

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.A.H DENGAN
DIAGNOSA MEDIS TUBERCULOSIS PARU
DI RPK RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH



OLEH :

THERESIA YUBILIANA GALE GURU
NIM.PO530320219923

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE
2022**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Th. A.H DENGAN
DIAGNOSA MEDIS TUBERCULOSIS PARU
DI RPK RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH

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



OLEH :

THERESIA YUBILIANA GALE GURU
NIM.PO530320219923

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

2022

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A.H DENGAN
DIAGNOSA MEDIS TUBERCULOSIS PARU
DI RPK RSUD ENDE

OLEH :

THERESIA YUBILIANA GALE GURI
NIM. PO530320219923

Hasil Studi Kasus ini Telah Diperiksa dan Disetujui
Oleh Pembimbing untuk Diujikan

Ende, 8 Desember 2022

Pembimbing

Yoseph Woge, SST., M.Kes
NIP. 196002111993032002

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende

Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Kom
NIP. 1966011 4 199102 1 001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

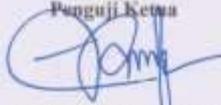
ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A.H DENGAN
DIAGNOSA MEDIS TUBERCULOSIS PARU
DI RPK RSUD ENDE

OLEH :

THERESIA YUBILIANA GALE GURU
NIM. PO530320219923

Hasil Studi Kasus ini Telah Diujikan dan Dipertanggungjawabkan
Pada Tanggal 8 Desember 2022

Penguji Ketua



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

Penguji Anggota



Yoseph Woge, SST., M.Kes
NIP. 196002111993032002

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:

Nama : Theresia Yubiliana Gale Guru
NIM : PO. 5303202191923
Program Studi : D III Keperawatan Ende
Judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.A.H DENGAN
DIAGNOSA MEDIS TUBERCULOSIS PARU DI RPK
RSUD ENDE

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

Ende, Desember 2022

Yang Membuat Pernyataan



Theresia Yubiliana Gale Guru
PO.530320219923

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena hanya atas berkat yang telah dilimpahkan kepada penulis, maka laporan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Tn. A.H Dengan Diagnosa Medis Tuberculosis Paru Di RPK RSUD ENDE”** dapat terselesaikan dengan baik.

Laporan Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada Program Studi Keperawatan Ende. Sebagai manusia yang lemah, Penulis banyak menemukan kesulitan dan hambatan, namun berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, puji syukur kesulitan dan hambatan tersebut dapat dilalui. Oleh karena itu sudah sepantasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan banyak terimakasih kepada :

1. Dr. Ragu Ha'ming Kristina, SKM, M.Kes, Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan Diploma III Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Kupang.
2. Aris Wawomeo, M.Kep, Ns, Sp.Kep.Kom, Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan di Program Studi DIII Keperawatan Ende.
3. Ibu Dr. Carolina M. Viany Sunty, Sp.PK, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melaksanakan praktek di RSUD Ende.

4. Yoseph Woge,Sst.,M.Kes selaku Dosen pembimbing yang telah mengorbankan waktu, tenaga dan pikiran untuk membantu penulis dalam menyusun laporan Karya Tulis Ilmiah ini, serta memberikan masukan yang berguna bagi penulis.
5. Aris Wawomeo, M.Kep, Ns, Sp.Kep.Kom, selaku Dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji Karya Tulis Ilmiah penulis
6. Tn. A.H dan keluarga yang telah bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah
7. Alm.Bapak dan Mama, kakak, adik, teman-teman serta seluruh keluarga atas semua doa dan semangatnya yang tiada henti mendukung saya untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan laporan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, Oleh karena itu segala kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat diharapkan penulis guna menyempurnakan laporan Karya Tulis Ilmiah ini.

Ende, Desember 2022

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Tn. A.H Dengan Diagnosa Medis Tuberculosis Paru Di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende

Theresia Yubiliana Gale Guru

Program Studi D III Keperawatan Ende

Tuberculosis Paru adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis* yang menular lewat percikan dahak dari pasien TB Paru BTA positif. Faktor resiko yang paling dominan berpengaruh terhadap kejadian TB Paru adalah faktor kependudukan, faktor lingkungan rumah, riwayat kontak langsung dengan penderita. Dampak buruk pada penyakit TB Paru apabila tidak diobati atau pengobatannya tidak tuntas dapat menimbulkan penyakit berbahaya hingga kematian. Peran perawat pada pasien TB Paru yaitu melakukan tindakan keperawatan untuk membantu memenuhi kebutuhan dasar pada pasien dan membantu mengurangi keluhan yang dirasakan, perawat mengatur posisi duduk pasien dengan semi Fowler agar pasien tidak merasakan sesak nafas, selain itu perawat melakukan nebulizer yang berguna untuk mempermudah pasien untuk mengeluarkan secret, perawat juga mengontrol pemberian OAT pada pasien penderita TB Paru, namun ada beberapa tindakan yang kurang diperhatikan sehingga dapat berpotensi menyebabkan TB Paru semakin meningkat diantaranya kurang komunikasi terapeutik antara perawat dan pasien, tidak dibatasi kunjungan antara keluarga dan pasien, keluarga dibiarkan komunikasi dengan pasien tanpa APD lengkap.

