memperhatikan diet pasien. Jam 16.00 Menganjurkan pasien untuk makan sedikit demi sedikit dengan frekuensi sering. Jam 18.00 Melayani makan minum pasien dengan tetap memperhatikan diet tinggi kalori dan protein.
5. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Jam 14.00 mengukur tanda-tanda vital, hasil, TD :

- 120/70mmHg, Nadi : 84×/m, Suhu : 37,1°C RR : 23×/m, SPO₂ : 93%, jam 14.22 Memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi pengunjung agar pasien dapat beristirahat. Jam 14.24 Memberi tahu pada pasien tentang pentingnya tidur yang cukup untuk kesehatan.
6. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Jam 14.00 mengukur tanda-tanda vital, hasil, TD : 120/70mmHg, Nadi : 84×/m, Suhu : 37,1°C RR : 23×/m, SPO₂ : 93%, Jam 14.36 Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap seperti berpindah ke kursi dan berjalan. Jam 14.38 menganjurkan pasien untuk miring kiri miring kanan, hasil: pasien dapat melakukan dengan baik
7. Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme lingkungan. Jam 14.00 mengukur tanda-tanda vital hasil, TD : 120/70mmHg, S : 37,0°C, N : 98×/m, SPO₂ : 93%, RR: 23×/m. Jam 14.16 mengingatkan keluarga untuk menggunakan APD seperti masker jika berada dalam ruangan. Jam 14.31 Mengingatkan pasien dan keluarga tentang etika batuk dan cuci tangan yang benar dengan mengulang kembali langkah-langkahnya hasil : pasien dan keluarga mengerti cara etika batuk dan cuci tangan. Cara etika batuk yang benar adalah batuk dengan menutup mulut dengan menggunakan lengan bagian dalam serta menggunakan tisu.

Sedangkan cuci tangan dengan menggunakan antiseptic atau hand rub yaitu dengan teteskan handwash/handrub 3-5 tetes kemudian menggosokkan kedua telapaktangan, punggung tangan dan sela-sela jari, mengunci tangan, menggosokkan ibu jari dengan gerakan memutar, kemudian ujung-ujung kuku.

5. EVALUASI KEPERAWATAN

Tanggal 10 Juli 2024

Diagnosa 1

S : Pasien mengatakan batuk masih ada flek darah.

O : Keadaan umum : lemah, kesadaran : composmentis, TD : 110/70mmHg, S : 37,0°C, N : 97×/m, SPO₂ : 98%, RR: 28×/m.

A : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi.

P : Intervensi di lanjutkan

Diagnosa ke-2

S : Pasien mengatakan masih sesak napas

O : Keadaan umum : lemah, kesadaran : composmentis, bunyi napas ronchi (+), ada tarikan dinding dada, frekuensi pernapasan 28×/m, SPO₂ 98%, TD : 110/70mmHg, Suhu : 37,0°C, Nadi : 97×/m.

A : Masalah pola napas belum teratasi.

P : Intervensi dilanjutkan

Diagnosa ke-3

S: pasien mengatakan masih sesak napas.

O: terpasang oksigen NRM 10 Lpm, bunyi napas ronchi (+), ada tarikan dinding dada, frekuensi pernapasan 28×/m, SPO₂ 98%, TD : 110/70mmHg, Suhu : 37,0°C, Nadi : 97×/m.

A: Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

Diagnosa ke-4

S : Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan

O : Mampu menghabiskan 3-5 sendok makan

A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

Diagnosa ke-5

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

O: Keadaan umum: lemah, kesadaran: composmentis, TD : 110/70mmHg, Suhu : 37,0°C, Nadi : 97×/m, pernapasan 28×/m, SPO₂ 98%.

A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi.

P : Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-4

S : Pasien mengatakan lemah mulai berkurang.

O: Keadaan umum : lemah, kesadaran : composmentis, Nilai kekuatan otot 3, aktivitas pasien dibantu kecuali makan dan bangun dari

tempat tidur, TD : 110/70mmHg, Suhu : 37,0°C, Nadi : 97×/m, pernapasan 28×/m, SPO₂ 98%.

A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi.

P : Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-5

S : Pasien mengatakan batuk masih ada flek darah

O : Keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis, Pasien tampak menggunakan masker dan rutin mencuci tangan serta membuang sputum, dan tissue bekas pakai pada tempat sampah medis, TD : 110/70mmHg, Suhu : 37,0°C, Nadi : 97×/m, pernapasan 28×/m, SPO₂ 98%.

A : Masalah resiko penyebaran infeksi belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

Tanggal 11 Juli 2024

Diagnosa ke-1

S : Pasien mengatakan batuk masih ada flek darah sedikit.

O : Keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis, TD : 120/70mmHg, S : 37,0°C, N : 84×/m, SPO₂ : 93%, RR: 23×/m.

A : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi.

P : Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-2

S : Pasien mengatakan masih sesak napas,

O : Keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis, bunyi napas ronchi (+), TD : 120/70mmHg, S : 37,0°C, N : 84×/m, SPO2 : 93%, RR: 23×/m

A : Masalah pola napas tidak efektif sebagian tertasi

P : Intervensi dilanjutkan

Diagnosa ke-3

S : Pasien mengatakan masih sesak

O : Terpasang oksigen NRM 8 Lpm, bunyi napas ronchi (+),SPO2 : 93%, RR: 23×/m

A : Masalah gangguan pertukaran gas sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

Diagnosa ke-4

S : Pasien mengatakan nafsu makan sudah mulai membaik

O : 1 porsi makan dihabiskan 5-7 sendok makan.

A : Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

Diagnosa ke-5

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

O : Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, TD : 120/70mmHg, S : 37,0°C, N : 84×/m, SPO₂ : 93%, RR: 23×/m

A : Masalah gangguan pola tidur sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

Diagnosa ke-4

S : Pasien mengatakan lemah mulai berkurang.

O : Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, Pasien mampu untuk bangun dari tempat tidur sendiri dan mampu berpindah untuk duduk di kursi, TD : 120/70mmHg, S : 37,0°C, N : 84×/m, SPO₂ : 93%, RR: 23×/m

A : Masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi.

P : Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-5

S : Pasien mengatakan batuk masih ada flek darah

O : Keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis, Pasien dan keluarga tampak menggunakan masker dan rutin mencuci tangan serta membuang sputum, dan tissue bekas pakai pada tempat sampah medis, TD : 120/70mmHg, S : 37,0°C, N : 84×/m, SPO₂ : 93%, RR: 23×/m.

A : Masalah resiko penyebaran infeksi belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

6. CATATAN PERKEMBANGAN

Catatan perkembangan dilakukan pada tanggal 12 Juli 2024

Diagnosa 1

Jam 19.00,

S : Pasien mengatakan batuk masih ada flek darah.

O: Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, Tampak sputum terkumpul di plastik, TD: 120/80 mmHg, S: 36,5⁰C, N: 84x/m, RR: 22x/m, SPO₂: 98%, bunyi napas ronchi

A : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan.

I : Jam 19.15 Melakukan fisioterapi dada pada pasien untuk membantu mengencerkan secret. Jam 20.00 Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik batuk efektif agar dapat mengeluarkan secret. Jam 20.25 Menganjurkan pasien untuk minum air hangat.

E : Jam 06.00 Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, pasien mengatakan mampu batuk dan masih ada sedikit flek darah. TD: 120/70 mmHg, S: 36,5⁰C, N: 85/m, RR: 21x/m, SPO₂: 98%, masalah sebagian teratasi, intervensi dipertahankan.

Diagnosa ke-2

S : Pasien mengatakan sesak berkurang

O : Keadaan umum : baik, kesadaran: composmentis, suara napas ronchi (+), tidak ada retraksi dinding dada, TD: 120/70 mmHg, S: 36,5⁰C, N: 85/m, RR: 21x/m, SPO₂: 98%

A : Masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi.

P : Intervensi dilanjutkan

I : Jam 19.10 mengatur posisi semi fowler

E : Jam 06.00 keadaan umum : baik, kesadaran composmentis, pasien mengatakan sesak napas sudah mulai berkurang, suara napas

ronchi (+),TD: 120/70 mmHg, S: 36,5⁰C, N: 85/m, RR: 21x/m,
SPO₂: 98%, masalah sebagian teratasi, intervensi dipertahankan

Diagnosa ke-3

S : Pasien mengatakan sesak berkurang

O : Terpasang oksigen NRM 4 Lpm, suara napas ronchi, SPO₂ 98%,
RR : 21x/m,

A : Masalah gangguan pertukaran gas sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

I : Memonitor saturasi oksigen,

E : Jam 06.00 terpasang oksigen NRM 4 Lpm, keadaan umum : baik,
kesadaran composmentis, pasien mengatakan sesak napas sudah
mulai berkurang, suara napas ronchi (+),TD: 120/70 mmHg, S:
36,5⁰C, N: 85/m, RR: 21x/m, SPO₂: 98%, masalah sebagian
teratasi, intervensi dipertahankan

Diagnosa ke-4

S : Pasien mengatakan nafsu makan mulai membaik

O : 1 porsi makan di habiskan 6-7 sendok

A : Masalah defisit nutrisi teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

I : Jam 18.00 melayani makan minum pasien. Jam 19.20 Memonitor
asupan makan dan minum pasien, hasil : seporsi makan pasien
menghabiskan stenga porsi. Jam 19.30 Menganjurkan pasien
untuk tetap diet tinggi kalori dan protein hasil : pasien

mengonsumsi makanan seperti putih telur dan daging. Pukul 20.22 Menganjurkan keluarga untuk menyajikan makanan yang disukai dan dengan tampilan yang menarik serta masih hangat Pukul 20.35 wita Menyanjurkan pasien untuk makan sedikit demi sedikit dengan frekuensi sering.

Diagnosa ke-5

- S : Pasien mengatakan dapat tidur dengan baik dan nyenyak, hanya 1 kali bangun karena batuk.
- O : Keadaan umum : baik, kesadaran: composmentis TD: 120/70 mmHg, S: 36,5⁰C, N: 85/m, RR: 21x/m, SPO₂: 98%,
- A : Masalah gangguan pola tidur teratasi.
- P : Intervensi dilanjutkan. I: Jam 19.00 Membatasi pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar pasien waktu beristirahat pasien lebih banyak.
- E : Jam 06.00 Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, pasien mengatakan dapat tidur dengan nyenyak, masalah teratasi, intervensi dihentikan.

