

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn.Y.D
DENGAN DIANGNOSA MEDIS *TUBERCULOSIS PARU*
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ENDE**



OLEH

ROSANTI

NIM : PO.530320218051

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D – III KEPERAWATAN ENDE
2022**

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn.Y.D
DENGAN DIANGNOSA MEDIS *TUBERCULOSIS PARU*
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ENDE

Studi Kasus Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Mendapat

Gelar Ahli Madya Keperawatan



OLEH

ROSANTI

NIM : PO.530320218051

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D – III KEPERAWATAN ENDE
2022

LEMBAR PERSETUJUAN

STUDI KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn.Y.D DENGAN DIANGNOSA MEDIS *TUBERCULOSIS PARU* DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ENDE

Oleh :

ROSANTI

NIM : PO.530320218051

Karya Tulis Ilmiah ini telah di periksa dan disetujui
Oleh Pembimbing untuk diujikan

Ende, 05 Agustus 2022

Pembimbing



Maria Salestina Sekunda, SST, M.Kes

Nip. 198101242009122001

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

Nip. 19660114 199102 1 001

LEMBAR PENGESAHAN

STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn.Y.D
DENGAN DIANGNOSA MEDIS *TUBERCULOSIS PARU*
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ENDE**

ROSANTI

NIM : PO.530320218051

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diujikan dan Dipertanggung Jawabkan
Pada Tanggal 05 Agustus 2022

Penguji Ketua



Yoseph Woge, SST, M. Kes

NIP. 19580419 198602 1 001

Penguji Anggota



Maria Salestina Sekunda, SST, M. Kes

NIP. 19810124 200912 2 001

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



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

Nip. 19660114 199102 1 001

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rosanti
NIM : PO. 530320218 051
Program Studi : D III Keperawatan Ende
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. Y.D Dengan Diagnosa
Medis Tuberkulosis Paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD
ENDE

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

**Ende, Agustus 2022
Yang Membuat Persyaratan**



**Rosanti
NIM. PO. 530320218 051**

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. Y.D Dengan Diagnosa Medis Tuberculosis Paru Di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende

Rosanti⁽¹⁾

Maria Salestina Sekunda,SST,M.Kes⁽²⁾

Tuberkulosis Paru adalah penyakit menular berbahaya yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* yang menular lewat percikan dahak dari pasien TB Paru BTA positif.

Studi Kasus ini bertujuan agar penulis mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan pada pasien Tn. Y.D dengan diagnosa medis Tuberkulosis Paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende

Metode yang digunakan dalam studi kasus adalah metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Hasil Studi Kasus Tn. Y.D ditemukan data lemah, sesak napas, secret yang susah dikeluarkan, nyeri pada area post operasi, tampak pucat, ekspresi menyeringai dengan skala nyeri 2-3,terpasang O₂ nasal kanul 3 liter/menit, respirasi 26x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,2⁰C, terpasang selang WSD pada paru bagian kanan dengan produksi cairan ± 150 cc, berwarna kuning kemerahan dan ada gelembung, terpasang infus NaCl 0,9% pada tangan kanan 20 liter/menit, ada retraksi dinding dada, bunyi napas wheezing, tampak sesak, SpO₂ 94%, CRT<3 dengan masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif dan resiko infeksi. Intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan, implementasi dan evaluasi dilaksanakan selama 3 hari. Hasil evaluasi di pada hari ketiga adalah untuk diagnosa keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif hasil evaluasinya tidak lemah,tidak terasa sesak, batuk sesekali,dan lendir sudah bisa di keluarkan, diagnosa pola napas tidak efektif hasil evaluasinya tidak terasa sesak ,diagnosa resiko infeksi hasil evaluasinya nyeri sudah tidak dirasakan.

Disimpulkan bahwa Tuberkulosis Paru merupakan penyakit menular berbahaya yang apabila tidak ditangani dengan baik dapat menimbulkan dampak yang serius. Oleh karena itu, dianjurkan kepada klien untuk rutin mengonsumsi obat-obatan serta mengikuti anjuran dari petugas kesehatan.

Kata kunci : Tuberkulosis Paru, Asuhan Keperawatan

Sumber : 7 Buah (2016-2020)

ABSTRACT

Nursing Care for Clients T.D with Medical Diagnosis of Lung Tuberculosis in the Special Treatment Room of Ende Regional Hospital

Rosanti⁽¹⁾

Maria Salestina Sekunda,SST,M.Kes⁽²⁾

Pulmonary tuberculosis paru is a dangerous infectious disease caused by the bacteria *Mycobacterium Tuberculosis* which is transmitted through sputum sprinkling from smear-positive pulmonary TB patients.

This case study aims to enable the author to carry out nursing care for the patient Mr. Y.D with a medical diagnosis of pulmonary tuberculosis in the Special Treatment Room at the Ende Generak Hospital.

The method used in the case study is a case study method with a Nursing Care approach which includes assessment, nursing diagnoses, nursing interventions, nursing implementation and nursing evaluation.

The results of the case study Mr. Y.D found weak data, shortness of breath,difficult to expel secretions, pain in the postoperative area, grinning expression with a pain scale 2-3, looked pale, installed O₂ nasal cannula 3 liters/minute, respiration 26x/minute, blood pressure 110/80 mmHg, pulse 110x/minute, temperature 36,2 C^o. WSD tube attached to the right lung with fluid production ± 150 cc, reddish yellow and has bubbles 0.9% NaCl infusion is attached to the right hand 20 tpm, there is chest wall retraction wheezing breat sounds, looks shortness of breath, SpO₂ 94%, CRT<3 with nursing problems ineffective airway clearance, ineffective breathing patterns and the risk of infection. Nursing interventions are carried out based on nursing problems found, implementation and evaluation are carried out for 3 days. The results of the evaluation on the third day were for nursing diagnoses of ineffective airway clearance the evaluation results were not weak, not short of breath, occasional coughing, and mucus could be expelled, the diagnosis of ineffective breathing patterns the evaluation results did not feel shortness of breath, the diagnosis of infection risk was the results of the evaluation. Pain is no longer felt.

It was concluded that pulmonary tuberculosis is a dangerous infectious disease which if not handled properly can have serious impacts. Therefore, it is recommended for clients to regularly take medicines and follow the recommendations of health workers.

Keywords : Tuberculosis Paru, Nursing Care

Source : 7 pieces (2016- 2020)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	ii
LEMBARAN PERSETUJUAN	iii
LEMBARAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penulisan	5
D. Manfaat Studi Kasus	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS	7
A. Konsep Dasar Medik TB Paru	7
B. Konsep Masalah Keperawatan	14
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan TB Paru	18
BAB III METODE STUDI KASUS	33
A. Rancangan/Desain Studi Kasus	33
B. Subjek Studi Kasus	33
C. Batasan Istilah (Defenisi Operasional)	33
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	34
E. Prosedur Studi Kasus	34
F. Teknik Pengumpulan Data	34
G. Instrumen Pengumpulan Data	35
H. Keabsahan Data	35
I. Analisa Data	36
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberculosis (TBC) adalah suatu penyakit infeksi menular yang disebabkan bakteri *mycobacterium tuberculosis* yang dapat menyerang berbagai organ, terutama paru-paru. Tetapi tuberculosis juga sangat liar karena dapat menyerang organ selain paru. TB bisa menyerang organ getah bening, usus, tulang, otak, dan selanjutnya laring, ginjal bahkan payudara. Tuberculosis bisa mengenai setiap organ tubuh manusia, walaupun sebagian besar tuberculosis mengenai paru, tapi kejadian ekstra paru atau penyakit TB di luar paru dilaporkan mencapai 5 sehingga 30% penyakit ini bila tidak diobati atau pengobatannya tidak tuntas dapat menimbulkan komplikasi berbahaya hingga kematian. Namun tuberculosis masih menempati peringkat ke-10 penyebab kematian tertinggi di dunia tahun 2016. TBC masih menjadi prioritas utama di dunia dan menjadi salah satu tujuan dalam SDGS (*Sustainability development Goals*) (Susenes,2017 Dikutip dari Dita Pramasari,2019).

Indonesia merupakan salah satu Negara dengan jumlah kasus Tb paru di urutan ke-3 terbesar di dunia setelah China dan India. Kasus Tb paru di Indonesia mencapai 842.000. Sebanyak 442.000 pengidap Tb paru melapor dan sekitar 400.000 lainnya tidak melapor atau tidak terdiagnosa. Penderita Tb paru tersebut terdiri atas 492.000 laki-laki, 349.000 perempuan dan sekitar 49.000 diantaranya anak-anak (WHO,2018)

Tuberculosis masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang menjadi tantangan global. Tuberculosis adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *mycobacterium tuberculosis*. Indonesia merupakan salah satu Negara yang mempunyai beban tuberculosis yang terbesar di antara 8 negara yaitu India (27%), China (9%), Indonesia (8%), Philipina (6%), Nigeria (4%), Bangladesh (4%) dan Afrika selatan (3%). (WHO,2019).

Menurut Data Profil Kesehatan Indonesia (2018), pada tahun 2017 ditemukan jumlah kasus Tb paru sebanyak 443.704 kasus, dimana angka tersebut mengalami peningkatan dari tahun 2016 yaitu sebanyak 360.565 kasus. Salah satu wilayah di Indonesia yang memiliki kasus Tb paru diatas prevalensi yaitu DKI Jakarta (Kemenkes,2018).

Berdasarkan data yang didapat Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur menempati posisi ke-12 dari 34 provinsi dengan jumlah kasus Tb paru sebanyak 3,173 pada tahun 2016 (Profil Kesehatan NTT,2016)

Sedangkan prevalensi Tb paru di Kabupaten Ende menempati urutan ke-16 dari 22 Kabupaten dengan jumlah kasus Tb paru pada tahun 2018 sebanyak 205 kasus dimana terjadi peningkatan dari tahun 2017 yang hanya berjumlah 83 kasus (BPS NTT,2018)

Data Rekam Medis yang diperoleh dari Rumah Sakit diketahui bahwa pada tahun 2021 kasus Tb paru sebanyak 22 orang, laki-laki 12 orang, perempuan 10 orang. Pada tahun 2021 dibulan januari 3 orang, laki-laki 1 orang dan perempuan 2 orang. (Profil RSUD Ende).

Dampak bagi penderita Tb paru antara lainnya menimbulkan komplikasi apabila tidak dilakukan penanganan dengan benar. Komplikasi Tb paru dapat di klasifikasi menjadi dua yaitu komplikasi dini antaranya adalah : pleuritis, usus,arturopaty. Sedangkan gangguan yang termasuk dalam komplikasi lanjut di antaranya yaitu obstruksi jalan napas hingga sindrom obstruksi jalan napas dewasa. Sindrom obstruksi pasca tuberculosis kerusakan parenkim yang sudah berat,amilodosis,karsinoma pada paru, dan komplikasi pada beberapa organ akibat Tb paru millier (Sudoyo et al,2014 Dikutip dari Rita Dian Pratiwi,2020).

Salah satu upaya untuk mengendalikan tuberculosis yaitu dengan pengobatan. Tuberculosis yang sembuh dan pengobatan lengkap di antara semua kasus. Angka ini menggambarkan kualitas pengobatan tuberculosis, walaupun angka kesembuhan telah mencapai hasil pengobatan lainnya tetap perlu diperhatikan antara lain kasus meninggal, gagal, putus obat, dan tidak di evaluasi (Kementrian Kesehatan RI,2017)

Berdasarkan uraian pada latar belakang, penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan diagnosa medis Tuberculosis Paru di wilayah kerja RSUD Ende”

B. Rumusan Masalah

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

C. Tujuan

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

1. Tujuan umum

Menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Tb paru di wilayah kerja RSUD Ende

2. Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan identifikasi pengkajian pada pasien dengan diagnosa medis Tb paru
- b. Menggambarkan rumusan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Tb paru
- c. Menggambarkan perencanaan intervensi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Tb paru
- d. Menggambarkan pelaksanaan implementasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Tb paru
- e. Menggambarkan pelaksanaan evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Tb paru
- f. Menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus pasien dengan diagnosa Tb paru

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Penulis

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

2. Bagi Pasien dan Keluarga

Menambah pengetahuan tentang perawatan dan pencegahan penyakit Tb paru.

3. Bagi Rumah Sakit Ende

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

4. Bagi Institusi

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Tb Paru

1. Definisi

Penyakit Tb adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh mycobacterium tuberculosis. Kuman Tb berbentuk batang, disebut pula sebagai basil tahan asam (BTA) karena mempunyai sifat khusus yaitu tahan terhadap asam. Kuman Tb cepat mati jika terpapar sinar matahari langsung, tetapi dapat tahan hidup berjam-jam ditempat gelap dan lembab. Sumber penularan penyakit Tb adalah dengan penderita BTA positif, terdapat beberapa spesies mycobacterium, antara lain : M. tuberculosis, M. africanum, M. bovis, M. Leprae dsb (Kemenkes,2018)

Tuberculosis merupakan infeksi yang disebabkan oleh mycobacterium tuberculosis yang dapat menyerang pada berbagai organ tubuh mulai dari paru dan organ diluar paru seperti, kulit, tulang, persendian, selaput otak, usus, serta ginjal yang sering disebut paru ekstra Tb. (Candra,2012, Dikutip dari Mirza Safira, 2020).

Tuberculosis paru merupakan penyakit menular yang sebagian besar disebabkan oleh mycobacterium tuberculosis. Kuman tersebut biasanya masuk kedalam tubuh manusia melalui udara yang dihirup kedalam paru, kemudian kuman tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lain melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, melalui saluran pernapasan atau

penyebaran langsung kebagian-bagian tubuh lainnya. (Natoatmojo,2015 Dikutip dari Mirza safira,2020)

Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa tuberculosis adalah penyakit menular berbahaya yang disebabkan oleh kuman dahak dari pasien Tb paru BTA positif

2. Etiologi

Mycobacterium tuberculosis merupakan jenis kuman berbentuk batang dengan panjang 1-4 μm dan tebal 0,3-0,6 μm . sebagian besar komponen *M. tuberculosis* adalah berupa lemak/lipid sehingga kuman mampu tahan terhadap asam. Mikroorganisme ini bersifat aerob yakni menyukai daerah yang banyak oksigen. Oleh karena itu, *M tuberculosis* senang tinggal di daerah apeks paru-paru yang kandungan oksigennya tinggi. *Mycobacterium tuberculosis* tidak dapat tumbuh tanpa oksigen (Irianti, dkk. 2016 Dikutip dari Claudia Wiltry,2020).