Karya tulis ilmiah ini bertujuan agar penulis mampu menggambarkan asuhan keperawatan penyakit Tuberculosis Paru pada pasien Tn. A.H di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende. Metode yang digunakan dalam studi kasus adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Hasil studi kasus Tn.A.H ditemukan sesak napas, nafsu makan menurun, sering keringat pada malam hari, tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan, terjadi penurunan berat badan, terdapat pernapasan cuping hidung, menggunakan otot bantu pernapasan, terpasang O₂ NRM 10 l/m, RR 28 x/m, pola napas tidak teratur, irama napas tidak teratur, adanya retraksi dinding dada, tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri, dengan masalah keperawatan pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru, deficit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak napas, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen. Intervensi keperawatan yang dilakukan berfokus pada masalah yang muncul, implementasi yang dilakukan berdasarkan perencanaan yang ditentukan. Hasil evaluasi pada hari ketiga dengan 4 masalah semuanya belum teratasi.

Masalah pola napas tidak efektif, defisit nutrisi, gangguan pola tidur, intoleransi aktifitas belum teratasi. Saran untuk klien dan keluarga agar mengikuti semua anjuran dari petugas kesehatan dengan baik dengan tujuan mencegah timbulnya komplikasi yang lebih parah.

Pustaka : 20 buah (2015-2021)

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Tuberculosis Paru

Keterangan : (1) Program Studi D III Keperawatan Ende

(2) Dosen Prograam Studi D III Keperawatan Ende

ABSTRACT

Nursing Care of Mr. A.H With a Medical Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis In the Special Treatment Room of Ende Hospital

Theresia Yubiliana Gale Guru

Study Program D III Nursing Ende

Pulmonary Tuberculosis is an infectious disease caused by Mycobacterium Tuberculosis which is transmitted through splashes of sputum from smear-positive pulmonary TB patients. The risk factors that most dominantly influence the incidence of pulmonary TB are education level, history of contact with direct sufferers, occupancy density, history of smoking. The bad impact on pulmonary TB disease if it is not treated or the treatment is not complete can cause dangerous disease to death. the role of the nurse in pulmonary TB patients is to carry out nursing actions to help meet the basic needs of patients and help reduce perceived complaints, the nurse adjusts the patient's sitting position in a semi-Fowler's position so that the patient does not feel short of breath, besides that the nurse performs a nebulizer which is useful to make it easier for the patient to issuing secretions, nurses also control the administration of OAT to patients with pulmonary TB, but there are several actions that are not paid attention to so that it can potentially cause pulmonary TB to increase including lack of therapeutic communication between nurses and patients, not limited to visits between family and patients, families are allowed to communicate with patients without full PPE.

This scientific writing aims to enable the writer to describe nursing care for Pulmonary Tuberculosis in patients with Mr. A.H in the Special Treatment Room of Ende Hospital. The method used in the case study is the case study method with a nursing care approach which includes assessment, nursing diagnosis, nursing intervention, nursing implementation, and nursing evaluation.

The results of the case study of Mr. A.H found shortness of breath, decreased appetite, frequent sweating at night, did not finish the portion of food given, weight loss occurred, there was nostril breathing, using auxiliary muscles of breathing, attached O₂ NRM 10 l/m, RR 28 x/m, irregular breathing pattern, irregular breathing rhythm, presence of chest wall retraction, unable to carry out activities independently, with nursing problems ineffective breathing pattern related to decreased lung expansion, nutritional deficit related to inadequate intake, sleep pattern disturbance related to shortness of breath, activity intolerance related to imbalance of oxygen supply and demand. The nursing interventions carried out focus on the problems that arise, the implementation is carried out based on the specified plan. The results of the evaluation on the third day with 4 problems were all not resolved.

Problems with ineffective breathing patterns, nutritional deficits, sleep pattern disturbances, activity intolerance have not been resolved. Advice for clients and families to follow all recommendations from health workers properly with the aim of preventing more severe complications.