Diagnosa ke-6

- S: Pasien mengatakan tidak lagi merasa lemah, pasien mengatakan sudah mampu untuk berpindah ke kursi dan ke toilet sendiri.
- O : Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, pasien mampu berpindah dan berjalan, kekuatan otot 4, TD: 120/70 mmHg, S: 36,5⁰C, N: 85/m, RR: 21x/m, SPO₂: 98%,

A : Masalah intoleransi aktivitas teratasi.

P : Intervensi dilanjutkan.

I : Jam 20.00 Melakukan pengukuran kekuatan otot pasien (nilai kekuatan otot 4, mampu melakukan gerakan normal tetapi belum dapat menahan tahanan maksimal).

E : Jam 06.00 Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, pasien mengatakan tidak lagi lemah, nilai kekuatan otot 4, masalah teratasi, intervensi dihentikan.

Diagnosa ke-7

S : Pasien mengatakan batuk masih ada flek darah dan keluarga rutin menggunakan masker dan cuci tangan

O : Pasien dan keluarga 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 dilanjutkan

I : Jam :19.00 Menggunakan APD sebelum melakukan tindakan. Jam 19.10 Menganjurkan pasien dan keluarga untuk tetap menggunakan masker selama periode pengobatan TB. Pukul 19.45 wita Menganjurkan pasien dan keluarga untuk membatasi pengunjung. Pukul 20.05 wita Mengajarkan kembali pasien tentang etika batuk dan cuci tangan yang benar hasil : pasien dan keluarga mengerti cara etika batuk dan cuci tangan. Cara etika batuk yang benar

adalah batuk dengan menutup mulut dengan menggunakan lengan bagian dalam serta menggunakan tisu. Sedangkan cuci tangan dengan menggunakan antiseptic atau hand rub yaitu dengan teteskan handwash/handrub 3-5 tetes kemudian menggosokan kedua telapak tangan, punggung tangan dan selasela jari, mengunci tangan, menggosokkan ibu jari dengan gerakan memutar, kemudian ujung-ujung kuku. Pukul 21.30 wita Menganjurkan pasien untuk membuang sputum, dan gunakan masker serta tisu bekas pakai ke tempat sampah medis yang berwarna kuning. Pukul 20.33 Melayani terapi obat anti TBC (OAT) 3 kaplet (2 jam *post coenam*). Pukul 20.36 Mengingatkan pasien dan keluarga untuk tidak menghentikan terapi pengobatan. Jam 20.00 Menganjurkan pasien dan keluarga untuk tetap patuh menggunakan alat pelindung diri selama periode pengobatan.

B. Pembahasan

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

1. Pengkajian

Hasil pengkajian pada studi kasus Tn K . R di temukan pasien mengatakan badan lemah, pucat, batuk lendir bercampur darah, sesak napas, nyeri dada, bunyi napas ronchi, pernapasan cuping hidung, ada retraksi dinding dada, pasien mengatakan napsu makan berkurang, tidak memiliki energi/kekuatan untuk berdiri dan berjalan sendiri, ADL dibantu oleh keluarga seperti ke kamar mandi, makan, toileting, dan menghias diri.

Menurut Guanabara et al., 2020 & Mar'iyah Khusnul., Zulkarnain, 2021 tanda gejala pasien dengan TB Paru adalah batuk ≥ 2 minggu, batuk berdahak, batuk berdahak dapat bercampur darah, nyeri dada, sesak napas, malaise atau mudah lelah, demam, berat badan menurun, nafsu makan tidak ada atau berkurang, batuk bersifat non remitting, berkeringat malam hari walaupun tanpa aktifitas fisik.

Dari data di atas menunjukkan adanya kesenjangan yaitu data yang ada pada teori sebagian tidak ada pada kasus nyata Tn K. R seperti demam, (suhu tubuh meningkat), keringat di malam hari.

Demam dan keringat di malam hari terjadi karena efek pertahanan tubuh (sel darah putih) melawan bakteri pernyataan ini didukung sesuai teori dari Ali Rahman (2022) yang menyatakan bahwa penyebab dari demam dan keringat di malam hari sebagai akibat dari proses penyakit sedangkan pada kasus Tn K. R tidak di temukan keluhan keringat dan demam di malam hari ini karena imun tubuh pasien yang masih baik sehingga tidak memperburuk kondisi pasien, maka direkomendasikan bagi

pasien dan keluarga untuk tetap menjaga dan meningkatkan imun tubuh agar mendukung proses penyembuhan dengan cara meningkatkan asupan nutrisi, meningkatkan kualitas istirahat dan tidur serta mengikuti anjuran dari tenaga kesehatan.

6. Diagnosa keperawatan

Menurut Ali Rahman (2022) diagnosa keperawatan pada pasien dengan Tuberculosis paru terdapat 8 diagnosa keperawatan yaitu : pola napas tidak efektif, bersihan jalan napas tidak efektif, defisit nutrisi, gangguan pertukaran gas, hipertermi, gangguan pola tidur, intoleransi aktivitas, resiko penyebaran infeksi.

Sedangkan diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus Tn K. R terdapat 7 yaitu : Bersihan jalan napas tidak efektif, Pola napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, defisit nutrisi, Gangguan pola tidur, Intoleransi aktifitas dan Resiko penyebaran infeksi. Hal ini menunjukkan kesenjangan dimana diagnose keperawatan pada teori terdapat 8 diagnosa keperawatan sedangkan di kasus mengangkat 7 diagnosa keperawatan. Pada teori terdapat masalah Hipertermi tetapi pada kasus Tn K. R tidak ditemukan masalah keperawatan tersebut. karena suhu tubuh pasien dalam rentang normal (S : 36,0°C/axilla).

7. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien. Intervensi keperawatan pada Tn K. R disusun berdasarkan teori menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

tahun 2018 dan dibandingkan dengan masalah keperawatan pada kasus. Semua intervensi baik pada tinjauan teoritis maupun tinjauan kasus sama dan telah dilaksanakan berkat kerja sama keluarga dan pasien. Untuk diagnosa keperawatan Bersihan jalan napas tidak efektif sebanyak 6 intervensi keperawatan, untuk diagnosa pola napas tidak efektif sebanyak 5 intervensi keperawatan, untuk diagnosa gangguan pertukaran gas sebanyak 6 intervensi keperawatan, untuk diagnosa defisit nutrisi sebanyak 5 intervensi keperawatan, untuk diagnosa Intoleransi aktifitas sebanyak 4 intervensi keperawatan, untuk diagnosa Gangguan pola tidur sebanyak 3 intervensi keperawatan, untuk diagnosa Resiko penyebaran infeksi sebanyak 5 intervensi keperawatan.

8. Tindakan keperawatan

Dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah direncanakan pada tanggal 10 Juli-12 Juli 2024. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada Tn K. R dapat dijalankan dengan baik karena di dukung oleh saran dan partisipasi keluarga dan petugas kesehatan. Dan demikian semua intervensi yang di rencanakan dapat dilaksanakan dengan baik.

9. Evaluasi keperawatan

Evaluasi tindakan keperawatan yang diberikan pada Tn K. R dengan diagnosa medis Tuberculosis Paru dilakukan berdasarkan tujuan yang ditetapkan. Pada Tn K. R di evaluasi bahwa masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi dengan hasil : pasien masih batuk sesekali dan masih ada sedikit flek darah. Pola napas tidak efektif sebagian teratasi

dengan hasil sesak berkurang, tidak terdapat retraksi dinding dada, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, RR : 21x/m. masalah gangguan pertukaran gas sebagian teratasi dengan hasil: sesak berkurang, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, masalah Defisit nutrisi sebagian teratasi dengan hasil : nafsu makan membaik, dengan porsi makan yang dihabiskan meningkat 5-7 sendok makan, belum ada peningkatan berat badan. Masalah Gangguan pola tidur teratasi dengan hasil pasien mengatakan tidur dengan nyenyak dan tidak terbangun di malam hari., Intoleransi aktivitas teratasi dengan hasil pasien tidak lagi lemah, kekuatan otot 4. Masalah resiko penyebaran infeksi sebagian teratasi dengan hasil pasien dan keluarga selalu menggunakan masker dan membuang sputum pada tempat yang sudah disediakan serta rutin mencuci tangan dengan teknik yang tepat.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus gambaran asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Tuberculosis paru di ruangan perawatan khusus pada tanggal 10 Juni-12 Juni 2024 (3 hari) maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

Tn K. R usia 76 tahun dengan Tuberculosis Paru :

1. Pengkajian

Pasien mengatakan sesak napas, batuk, batuk lendir bercampur darah, nyeri dada, akral hangat, bunyi paru ronchi, pernapasan cuping hidung, pasien mengatakan napsu makan berkurang, BB 53 Kg, sebelum sakit 60 kg, (penurunan BB +7 Kg), dalam sekali makan pasien hanya menghabiskan 2-4 sendok makan, TB 172, IMT 17,9 (BB kurang), keadaan umum : lemah, wajah pucat, konjungtiva anemis, tingkat kesadaran : composmentis, GCS : 15 (E: 4, V: 5, M: 6), tidak memiliki energi/kekuatan untuk berdiri dan berjalan sendiri, ADL dibantu oleh keluarga seperti ke kamar mandi, makan, toileting, dan menghias diri, Nadi : 97×/m, suhu : 36,0°C, RR : 28×/m, TD : 110/70mmHg, SPO₂ : 98%, terpasang cairan infus Nacl 0,9% 8 tpm, WBC/Leukosit 10.0 (nilai normal 4,0 -10,0), PLT 76 (nilai normal 150-400), pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak di temukan bakteri *mycobacterim Tuberculosis*.

2. Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Tn K. R adalah sebagai berikut :

Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Hipersekresi Jalan

Napas, Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Napas, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi, defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.

3. Interveni keperawatan

Intervensi keperawatan yang diberikan Pada Tn K.R dengan diagnose medis Tuberculosis paru, ditetapkan sesuai dengan 7 masalah keperawatan yang ditemukan dengan tujuan akhir dapat teratasi.

4. Implementasi keperawatan

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

5. Evaluasi merupakan langkah akhir dari semua tindakan keperawatan yang diberikan pada Tn K.R dengan diagnosa medis Tuberculosis Paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende, dengan tujuan untuk mengetahui keberhasilan tindakan keperawatan yang diberikan, kegiatan evaluasi dilakukan selama 3 hari. Hasil evaluasi menunjukkan tindakan keperawatan

yang dilakukan mampu mengatasi sebagian masalah keperawatan yang ditemukan.