3. Patofisiologi

Infeksi diawali karena seseorang menghirup basil *M. tuberculosis*. Sistem kekebalan tubuh memberikan respon dengan melakukan reaksi inflamasi. Makrofag alveolus akan memfagosit kuman TB. Akan tetapi, makrofag tidak mampu menghancurkan kuman TB karena struktur dinding selnya sangatlah kecil dan kuman akan bereplikasi dalam makrofag. Perlindungan ini membuat *tubercle bacilli* dapat bertahan meskipun makrofag memakannya. Kuman TB dalam makrofag yang terus berkembang biak, akhirnya akan membentuk koloni di tempat tersebut. Lokasi koloni kuman TB di jaringan paru disebut *Fokus GOHN*. Koloni kuman tersebut dapat menyebar melalui pembuluh limfe regional yaitu pembuluh limfe yang ada di paru-

paru sehingga mengakibatkan limfangitis dan limfadenitis. Setelah makrofag ditaklukkan oleh *tubercle bacilli*, sistem imun tubuh mencoba strategi pertahanan lain. Sejumlah sel pertahanan sampai di kelenjar limfe dan mengelilingi area infeksi. Sel-sel ini membantu untuk membunuh *bacilli* melalui pembentukan dinding pencegah penyebaran infeksi lebih lanjut. Jika respon sistem imun tidak adekuat maka penyakit akan menjadi lebih parah. Penyakit yang kian parah dapat timbul akibat infeksi ulang atau bakteri yang sebelumnya tidak aktif menjadi aktif. Pada kasus ini, *ghon tubercle* mengalami ulserasi sehingga menghasilkan *necrotizing* (Irianti, dkk. 2016 Dikutip dari Claudia Wiltry,2020).

4. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Medis

1. Tujuan pengobatan TB adalah :

- a) Menyembuhkan, mempertahankan kualitas hidup dan produktivitas pasien
- b) Mencegah kematian akibat TB aktif atau efek lanjutan
- c) Mencegah kekambuhan TB
- d) Mengurangi penularan TB kepada orang lain
- e) Mencegah perkembangan dan penularan resisten obat

2. Prinsip pengobatan TB

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

- a) Pengobatan diberikan dalam bentuk paduan 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 selesai pengobatan.
- d) Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup terbagi dalam tahap awal serta tahap lanjutan untuk mencegah kekambuhan.

3. Tahapan pengobatan TB

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

1) 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 sebagian kecil kuman yang mungkin sudah resistan 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.

2) Tahap lanjutan

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

Table 2.1 Kisaran dosis OAT lini pertama bagi pasien dewasa

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

(*Kemenkes RI, 2014* Dikutip dari Claudia Wiltry,2020).

b. Penatalaksanaan Keperawatan

1. Mengantur posisi pasien semi fowler
2. Mengajarkan teknik batuk efektif dan menarik napas dalam
3. Memberikan dan mengajurkan pasien minum air 6-7 gelas (170 cc)
4. Mengajurkan pasien makan sedikit tapi sering dan dalam keadaan hangat

B. Konsep Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien dengan Tb Paru Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI,2017 Edisi 1 Cetakan III) antara lain :

1. Bersihan jalan napas tidak efektif

Definisi: ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.

Penyebab: Fisiologis seperti spasme jalan napas, hipersekresi jalan napas, disfungsi neuromuskuler, benda asing dalam jalan napas, adanya jalan napas buatan, sekresi yang tertahan, hiperplasia dinding jalan napas, proses infeksi, respon alergi, efek agent farmakologis misalnya anastesi. Situasional seperti: merokok aktif, merokok pasif, dan terpajan polutan.

Gejala dan tanda mayor: subyektif: -. Obyektif: batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, mengi, wheezing, dan atau ronchi kering, mekonium di jalan napas pada neonatus.

Gejala dan tanda minor: subyektif: dispnea, sulit bicara, ortopnea. Obyektif: gelisah, sianosis, bunyi napas menurun, frekuensi napas berubah, pola napas berubah.

Kondisi klinis terkait: gulanbare sindrom, sklerosis multipel, miastenia gravis, prosedur diagnostik misalnya brosnkoskopi, transesophageal echocardiography (TEE), depresi sistem saraf pusat, cedera kepala, stroke, kuadriplegia, sindrom aspirasi mekinium, infeksi saluran napas.

2. Pola napas tidak efektif

Definisi : keadaan dimana ventilasi atau pertukaran udara inspirasi maupun ekspirasi tidak adekuat.

Penyebab : depresi pusat pernapasan, hambatan upaya napas (mis. Nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan), deformitas dinding dada, deformitas tulang dada, gangguan neuromuskuler, gangguan neurologis, imaturitas neurologis, penurunan energy, obesitas, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, sindrom hipoventilasi, kerusakan inervasi diafragma, cedera pada medula spinalis, efek agen farmakologis, kecemasan.

Gejala dan tanda mayor. Subyektif : dyspnea. Obyektif : penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekpresi memanjang, pola napas abnormal (mis. Takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul).

Gejala dan tanda minor. Subyektif : ortopnea. Obyektif : pernapasan pursedlid, pernapasan cuping hidung, diameter thorax anterior–posterior meningkat, ventilasi

semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi dan inspirasi menurun, ekskursi dada berubah.

Kondisi klinis terkait : depresi sistem saraf pusat, cedera kepala, trauma thoraks, gulian barre syndrome, multiple sklerosis stroke, myasthenia gravis, kuadriplegia, intoksikasi alkohol

3. Gangguan pertukaran gas

Definisi: kelebihan atau kekurangan oksigenasi atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus kapiler.

Penyebab: ketidakseimbangan ventilasi perfusi dan perubahan membran alveolus kapiler.

Gejala dan tanda mayor: subyektif : Dispnea. Obyektif : PCO₂ meningkat atau menurun. PO₂ menurun, tacikardi, pH arteri meningkat atau menurun,, bunyi napas tambahan.

Gejala dan tanda minor: subjektif: pusing dan penglihatan kabur. Objektif: sianosis, diaforesis, gelisah, napas cuping hidung, pola napas abnormal (cepat atau lambat, reguler atau ireguler, dalam atau dangkal), warna kulit abnormal (pucat dan kebiruan), kesadaran menurun.

Kondisi klinis terkait: penyakit paru obstruksi kronik (PPOK), gagal jantung kongestif, asma, pneumonia, tuberkulosis paru, penyakit membran hyalin, asfiksia, Persistem pulmonali hipertensi of new born (PPHN), prematuritas, infeksi saluran napas.

4. Defisit Nutrisi

Definisi: asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab: ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, peningkatan 20 kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi misalnya finansial tidak mencukupi. Faktor psikologis misalnya stress, keengganan untuk makan.

Gejala dan tanda mayor: Subjektif : - Objektif : BB menurun, minimal 10% dibawah rentang ideal.

Gejala dan tanda minor: Subyektif: cepat kenyang setelah makan, kram atau nyeri abdomen, nafsu makan menurun. Obyektif : bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare

5. Resiko Infeksi

Definisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

Faktor Resiko : Penyakit kronis (Mis. Diabetes mellitus), efek prosedur invasive, malnutrisi, peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer.

Kondisi klinis terkait : AIDS, Luka bakar, Penyakit paru obstruktif kronis, Diabetes mellitus, Tindakan invasive, Kondisi penggunaan terapi steroid, Penyalahgunaan obat, ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW), kanker, gagal ginjal.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

Pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan terdiri dari 5 tahapan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Kelima proses ini harus dijalankan secara berkesinambungan antara satu tahapan dengan tahapan lainnya.

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

Menurut *North American Nursing Diagnosis Association*(2013), fase pengkajian merupakan sebuah komponen utama untuk mengumpulkan informasi, data, memvalidasi data, mengorganisasikan data, dan mendokumentasikan data.

Pengumpulan data antara lain meliputi:

1) Biodata

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

2) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Manifestasi yang dapat muncul pada pasien TB antara lain adanya sesak napas, batuk, nyeri dada, keringat malam, nafsu makan menurun, berat badan menurun, sianosis, dan suhu badan meningkat mendorong penderita untuk mencari pengobatan.

b) Riwayat kesehatan masa lalu

Keadaan atau penyakit – penyakit yang pernah diderita oleh penderita yang mungkin sehubungan dengan tuberkulosis paru antara lain ISPA, efusi pleura, serta tuberkulosis paru yang kembali aktif.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Mencari diantara anggota keluarga pada tuberkulosis paru yang menderita penyakit tersebut sehingga sehingga diteruskan penularannya.

3) Pola Fungsional Gordon

a. Pola Persepsi Kesehatan

Kemungkinan adanya riwayat kebiasaan merokok, minum alkohol dan penggunaan obat-obatan steroid bisa menjadi faktor resiko timbulnya penyakit.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

Pada pola nutrisi, pasien TB paru akan mengalami mual, muntah, penurunan nafsu makan dan penurunan berat badan.

c. Pola Eliminasi

Dapat ditemukan adanya oliguria karena keadaan umum pasien yang lemah, pasien akan lebih banyak bed rest sehingga akan menimbulkan konstipasi.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Pasien dapat mengalami kelemahan umum, napas pendek karena kerja, takikardia, takipnea atau dispnea pada kerja, kelemahan otot dan nyeri. Gejala lain yang muncul antara lain kelemahan, kelelahan, insomnia, pola hidup menetap, dan jadwal olahraga yang tidak teratur.

e. Pola sensori dan Kognitif

Pasien dengan TB paru kebanyakan berpendidikan rendah, akibatnya mereka sering kali tidak menyadari bahwa penyembuhan penyakit dan kesehatan merupakan hal yang sangat penting.

f. Pola Tidur dan Istirahat

Pasien yang mengalami TB paru harus banyak tirah baring dan membatasi aktivitas

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

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

h. Pola Hubungan dan Peran

Pasien dengan TB Paru akan mengalami perasaan isolasi karena menderita penyakit menular.

i. Pola Reproduksi Seksual

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

j. Pola Penanggulangan Stress

Dengan adanya proses pengobatan yang lama maka akan mengakibatkan stress pada penderita penyakit TB Paru.

k. Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Karena mengalami sesak nafas dan nyeri dada biasanya penderita TB Paru sering terganggu ibadahnya.

d) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik secara keseluruhan mulai dari kepala sampai kaki dengan menggunakan prinsip inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi untuk melihat tanda klinis yang terjadi pada tubuh pasien seperti warna kulit, kuku, cacat warna, bentuk, memperhatikan jumlah rambut, distribusi, teksturnya dan lain-lain (Barrah,2013 Dikutip dari Selvina, 2021).

b. Tabulasi data

Pasien mengeluh batuk, sesak napas, adanya secret di saluran napas, suara napas abnormal (ronchi, rales, wheezing), frekuensi napas lebih dari normal, dyspnea, penggunaan otot bantu pernapasan, takipnea, pusing, penglihatan kabur, PCO_2 meningkat/menurun, PO_2 menurun, takikardia, sianosis, gelisah, pola napas abnormal, kesadaran menurun, pasien mengatakan tidak napsu makan dan makanan yang disediakan tidak dihabiskan, adanya penurunan berat badan (tidak selalu muncul), penurunan albuminemia.

c. Klasifikasi data

Data Subjektif (DS): pasien mengeluh batuk, sesak napas, adanya secret di saluran napas, pusing, penglihatan kabur, tidak napsu makan dan makanan yang disediakan tidak dihabiskan.

Data Objektif (DO): suara napas abnormal (ronchi, rales, wheezing), frekuensi napas lebih dari normal, penggunaan otot bantu pernapasan, takipnea, PCO_2 meningkat/menurun, PO_2 menurun, takikardia, sianosis, gelisah, pola napas abnormal, kesadaran menurun, adanya penurunan berat badan, penurunan albuminemia

Resiko infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya mekanisme pertahanan diri, menurunnya aktivitas silia, kerusakan jaringan atau terjadi infeksi lanjutan, malnutrisi.

d. Analisa data

Setelah data diklasifikasi, maka diperoleh gambaran tentang masalah yang dialami klien dengan TB Paru adalah sebagai berikut:

Data Subjektif: pasien mengeluh batuk, sesak napas, adanya secret di saluran napas. Data Objektif: suara napas abnormal (ronchi, rales, wheezing), frekuensi napas lebih dari normal, dengan irama regular atau irregular, dyspnea. Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul ini, maka diangkat masalah Bersihan jalan napas tidak efektif yang dapat diakibatkan oleh peningkatan jumlah atau perubahan mucus, keterbatasan gerakan dada, nyeri, kelemahan dan kelelahan.

Data Subjektif: pasien mengeluh sesak napas. Data Objektif: penggunaan otot bantu pernapasan, takipnea. Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul ini, maka diangkat masalah Pola pernapasan tidak efektif yang dapat diakibatkan oleh obstruksi trakeobronkial oleh secret, penurunan ekspansi paru, dan proses inflamasi.

Data Subjektif: pasien mengeluh sesak napas, pusing, penglihatan kabur. Data Objektif: PCO_2 meningkat/ menurun, PO_2 menurun, takikardia, bunyi napas Tambahan, sianosis, gelisah, pola napas abnormal, kesadaran menurun. Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul ini, maka diangkat masalah Gangguan pertukaran gas yang diakibatkan oleh gangguan aliran udara ke alveoli.

Data Subjektif: pasien mengatakan tidak napsu makan dan makanan yang disediakan tidak dihabiskan. Data Objektif: adanya sisa makanan dalam tempat

makanan, adanya penurunan berat badan (tidak selalu muncul), penurunan albuminemia. Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul ini, maka diangkat masalah Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh yang dapat diakibatkan oleh intake yang tidak adekuat, peningkatan metabolisme dan proses keganasan. Resiko infeksi dengan faktor risiko tidak adekuatnya mekanisme pertahanan diri, menurunnya aktivitas silia, kerusakan jaringan atau terjadi infeksi.