Libraries: 20 pieces (2015-2021)

Keywords: Nursing Care, Pulmonary Tuberculosis

Description: (1) Study Program D III Nursing Ende

(2) Lecturer in Nursing Study Program D III Ende

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
PERNYATAAN KEASLIAN TULIS.....	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang.....	1
B. Rumusan masalah.....	6
C. Tujuan penulisan	6
D. Manfaat penulisan	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Dasar Teori.....	7
B. Konsep Masalah Keperawatan	16
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	20
BAB III JENIS DAN DESAIN STUDI KASUS	36
A. Jenis dan Desain studi kasus	39
B. Subjek studi kasus	36
C. Batasan istilah	36
D. Lokasi dan waktu	37
E. Metode dan prosedur studi kasus	37
F. Teknik pengumpulan data	38
G. Keabsahan data.....	39

H. Analisa data	39
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	40
A. HASIL.....	40
B. PEMBAHASAN	71
BAB V PENUTUP.....	75
A. KESIMPULAN	75
B. SARAN	76
DAFTAR PUSTAKA	77
LAMPIRAN	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kisaran dosis OAT Lini pertama bagi pasien dewasa	35
-------------------------------------------------------------------	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.2 Pathway	11
--------------------------	----

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkolosis (TB) adalah penyakit menular langsung (melalui udara saat bersin dan batuk) yang disebabkan oleh kuman TB yaitu *mycobacterium tuberculosis* yang dapat menyerang berbagai organ, terutama paru-paru (Kemenkes RI, 2015). World Health Organization (WHO 2018) menyatakan bahwa penyakit TB Paru adalah salah satu dari 10 penyebab utama kematian. Sebanyak 95% kasus Tuberculosis Paru dan 98% kematian akibat Tuberculosis Paru didunia terjadi pada negara-negara berkembang Indonesia menempati urutan kedua dengan presentase kasus 10% (WHO, 2018). WHO menyatakan bahwa sebanyak 1,5 juta orang meninggal karena TB pada tahun 2018. DiIndonesia berdasarkan data dari WHO pada tahun 2018. per 17 Mei 2018) jumlah kasus baru TB sebanyak 420.994 kasus (Kemenkes RI, 2019). Kasus TB pada tahun 2017 paling banyak ditemukan pada kelompok umur 25-34 tahun yaitu sebesar 17,32% diikuti kelompok umur 45-54 tahun sebesar 17,09% dan pada kelompok umur 35-44 tahun sebesar 16,43% (Kemenkes RI, 2017). Provinsi NTT merupakan salah satu provinsi dengan angka kejadian TB Paru yang masih menjadi masalah cukup serius. Berdasarkan Data Profil Kesehatan Provinsi NTT jumlah kasus TB Paru dari tahun 2015-2017 mengalami peningkatan dengan jumlah kasus 5.350 kasus (Anonim, 2017).

Kabupaten Ende merupakan salah satu Kabupaten di Indonesia dengan jumlah kasus TB Paru cukup tinggi meskipun telah meningkatkan jumlah tenaga dan fasilitas kesehatan. Menurut badan pusat statistik Kabupaten Ende (2021), terdapat 629 posyandu, 40 puskesmas pembantu, 25 puskesmas, 2 rumah sakit, 12 apotik, dan dengan jumlah tenaga kesehatan secara keseluruhan 629. Jumlah penderita baru TBC BTA (+) di Kabupaten Ende yang sudah diobati sebanyak 144 kasus dari perkiraan 560 kasus (Irwan Budiana, dkk, 2021). Data rekam medik yang diperoleh dari Rumah Sakit Umum Daerah Ende diketahui bahwa pada tahun 2021 kasus TB Paru sebanyak 22 orang, diantaranya laki-laki 12 orang dan perempuan 10 orang laki-laki. Pada tahun 2022 di bulan Januari 3 orang, 1 orang laki-laki dan 2 orang perempuan, bulan Februari 3 orang, 2 orang laki-laki dan 1 orang perempuan, bulan Maret 5 orang, 3 orang perempuan dan 2 orang laki-laki, bulan April 16 orang, 2 orang perempuan dan 14 orang laki-laki, bulan Mei 4 orang, 3 orang laki-laki dan 1 orang perempuan. Pada tahun 2021 kasus Tuberculosis Paru di RSUD Ende sebanyak 22 kasus dan pada tahun 2022 kasus Tuberculosis Paru di RSUD Ende sebanyak 31 kasus artinya dalam waktu pertengahan tahun 2022 terjadi peningkatan 50% penderita Tuberculosis Paru di RSUD Ende (Profil RSUD Ende, 2022).

Penularan dari pasien TB Paru Bakteri Tahan Asam (BTA) positif melalui percikan dahak. Semakin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak, semakin tinggi daya penularan pasien tersebut. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman keudara dalam bentuk percikan

dahak (*droplet nuclei*) (Kemenkes, 2011). Berdasarkan hasil penelitian dari Evin dan Lilis (2017) tentang analisis *mycobacterium tuberculosis* dan kondisi fisik rumah serta kejadian tuberkulosis kondisi paru menunjukkan bahwa kondisi fisik rumah yang tidak memenuhi syarat sehingga memiliki resiko untuk terjadinya TB paru 3 kali lebih besar dibandingkan dengan kondisi fisik rumah yang memenuhi syarat. Faktor resiko yang paling dominan berpengaruh terhadap kejadian TB Paru adalah faktor kependudukan (umur, jenis kelamin, status gizi, tingkat pendapatan, tingkat pendidikan), faktor lingkungan rumah (luas ventilasi, kepadatan hunian, intensitas cahaya, kelembaban rumah), perilaku (kebiasaan membuka jendela setiap pagi dan kebiasaan merokok), riwayat kontak dengan penderita langsung (Kemenkes RI, 2010).