5.2 Saran

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

1. Bagi penulis

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar di lapangan dan dapat meningkatkan pengetahuan penulis tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Tuberculosis paru

2. Bagi perawat

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

3. Bagi pasien dan keluarga

Diharapkan kooperatif dan berusaha selalu meningkatkan pola hidup yang sehat serta mematuhi segala anjuran yang disampaikan oleh petugas kesehatan seperti diet tinggi kalori dan protein, mematuhi aturan minum obat ini untuk mencegah penyebaran dan kesembuhan dari tuberculosis paru.

DAFTAR PUSTAKA

- Agnia, A., Muflihah, H (2022) . *Tingkat kepatuhan pengobatan pasien fase intensif Berdasarkan Karakteristik Pasien TB di puskesmas X*. Jurnal Riset Kedokteran, 02 (01). 57-60
- All Rahman, 2022. Penatalaksanaan Batuk Efektif Tuberculosis Paru. Jurnal ilmiah kesehatan sandi husada. Diambil pada 08 September 2023 dari [539815283.pdf \(core.ac.uk\)](https://core.ac.uk/doi/pdf/10.24127/sandi.v2i1.539815283)
- Badan Pusat Statistik (2022) *jumlah kasus penyakit dan jenis penyakit (jiwa) tahun 2022*. Nusa Tenggara Timur : Badan Pusat Statistik
- Dinkes Kab Ende (2023) *Jumlah kasus Tuberculosis Paru 2021-2023* . Kabupaten Ende : Dinkes Kab. Ende
- Demayaty Santi Dwi, Andi. S, & Maqfirah. (2018). *Resiko Kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Liukang Tupabbiring Kabupaten pengkep*.
- Guanabara et al., (2020). *pedoman nasional pelayanan kedokteran tata laksana Tuberculosis*. Kementrian Kesehatan RI, 156.
- Kemenkes RI (2021) *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021* . Jakarta : Kemenkes RI
- KEMENKES RI. (2011). *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberculosis*, Hal. 22.
- Latifah,et al,(2023). *Presepsi pasien Tuberculosis paru tentang peran perawat*.jurnal pustaka kesehatan,vol.11 (no.3), 2023
- Listia, M. (2019). *Asuhan Keperawatan di ruang tulip*. [http://repository.poltekeskupang.ac.id/1913/1/KTI](http://repository.poltekeskupang.ac.id/1913/1/KTI%20FIX%20TEERBARU.pdf) FIX TEERBARU.pdf
- Mar'iyah Khusnul, Z. (n.d.). *Patofisiologi penyakit infeksi tuberculosis*. <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/psb>
- Mawardi, Sambera, R., & Hamisah, I. (2020). *Studi Hubungan Antara Faktor Lingkungan Fisik Rumah Dengan Penderita TB paru BTA di Aceh Selatan*.Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat Vol. 12 Edisi 1, 2020
- Melkias, Dikson & Agustina S., (2021). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Pernapasan*. Kediri : CV. Cakrawala Satria Mandiri
- Manurung E, (2021) *Aplikasi Asuhan Keperawatan Sistem Respiratory*, Trans Info Media : Jakarta

Wahdi A & Puspitasari D (2021). *Mengenal Tuberculosis*, Pena Persada : Jawa Tengah.

PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI

PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI.

PPNI, Tim Pokja SLKI DPP. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI.

Puspasari S,. 2019. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Pustaka Baru Press. Yogyakarta

Puspasari. (2019). *Dalam Wadhi Achmad, Dewi Retno Puspitosari. Mengenal Tuberculosis*. Pena Persada.

Rumah Sakit Umum Daerah Ende (2024) *Jumlah kasus Tuberculosis paru januari-april 2024*. Ende : RSUD Ende

World Health Organization (2021) *Global Tuberculosis Report. 2022*

LAMPIRAN 1



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

Direktorat: Jln.Piet A. Tallo Liliba-Kupang, Telp.: (0380) 8800256
Fax (0380) 8800256; Email: poltekeskupang@yahoo.com



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN K. R DENGAN DIAGNOSA MEDIS
TUBERCULOSIS PARU DI RUANGAN PERAWATAN KHSUS RSUD ENDE**

Format pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 10 juli 2024

1. Pengumpulan Data

a. Identitas pasien

Nama : Tn K. R
Umur : 76 Tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Mebel kayu dan tukang batu batako
Agama : Katolik
Alamat : Jln. Kelimutu
Dx Medis : Tuberculosis Paru

b. Identitas penanggung jawab

Nama : Ank M. A. D
Umur : 36 Tahun
Hubungan dengan pasien : Anak kandung
Alamat : Jln. Kelimutu

2. Status kesehatan

a. Status kesehatan saat ini

1) Keluhan utama

Pasien mengatakan lemah, sesak napas, batuk, batuk berdahak bercampur darah, nyeri dada.

2) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan bahwa pasien mengalami batuk berdahak kurang lebih sudah 2 bulan. Pada saat tiga minggu yang lalu pasien mulai merasa lemah, sesak napas, batuk lendir bercampur darah, nyeri dada dan disertai demam selama tiga hari.

3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini.