2. Diagnosa keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017)

Berdasarkan hasil pengkajian dari pengumpulan data sampai analisa data maka ditetapkan beberapa diagnosa keperawatan, di antaranya:

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif yang berhubungan dengan peningkatan jumlah atau perubahan mucus, keterbatasan gerakan dada, nyeri, kelemahan dan kelelahan yang ditandai dengan:

DS: pasien mengeluh batuk, sesak napas, adanya secret di saluran napas

DO: suara napas abnormal (ronchi, rales, wheezing), frekuensi napas lebih dari normal, dengan irama regular atau irregular, dyspnea

- b. Pola pernapasan tidak efektif yang berhubungan dengan obstruksi trakeobronkial oleh secret, penurunan ekspansi paru, dan proses inflamasi yang ditandai dengan:

DS: pasien mengeluh sesak napas

DO: penggunaan otot bantu pernapasan, takipnea

- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan aliran udara ke alveoli yang ditandai dengan:

DS: pasien mengeluh sesak napas, pusing, penglihatan kabur

DO: PCO₂ meningkat/menurun, PO₂ menurun, takikardia, bunyi napas Tambahan, sianosis, gelisah, pola napas abnormal, kesadaran menurun

- d. Defisit Nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, peningkatan metabolisme dan proses keganasan yang ditandai dengan:

DS: pasien mengatakan tidak napsu makan

DO: adanya sisa makanan dalam tempat makanan, adanya penurunan berat badan, (penurunan albuminemia)

- e. Resiko infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan yang ditandai dengan :

DS : -

DO : -

3. Intervensi Keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

- a. Diagnosa I : Bersihan jalan napas tidak efektif yang berhubungan dengan peningkatan jumlah atau perubahan mucus, keterbatasan gerakan dada, nyeri, kelemahan dan kelelahan.

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

Kriteria hasil : - Batuk efektif menurun

1. Dispnea menurun
2. Sulit bicara menurun
3. Sianosis menurun
4. Frekuensi napas membaik
5. Pola napas membaik

Intervensi : Latihan batuk efektif (I.01006)

Tindakan observasi : - Identifikasi kemampuan batuk

6. Monitor adanya restensi sputum
7. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas
8. Monitor input dan output cairan (mis, jumlah dan karakteristik)

Terapeutik : - Atur posisi semi-fowler atau fowler

9. Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien
10. Buang secret pada tempat sputum

Edukasi : - Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif

11. Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik.
Ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (membulatkan) selama 8 detik
12. Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali
13. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke -3

Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, *jika perlu*

- b. Diagnosa II : Pola napas tidak efektif yang berhubungan dengan obstruksi trakeobronkial oleh secret, penurunan ekspansi paru, dan proses inflamasi.

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

Kriteria Hasil : - Dispnea menurun

14. Penggunaan otot bantu napas menurun
15. Pernapasan cupping-hidung menurun
16. Frekuensi napas membaik
17. Kedalaman napas membaik

Intervensi : Manajemen Jalan Napas (I. 01011)

Tindakan observasi : - Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

18. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronki kering)

19. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Terapeutik : - Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-lift dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal.

20. Posisikan semi-fowler atau fowler

21. Berikan minum hangat

22. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu

23. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik

24. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal

25. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill

26. Berikan oksigen, *jika perlu*

Edukasi : - Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi

27. Ajarkan teknik batuk efektif

Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika

perlu.

- c. Diagnosa III : Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan aliran udara ke alveoli.

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

- Kriteria hasil :
- Tingkat kesadaran meningkat
 - 28. Pusing menurun
 - 29. Penglihatan kabur menurun
 - 30. Gelisah menurun
 - 31. PCO₂ membaik
 - 32. PO₂ membaik
 - 33. Pola napas membaik

Intervensi : Pemantauan Respirasi (I.01014)

Tindakan Observasi : - Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas

- 34. Monitor jalan napas (seperti bradipnea, takipnea)
- 35. Monitor kemampuan batuk efektif
- 36. Monitor adanya produksi sputum
- 37. Monitor adanya sumbatan jalan napas
- 38. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
- 39. Auskultasi bunyi napas
- 40. Monitor satuan oksigen
- 41. Monitor nilai AGD
- 42. Monitor hasil x-ray toraks

Terapeutik : - Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien

43. Dokumentasikan hasil pemantauan
- Edukasi : - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
44. Informasikan hasil pemantauan, *jika perlu*
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, peningkatan metabolisme dan proses keganasan.
- Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah defisiit nutrisi dapat teratasi.
- Kriteria hasil : - Kekuatan otot menelan meningkat
45. Perasaan cepat kenyang menurun
46. Nyeri abdomen menurun
47. Sariawan menurun
48. Frekuensi makan membaik
49. Bising usus membaik
50. Membran mukosa membaik
- Intervensi : Manajemen Nutrisi (I. 03119)
- Tindakan Observasi : - Identifikasi status nutrisi
- Identifikasi alergi dan toleransi makanan
- Identifikasi makanan yang disukai
- Monitor asupan makanan
- Monitor berat badan
- Terapeutik : - Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu \

51. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis,piramida makanan)

52. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai

53. Berikan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi

54. Berikan suplemen makanan,*jika perlu*

Edukasi : - Anjurkan posisi duduk, *jika perlu*

55. Ajarkan diet yang diajarkan

Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis,peredda nyeri, antimetik) *jika perlu*

56. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, *jika perlu*

e. Resiko infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan

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

Kriteria hasil : - Demam menurun

57. Kemerahan menurun

58. Nyeri menurun

59. Bengkak menurun

60. Sputum warna hijau menurun

61. Kultur sputum membaik

Intervensi : Pencegahan Infeksi (I. 14539)

Tindakan observasi : - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik : - Batasi jumlah pengunjung

62. Berikan perawatan kulit pada area udema

63. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

64. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Edukasi : - Jelaskan tanda dan gejala infeksi

65. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

66. Ajarkan etika batuk

67. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi

68. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

69. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian imunisasi, *jika perlu*

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang di hadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Safitri R, 2019).

Tujuan dari pelaksanaan atau implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping. Melaksanakan hasil dari

rencana keperawatan untuk selanjutnya di evaluasi untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien dalam periode yang singkat, untuk mempertahankan daya tahan tubuh, untuk mencegah komplikasi untuk menentukan perubahan system tubuh untuk memberikan lingkungan yang nyaman bagi klien dan untuk mengimplementasikan pesan dokter (Safitry R, 2019)

5. Evaluasi Keperawatan

Dalam proses keperawatan evaluasi keperawatan menjadi bagian akhir yang memberikan evaluasi sudah sejauh mana keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan. Evaluasi keperawatan juga digunakan untuk penelitian seberapa pengaruhnya/efektifnya perawatan yang diberikan dan menjadi media komunikasi. Informasi keadaan pasien setelah dilakukan implementasi keperawatan apakah kemungkinan untuk melakukan perubahan perawatan yang disesuaikan dengan keadaan pasien setelah dilakukan evaluasi. Evaluasi ini dilakukan dengan keadaan pasien setelah dilakukan evaluasi (Koten Bota H. Elisabet et al , 2021)

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rancangan/Desain Studi Kasus

Karya tulis ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus. Metode penelitian deskriptif merupakan suatu metode yang memiliki tujuan utama dengan memberikan gambaran situasi atau fenomena secara jelas dan rinci tentang apa yang terjadi (Afiyanti, 2014). Pendekatan yang akan digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada pasien dengan diagnosa medik Tuberculosis Paru di wilayah kerja Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

B. Subyek Studi Kasus

Subjek penelitian adalah subjek yang dituju untuk diteliti oleh peneliti atau subjek yang menjadi pusat perhatian atau sasaran peneliti (Arikunto, 2006). Subyek penelitian pada studi kasus ini adalah satu orang pasien dengan Diagnosa Medik Tuberculosis Paru di wilayah kerja Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Tuberculosis paru (TB Paru) adalah penyakit yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* dengan manifestasi batuk lebih dari 2-3 minggu, sesak napas, nyeri dan malaise. Asuhan keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan keperawatan profesional bagian integral dari pelayanan kesehatan meliputi kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang diberikan langsung kepada pasien.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus akan di laksanakan di RSUD Ende pada bulan Mei di Ruang RPD III selama 3 Hari

E. Metoda / Prosedur Studi Kasus

Studi kasus akan diawali dengan penyusunan usulan studi kasus dengan menggunakan metode studi kepustakaan, wawancara, observasi dan konsultasi. Data studi kasus berupa hasil pengukuran, observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik terhadap klien dengan Tuberculosis Paru.

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara yang dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari responden atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan responden, misalnya mengenai biodata klien, biodata orang tua/penanggungjawab, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti nyaman nyeri, sirkulasi, nutrisi, aktivitas/istirahat, eliminasi, pengkajian fisik dan mental. Sumber data dari klien, keluarga atau orang terdekat klien.

2. Observasi dan pemeriksaan fisik

Pemeriksaan yang dilakukan pada pasien dengan Tuberculosis Paru dikhususkan pada pemeriksaan fisik thorax atau dada yang terdiri Inspeksi, Palpasi, Perkusi dan Auskultasi.

3. Studi Dokumentasi

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

G. Instrument Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian KMB mulai dari pengumpulan data sampai analisa data sesuai ketentuan yang berlaku.

H. Keabsahan Data

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

1. Data primer

Sumber data yang dikumpulkan dari klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya, meliputi biodata klien, biodata orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/ istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Data sekunder

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

I. Analisis Data

Analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini dimulai dengan mungumpulkan data-data berupa data kesehatan dan data keperawatan yang kemudian diiklasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Setelah diklasifikasikan, data-data tersebut kemudian dianalisa untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada klien. Dari masalah-masalah keperawatan yang ditemukan tersebut dijadikan diagnosa keperawatan yang akan diatasi dengan perencanaan keperawatan yang tepat dan dimplementasikan kepada klien. Setelah dilakukan implementasi, dilakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan. Data-data dari hasil pengkajian sampai evaluasi ditampilkan dalam bentuk naratif.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum dan Lokasi Penelitian

Studi kasus dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Ende tempatnya di Ruang RPK dengan jumlah ruangan 4 ruangan 2-3 orang.

2. Pengkajian

Pasien berinisial Tn. Y.D berumur 41 tahun, berasal dari ende di jalan sudirman. Pekerjaan sehari-hari Tn. Y.D adalah sebagai tukang ojek. Pasien beragama khatolik dan pendidikan terakhir pasien adalah SMA. Tn Y.D dengan diagnosa medis Tuberculosis Paru.

a. Pengumpulan Data

1) Biodata Klien

Paisen berinisial Tn. Y.D berumur 41 tahun berasal dari Ende. Pekerjaan sehari-hari Tn. Y.D adalah tukang ojek. Pasien beragama khatolik dan pendidikan terakhir pasien adalah tamat SMA. Klien sudah menikah dan memiliki 4 orang anak. Penanggung jawab pasien adalah istri dengan inisial N.Y umur 36 tahun, beralamat di jln. sudirman.

2) Keluhan Utama : Klien mengatakan sesak napas,sulit mengeluarkan secret.

3) Riwayat Kesehatan

- Riwayat Kesehatan Sekarang : Klien mengatakan lemah,sesak napas,batuk lendir, secret yang susah

dikeluarkan, secret berwarna kuning, nyeri pada tempat WSD, rasa sakit di tempat pemasangan selang dibagian kanan dada, ekspresi menyeringai dengan skala nyeri 2-3.

- Riwayat Penyakit Masa Lalu : Klien mengatakan tidak ada riwayat masa lalu kecuali Tb paru
- Riwayat Penyakit Keluarga : Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit keluarga dengan batu ginjal

4) Pengkajian Perpola

a) Pola persepsi terhadap kesehatan

Kebiasaan sehari-hari : Klien mengatakan mandi 2 kali sehari-hari yaitu pagi dan sore, mengganti pakaian setiap kali sehabis mandi, memiliki kebiasaan merokok

Keadaan saat ini : Klien mengatakan selama dirawat di rumah sakit tidak pernah melakukan aktivitas perawatan diri

b) Pola Nutrisi-Metabolik

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan makan 3xsehari yaitu pagi, siang dan malam dengan lauk seperti nasi, sayuran, ikan, tempe, tahu, ubi singkong dan buah pisang atau pepaya. Porsi selalu dihabiskan, minum air putih 6-8 gelas per hari.

Keadaan saat ini: Klien mengatakan makan dan minum dengan porsi seperti biasa, porsi yang diberikan kadang habis dan kadang tidak dihabiskan

c) Pola Eliminasi

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan di rumah BAB 2x sehari, konsistensi padat, warna kuning, bau khas. Klien mengatakan BAK lancar 2-3 x sehari, warna kuning jernih, bau pesing.

Kebiasaan saat ini: Klien mengatakan BAB baru 1x dan konsistensi padat, warna kecoklatan dan bau khas. Klien mengatakan BAK 2 x sehari, warna kuning keruh dan bau pesing

d) Pola Aktivitas Latihan

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan klien bekerja sebagai tukang ojek dan melakukan aktivitasnya secara mandiri.

Keadaan saat ini : Klien mengatakan klien tidak bisa beraktivitas seperti BAK, BAB, mengganti pakaian dan makan secara mandiri dan harus dibantu oleh keluarga.

e) Pola Istirahat Tidur

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan tidur malam dari jam 9 dan terbangun jam 5 pagi. Klien juga beraktivitas sebagai tukang ojek dan biasa pergi jam 7 dan pulang pas makan siang.

Keadaan saat ini : Klien mengatakan tidur tidak teratur dan biasa terbangun saat terdengar suara bising.

f) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan dapat mengingat dengan baik tempat dan orang, klien mengatakan dapat melihat dengan jelas, dapat mencium bau, dapat meraba dan mendengar dengan baik

Keadaan saat ini : Klien mengatakan tidak ada masalah dengan ingatan, penciuman, peraba, pendengaran dan penglihatan, orientasi klien terhadap waktu, tempat dan orang sangat baik.

g) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan, klien adalah seorang tukang ojek dengan usia klien 41 tahun dengan ciri-ciri bertubuh tinggi 165cm, rambut lurus berwarna hitam, kulit hitam manis. Klien mengatakan, klien adalah seorang kepala rumah tangga yang mempunyai 4 orang anak.

Keadaan saat ini: Klien mengatakan klien seorang pasien yang harus menjalani perawatan di RPK RSUD Ende

h) Pola Peran Dan Hubungan

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan relasi klien dengan keluarga, tetangga, dan orang lain baik-baik saja. Klien merupakan seseorang yang suka berbaur dengan orang-orang terdekat.

Keadaan saat ini: Relasi dengan petugas rumah sakit, keluarga dan pengunjung baik.

i) Pola Mekanisme dan Toleransi Terhadap Stres

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan tidak mudah stres/putus asa, jika ada masalah selalu bercerita pada istri dan anak-anaknya.