Penyebab kegagalan program TB Paru yaitu perilaku masyarakat yang tidak berubah, masih kurangnya komitmen pelaksanaan pelayanan, ketidaktahuan akan resistansi TB Paru akibat putus obat, belum memadainya tata laksana TB terutama difasyankes yang belum menerapkan layanan TB sesuai dengan standar pedoman nasional dan ISTC seperti penemuan kasus/diagnosis yang tidak baku, panduan obat yang tidak baku, tidak dilakukan pemantauan obat, rendahnya tingkat pendidikan dan pendapatan perkapita, kondisi sanitasi, papan, sandang dan pangan yang tidak memadai yang berakibat pada tingginya resiko masyarakat terjangkit TB Paru (Kemenkes, 2014).

Sebagian besar masyarakat belum memahami tentang penyakit Tuberculosis Paru, meskipun penyakit Tuberculosis Paru merupakan penyakit yang sudah dikenal cukup luas oleh masyarakat namun masih banyak yang menganggap bahwa Paru merupakan penyakit yang biasa dan mudah diobati. Pengetahuan tentang TB Paru yang minim membuat penyakit ini seringkali tidak tertangani dengan baik. Banyak masyarakat yang tidak mengetahui cara pencegahan ataupun tidak melaksanakan penanganan dari serangan TB Paru.

Dampak buruk pada penyakit TB Paru apabila tidak diobati atau pengobatannya tidak tuntas dapat menimbulkan penyakit berbahaya hingga kematian. Beberapa komplikasi yang sering ditemukan pada pasien TB Paru antara lain kerusakan tulang dan sendi, kerusakan otak, kerusakan hati dan ginjal, kerusakan jantung, gangguan mata dan resistensi kuman (indec diagnostic, 2012).

Penatalaksanaan pada pasien TB Paru dapat dilakukan secara farmakologis dan nonfarmakologis. Pengobatan secara farmakologi dengan prinsip pemberian yaitu tidak minum obat oleh karena itu perlu pengawasan minum obat (PMO), peran perawat pada pasien TB Paru yaitu melakukan tindakan keperawatan untuk membantu memenuhi kebutuhan dasar pada pasien dan membantu mengurangi keluhan yang dirasakan, perawat mengatur posisi duduk pasien dengan semi fowler agar pasien tidak merasakan sesak nafas, selain itu perawat melakukan nebulizer yang berguna untuk mempermudah pasien untuk mengeluarkan secret, perawat

juga mengontrol pemberian OAT pada pasien penderita TB Paru. Dalam melakukan perawatan kepatuhan dari pasien dan keluarga sendiri itu sangat penting namun ada beberapa yang kurang diperhatikan sehingga dapat berpotensi menyebabkan TB Paru semakin meningkat diantaranya kurang komunikasi terapiutik antara perawat dan pasien, tidak dibatasi kunjungan antara keluarga dan pasien, keluarga dibiarkan komunikasi dengan pasien tanpa APD lengkap. Penanganan nonfarmakologis seperti penyuluhan mengenai penyakit TB Paru, (Azis & Musrifatul, 2012).

Berdasarkan uraian diatas dan sehubungan kejadian TB Paru semakin meningkat serta adanya resiko seperti dampak kematian yang ditimbulkan akibat TB Paru maka penulis merasa tertarik dan melakukan Studi Kasus yang akan disusun sebagai proposal dengan judul “ Asuhan Keperawatan Pada Tn.A.H Pasien Dengan Diagnosa Medis Tuberculosis Paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah dalam studi kasus ini adalah “ Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Tn.A.H Dengan Diagnosa Medis Tuberculosis Paru Di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende”?

C. Tujuan Penulisan

Berdasarkan rumusan masalah diatas maka tujuan studi kasus ini adalah

1. Tujuan Umum

Menggambarkan pelaksanaan Asuhan Keperawatan penyakit Tuberculosis Paru Pada Tn.A.H di RPK RSUD Ende.