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mengalami batuk berdahak sudah 2 bulan. Pada saat tiga minggu yang lalu pasien mulai merasa lemah, sesak napas, batuk lendir bercampur darah, nyeri dada dan di sertai demam selama 3 hari, karena demam nya tidak turun keluarga berinisiatif membawa pasien ke klinik Martin de porez pada hari jumat tanggal 5 juli 2024. Hasil pemeriksaan yang di dapat bahwa trombosit nya turun hasil = 76 (nilai normal 150-400) dan menyarankan ke Rumah sakit. Pada hari minggu tanggal 07 Juli 2024 jam : 20.00 keluarga membawa pasien ke IGD dan pasien dirawat inap di ruangan RPD 3 selama 2 hari setelah dilakukan pemeriksaan laboratorium BTA hasilnya (+), pasien langsung

dipindahkan ke Ruang Perawatan Khusus (RPK) pada tanggal 10 Juli 2024 jam 07.00.

4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Keluarga pasien mengatakan selama sakit di rumah pasien sering mengkonsumsi air jahe, kencur dan saat demam selama tiga hari keluarga memberi obat paracetamol.

b. Status kesehatan masa lalu

1) Penyakit yang pernah Dialami

Keluarga pasien mengatakan bahwa setahun yang lalu pasien pernah mengalami penyakit gula.

2) Pernah Dirawat

Keluarga pasien mengatakan bahwa setahun yang lalu pasien pernah di rawat di ruangan penyakit dalam 3 RSUD Ende

3) Alergi

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tidak mempunyai riwayat alergi obat, makanan, maupun debu.

4) Kebiasaan (merokok/minum kopi/alcohol

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien semasa muda memiliki kebiasaan merokok sehari bisa dengan 3-5 batang, minum kopi sehari 3 kali, alcohol ketika duduk kumpul bersama teman-teman.

c. Riwayat penyakit keluarga

Keluarga pasien mengatakan bahwa didalam keluarga tidak mempunyai riwayat penyakit turunan.

d. Diagnosa medis dan therapy yang di dapat sebelumnya

Keluarga pasien mengatakan pernah di diagnosa penyakit DM dan terapi yang pernah di dapat NovoRapid, Paracetamol

3. Pola kebutuhan dasar

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan bahwa kesehatan sangat penting dan ketika sakit pasien selalu dibawah ke fasilitas kesehatan.

b. Pola nutrisi dan metabolic

Sebelum sakit keluarga pasien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi makan 1 piring dihabiskan, jenis makanan yang dikonsumsi klien adalah nasi, sayur, ubi, dan ikan), klien tidak memiliki pantangan apapun dalam mengonsumsi makanan dan klien biasa minum 5-6 gelas/hari (1200 cc). Keadaan saat ini : Tn K.R mengatakan napsu makannya berkurang dan makan 3x sehari dalam sekali makan hanya mampu menghabiskan 2-3 sendok makan yang disajikan dengan konsistensi lunak dan jenis makanan diet tinggi kalori dan protein seperti bubur, sayuran hijau, telur dan daging, minum 6 gelas perhari, pasien tampak lemah, BB 53, dengan BB sebelumnya 60 kg, (BB turun 7 kg), IMT : 17,9 (BB kurang).

c. Pola Eliminasi

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

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

d. Pola Aktifitas dan Latihan

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan tidak ada keluhan seperti lemah, sesak napas ataupun cepat lelah saat beraktifitas.

Keadaan saat ini : *Activity Daily Living (ADL)* aktifitas pasien tampak dibantu oleh keluarga seperti ke kamar mandi, makan, toileting, dan menghias diri.

e. Pola kognitif dan persepsi

Pasien masih bisa merespon dengan baik ketika diajak bicara, saat ditanya tentang beberapa hal seperti tanggal lahirnya pasien menjawab 07 Februari 1946 pasien masih mengingat dengan baik, penglihatan pasien masih jelas.

f. Pola tidur dan istirahat

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan bahwa ia tidur malam dari jam 22.00-05.30 dan istirahat siang 1-2 jam. biasanya tidur nyenyak.

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

g. Pola peran dan hubungan dengan sesama

Pasien mengatakan selama dirawat, hubungan pasien dengan petugas kesehatan baik, sebelum sakit pasien merupakan seorang Ayah yang bekerja sebagai buruh batu, kayu dan sangat aktif untuk bersosialisasi dengan masyarakat sekitar.

h. Pola Toleransi- Stress Koping

Pasien mengatakan untuk mengatasi stress- nya pasien biasanya ajak bercerita bersama anaknya.

i. Pola Nilai- Kepercayaan

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

4. Pemeriksaan fisik

- a. Keadaan umum : lemah, BB 53 Kg, TB 172 Cm, dan IMT 17,9 (BB kurang), Tingkat kesadaran : composmentis, GCS 15 (E : 4, V : 5, M : 6) , Tanda-tanda vital : TD : 110/70mmHg, S : 36,0°C, N : 97×/m, SPO₂:98%, RR: 28×/m.

b. Pengkajian fisik

1) Kepala

Kulit kepala tampak bersih, tidak ada edema, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan

2) Wajah

Tampak pucat, terdapat luka di pipi sebelah kanan, area bawah mata terlihat lingkaran hitam (mata panda),

3) Mata

Konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, reflek cahaya (+) pupil iskor

4) Hidung

Terdapat pernapasan cuping hidung, terpasang O2 NRM 10 Lpm, posisi septum nasal simetris

5) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid

6) Thorax

Inspeksi : dada tampak simetris, frekuensi napas 28x/m, terdapat penggunaan otot bantu pernapasan

Palpasi : vokal fremitus teraba di seluruh lapang paru, pengembangan sama antara paru kanan dan paru kiri

Perkusi : terdapat bunyi padat

Auskultasi : terdapat bunyi napas ronchi (+),

7) Ekstermitas

Atas : akral teraba hangat, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, terpasang infus Nacl 0,9 tpm, ditangan kiri, CRT >2 detik,

Bawah : tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, tonus otot : nilai kekuatan otot 3 (50%) ket : dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan berat (gravitasi).

5. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan hasil laboratorium yang dilakukan pada tanggal 07 Juli 2024.

a. Pemeriksaan Darah lengkap

WBC = 10.0 (nilai normal 4,0-10,0), PLT = 76 (nilai normal 150-400).

b. Pemeriksaan X-Ray/Rontgen

Rontgen Thorax P.A, Hasil: Jantung dalam batas normal, Didapatkannya infiltrat pada kedua lobus superior, artinya terdapat peradangan pada kedua paru bagian atas, yang dicurigai sebagai tuberkulosis (KP=Koch Pulmonum) yang masih aktif. Diafragma dalam batas normal, tidak ada kelainan pada tulang di daerah dada.

c. Pemeriksaan TCM (Tes Cepat Molekuler) atau *GeneXpert MTB/RIF*

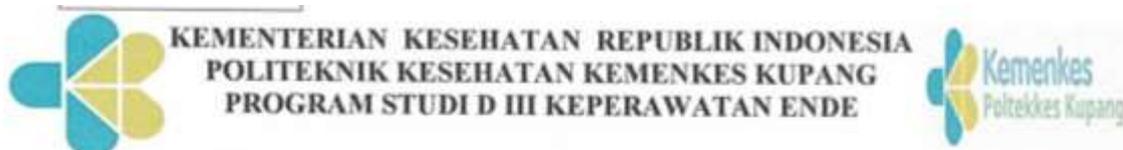
Pada pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak ditemukan bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*.

6. Terapi pengobatan

Terapi didapatkan dari dokter tanggal 10-12 Juli 2024

1. Omeprazole 2×40 mg /IV (untuk mengatasi tukak lambung)
2. Paracematol 3×1 gr/IV (untuk mengatasi rasa nyeri dan demam)
3. Ceftriaxone 2×1 gr/IV (untuk mengatasi infeksi bakteri)
4. Levofloxacin 500 mg/24 jam (untuk menyembuhkan berbagai penyakit akibat infeksi bakteri)
5. Salbutamol 3×2 mg (untuk membuka saluran napas di paru-paru)
6. Ondancentron 3×1 (untuk mencegah mual dan muntah)
7. OAT 1x 3 Tablet

LAMPIRAN 2

**LEMBAR KONSUL PROPOSAL DAN KTI**

Nama : Helena Maria Yulita
 NIM : PO. 5303202210052
 Pembimbing : Anatolia Karmelita Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep
 Penguji : Aris Wawomeo, M.Kep. Ns.Sp. Kep. Kom

No	Hari /tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1	Selasa 29 Agustus 2023	Konsul judul proposal	Mendiskusikan topik karya tulis ilmiah yang di ambil	
2	Kamis 18, september 2023	Konsul Bab 1 (Latar belakang, Rumusan masalah, Tujuan, Dan Manfaat)	Buat latar belakang sesuai urutan latar belakang harus terisis dengan 1. Pengantar tentang TB Paru 2. Masalah kasus, skala dari internasional, nasional, provinsi, kabupaten, dan tempat studi kasus 3. Faktor resiko yang mengakibatkan penyakit timbul 4. Dampak bila tidak di atasi berdasarkan penelitian 5. Peran perawat 6. Upaya penanganan TB Paru	
3.	Rabu, 06 Desember 2023	Konsul Bab 1 (Latar belakang, Rumusan masalah, Tujuan, Dan Manfaat)	1. Tambahkan data di RSUD Ende sampe di bulan November 2023 2. Tambahkan dampak TB paru. Jika tidak di lakukan pengobatan 3. Tambahkan tindakan mandiri perawat	

4.	Jumat, 02 februari 2024	Konsul Bab 1 (Latar belakang)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cantumkan sumber Bab 1 2. Tambahkan data Dinkes dan RSUD Ende tahun 2024 3. Urutkan data-data RSUD Ende dari tahun 2020-2024 4. Tambahkan hasil penelitian yang terkait 5. Peran perawat fokus pada Tb paru 	
5.	Kamis, 16 Mei 2024	Konsul Bab 1 (Latar Belakang)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan dampak TB paru jika pasien mengalami putus obat lalu kaitkan dengan hasil penelitian 2. Tambahkan data 2024 dari bulan januari-mei 3. Datang berikutnya bawah dengan Bab 2 dan Bab 3. 	
6	Rabu,29 Mei 2024	Konsul Bab I- Bab III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki Cover depan 2. Perbaiki kata pengantar 3. Perbaiki cara penulisan dan spasi 4. Perbaiki penomoran 5. Tambahkan penatalaksanaan keperawatan 6. Tambahkan kata yang kurang di Bab III 	
7	Senin, 10 juni 2024	Konsul Bab I- Bab III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lihat kembali penulisan di Bab I 2. Tambahkan dampak pada Tb paru 3. Datang berikutnya bawah dengan jurnal tentang hasil penelitian faktor resiko Tb paru 4. Lihat kembali penulisan di Bab 2 di bagian intervensi 	