Keadaan saat ini : Klien sekarang berada di RS di ruangan perawatan khusus, klien sering bertanya-tanya tentang penyakitnya dan ingin segera pulang.

j) Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan jarang ke masjid karena penyakitnya.

Keadaan saat ini: Klien mengatakan hanya dapat berdoa untuk penyembuhannya.

5) Pemeriksaan Fisik

a) Pemeriksaan fisik Tanda-tanda vital : RR : 26x/menit, TD : 100/60 mmHg, nadi 64x/menit, suhu 36,5⁰C

Kepala Rambut tampak kusam, berwarna hitam, tidak adanya nyeri tekan dan benjolan ,mata Konjungtiva anemis, sclera tidak iteik, kantung mata berwarna hitam ,telinga Simetris, sedikit kotor, dan pendengaran masih jelas, hidung tampak bersih, tidak ada gangguan penciuman ,mukosa bibir kering, lidah tampak kotor, tidak ada gangguan pengecap, wajah tampak menyeringai, sembab, leher tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan kelenjar tiroid, tidak ada gangguan menelan,bentuk dada simetris dengan frekuensi napas 24x/mnt, irama nafas teratur, pola napas takipneu,

ada retraksi dinding dada, suara napas wheezing, terpasang selang WSD pada paru bagian kanan dengan produksi cairan \pm 150 cc, berwarna kuning kemerahan, frekuensi bunyi jantung 110x/menit., abdomen bentuk supel, peristaltik usus 18x/menit (normal 5–30 x/menit). Bunyi timpani, Tidak ada nyeri tekan, genetalia tidak dilakukan pemeriksaan karena klien tidak bersedia , extermitas Atas: Terpasang infuse NaCl di tangan kanan 20 tetes/menit, jari tangan lengkap, fungsi otot baik, Bawah: Bentuk simetris, jari kaki lengkap, tidak ada edema, fungsi otot baik.

b) Pemeriksaan Penunjang

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
WBC	10,0	4,6 – 10,2
LYM	1,7	0,6 – 3,4
MID	1,0	0,0 – 1,2
GRA	7,3	1,5 – 7,0
LYM	17,3	10,0 – 50,0
MID	10,0	4,0 – 16,0
GRAZ	72,7	48,0 – 74,0
RBC	4,40	4,04 – 6,13
HGB	12,1	12,2 – 18,1
HCT	37,2	37,7 – 53,7
MCV	84,5	80,0 – 97,0
MCH	27,5	27,0 – 31,2
MCHC	32,5	31,8 – 35,4

c) Terapi

- Paracetamol 3x1 gr/IV
- Ceftriaxone 3x1 gr/IV
- Ranitidin 2x50 mg/IV
- Cefadrotil 2x500 mg
- Vitamin B6 1x10 mg
- Meteformin HCl 2x500 mg
- Ethambutol Hydrochloride 1x275 mg
- Glibenclamide 1x5 mg

b. Tabulasi Data

Klien mengatakan lemah, sesak napas, batuk lendir, secret yang susah dikeluarkan, secret berwarna kuning, nyeri pada area post operasi, ekspresi menyeringai dengan skala nyeri 2-3, tampak pucat, kemerahan, bengkak terpasang O₂ nasal kanul 3 liter/menit, respirasi 26x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,2⁰C, terpasang selang WSD pada paru bagian kanan dengan produksi cairan ± 150 cc, berwarna kuning kemerahan dan ada gelembung, terpasang infus NaCl 0,9% pada tangan kanan 20 liter/menit, ada retraksi dinding dada, bunyi napas wheezing, tampak sesak, SpO₂ 94%, CRT < 3

c. Klasifikasi Data

DS: Klien mengatakan lemah, sesak napas, batuk lendir, secret yang susah dikeluarkan, secret berwarna kuning, nyeri pada area post operasi.

DO: Tampak pucat, , ekspresi menyeringai dengan skala nyeri 2-3,tampak kemerahan, bengkak terpasang O₂ nasal kanul 3 liter/menit, respirasi 26x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,2⁰C, terpasang selang WSD pada paru bagian kanan dengan produksi cairan ± 150 cc berwarna kuning kemerahan dan ada gelembung, terpasang infus NaCl 0,9% pada tangan kanan 20 liter/menit, ada retraksi dinding dada, bunyi napas wheezing, tampak sesak, SpO₂ 94%, CRT<3.

d. Analisa Data

1. Data Subjektif : Klien mengatakan lemah, sesak napas, batuk dengan secret yang susah dikeluarkan,secret berwarna kuning

Data Objektif : Tampak pucat, respirasi 26x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,2⁰C, terpasang infus NaCl 0,9% pada tangan kanan 20 liter/menit,, bunyi napas wheezing,SpO₂ 94%, CRT<3

2. Data Subjektif : Klien mengatakan sesak napas

Data Objektif : Tampak lemah, ada retraksi dinding dada, terpasang O₂ nasal kanul 3 liter/menit, respirasi 26x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,2⁰C.

3. Data Subjektif : , Nyeri pada area post operasi.

Data Objektif : Ekspresi menyeringai dengan skala nyeri 2-3,tampak kemerahan,bengkak,terpasang selang WSD pada paru bagian kanan dengan produksi cairan ± 150 cc berwarna kuning kemerahan dan ada gelembung.

3. Diagnosa Keperawatan

- 1) Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Penumpukan Secret yang di tandai dengan :

DS: Klien mengatakan lemah, sesak napas, batuk dengan secret yang susah dikeluarkan, secret berwarna kuning

DO: Tampak pucat, respirasi 26x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,2⁰C, terpasang infus NaCl 0,9% pada tangan kanan 20 liter/menit,, bunyi napas wheezing, SpO₂ 94%, CRT < 3.

- 2) Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Ekspansi Paru yang di tandai dengan :

DS: Klien mengatakan sesak napas

DO: Tampak lemah, ada retraksi dinding dada, terpasang O₂ nasal kanul 3 liter/menit, respirasi 26x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,2⁰C.

- 3) Resiko Infeksi berhubungan dengan Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan yang di tandai dengan :

DS: , Nyeri pada area post operasi.

DO: sEkspresi menyeringai dengan skala nyeri 2-3, tampak kemerahan, bengkak, terpasang selang WSD pada paru bagian kanan dengan produksi cairan ± 150 cc berwarna kuning kemerahan dan ada gelembung.

4. Intervensi

Berdasarkan masalah di atas, maka masalah Bersihan jalan napas tidak efektif merupakan prioritas utama karena dapat mengancam nyawa dan harus segera mendapatkan pengobatan dan perawatan. Sedangkan untuk masalah pola napas tidak efektif merupakan prioritas kedua karena dapat mengancam kesehatan. Untuk diagnosa keperawatan resiko infeksi merupakan prioritas ketiga karena dapat mengancam tumbuh kembang.

Untuk diagnosa keperawatan Bersihan jalan napas tidak efektif yang berhubungan dengan peningkatan jumlah atau perubahan mucus, keterbatasan gerakan dada, nyeri, kelemahan dan kelelahan. Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah bersihan jalan napas tidak efektif dapat teratasi , Kriteria hasil : Batuk efektif menurun, Dispnea menurun ,Sulit bicara menurun ,Sianosis menurun ,Frekuensi napas membaik ,Pola napas membaik. Rencana tindakan : 1) Identifikasi kemampuan batuk, 2) Monitor adanya restensi sputum, 3) Atur posisi semi-fowler atau fowler, 4) Buang secret pada tempat sputum, 5) Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif,

Untuk diagnosa keperawatan Pola napas tidak efektif yang berhubungan dengan obstruksi trakeobronkial oleh secret, penurunan ekspansi paru, dan proses inflamasi. Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah pola napas tidak efektif dapat teratasi, Kriteria Hasil :Dispnea menurun, Penggunaan otot bantu napas menurun, Pernapasan cupping-hidung menurun, Frekuensi napas membaik, Kedalaman napas membaik, Rencana tindakan : 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas, 2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi,

wheezing, ronki kering), 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma), 4) Berikan minum hangat, 5) Berikan oksigen, *jika perlu*,

Untuk diagnosa keperawatan Resiko infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah resiko infeksi dapat teratasi, Kriteria hasil : Demam menurun, Kemerahan menurun, Nyeri menurun, Bengkak menurun, Sputum warna hijau menurun, Kultur sputum membaik, Rencana tindakan : 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, 2) Berikan perawatan kulit pada area edema, 3) Jelaskan tanda dan gejala infeksi, 4) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, 5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

5. Implementasi

a. Hari Jum'at, 20 Mei 2022

1) Diagnosa I

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif antara lain : jam 09.15 WITA Mengidentifikasi kemampuan batuk dengan hasil : klien mengatakan susah saat ingin mengeluarkan dahak/secret, jam 09.18 WITA Memonitor tanda dan gejala infeksi saluran napas dengan hasil : tidak terdapat infeksi pada area pernapasan, jam 09.21 WITA Mengatur posisi semi-fowler atau fowler dengan hasil : klien mengatakan lebih nyaman dengan posisi semi fowler, jam 09.24 WITA Membuang secret pada tempat sputum dengan hasil : klien mengatakan jika batuk, pakai tisu dan dahaknya di buang ke dalam plastik merah, jam 09.27 WITA Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif dengan hasil : tujuan melatih batuk efektif kepada pasien untuk membersihkan jalan nafas. dan prosedurnya : tarik napas

dalam melalui hidungan selama 4 detik. Ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (membulatkan) 8 detik, Mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali, Batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam.

2) Diagnosa II

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah pola napas tidak efektif antara lain : jam 10.15 WITA Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) dengan hasil : frekuensi napas 26x/menit, kedalaman takipnea, adanya penggunaan otot bantu napas, jam 10.18 WITA Memonitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronki kering) dengan hasil : terdapat bunyi napas wheezing, jam 10.22 WITA Memonitor sputum (jumlah, warna,aroma) dengan hasil : jumlah tidak dapat di hitung karena secret di tampung di tisu dan warnanya kekuningan, jam 10.26 Memberikan minum hangat dengan hasil : setelah diberikan air hangat, secret sedikit-sedikit keluar jam 10.30 WITA Memberikan oksigen, *jika perlu* dengan hasil : setelah di pasang O₂ nasal kanul 3 liter klien merasa nyaman dan dapat bernapas dengan baik

3) Diagnosa III

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko infeksi antara lain : jam 11.00 WITA Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik dengan hasil : adanya kemerahan dan bengkak pada area operasi, dan tidak ada push, jam 11.10 WITA Memberikan perawatan kulit pada area edema dengan hasil : lepaskan balutan dan plaster secara perlahan, Bersihkan dengan cairan NaCl, sesuai dengan kebutuhan ,Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, jam 10.20 WITA Menjelaskan tanda dan gejala infeksi dengan hasil

: Terdapat beberapa ciri-ciri luka di kulit mengalami infeksi : muncul nanah atau cairan di luka, Kulit di sekitar luka kemerahan ,Ada benjolan kecil dengan kerak kekuningan di bagian atasnya ,Luka terasa nyeri setelah beberapa hari ,Badan tidak enak, jam 10.30 WITA Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dengan hasil : dengan cara mengatur asupan gizi dengan makanan yang sehat, seperti : tinggi protein, karbohidrat, lemak, vitamin dan mineral, air

b. Sabtu, 21 Mei 2022

1) Diagnosa I

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif di antara lain : jam 10.10 WITA Mengidentifikasi kemampuan batuk dengan hasil : klien mengatakan sudah bisa mengeluarkan dahak/secret secara perlahan, jam 10.20 WITA Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif dengan hasil : tujuan melatih batuk efektif kepada pasien untuk membersihkan jalan nafas. dan prosedurnya: tarik napas dalam melalui hidungan selama 4 detik. Ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (membulatkan) 8 detik, mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali, batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam.

2) Diagnosa II

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah pola napas tidak efektif di antara lain : jam 10.15 WITA Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) dengan hasil : frekuensi napas 24x/menit, kedalaman takipnea, jam 10.18 WITA Memonitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronki kering) dengan hasil : Terdapat bunyi napas wheezing, jam 10.22 WITA Memonitor sputum (jumlah, warna,aroma) dengan hasil : warna kekuningan dengan berbau keamisan,

jam 10.26 WITA Memberikan minum hangat dengan hasil : setelah diberikan air hangat, secret dapat keluar, jam 10.30 WITA Memberikan oksigen, *jika perlu* dengan hasil : Diberikan oksigen klien tampak bisa tidur dengan tenang.

3) Diagnosa III

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko infeksi di antara lain : jam 11.12 WITA Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik dengan hasil : kemerahan dan bengkak pada area operasi berkurang. dan tidak ada pus, jam 11.15 WITA Memberikan perawatan kulit pada area edema dengan hasil : lepaskan balutan dan plaster secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl, sesuai dengan kebutuhan, berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka.

6. Evaluasi

a. Hari Jum'at, 20 Mei 2022

1) Diagnosa I

Subjektif : Klien mengatakan lemah, sesak napas berkurang, batuk dengan lender yang susah dikeluarkan,

Objektif : Tampak pucat irama napas dengan frekuensi 26x/menit, bunyi napas wheezing, tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 64x/menit, suhu 36,5⁰C, SpO₂ 95%,

Assesment : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi.

Planning : Intervensi dilanjutkan : 1 dan 5

2) Diagnosa II

Subjektif : Klien mengatakan sesak napas berkurang

Objektif : Tampak lemah, masih ada retraksi dinding dada, terpasang O₂ nasal kanul 3 liter/menit, respirasi 26x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,2⁰C.

Assesment: Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi.

Planning: Intervensi dilanjutkan : 1,2,3,4,5

3) Diagnosa III

Subjektif : : Klien mengatakan masih terasa nyeri pada area post operasi

Objektif : Ekspresi menyeringai dengan skala nyeri 2-3,tampak kemerahan, bengkak, terpasang selang WSD pada paru bagian kanan dengan produksi cairan ± 150 cc berwarna kuning kemerahan dan ada gelembung.

Assesment : Masalah resiko infeksi belum teratasi

Planning : Lanjutkan intervensi : 1 dan 2

b. Sabtu,21 Mei 2022

1) Diagnosa I

Subjektif : Klien mengatakan sedikit lemah, sesak napas berkurang, batuk lendir sedikit keluar warna kekuningan

Objektif : Tampak pucat irama napas dengan frekuensi 24x/menit, bunyi napas wheezing, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 100x/menit, suhu 36,8⁰C, SpO₂ 97%,

Assesment : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan : 1 dan 5

2) Diagnosa II

Subjektif : : Klien mengatakan sesak napas berkurang

Objektif : Tampak sedikit lemah, masih ada retraksi dinding dada, terpasang O₂ nasal kanul 3 liter/menit, respirasi 24x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 100x/menit, suhu 36,8⁰C.