2. Tujuan Khusus

Setelah melakukan asuhan keperawatan penulis dapat :

- a. Menggambarkan pengkajian penyakit Tuberculosis Paru pada Tn.A.H di RPK RSUD Ende
- b. Menggambarkan diagnosa keperawatan penyakit Tuberculosis Paru pada Tn.A.H di RPK RSUD Ende
- c. Menggambarkan perencanaan keperawatan penyakit Tuberculosis Paru pada Tn.A.H di RPK RSUD Ende
- d. Menggambarkan implementasi keperawatan pada Tn.A.H dengan diagnosa medis Tuberkolosis Paru di RPK RSUD Ende
- e. Menggambarkan evaluasi keperawatan pada Tn.A.H dengan diagnosa medis Tuberkolosis Paru di RPK RSUD Ende

- f. menganalisa kesenjangan antara teori dan hasil studi kasus pada Tn.A.H dengan diagnosa medis Tuberkolosis Paru di RPK RSUD Ende

D. Manfaat studi kasus

Berdasarkan tujuan diatas manfaat studi kasus ini untuk :

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi informasi, menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman, serta dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan TB Paru

2. Bagi RSUD Ende

Lebih meningkatkan penyediaan fasilitas pelayanan atau alat-alat perawatan rumah sakit yang memadai sehingga mampu mengatasi masalah-masalah yang berhubungan dengan penyakit Tuberculosis Paru.

3. Bagi Perawat Ruangan

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

4. Bagi institusi pendidikan

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

5. Bagi Klien dan Keluarga

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit TB Paru

1. Definisi

Tuberkolosis (TB) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman TB (*mycobacterium tuberculosis*). Kuman TB sering menyerang paru, penularan dari pasien TB Paru BTA positif melalui percikan dahak. Semakin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak, semakin tinggi daya penularan pasien tersebut (Kemenkes, RI 2015).

Tuberkolosis (TB) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*. Hingga saat ini tuberkolosis masih menjadi penyakit infeksi menular yang paling berbahaya didunia (Irianti,dkk 2016).Tuberculosis adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *mycobacterium tuberculosis*. Terdapat beberapa sepsies *mycobacterium tuberculosis*, anatar lain : *M, tuberculosis, M,africanum, M, bivis* dan *M, leprae* yang juga dikenal sebagai Bakteri Tahan Asam (BTA) (Marlian Indah,2018). Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa tuberculosis adalah penyakit menular berbahaya yang disebabkan oleh kuman *mycobacterium tuberculosis* yang menular lewat percikan dahak dari pasien TB Paru dan BTA positif.

2. Etiologi

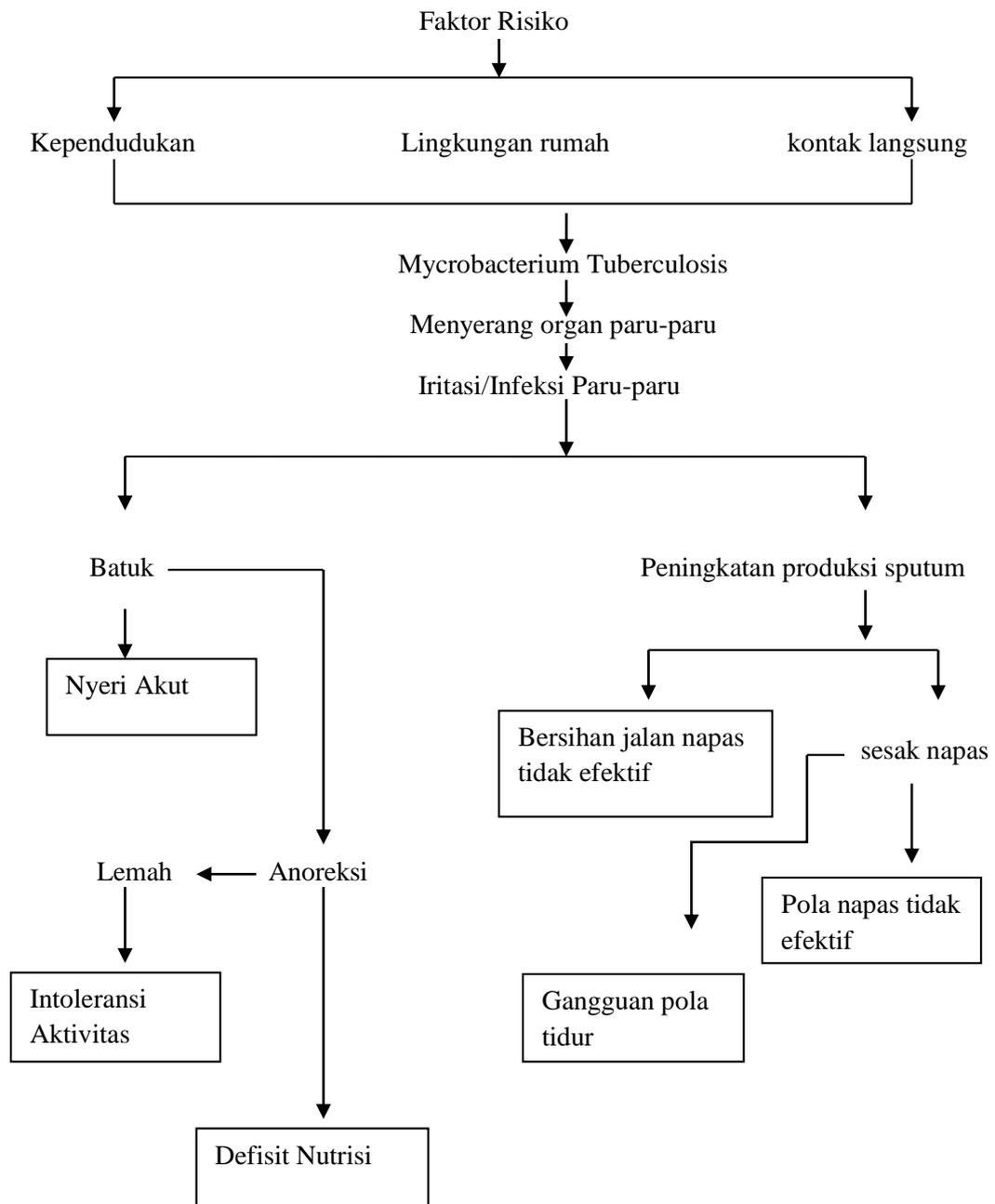
Mycobacterium tuberculosis merupakan jenis kuman berbentuk batang dengan panjang 1-4 μm dan tebal 0,3-0,6 μm . Sebagian besar komponen *Mycobacterium Tuberculosis* adalah berupa lemak/lipid sehingga kuman mampu bertahan terhadap asam. Mikroorganisme ini bersifat aerob yakni menyukai daerah yang banyak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