8	Rabu, 12 juni 2024	Konsul Bab I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan peran keluarga dalam pengobatan TB paru 2. Latar Belakang buat secara ringkas 3. Urutkan latar Belakang dari data, Faktor Resiko, Dampak, komplikasi, peran keluarga, peran perawat 	
9	Rabu, 19 Juni 2024	Konsul Bab I- Bab III	ACC Siap Ujian	
10	Selasa, 15 Juli 2024	Konsul KTI BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki margarine 2. Perbaiki penomoran 	
11	Kamis, 25 juli 2024	Konsul KTI BAB IV KASUS DAN PEMBAHASAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki pengetikan 2. Jam/ jadwal di gambaran umum lokasi studi kasus dihapus 3. perbaiki kata-kata dibagian pekerjaan 4. perbaiki penulisan dialasan masuk rumah sakit 5. dibagian status kesehatan masa lalu diperjelaskan kembali 6. perbaiki penulisan dipola kebutuhan dasar 	

		<ul style="list-style-type: none"> Pada bagian pemeriksaan fisik tambahkan penampakan umum pasien TB, pemeriksaan dibagian kepala diganti dengan wajah, poin ke 4 pemeriksaan Abdomen dihilangkan. 	
2	Jumat, 28 juni 2024	ACC Lanjut ke pembimbing	
3	Kamis, 05 september 2024	<p>1. BAB III METODE STUDI KASUS</p> <ul style="list-style-type: none"> Dibagian lokasi dan waktu studi kasus tambahkan tanggal penelitian Perbaiki pengetikan di bagian metode/prosedur studi kasus pada poin ke-3 	
4	Selasa, 10 september 2024	ACC Lanjut ke pembimbing	

Mengetahui
Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende

Aris Wawomeo, M.Kep. Ns.Sp. Kep. Kom
NIP : 196601141991021001



LEMBAR KONSUL REVISI PROPOSAL DAN KTI

Nama : Helena Maria Yulita
 NIM : PO.5303202210052
 Penguji : Aris Wawomeo, M., Kep., Ns., Sp.Kep., Kom
 Pembimbing : Anatolia K. Doondori, S. Kep., Ns., M, Kep

No	Tanggal	Rekomendasi Penguji	Paraf Penguji
1.	Kamis, 27 Juni 2024	<p>1. BAB I Latar Belakang</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tambahkan dibagian paragraf ke- 6, bagaimana perawat mengedukasi dan memotivasi keluarga untuk terlibat aktif dalam mengatasi penyakit TB <p>2. BAB II</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perbaiki penulisan dipemeriksaan Diagnostik pada poin ke-3 • Perbaiki penulisan dibagian Konsep Asuhan Keperawatan pada bagian pengumpulan data (pendidikan, pekerjaan, tempat tinggal). • Perbaiki penulisan dan Tambahkan upaya pemeliharaan kesehatan pada pengkajian perpola poin 1 	

12	Selasa, 06 Agustus 2024	Konsul KTI BAB IV KASUS DAN PEMBAHASAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rata kiri kanan 2. Tambahkan therapy yang di dapat sebelumnya 3. Kenapa pada pasien dengan TB Paru di berikan Diet TKTP 4. Perbaiki pengetikan di pola aktifitas dan latihan 5. Jelaskan yang di maksud dengan vokal fremitus 6. Jelaskan kekuatan otot 3 	
13	Jumat, 23 Agustus		ACC Siap ujian	

Mengetahui
Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M.Kep. Ns.Sp. Kep. Kom
NIP : 196601141991021001

JADWAL KEGIATAN

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

LAMPIRAN 4

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Saya adalah mahasiswa dari politeknik kesehatan kemenkes kupang program studi DIII Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Tuberculosis Paru Di Ruangn Perawatan Khusus RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah mahasiswa di harapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Tuberculosis Paru Di Ruangn perawatan Khusus RSUD Ende. Studi kasus ini berlangsung selama tiga hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebutkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk status kesehtaan Bapak/ Ibu/ Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
5. Namun dari jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/ Ibu/ Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak/ Ibu/ Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi saya pada nomor HP: 082144218397

Ende, 09 Juli 2024

Peneliti



Helena Maria Yulita
Nim : PO5303202210052

LAMPIRAN 5**INFORMED CONCENT**

(Persetujuan Menjadi Partisipasi)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh: Helena Maria Yulita, Nim: PO5303202210052 dengan judul: "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn K. R Dengan Diagnosa Medis Tuberculosis Paru Di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende".

Saya memutuskan setuju untuk ikut partisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu, tanpa sanksi apapun.

Ende, 10 Juli 2024

Saksi



M. A. D

Yang memberi persetujuan



K. R.

Peneliti



Helena Maria Yulita
PO5303202210052

LAMPIRAN 6

DAFTAR RIWAYAT HIDUP**J. Data Diri**

Nama : Helena Maria Yulita
 Tempat/Tanggal Lahir : Paupanda 13 Desember 2002
 Jenis Kelamin : perempuan
 Agama : Katolik
 Nama Ayah : Ardianus Yosep Siu
 Nama Ibu : Yustina Bene

K. Riwayat Pendidikan

SDI Wewaria : 2009-2015
 SMP Negeri Sokoria : 2015-2018
 SMK Katolik Muktyaca Ende : 2018-2021
 Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang,
 Program Studi D-III Keperawatan Ende

MOTTO

“ Selesaikan dengan baik
 apa yang kamu mulai”