Assesment : Masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, dan 5

3) Diagnosa III

Subjektif : Klien mengatakan sedikit merasa nyeri pada area post operasi

Objektif : Ekspresi ringai dengan skala nyeri 2-3,tampak sedikit kemerahan, bengkak berkurang, terpasang selang WSD pada paru bagian kanan dengan produksi cairan ± 150 cc berwarna kuning kemerahan dan ada gelembung.

Assesment : Masalah resiko infeksi sebagian teratasi

Planning : Lanjutkan intervensi 1 dan 2

c. Minggu, 22 Mei 2022 jam 13.55 WITA dilakukan catatan perkembangan dan di peroleh hasil:

1) Diagnosa I

Subjektif : : Klien mengatakan tidak lemah lagi, tidak terasa sesak, batuk sesekali, dan lendir sudah bisa dikeluarkan

Objektif : Tampak segar, irama napas dengan frekuensi 20x/menit, bunyi napas vesikuler, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 100x/menit, suhu 36,7°C, SpO₂ 98%

Assesment : Masalah bersihan jalan napas sudah teratasi

Planning : Intervensi dihentikan

2) Diagnosa II

Subjektif : Klien mengatakan tidak terasa sesak

Objektif : Tampak segar, tidak ada retraksi dada, sudah di lepas oksigen O₂ nasal kanul 2 liter/menit , respirasi 20x/menit , tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 100x/menit, suhu 36,7°C

Assesment : Masalah pola napas tidak efektif sudah teratasi

Planning : Intervensi dihentikan

3) Diagnosa III

Subjektif : : Klien mengatakan nyeri sudah tidak di rasakan

Objektif : Tampak segar, tidak bengkak dan kemerahan pada bekas post operasi, selang WSD sudah di lepaskan

Assesment : Masalah resiko infeksi sudah teratasi

Planning : Intervensi dihentikan mematuhi segala anjuran yang disampaikan oleh petugas kesehatan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengkajian dan studi kasus pada klien Tn. Y.D dan di dukung oleh tinjauan teoritis maka dapat ditarik kesimpulan bahwa:

1. Data pengkajian pada pasien Tn. Y.D dengan diagnosa Tuberculosis Paru ditemukan data hampir semuanya sesuai dengan yang ada di teori lain klien mengalami lemah, sesak napas, batuk lendir, secret yang susah dikeluarkan, secret berwarna kuning, nyeri pada area post operasi, ekspresi menyeringai dengan skala nyeri 2-3, tampak pucat, kemerahan, bengkok terpasang O₂ nasal kanul 3 liter/menit, respirasi 26x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,2⁰C, terpasang selang WSD pada paru bagian kanan dengan produksi cairan ± 150 cc, berwarna kuning kemerahan dan ada gelembung, terpasang infus NaCl 0,9% pada tangan kanan 20 liter/menit, ada retraksi dinding dada, bunyi napas wheezing, tampak sesak, SpO₂ 94%, CRT < 3
2. Terdapat tiga diagnosa keperawatan yang di angkat pada kasus Tn. Y.D yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret, pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru, resiko infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan pathogen organisme lingkungan.
3. Semua intervensi telah direncanakan sesuai dengan masing-masing diagnosa dan disesuaikan dengan kemampuan perawat serta kesepakatan dengan pasien dan keluarga.
4. Implementasi keperawatan telah dilaksanakan dengan baik berkat kerjasama dan peran serta klien, keluarga dan didukung oleh ketaatan penderita dalam mengkonsumsi obat Tuberculosis Paru secara teratur. Setelah dilakukn perawatan dan pengobatan selama

3x24 jam terhadap klien Tn. Y.D diperoleh hasil bahwa masalah bersihan jalan napas tidak efektif telah teratasi, masalah pola napas tidak efektif teratasi, dan masalah resiko infeksi teratasi.

5. Ada kesenjangan antara data yang ditemukan pada kasus dengan data secara teoritis

B. Saran

1. Bagi perawat

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi diharapkan perawat mampu menentukan standar pelayanan asuhan keperawatan kepada klien dengan Tuberculosis Paru

2. Bagi instistusi pendidikan

Agar meningkatkan kualitas pendidiakan keperawatan dengan meningkatkan sarana praktek, perpustakaan, dan praktek laboratorium yang efektif.

3. Bagi klien

Agar selalu memperhatikan pola hidup yang sehat dan teratur untuk berobat Tuberculosis Paru dan mematuhi segala anjuran yang disampaikan oleh petugas kesehatan.

Lampiran 1

Kode Responden

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya adalah mahasiswa berasal dari program studi Keperawatan Ende dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis TBC Paru di RSUD Ende”.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah untuk melaksanakan studi kasus pada pasien dengan TBC Paru. Studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pengambilan bahan data dengan wawancara terbuka dengan menggunakan pedoman wawancara untuk mengambil data pada pasien yang akan berlangsung lebih kurang 15-20 menit, serta melakukan pemberian asuhan keperawatan pada pasien selama 3 hari. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena studi kasus ini untuk kepentingan pengembangan asuhan pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti pengembangan asuhan/pelayanan keperawatan.
5. Nama anda dan jati diri anda serta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan
6. Jika anda membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silahkan menghubungi peneliti pada nomor Hp: 081338523376.

Peneliti

Rosanti

INFORMED CONSENT


(PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN)

Saya yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai Proposal Karya Tulis Ilmiah yang akan dilakukan oleh Rosanti dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis TBC Paru Di RSUD Ende”.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi 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, Maret 2022

Yang Memberikan Persetujuan


(.....Margareta Paimas.....)

LAMPIRAN 2

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

I. Penggumpulan Data

a. Identitas Klien

Nama : Tn. Y. D
Umur : 41 Tahun
Jenis Kelamin : Pria
Pendidikan : SMA
Alamat : Jln. Sudirman
Dx. Medik : TB Paru+

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. M.S
Umur : 38 Tahun
Hubungan Dengan Pasien : Istri
Alamat : Jln. Sudirman
Diagnosa Medik : TB Paru+, Hidropneumotorax Post WSD

2. Waktu dan tanggal pengobatan : Bulan 12 tahun 2021

3. Obat-obat yang terakhir didapat : Klien mengatakan lupa dengan obat yang terakhir di dapatkan.

II. Keadaan Umum

a. Riwayat Kesehatan

- 1) Keluhan Utama : Klien mengatakan sesak napas, sulit mengeluarkan secret.
- 2) Riwayat Kesehatan Sekarang : Klien mengatakan lemah, sesak napas, secret yang susah dikeluarkan, nyeri pada tempat WSD, rasa sakit di tempat pemasangan selang dibagian kanan dada, ekspresi menyeringai dengan skala nyeri 2-3.
- 3) Riwayat Penyakit Masa Lalu : Klien mengatakan tidak ada riwayat masa lalu kecuali Tb paru
- 4) Riwayat Penyakit Keluarga : Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit keluarga dengan batu ginjal

5) Pengkajian Perpola

a) Pola persepsi terhadap kesehatan

Kebiasaan sehari-hari : Klien mengatakan mandi 2 kali sehari-hari yaitu pagi dan sore, mengganti pakaian setiap kali sehabis mandi, memiliki kebiasaan merokok

Keadaan saat ini : Klien mengatakan selama dirawat di rumah sakit tidak pernah melakukan aktivitas perawatan diri

b) Pola Nutrisi-Metabolik

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan makan 3x sehari yaitu pagi, siang dan malam dengan lauk seperti nasi, sayuran, ikan, tempe, tahu, ubi singkong dan buah pisang atau pepaya. Porsi selalu dihabiskan, minum air putih 6-8 gelas per hari.

Keadaan saat ini: Klien mengatakan makan dan minum dengan porsi seperti biasa, porsi yang diberikan kadang habis dan kadang tidak dihabiskan

c) Pola Eliminasi

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan di rumah BAB 2x sehari, konsistensi padat, warna kuning, bau khas. Klien mengatakan BAK lancar 2-3 x sehari, warna kuning jernih, bau pesing.

Kebiasaan saat ini: Klien mengatakan BAB baru 1x dan konsistensi padat, warna kecoklatan dan bau khas. Klien mengatakan BAK 2 x sehari, warna kuning keruh dan bau pesing

d) Pola Aktivitas Latihan

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan klien bekerja sebagai tukang ojek dan melakukan aktivitasnya secara mandiri.

Keadaan saat ini : Klien mengatakan klien tidak bisa beraktivitas seperti BAK, BAB, mengganti pakaian dan makan secara mandiri dan harus dibantu oleh keluarga.

e) Pola Istirahat Tidur

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan tidur malam dari jam 9 dan terbangun jam 5 pagi. Klien juga beraktivitas sebagai tukang ojek dan biasa pergi jam 7 dan pulang pas makan siang.

Keadaan saat ini : Klien mengatakan tidur tidak teratur dan biasa terbangun saat terdengar suara bising.

f) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan dapat mengingat dengan baik tempat dan orang, klien mengatakan dapat melihat dengan jelas, dapat mencium bau, dapat meraba dan mendengar dengan baik

Keadaan saat ini : Klien mengatakan tidak ada masalah dengan ingatan, penciuman, peraba, pendengaran dan penglihatan, orientasi klien terhadap waktu, tempat dan orang sangat baik.

g) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan, klien adalah seorang tukang ojek dengan usia klien 41 tahun dengan ciri-ciri bertubuh tinggi 165cm, rambut lurus berwarna hitam, kulit hitam manis. Klien mengatakan, klien adalah seorang kepala rumah tangga yang mempunyai 4 orang anak.

Keadaan saat ini: Klien mengatakan klien seorang pasien yang harus menjalani perawatan di RPK RSUD Ende

h) Pola Peran Dan Hubungan

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan relasi klien dengan keluarga, tetangga, dan orang lain baik-baik saja. Klien merupakan seseorang yang suka berbaur dengan orang-orang terdekat.

Keadaan saat ini: Relasi dengan petugas rumah sakit, keluarga dan pengunjung baik.

i) Pola Mekanisme dan Toleransi Terhadap Stres

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan tidak mudah stres/putus asa, jika ada masalah selalu bercerita pada istri dan anak-anaknya.

Keadaan saat ini : Klien sekarang berada di RS di ruangan perawatan khusus, klien sering bertanya-tanya tentang penyakitnya dan ingin segera pulang.

j) Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan jarang ke masjid karena penyakitnya.

Keadaan saat ini: Klien mengatakan hanya dapat berdoa untuk penyembuhannya.

6) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Rambut tampak kusam, berwarna hitam, tidak adanya nyeri tekan dan benjolan

b) Mata

Konjungtiva anemis, sclera tidak iterik, kantung mata berwarna hitam

c) Telinga

Simetris, sedikit kotor, dan pendengaran masih jelas

d) Hidung

Tampak bersih, tidak ada gangguan penciuman

e) Bibir

Mukosa bibir kering, lidah tampak kotor, tidak ada gangguan pengecap

f) Wajah

Tampak menyeringai, sembab

g) Leher

Tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan kelenjar tiroid, tidak ada gangguan menelan

h) Dada

Bentuk dada simetris dengan frekuensi napas 24x/mnt, irama napas teratur, pola napas takipneu, ada retraksi dinding dada, suara napas wheezing, terpasang selang WSD pada paru bagian kanan dengan produksi cairan \pm 150 cc, berwarna kuning kemerahan, frekuensi bunyi jantung 110x/menit.

i) Abdomen

Bentuk supel, peristaltik usus 18x/menit (normal 5–30 x/menit). Bunyi timpani, Tidak ada nyeri tekan.

j) Genetalia

Tidak dilakukan pemeriksaan karena klien tidak bersedia

k) Extermitas

Atas: Terpasang infuse NaCl di tangan kanan 20 tetes/menit, jari tangan lengkap, fungsi otot baik

Bawah: Bentuk simetris, jari kaki lengkap, tidak ada edema, fungsi otot baik.

7) Pemeriksaan Penunjang

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
WBC	10,0	4,6 – 10,2
LYM	1,7	0,6 – 3,4
MID	1,0	0,0 – 1,2
GRA	7,3	1,5 – 7,0
LYM	17,3	10,0 – 50,0
MID	10,0	4,0 – 16,0
GRAZ	72,7	48,0 – 74,0
RBC	4,40	4,04 – 6,13
HGB	12,1	12,2 – 18,1
HCT	37,2	37,7 – 53,7
MCV	84,5	80,0 – 97,0
MCH	27,5	27,0 – 31,2
MCHC	32,5	31,8 – 35,4

8) Terapi

- a. Paracetamol 3x1 gr/IV
- b. Ceftriaxone 3x1 gr/IV
- c. Ranitidin 2x50 mg/IV
- d. Cefadrotil 2x500 mg
- e. Vitamin B6 1x10 mg
- f. Meteformin HCl 2x500 mg
- g. Ethambutol Hydrochloride 1x275 mg
- h. Glibenclamide 1x5 mg

b. Tabulasi Data

Klien mengatakan lemah, sesak napas, secret yang susah dikeluarkan, nyeri pada area post operasi, ekspresi menyeringai dengan skala nyeri 2-3, tampak pucat, terpasang O₂ nasal kanul 3 liter/menit, respirasi 26x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,2⁰C, terpasang selang WSD pada paru bagian kanan dengan produksi cairan ± 150 cc, berwarna kuning kemerahan dan ada gelembung, terpasang infus NaCl 0,9% pada tangan kanan 20 liter/menit, ada retraksi dinding dada, bunyi napas wheezing, tampak sesak, SpO₂ 94%, CRT < 3

c. Klasifikasi Data

DS: Klien mengatakan lemah, sesak napas, batuk lendir, secret yang susah dikeluarkan, secret berwarna kuning, nyeri pada area post operasi, rasa sakit di tempat pemasangan selang dibagian kanan dada

DO: Tampak pucat, ekspresi menyeringai dengan skala nyeri 2-3, nyeri pada tempat WSD, produksi cairan ± 150 cc berwarna kuning kemerahan dan ada gelembung terpasang selang WSD pada paru bagian kanan dengan produksi cairan ± 150 cc berwarna kuning kemerahan dan ada gelembung, terpasang infus NaCl 0,9% pada tangan kanan 20 liter/menit, ada retraksi dinding dada, bunyi napas wheezing, tampak sesak, SpO₂ 94%, CRT < 3.

d. Analisa Data

No.	Sign/symtomp	Etiologi	Problem
1.	<p>DS: Klien mengatakan lemah, sesak napas, batuk dengan secret yang susah dikeluarkan, secret berwarna kuning</p> <p>DO: Tampak pucat, respirasi 26x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,2⁰C, terpasang infus NaCl 0,9% pada tangan kanan 20 liter/menit,, bunyi napas wheezing, SpO₂ 94%, CRT<3.</p>	Penumpukan Secret	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif
2.	<p>DS: Klien mengatakan sesak napas</p> <p>DO: Tampak lemah, ada retraksi dinding dada, terpasang O₂ nasal kanul 3 liter/menit, respirasi 26x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,2⁰C</p>	Penurunan Ekspansi Paru	Pola Napas Tidak Efektif
3.	<p>DS : Nyeri pada area post operasi, rasa sakit di tempat pemasangan selang dibagian kanan dada</p> <p>DO: Ekspresi menyeringai dengan skala nyeri 2-3, nyeri pada tempat WSD, produksi cairan ± 150 cc berwarna kuning kemerahan dan ada gelembung.</p>	Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan	Resiko Infeksi

B. Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Penumpukan Secret yang di tandai dengan :

DS: Klien mengatakan lemah, sesak napas, batuk dengan secret yang susah dikeluarkan, secret berwarna kuning

DO: Tampak pucat, respirasi 26x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,2⁰C, terpasang infus NaCl 0,9% pada tangan kanan 20 liter/menit,, bunyi napas wheezing, SpO₂ 94%, CRT < 3.

2. Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Ekspansi Paru yang di tandai dengan :

DS: Klien mengatakan sesak napas

DO: Tampak lemah, ada retraksi dinding dada, terpasang O₂ nasal kanul 3 liter/menit, respirasi 26x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,2⁰C.

3. Resiko Infeksi berhubungan dengan Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan yang di tandai dengan :

DS: Klien mengatakan nyeri pada area post operasi, rasa sakit di tempat pemasangan selang dibagian kanan dad

DO: Ekspresi menyeringai dengan skala nyeri 2-3, nyeri pada tempat WSD, produksi cairan ± 150 cc berwarna kuning kemerahan dan ada gelembung.

C. Perencanaan Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	<p>Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret yang ditandai dengan:</p> <p>DS: Klien mengatakan lemah, sesak napas, batuk dengan secret yang susah dikeluarkan, secret berwarna kuning</p> <p>DO: Tampak pucat, respirasi 26x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,2⁰C, terpasang infus NaCl 0,9% pada tangan kanan 20 liter/menit,, bunyi napas wheezing, SpO₂ 94%, CRT < 3.</p>	<p>Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batuk efektif menurun - Dispnea menurun - Sulit bicara menurun - Sianosis menurun - Frekuensi napas membaik - Pola napas membaik 	<p>70. Identifikasi kemampuan batuk</p> <p>71. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas</p> <p>72. Atur posisi semi-fowler atau fowler</p> <p>73. Buang secret pada tempat sputum</p> <p>74. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif</p>	<p>1. Mengetahui seberapa mampu pasien mengeluarkan sputum</p> <p>2. Batuk secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya inflamasi (Peradangan)</p> <p>3. Meningkatkan ekspansi paru dan memberikan posisi nyaman</p> <p>4. Agar virus tidak menyebar kemana-mana</p> <p>5. Dengan menggunakan teknik batuk efektif proses penyebaran kuman microbacterium dapat dikendalikan.</p>

2.	<p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru yang ditandai dengan:</p> <p>DS: Klien mengatakan sesak napas</p> <p>DO: Tampak lemah, ada retraksi dinding dada, terpasang O₂ nasal kanul 3 liter/menit, respirasi 26x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,2⁰C.</p>	<p>Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Pola nafas kembali efektif dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea menurun - Penggunaan otot bantu napas menurun - Pernapasan cupping-hidung menurun - Frekuensi napas membaik - Kedalaman napas membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronki kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 4. Berikan minum hangat 5. Berikan oksigen, <i>jika perlu</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan bunyi napas indikasi atelectasis, ronki indikasi secret/ketidakmampuan membersihkan jalan napas 2. Adanya bunyi napas tambahan menentukan klien mengalami perubahan bunyi napas. 3. Menastikan adanya sputum di saluran napas 4. Mengencerkan secret/lemdir 5. Memenuhi kebutuhan oksigen dalam tubuh
3.	<p>Resiko Infeksi berhubungan dengan Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan yang di tandai</p>	<p>Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah gangguan pemenuhan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Berikan perawatan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau resiko terjadinya penyebar luasnya bakteri 2. Menjaga dan memelihara

	<p>dengan :</p> <p>DS: , Nyeri pada area post operasi, rasa sakit di tempat pemasangan selang dibagian kanan dada</p> <p>DO: Ekspresi menyeringai dengan skala nyeri 2-3, nyeri pada tempat WSD, produksi cairan ± 150 cc berwarna kuning kemerahan dan ada gelembung.</p>	<p>kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemerahan menurun - Nyeri menurun - Bengkak menurun - Sputum warna hijau menurun - Kultur sputum membaik 	<p>kulit pada area edema</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 	<p>kesehatan kulit</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mencegah dampak terjadinya infeksi 4. Dapat meningkatkan imun tubuh dan mempermudah kesembuhan luka
--	--	---	--	--

D. Implementasi dan Evaluasi

Hari/tanggal	No. DX	Jam	Implementasi	Evaluasi (13.20)
Jum'at 20 Mei 2022	I	09.15	1. Mengidentifikasi kemampuan batuk Hasil : Klien mengatakan susah saat ingin mengeluarkan dahak/secret	S: Klien mengatakan lemah, sesak napas berkurang, batuk dengan lender yang susah dikeluarkan, O:Tampak pucat irama napas dengan frekuensi 26x/menit, bunyi napas wheezing, tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 64x/menit, suhu 36,5 ⁰ C, SpO ₂ 95%, A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan : 1. Identifikasi kemampuan batuk 5. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif
		09.18	2. Memonitor tanda dan gejala infeksi saluran napas Hasil : Tidak terdapat infeksi pada area pernapasan	
		09.21	3. Mengatur posisi semi-fowler atau fowler Hasil : Klien mengatakan lebih nyaman dengan posisi semi fowler	
		09.24	4. Membuang secret pada tempat sputum Hasil : Klien mengatakan jika batuk, pakai tisu dan dahaknya di buang ke dalam plastik merah	
		09.27	5. Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif Hasil : Tujuan melatih batuk efektif kepada pasien untuk membersihkan jalan nafas. Dan	

			<p>prosedurnya :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tarik napas dalam melalui hidungan selama 4 detik. Ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (membulatkan) 8 detik - Mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali - Batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam. 	
	II	10.15	<p>1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>Hasil : Frekuensi napas 26x/menit, kedalaman takipnea, adanya penggunaan otot bantu napas</p>	<p>S: Klien mengatakan sesak napas berkurang</p> <p>O: Tampak lemah, masih ada retraksi dinding dada, terpasang O₂ nasal kanul 3 liter/menit, respirasi 26x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,2⁰C.</p> <p>A: Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronki kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
		10.18	<p>2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronki kering)</p> <p>Hasil : Terdapat bunyi napas wheezing</p>	
		10.22	<p>3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma)</p> <p>Hasil : Jumlah tidak dapat di hitung karena secret di tampung di tisu dan warnanya kekuningan</p>	

				4. Memberikan minum hangat
		10.26	4. Memberikan minum hangat Hasil : Setelah diberikan air hangat, secret sedikit-sedikit keluar	5. Memberikan oksigen, <i>jika perlu</i>
		10.30	5. Memberikan oksigen, <i>jika perlu</i> Hasil : Setelah di pasang O ₂ nasal kanul 3 liter klien merasa nyaman dan dapat bernapas dengan baik	
	III	11.00	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Hasil : Adanya kemerahan dan bengkak pada area operasi, dan tidak ada push	S: Klien mengatakan masih terasa nyeri pada area post operasi O: Ekspresi menyeringai dengan skala nyeri 2-3,tampak kemerahan, bengkak, terpasang selang WSD pada paru bagian kanan dengan produksi cairan ± 150 cc berwarna kuning kemerahan dan ada gelembung. A: Masalah resiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi
		11.10	2. Memberikan perawatan kulit pada area edema Hasil : - Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan - Bersihkan dengan cairan NaCl, sesuai dengan kebutuhan - Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi - Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Memberikan perawatan kulit pada area

				udema
		11.20	<p>3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>Hasil : Terdapat beberapa ciri-ciri luka di kulit mengalami infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muncul nanah atau cairan di luka - Kulit di sekitar luka kemerahan - Ada benjolan kecil dengan kerak kekuningan di bagian atasnya - Luka terasa nyeri setelah beberapa hari - Badan tidak enak 	
		11.30	<p>4. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>Hasil : Dengan cara mengatur asupan gizi dengan makanan yang sehat, seperti : tinggi protein, karbohidrat, lemak, vitamin dan mineral, air</p>	

Hari/tanggal	No. DX	Jam	Implementasi	Evaluasi (13.47)
Sabtu, 21 Mei 2022	I	10.10	1. Mengidentifikasi kemampuan batuk Hasil : Klien mengatakan sudah bisa mengeluarkan dahak/secret secara perlahan.	S: Klien mengatakan sedikit lemah, sesak napas berkurang, batuk lendir sedikit keluar warna kekuningan O: Tampak pucat irama napas dengan frekuensi 24x/menit, bunyi napas wheezing, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 100x/menit, suhu 36,8 ⁰ C, SpO ₂ 97%, A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi P: Intervensi dilanjutkan :
		10.20	5. Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif Hasil : Tujuan melatih batuk efektif kepada pasien untuk membersihkan jalan nafas. Dan prosedurnya: - Tarik napas dalam melalui hidungan selama 4 detik. Ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (membulatkan) 8 detik - Mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali - Batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam.	1.Mengidentifikasi kemampuan batuk 5.Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif

	II	10.05	1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) Hasil : Frekuensi napas 24x/menit, kedalaman takipnea	S: Klien mengatakan sesak napas berkurang O: Tampak sedikit lemah, masih ada retraksi dinding dada, terpasang O ₂ nasal kanul 3 liter/menit, respirasi 24x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 100x/menit, suhu 36,8 ⁰ C. A: Masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi P: Intervensi dilanjutkan 1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronki kering) 3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) 4..Memberikan minum hangat 5. Memberikan oksigen, <i>jika perlu</i>
		10.18	2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronki kering) Hasil : Terdapat bunyi napas wheezing	
		10.22	3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) Hasil : warna kekuningan dengan berbau keamisan	
		10.26	4. Memberikan minum hangat Hasil : Setelah diberikan air hangat, secret dapat keluar	
		10.30	5. Memberikan oksigen, <i>jika perlu</i> Hasil : Diberikan oksigen klien tampak bisa tidur dengan tenang	

	III	11.12	<p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Hasil : kemerahan dan bengkak pada area operasi berkurang. dan tidak ada push</p>	<p>S: Klien mengatakan sedikit merasa nyeri pada area post operasi</p> <p>O: Ekspresi ringai dengan skala nyeri 2-3,tampak sedikit kemerahan, bengkak berkurang, terpasang selang WSD pada paru bagian kanan dengan produksi cairan ± 150 cc berwarna kuning kemerahan dan ada gelembung.</p> <p>A: Masalah resiko infeksi sebagian teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>1. Memberikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>2. Memberikan perawatan kulit pada area edema</p>
		11.15	<p>2. Memberikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan - Bersihkan dengan cairan NaCl, sesuai dengan kebutuhan - Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi - Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 	

E. Evaluasi Keperawatan

Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan(13.55)
22 Mei 2022	Bersihkan jalan napas tidak efektif	<p>S : Klien mengatakan tidak lemah lagi, tidak terasa sesak, batuk sesekali, dan lendir sudah bisa dikeluarkan</p> <p>O : Tampak segar, irama napas dengan frekuensi 20x/menit, bunyi napas vesikuler, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 100x/menit, suhu 36,7^oc,SpO₂ 98%</p> <p>A : Masalah bersihan jalan napas sudah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>
	Pola napas tidak efektif	<p>S : Klien mengatakan tidak terasa sesak</p> <p>O : Tampak segar, tidak ada retraksi dada, sudah di lepas oksigen O₂ nasal kanul 2 liter/menit , respirasi 20x/menit , tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 100x/menit, suhu 36,7^oc</p> <p>A : Masalah pola napas tidak efektif sudah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>
	Resiko infeksi	<p>S : Klien mengatakan nyeri sudah tidak di rasakan</p> <p>O : Tampak segar, tidak bengkak dan kemerahan pada bekas post operasi, selang WSD sudah di lepaskan</p> <p>A : Masalah resiko infeksi sudah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum dan Lokasi Penelitian

Studi kasus dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Ende tempatnya di Ruangan RPK dengan jumlah ruangan 4 ruangan 2-3 orang.

2. Pengkajian

Pasien berinisial Tn. Y.D berumur 41 tahun, berasal dari ende di jalan sudirman. Pekerjaan sehari-hari Tn. Y.D adalah sebagai tukang ojek. Pasien beragama khatolik dan pendidikan terakhir pasien adalah SMA. Tn Y.D dengan diagnosa medis Tuberculosis Paru.

e. Penggumpulan Data

6) Biodata Klien

Paisen berinisial Tn. Y.D berumur 41 tahun berasal dari Ende. Pekerjaan sehari-hari Tn. Y.D adalah tukang ojek. Pasien beragam khatolik dan pendidikan terakhir pasien adalah tamat SMA. Klien sudah menikah dan memiliki 4 orang anak. Penanggung jawab pasien adalah istri dengan inisial N.Y umur 36 tahun, beralamat di jln. sudirman.

7) Keluhan Utama : Klien mengatakan sesak napas,sulit mengeluarkan secret.