3. Patofisiologi

Infeksi diawali karena seseorang menghirup basil *M. Tuberculosis*. Sistem kekebalan tubuh memberi respon dengan melakukan reaksi inflamasi. Makrofag alveolus akan memfagosit kuman TB. Akan tetapi, makrofag tidak mampu menghancurkan kuman TB karena struktur dinding selnya 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 limfadentis. Setelah makrofag ditaklukan oleh tubercle bacilli, sistem imun tubuh mencoba strategi pertahanan lain. Sejumlah sel pertahanan sampe dikelenjar limfe dan mengelilingi area infeksi. Sel sel ini membantu untuk membunuh bacilli melalui pembentukan dindingpencegah 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, ddk, 2020)

4. Pathway



5. Manifestasi klinis

Arif mutaqqin (2012), Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernafasan, menyatakan secara umum gejala klinik TB Paru sebagai berikut:

- a. Batuk : terjadi karena adanya iritasi pada bronkus. Batuk berdahak selama 3-4 minggu atau lebih. Hal ini terjadi untuk membuang/mengeluarkan produksi secret akibat radang yang dimulai dari batuk kering sampai dengan batuk purulent (menghasilkan sputum) dan batuk darah.
- b. Sesak nafas : bila radang sampai setengah paru-paru
- c. Nyeri dada : nyeri akan timbul bila infiltrasi radang sampai ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis
- d. Malaise : ditemukan berupa anoreksi, napsu makan menurun, berat badan menurun, sakit kepala, nyeri otot dan keringat malam.

6. Pemeriksaan penunjang

- a. Pemeriksaan Radiologis
 - 1) Adanya infeksi primer pada bagian perifer paru dengan klasifikasi dari limfe nodus hilus
 - 2) Sedangkan proses reaktifitas TB akan memberikan gambaran : nekrosis, kavitasasi, fibrosis, dan retraksi region hilus, bronchopneumonia, serta infiltrat interstitial.

3) Aktivitas dari kuman TB tidak bisa hanya bisa ditegakan hanya dengan satu kali pemeriksaan rontgen dada, tapi harus dilakukan serial rontgen dada. Tidak hanya melihat apakah penyakit tersebut dalam proses progresi atau regresi.

b. Pemeriksaan Darah

Pemeriksaan ini kurang mendapat perhatian karena hasilnya kadang-kadang meragukan, tidak sensitif, tidak juga spesifik. Pada saat TB baru mulai (aktif) akan didapatkan jumlah leukosit yang sedikit meninggi dengan hitung jenis pergeseran kekiri. Jumlah limfosit masih dibawah normal. Laju endap darah mulai meningkat. Jika penyakit mulai sembuh, jumlah leukosit kembali normal, dan jumlah limfosit masih tinggi. Laju endap darah mulai turun kearah normal lagi.

7. Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan medis

a. Tujuan pengobatan TB adalah :

- 1) Menyembuhkan, mempertahankan kualitas hidup dan produktivitas pasien
- 2) Mencegah kematian akibat TB aktif atau efek lanjutan
- 3) Mencegah kekambuan TB
- 4) Mengurangi pengurangan TB kepada orang lain
- 5) Mencegah perkembangan dan penularan resisten obat

2. Prinsip pengobatan TB

Obat Anti Tuberkolosis (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 minum obat) sampai selesai pengobatan.
- d. Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup terbagi dalam tahap awal serta tahap lanjutan untuk mencegah kekambuhan.