8) Riwayat Kesehatan

- Riwayat Kesehatan Sekarang : Klien mengatakan lemah pucat ,sesak napas,secret yang susah dikeluarkan, nyeri pada tempat WSD, rasa sakit di tempat pemasangan selang dibagian kanan dada, ekspresi menyeringai dengan skala nyeri 2-3.
- Riwayat Penyakit Masa Lalu : Klien mengatakan tidak ada riwayat masa lalu kecuali Tb paru

- Riwayat Penyakit Keluarga : Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit keluarga dengan batu ginjal

9) Pengkajian Perpola

a) Pola persepsi terhadap kesehatan

Kebiasaan sehari-hari : Klien mengatakan mandi 2 kali sehari-hari yaitu pagi dan sore, mengganti pakaian setiap kali sehabis mandi, memiliki kebiasaan merokok

Keadaan saat ini : Klien mengatakan selama dirawat di rumah sakit tidak pernah melakukan aktivitas perawatan diri

b) Pola Nutrisi-Metabolik

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan makan 3xsehari yaitu pagi, siang dan malam dengan lauk seperti nasi, sayuran, ikan, tempe, tahu, ubi singkong dan buah pisang atau pepaya. Porsi selalu dihabiskan, minum air putih 6-8 gelas per hari.

Keadaan saat ini: Klien mengatakan makan dan minum dengan porsi seperti biasa, porsi yang diberikan kadang habis dan kadang tidak dihabiskan

c) Pola Eliminasi

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan di rumah BAB 2x sehari, konsistensi padat, warna kuning, bau khas. Klien mengatakan BAK lancar 2-3 x sehari, warna kuning jernih, bau pesing.

Kebiasaan saat ini: Klien mengatakan BAB baru 1x dan konsistensi padat,warna kecoklatan dan bau khas. Klien mengatakan BAK 2 x sehari, warna kuning keruh dan bau pesing

d) Pola Aktivitas Latihan

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan klien bekerja sebagai tukang ojek dan melakukan aktivitasnya secara mandiri.

Keadaan saat ini : Klien mengatakan klien tidak bisa beraktivitas seperti BAK, BAB, mengganti pakaian dan makan secara mandiri dan harus dibantu oleh keluarga.

e) Pola Istirahat Tidur

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan tidur malam dari jam 9 dan terbangun jam 5 pagi. Klien juga beraktivitas sebagai tukang ojek dan biasa pergi jam 7 dan pulang pas makan siang.

Keadaan saat ini : Klien mengatakan tidur tidak teratur dan biasa terbangun saat terdengar suara bising.

f) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan dapat mengingat dengan baik tempat dan orang, klien mengatakan dapat melihat dengan jelas, dapat mencium bau, dapat meraba dan mendengar dengan baik

Keadaan saat ini : Klien mengatakan tidak ada masalah dengan ingatan, penciuman, peraba, pendengaran dan penglihatan, orientasi klien terhadap waktu, tempat dan orang sangat baik.

g) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan, klien adalah seorang tukang ojek dengan usia klien 41 tahun dengan ciri-ciri bertubuh tinggi 165cm, rambut lurus berwarna hitam, kulit hitam manis. Klien mengatakan, klien adalah seorang kepala rumah tangga yang mempunyai 4 orang anak.

Keadaan saat ini: Klien mengatakan klien seorang pasien yang harus menjalani perawatan di RPK RSUD Ende

h) Pola Peran Dan Hubungan

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan relasi klien dengan keluarga, tetangga, dan orang lain baik-baik saja. Klien merupakan seseorang yang suka berbaur dengan orang-orang terdekat.

Keadaan saat ini: Relasi dengan petugas rumah sakit, keluarga dan pengunjung baik.

i) Pola Mekanisme dan Toleransi Terhadap Stres

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan tidak mudah stres/putus asa, jika ada masalah selalu bercerita pada istri dan anak-anaknya.

Keadaan saat ini : Klien sekarang berada di RS di ruangan perawatan khusus, klien sering bertanya-tanya tentang penyakitnya dan ingin segera pulang.

j) Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan jarang ke masjid karena penyakitnya.

Keadaan saat ini: Klien mengatakan hanya dapat berdoa untuk penyembuhannya.

10) Pemeriksaan Fisik

- d) Pemeriksaan fisik Tanda-tanda vital : RR : 26x/menit, TD : 100/60 mmHg, nadi 64x/menit, suhu 36,5⁰C, Kepala Rambut tampak kusam, berwarna hitam, tidak adanya nyeri tekan dan benjolan ,mata Konjungtiva anemis, sclera tidak iterik, kantung mata berwarna hitam ,telinga Simetris, sedikit kotor, dan pendengaran masih jelas, hidung tampak bersih, tidak ada gangguan penciuman ,mukosa bibir kering, lidah tampak kotor, tidak ada gangguan pengecap, wajah tampak menyeringai, sembab, leher tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan kelenjar tiroid, tidak ada gangguan

menelan, bentuk dada simetris dengan frekuensi napas 24x/mnt, irama napas teratur, pola napas takipneu, ada retraksi dinding dada, suara napas wheezing, terpasang selang WSD pada paru bagian kanan dengan produksi cairan \pm 150 cc, berwarna kuning kemerahan, frekuensi bunyi jantung 110x/menit., abdomen bentuk supel, peristaltik usus 18x/menit (normal 5–30 x/menit). Bunyi timpani, Tidak ada nyeri tekan, genetalia tidak dilakukan pemeriksaan karena klien tidak bersedia , extermitas Atas: Terpasang infuse NaCl di tangan kanan 20 tetes/menit, jari tangan lengkap, fungsi otot baik, Bawah: Bentuk simetris, jari kaki lengkap, tidak ada edema, fungsi otot baik.

e) Pemeriksaan Penunjang

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
WBC	10,0	4,6 – 10,2
LYM	1,7	0,6 – 3,4
MID	1,0	0,0 – 1,2
GRA	7,3	1,5 – 7,0
LYM	17,3	10,0 – 50,0
MID	10,0	4,0 – 16,0
GRAZ	72,7	48,0 – 74,0
RBC	4,40	4,04 – 6,13
HGB	12,1	12,2 – 18,1
HCT	37,2	37,7 – 53,7
MCV	84,5	80,0 – 97,0
MCH	27,5	27,0 – 31,2
MCHC	32,5	31,8 – 35,4

f) Terapi

- Paracetamol 3x1 gr/IV
- Ceftriaxone 3x1 gr/IV
- Ranitidin 2x50 mg/IV

- Cefadrotil 2x500 mg
- Vitamin B6 1x10 mg
- Meteformin HCl 2x500 mg
- Ethambutol Hydrochloride 1x275 mg
- Glibenclamide 1x5 mg

f. Tabulasi Data

Klien mengatakan lemah, sesak napas, secret yang susah dikeluarkan, nyeri pada area post operasi, ekspresi menyeringai dengan skala nyeri 2-3, tampak pucat, terpasang O₂ nasal kanul 3 liter/menit, respirasi 26x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,2⁰C, terpasang selang WSD pada paru bagian kanan dengan produksi cairan ± 150 cc, berwarna kuning kemerahan dan ada gelembung, terpasang infus NaCl 0,9% pada tangan kanan 20 liter/menit, ada retraksi dinding dada, bunyi napas wheezing, tampak sesak, SpO₂ 94%, CRT < 3

g. Klasifikasi Data

DS: Klien mengatakan lemah, sesak napas, secret yang susah dikeluarkan, nyeri pada area post operasi.

DO: Tampak pucat, , ekspresi menyeringai dengan skala nyeri 2-3, terpasang O₂ nasal kanul 3 liter/menit, respirasi 26x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,2⁰C, terpasang selang WSD pada paru bagian kanan dengan produksi cairan ± 150 cc berwarna kuning kemerahan dan ada gelembung, terpasang infus NaCl 0,9% pada tangan kanan 20 liter/menit, ada retraksi dinding dada, bunyi napas wheezing, tampak sesak, SpO₂ 94%, CRT < 3

h. Analisa Data

1) Data Subjektif : Klien mengatakan lemah, sesak napas, secret yang susah dikeluarkan,

Data Objektif : Tampak pucat, respirasi 26x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,2⁰C, terpasang infus NaCl 0,9% pada tangan kanan 20 liter/menit,, bunyi napas wheezing,SpO₂ 94%, CRT<3

2) Data Subjektif : Klien mengatakan sesak napas

Data Objektif : Tampak lemah, ada retraksi dinding dada, terpasang O₂ nasal kanul 3 liter/menit, respirasi 26x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,2⁰C.

3) Data Subjektif : , Nyeri pada area post operasi.

Data Objektif : Ekspresi menyeringai dengan skala nyeri 2-3 ,terpasang selang WSD pada paru bagian kanan dengan produksi cairan ± 150 cc berwarna kuning kemerahan dan ada gelembung.

4. Diagnosa Keperawatan

a) Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Penumpukan Secret yang di tandai dengan :

DS: Klien mengatakan lemah, sesak napas,secret yang susah dikeluarkan

DO: Tampak pucat, respirasi 26x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,2⁰C, terpasang infus NaCl 0,9% pada tangan kanan 20 liter/menit,, bunyi napas wheezing,SpO₂ 94%, CRT<3.

b) Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Ekspansi Paru yang di tandai dengan :

DS: Klien mengatakan sesak napas

DO: Tampak lemah, ada retraksi dinding dada, terpasang O₂ nasal kanul 3 liter/menit, respirasi 26x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,2⁰C.

c) Resiko Infeksi berhubungan dengan Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan yang di tandai dengan :

DS: , Nyeri pada area post operasi.

DO:sEkspresi menyeringai dengan skala nyeri 2-3,terpasang selang WSD pada paru bagian kanan dengan produksi cairan ± 150 cc berwarna kuning kemerahan dan ada gelembung.

5. Intervensi

Berdasarkan masalah di atas, maka masalah Bersihan jalan napas tidak efektif merupakan prioritas utama karena dapat mengancam nyawa dan harus segera mendapatkan pengobatan dan perawatan. Sedangkan untuk masalah pola napas tidak efektif merupakan prioritas kedua karena dapat mengancam kesehatan. Untuk diagnosa keperawatan resiko infeksi merupakan prioritas ketiga karena dapat mengancam tumbuh kembang.

Untuk diagnosa keperawatan Bersihan jalan napas tidak efektif yang berhubungan dengan peningkatan jumlah atau perubahan mucus, keterbatasan gerakan dada, nyeri, kelemahan dan kelelahan.Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah bersihan jalan napas tidak efektif dapat teratasi , Kriteria hasil : Batuk efektif menurun,Dispnea menurun ,Sulit bicara menurun ,Sianosis menurun ,Frekuensi napas

membaik ,Pola napas membaik. Rencana tindakan : 1) Identifikasi kemampuan batuk, 2) Monitor adanya restensi sputum, 3) Atur posisi semi-fowler atau fowler, 4) Buang secret pada tempat sputum, 5) Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif,

Untuk diagnosa keperawatan Pola napas tidak efektif yang berhubungan dengan obstruksi trakeobronkial oleh secret, penurunan ekspansi paru, dan proses inflamasi. Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah pola napas tidak efektif dapat teratasi, Kriteria Hasil :Dispnea menurun, Penggunaan otot bantu napas menurun, Pernapasan cupping-hidung menurun, Frekuensi napas membaik, Kedalaman napas membaik, Rencana tindakan : 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas, 2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronki kering), 3) Monitor sputum (jumlah, warna,aroma), 4) Berikan minum hangat, 5) Berikan oksigen, *jika perlu*,

Untuk diagnosa keperawatan Resiko infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah resiko infeksi dapat teratasi, Kriteria hasil : Demam menurun, Kemerahan menurun, Nyeri menurun ,Bengkak menurun, Sputum warna hijau menurun, Kultur sputum membaik, Rencana tindakan : 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, 2) Berikan perawatan kulit pada area edema, 3) Jelaskan tanda dan gejala infeksi, 4) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, 5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

6. Implementasi

c. Hari Jum'at, 20 Mei 2022

4) Diagnosa I

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif antara lain : jam 09.15 WITA Mengidentifikasi kemampuan batuk dengan hasil : klien mengatakan susah saat ingin mengeluarkan dahak/secret, jam 09.18 WITA Memonitor tanda dan gejala infeksi saluran napas dengan hasil : tidak terdapat infeksi pada area pernapasan, jam 09.21 WITA Mengatur posisi semi-fowler atau fowler dengan hasil : klien mengatakan lebih nyaman dengan posisi semi fowler, jam 09.24 WITA Membuang secret pada tempat sputum dengan hasil : klien mengatakan jika batuk, pakai tisu dan dahaknya di buang ke dalam plasttik merah, jam 09.27 WITA Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif dengan hasil : tujuan melatih batuk efektif kepada pasien untuk membersihkan jalan nafas. dan prosedurnya : tarik napas dalam melalui hidungan selama 4 detik. Ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (membulatkan) 8 detik, Mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali, Batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam.

5) Diagnosa II

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah pola napas tidak efektif antara lain : jam 10.15 WITA Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) dengan hasil : frekuensi napas 26x/menit, kedalaman takipnea, adanya penggunaan otot bantu napas, jam 10.18 WITA Memonitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronki kering) dengan hasil : terdapat bunyi napas wheezing, jam 10.22 WITA Memonitor sputum (jumlah, warna,aroma) dengan hasil

: jumlah tidak dapat di hitung karena secret di tampung di tisu dan warnanya kekuningan, jam 10.26 Memberikan minum hangat dengan hasil : setelah diberikan air hangat, secret sedikit-sedikit keluar jam 10.30 WITA Memberikan oksigen, *jika perlu* dengan hasil : setelah di pasang O₂ nasal kanul 3 liter klien merasa nyaman dan dapat bernapas dengan baik

6) Diagnosa III

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko infeksi antara lain : jam 11.00 WITA Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik dengan hasil : adanya kemerahan dan bengkak pada area operasi, dan tidak ada push, jam 11.10 WITA Memberikan perawatan kulit pada area edema dengan hasil : lepaskan balutan dan plaster secara perlahan, Bersihkan dengan cairan NaCl, sesuai dengan kebutuhan ,Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, jam 10.20 WITA Menjelaskan tanda dan gejala infeksi dengan hasil : Terdapat beberapa ciri-ciri luka di kulit mengalami infeksi : muncul nanah atau cairan di luka, Kulit di sekitar luka kemerahan ,Ada benjolan kecil dengan kerak kekuningan di bagian atasnya ,Luka terasa nyeri setelah beberapa hari ,Badan tidak enak, jam 10.30 WITA Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi dengan hasil : dengan cara mengatur asupan gizi dengan makanan yang sehat, seperti : tinggi protein, karbohidrat, lemak, vitamin dan mineral, air

d. Sabtu, 21 Mei 2022

4) Diagnosa I

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif di antara lain : jam 10.10 WITA Mengidentifikasi kemampuan batuk dengan hasil : klien mengatakan sudah bisa mengeluarkan dahak/secret secara perlahan, jam 10.20 WITA Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif dengan hasil : tujuan melatih batuk efektif kepada pasien untuk membersihkan jalan nafas. dan prosedurnya: tarik napas dalam melalui hidungan selama 4 detik. Ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (membulatkan) 8 detik, mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali, batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam.