3. Tahap pengobatan TB

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

a. Tahap awal

Pengobatan diberikan setiap hari, panduan pengobatan pada tahap ini adalah dimaksudkan untuk secara efektif menurunkan jumlah kuman yang ada dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh dari sebagian kecil kuman yang mungkin sudah resisten sejak sebelum pasien

mendapatkan pengobatan. Pengobatan pada tahap awal pada semua pasien baru harus diberikan selama 2 bulan. Pada umumnya dengan pengobatan secara teratur dan tanpa adanya penyulit, daya penularan sudah sangat menurun. Setelah pengobatan selama 2 minggu.

b. Tahap lanjutan

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

Table 2.1 kisaran dosis OAT lini pertama bagi pasien dewasa

OAT	DOSIS			
	Harian		3x/minggu kisaraan	
	Kisaran dosis (mg/kg BB)	Maksimum (mg)	Kisarandosis (mg/kg BB)	Maksimum/hari (mg)
Isoniazid	5 (4-6)	300	10 (8-12)	900
Rifampisin	10 (8-12)	600	10 (8-12)	600
Pirazinamid	25 (20-30)	-	35 (30-40)	-
Straptomisin	15 (15-30)	-	30 (25-35)	-
Etambutol	15 (12-18)	-	15 (12-18)	100

(Kemenkes RI, 2014)

1) Panduan OAT yang digunakan di Indonesia (sesuai rekomendasi WHO)

Panduan OAT yang digunakan oleh program nasional pengendalian tuberkolosis di Indonesia adalah

- a) Kategori 1: 2 (HRZE)4(HR)3
- b) Kategori 2: 2 (HRZE)S(HRZE)/5(HR)3E3
- c) Kategori anak :2 (HRS)/4 atau 2HRZA(s)/4-10HR

- d) Obat yang digunakan dalam tatalaksana pasien TB resisten obat di Indonesia terdiri dari OAT lini ke-2 yaitu kanamisin, kepreomisin, levofloksasin, etionamide, sikloserine, moksifloksasin, serta OAT Lini 1 yaitu pirazinamid dan etambutol (Kemenkes, 2011).

8. Penatalaksanaan keperawatan

- a. Mengatur posisi pasien semi Fowler
- b. Mengajarkan teknik batuk efektif dan menarik napas dalam
- c. Memberikan dan menganjurkan pasien minum air 6-7 gelas (1750 cc)
- d. Menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering dan dalam keadaan hangat
- e. Anjurkan pasien memakai masker saat berkomunikasi
- f. Pisahkan barang-barang pasien dan keluarga

9. Komplikasi

Penyakit TB Paru apabila tidak segera ditangani dengan baik akan menimbulkan komplikasi menurut (Anggraeni, D. E., & Rahayu, S. R. 2018) yaitu :

- a. Komplikasi dini : pleuritis, efusi pleura, empiema, laringitis
- b. Komplikasi lanjut : obstruksi jalan napas SOPT (*Sindrom Obstruksi Pasca Tuberculosis*), kerusakan parenkim berat seperti fibrosis paru, kor pulmonal, amyloidosis, karsinoma paru.

B. Konsep Masalah Keperawatan

Menurut Muhamad Rofi (2018) Masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien TB Paru di rumah sakit yaitu bersihan jalan napas tidak efektif.

Menurut Irman Soemantri (2009) mengatakan bahwa terdapat delapan masalah keperawatan pada pasien dengan Tuberculosis Paru yaitu : bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, defisit nutrisi, nyeri akut, hipertermi, intoleransi aktivitas.

1. Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)

Yaitu : Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten. Yang disebabkan oleh : Spasme jalan napas, hipersekresi jalan napas, benda asing dalam jalan napas, adanya jalan napas buatan, sekresi yang tertahan, hiperplasia dinding jalan napas, proses infeksi, efek agen farmakologis, merokok aktif, merokok pasif dengan gejala dan tanda mayor yaitu batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebihan, mengi/wheezing/roncki kering serta gejala dan tanda minor dispnea, sulit berbicara, ortopnea, gelisah, sianosis, bunyi napas menurun, frekuensi napas berubah, pola napas berubah.

2. Pola nafas tidak efektif (D.0005)

Yaitu : inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Yang disebabkan oleh : depresi pusat pernapasan, hambatan upaya napas (mis. Nyeri saat bernapas, kelemahan otot, pernapasan), deformitas dinding dada, deformitas tulang dada, imaturitas neurologis, penurunan

energi, obesitas, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, sindrom hipoventilasi, efek agen farmakologis, kecemasan dengan tanda dan gejala mayor : dispnea, penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal (mis. Takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyene-stokes) serta tanda dan gejala minor : ortopnea, pernapasan cuping hidung, diameter thoraks anterior-posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, eksursi dada berubah.