5) Diagnosa II

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah pola napas tidak efektif di antara lain : jam 10.15 WITA Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) dengan hasil : frekuensi napas 24x/menit, kedalaman takipnea, jam 10.18 WITA Memonitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronki kering) dengan hasil : Terdapat bunyi napas wheezing, jam 10.22 WITA Memonitor sputum (jumlah, warna,aroma) dengan hasil : warna kekuningan dengan berbau keamisan, jam 10.26 WITA Memberikan minum hangat dengan hasil : setelah diberikan air hangat, secret dapat keluar, jam 10.30 WITA Memberikan oksigen, *jika perlu* dengan hasil : Diberikan oksigen klien tampak bisa tidur dengan tenang.

6) Diagnosa III

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko infeksi di antara lain : jam 11.12 WITA Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik dengan hasil :

kemerahan dan bengkak pada area operasi berkurang. dan tidak ada push, jam 11.15 WITA Memberikan perawatan kulit pada area edema dengan hasil : lepaskan balutan dan plaster secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl, sesuai dengan kebutuhan, berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka.

7. Evaluasi

d. Hari Jum'at, 20 Mei 2022

4) Diagnosa I

Subjektif : Klien mengatakan lemah, sesak napas berkurang, batuk dengan lender yang susah dikeluarkan,

Objektif : Tampak pucat irama napas dengan frekuensi 26x/menit, bunyi napas wheezing, tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 64x/menit, suhu 36,5⁰C, SpO₂ 95%,

Assesment : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi.

Planning : Intervensi dilanjutkan : 1 dan 5

5) Diagnosa II

Subjektif : Klien mengatakan sesak napas berkurang

Objektif : Tampak lemah, masih ada retraksi dinding dada, terpasang O₂ nasal kanul 3 liter/menit, respirasi 26x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,2⁰C.

Assesment: Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi.

Planning: Intervensi dilanjutkan : 1,2,3,4,5

6) Diagnosa III

Subjektif : : Klien mengatakan masih terasa nyeri pada area post operasi

Objektif : Ekspresi menyeringai dengan skala nyeri 2-3,tampak kemerahan, bengkak, terpasang selang WSD pada paru bagian kanan dengan produksi cairan \pm 150 cc berwarna kuning kemerahan dan ada gelembung.

Assesment : Masalah resiko infeksi belum teratasi

Planning : Lanjutkan intervensi : 1 dan 2

e. Sabtu,21 Mei 2022

4) Diagnosa I

Subjektif : Klien mengatakan sedikit lemah, sesak napas berkurang, batuk lendir sedikit keluar warna kekuningan

Objektif : Tampak pucat irama napas dengan frekuensi 24x/menit, bunyi napas wheezing, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 100x/menit, suhu 36,8⁰C, SpO₂ 97%,

Assesment : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan : 1 dan 2

5) Diagnosa II

Subjektif : : Klien mengatakan sesak napas berkurang

Objektif : Tampak sedikit lemah, masih ada retraksi dinding dada, terpasang O₂ nasal kanul 3 liter/menit, respirasi 24x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 100x/menit, suhu 36,8⁰C.

Assesment : Masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, dan 5

6) Diagnosa III

Subjektif : Klien mengatakan sedikit merasa nyeri pada area post operasi

Objektif : Ekspresi ringai dengan skala nyeri 2-3,tampak sedikit kemerahan, bengkak berkurang, terpasang selang WSD pada paru bagian kanan dengan produksi cairan ± 150 cc berwarna kuning kemerahan dan ada gelembung.

Assesment : Masalah resiko infeksi sebagian teratasi

Planning : Lanjutkan intervensi 1 dan 2

f. Minggu, 22 Mei 2022 jam 13.55 WITA dilakukan catatan perkembangan dan di peroleh hasil:

4) Diagnosa I

Subjektif : : Klien mengatakan tidak lemah lagi, tidak terasa sesak, batuk sesekali, dan lendir sudah bisa dikeluarkan

Objektif : Tampak segar, irama napas dengan frekuensi 20xmenit, bunyi napas vesikuler, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 100x/menit, suhu 36,7^oc,SpO₂ 98%

Assesment : Masalah bersihan jalan napas sudah teratasi

Planning : Intervensi dihentikan

5) Diagnosa II

Subjektif : Klien mengatakan tidak terasa sesak

Objektif : Tampak segar, tidak ada retraksi dada, sudah di lepas oksigen O₂ nasal kanul 2 liter/menit , respirasi 20x/menit , tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 100x/menit, suhu 36,7°c

Assesment : Masalah pola napas tidak efektif sudah teratasi

Planning : Intervensi dihentikan

6) Diagnosa III

Subjektif : : Klien mengatakan nyeri sudah tidak di rasakan

Objektif : Tampak segar, tidak bengkak dan kemerahan pada bekas post operasi, selang WSD sudah di lepaskan

Assesment : Masalah resiko infeksi sudah teratasi

Planning : Intervensi dihentikan

B. Pembahasan

Pemberian asuhan keperawatan pada Tn. Y.D dengan masalah Tuberculosis Paru menggunakan metode pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan antara teori dan praktek (kasus nyata), yang ditemukan pada klien Tn. Y.D di Wilayah Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

Pengkajian pada Tn. Y.D dengan diagnosa medic *Tuberculosis Paru* di temukan data, klien mengatakan lemah, sesak napas, batuk lendir, secret yang susah dikeluarkan,

secret berwarna kuning, nyeri pada area post operasi, ekspresi menyeringai dengan skala nyeri 2-3, tampak pucat, kemerahan, bengkak terpasang O₂ nasal kanul 3 liter/menit, respirasi 26x/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,2⁰C, terpasang selang WSD pada paru bagian kanan dengan produksi cairan ± 150 cc, berwarna kuning kemerahan dan ada gelembung, terpasang infus NaCl 0,9% pada tangan kanan 20 liter/menit, ada retraksi dinding dada, bunyi napas wheezing, tampak sesak, SpO₂ 94%, CRT < 3

Berdasarkan data tersebut menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana data teori yang tidak ditemukan pada kasus yaitu batuk berdahak 2-3 minggu, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat pada malam hari Hal ini menunjukkan bahwa terdapat kesenjangan manifestasi klinik pada Tn. Y.D karena klien sudah mendapat pengobatan dan perawatan di Puskesmas.

Studi kasus ini sesuai dengan studi kasus yang dilakukan oleh Claudia W. Sare (2020) tentang “Asuhan Keperawatan dengan Tuberculosis Paru di Ruang RPK RSUD” adanya nyeri pada pemasangan selang WSD, batuk tidak mengeluarkan secret, lemah, sesak napas.

Berdasarkan hal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa tanda dan gejala pada penderita Tuberculosis Paru masing-masing berbeda tiap orang tergantung dari lamanya menderita dan kecepatannya dalam mencari pengobatan.

2. Diagnosa keperawatan

Secara teori diagnosa medik untuk kasus Tuberculosis Paru ada 5 yaitu 1) bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan jumlah atau perubahan mucus, keterbatasan gerakan dada, nyeri, kelemahan dan kelelahan; 2) pola napas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi trakeobronkial, penurunan ekspansi

paru, dan proses inflamasi;3) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan aliran udara ke alveoli;4) Defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, peningkatan metabolisme dan proses keganasan;5) Resiko infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan .Sedangkan diagnosa keperawatan yang diangkat pada pasien Tn. Y.D hanya tiga diagnosa yaitu 1)bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan jumlah atau perubahan mucus, keterbatasan gerakan dada, nyeri, kelemahan dan kelelahan; 2)pola napas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi trakeobronkial, penurunan ekspansi paru, dan proses inflamasi;3) Resiko infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan. Berdasarkan hal tersebut menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana pada kasus nyata hanya diangkat tiga (3) buah diagnosa sedangkan pada teori terdapat 5 diagnosa keperawatan. Adapun diagnosa pada kasus dan terdapat secara teori yaitu Gangguan pertukaran gas yang ada pada teori namun tidak ada pada kasus adalah selain itu untuk diagnosa keperawatan untuk diagnosa defisit nutrisi tidak diangkat karena pada saat dikaji pasien tidak mengalami nafsu makan menurun dan berat badan menurun.

Dalam hal ini ada kesenjangan antara teori dan fakta. Hal ini berarti bahwa tidak semua penderita Tuberculosis Paru akan ditegakkan diagnosa seperti pada teori namun tergantung dari kondisi pasien dan kecepatannya dalam mendapatkan pengobatan dan perawatan.

3. Intervensi keperawatan

Semua intervensi baik pada tinjauan teoritis maupun pada tinjauan kasus adalah sama Intervensi keperawatan merupakan suatu petunjuk atau bukti tertulis yang

menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya. Semua intervensi dari diagnosa keperawatan 1-3 telah dilaksanakan dengan baik karena adanya peran serta klien dan keluarga dalam membantu perawat didalam memberikan data-data dan bekerja sama dengan perawat saat melaksanakan intervensi keperawatan.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada Tn. T.D dengan diagnose medis Tuberculosis Paru berdasarkan ketiga diagnose yang telah ditemukan selama 3 hari. implementasi dilakukan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa yang berisi tindakan realisasi mulai dari mengkaji TTV, mengkaji keadaan umum hingga tindakan mandiri klien dengan tujuan mengatasi masalah-masalah keperawatan mulai dari bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif dan resiko infeksi. Hasil implementasi diharapkan bahwa setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam ke tiga masalah di atas dapat teratasi. Implementasi pertama dilaksanakan pada tanggal 20 Mei 2022, hari kedua dilaksanakan pada tanggal 21-22 Mei 2022.

Semua implementasi pada kasus nyata telah dilaksanakan berkat adanya kerjasama antar pasien, keluarga dan tenaga kesehatan. Tidak ada perbedaan antara teori dan kasus. Semua intervensi dilaksanakan dengan baik dan telah mengatasi masalah serta memberikan hasil yang baik, dimana pasien dan keluarga mau bersama-sama dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan melalui catatan perkembangan selama 3 hari. Pada kasus Tn. Y.D evaluasi dapat dianalisa berdasarkan

tujuan yang telah ditetapkan. Pada evaluasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa yang terdapat pada kasus nyata Tn. Y.D yaitu untuk masalah keperawatan bersihan jalan napas yang tidak efektif dapat teratasi dimana klien mengatakan tidak lemah lagi, tidak terasa sesak, batuk sesekali, dan lendir sudah bisa dikeluarkan. Untuk masalah keperawatan pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru masalah sudah teratasi dimana klien mengatakan tidak terasa sesak. Untuk masalah keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan pathogen organisme lingkungan dapat teratasi dimana klien mengatakan nyeri sudah tidak di rasakan. Untuk masalah keterbatasan studi kasus, dalam studi kasus ini terdapat hal-hal yang menghambatnya jalannya studi kasus antara lain: waktu yang terbatas dalam membuat studi kasus, kesulitan untuk mencari referensi sebagai acuan teori dan sulit untuk berkonsultasi dikarenakan masalah pandemic yang sedang di hadapi sekarang.

Implikasi untuk keperawatan yaitu beberapa peran perawat yang ditemukan dalam studi kasus ini, antara lain: 1. Sebagai pendidik: memberikan informasi berupa pengajaran mengenai pengetahuan dan keterampilan dasar, pada studi nyata ditemukan perawat menjelaskan apa yang kurang dimengerti pasien dari segi fasilitas maupun lainnya. 2. Sebagai advokad: tindakan perawat dalam mencapai suatu kepentingan pasien atau bertindak untuk mencegah kesalahan yang tidak diinginkan ketika pasien sedang menjalani pengobatan. Pada studi kasus nyata di temukan perawat selalu mendampingi pasien apabila pasien mengalami kesulitan dan membutuhkan bantuan. 3. Sebagai pemberi perawatan: memberikan perawatan secara langsung pada individu, keluarga atau

kelompok, pada studi kasus nyata ditemukan perawat melakukan asuhan keperawatan langsung pada pasien Tn. Y.D










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



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN
KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Rosanti
NIM : PO.530320218 051
PEMBIMBING : Maria Salestina Sekunda, SST, M. Kes

NO	HARI/ TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
1.	Selasa 8/2/2022	<ul style="list-style-type: none">- Tambahkan data kejadian Tb paru di dunia, Indonesia, NTT dan Ende- Perbaik latar belakang- Tambahkan pada latar belakang : bagaimana masalah TB paru apabila tidak dti tangani dengan baik	
2.	Rabu 9/2/2022	<ul style="list-style-type: none">- Tambahkan konsep medic TB. Perbaiki pathway- Tambahkan data Rikesdas Tb paru- Tambahkan data Tb di kab. Ende	
3.	Senin 14/2/2022	<ul style="list-style-type: none">- Tambahkan sedikit alasan pengambilan kasus Tb paru pada latar belakang- Tambahkan masalah keperawatan yang muncul pada pasien TB paru	
4.	Rabu 23/2/2022	<ul style="list-style-type: none">- Pisahkan antara penatalaksanaan keperawatan dan penatalaksanaan medis- Tambahkan penulisan diagnosa keperawatan sesuai SDKI	
5.	Rabu 9/3/2022	<ul style="list-style-type: none">- Literatur dalam BAB I dan BAB II harus jelas dan Nampak dalam daftar pustaka- Lengkapi BAB I- BAB III- Perbaiki pathway	
6.	Senin 14/3/2022	<ul style="list-style-type: none">- Batasan istilah/ definisi operasional dijelaskan tentang TB paru dan askep TB paru : dibuat dengan kata-kata operasional	

7.	Jumad 18/3/2022	- Lengkapi lampiran dan tambahkan jadwal penelitian	
8.	Senin 22/3/2022	- ACC, kontrak waktu dengan penguji dan siap ujian	
9.	Rabu 25/5/2022	- Lengkapi pengkajian dan lengkapi data focus	
10.	Selasa 31/5/2022	- Perbaiki diagnosa sesuai SDKI	
11.	Senin 6/6/2022	- Perbaiki pada intevensi sesuai dengan SLKI	
12.	Kamis 9/6/2022	- Perbaiki pembahasan	
13.	Senin 13/6/2022	- Lengkapi penutup dan saran	
14.	Kamis 16/6/2022	- ACC, Siap ujian dan kontrak waktu dengan penguji	