3. Gangguan pertukaran gas (D.0003)

Yaitu : Kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler. Yang disebabkan oleh ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, Perubahan membran alveolus-kapiler dengan tanda dan gejala mayor: dispnea, pH arteri meningkat/menurun, bunyi napas tambahan serta tanda dan gejala minor : pusing, Sianosis, diaforesis, gelisah, napas cupin hidung, pola napas abnormal (cepat/lambat, reguler/ireguler, dalam/dangkal), warna kulit abnormal (mis. Pucat, kebiruan).

4. Defisit nutrisi (D.0019)

Yaitu : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Yang disebabkan oleh : ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorbsi makanan dengan tanda dan gejala mayor : berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

serta tanda dan gejala minor : otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat.

5. Intoleransi aktivitas (D.0056)

Yaitu : ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang disebabkan oleh ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas, gaya hidup monoton dengan tanda dan gejala mayor : mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat serta tanda dan gejala minor : dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah Tekanan darah berubah >20 % dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukan aritmia saat atau setelah beraktivitas, gambaran EKG menunjukan iskemia, menunjukkan iskemia sianosi.

6. Gangguan pola tidur (D.0055)

Yaitu : gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal Yang disebabkan oleh hambatan lingkungan (mis. Kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan,/pemeriksaan tindakan), kurangnya kontrol tidur, kurangi privasi, *Restraint* fisik , ketiadaan tempat tidur, tidak familiar dengan peralatan tidur dengan gejala dan tanda mayor : mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengolah pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup serta gejala dan tanda minor : mengeluh kemampuan beraktivitas menurun.

7. Nyeri Akut (D.0077)

Yaitu : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan. Gejala dan Tanda Mayor : Tampak meringis, Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), Gelisah, Frekuensi nadi meningkat, Sulit tidur. Gejala dan Minor : Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, Menarik diri, Berfokus pada diri sendiri, Diaforesis.

8. Hipertemi (D.0130)

Yaitu : Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh. Gejala dan Tanda Mayor : Suhu tubuh diatas nilai normal. Gejala dan Tanda Minor : Kulit merah, Kejang, Takikardi, Takipnea, Kulit terasa hangat

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

Pengkajian merupakan tahap pertama dan utama yang sangat menentukan keberhasilan tahapan proses keperawatan selanjutnya.

Data-data umum yang sering ditanyakan pada pasien TB Paru adalah sebagai berikut :

1) Biodata klien

a) Umur :

Variabel umur berperan dalam kejadian penyakit TB Paru. Dari hasil Riskesdas tahun 2013 menunjukkan bahwa kelompok umur yang > 45 tahun memiliki prevalensi pengidap TB Paru lebih tinggi dibandingkan kelompok umur lainnya.

b) Jenis kelamin :

Jumlah penderita pada tuberculosi paru lebih banyak pria diduga disebabkan mobilitas dan aktivitas yang lebih tinggi dari pada perempuan.

c) Pekerjaan :

Jenis pekerjaan menentukan faktor resiko yang harus dihadapi setiap individu. Bila pekerja bekerja dilingkungan yang berdebu paparan partikel debu di daerah terpapar akan mempengaruhi terjadinya gangguan pada saluran pernafasan. Paparan kronis

udara yang tercemar dapat meningkatkan morbiditas, terutama terjadinya gejala penyakit pernafasan dan umumnya TB Paru.

d) Tingkat pendapatan

Pada keluarga yang tingkat pendapatannya kurang, jelas akan mengonsumsi makanan dengan kadar gizi yang tidak sesuai dengan kebutuhan bagi setiap anggota keluarga sehingga mempunyai status gizi yang kurang dan akan memudahkan untuk terkena penyakit infeksi diantaranya Tuberculosis Paru.

e) Alamat :

Keadaan rumah, kepadatan hunian, lingkungan perumahan dan sanitasi tempat pekerjaan yang buruk dapat memudahkan penularan TB.

2) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Manifestasi yang biasa 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 yang pernah diderita oleh penderita yang mungkin sehubungan dengan tuberkolosis paru antara lain ISPA, efusi pleura, serta tuberkolosis paru yang kembali aktif.

c) Riwayat kesehatan keluarga

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

3) Pola kesehatan

Menurut Potter dan Pery (2010), orang dengan TB Paru pola kesehatan yang terganggu

a) Pola nutrisi dan metabolik

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

b) Pola aktivitas dan latihan

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

c) 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.

d) Pola tidur dan istirahat

Adanya ketidak mampuan untuk tidur dan insomnia

e) 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.

f) Pola penanggulangan stress

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

4) Pemeriksaan fisik

Keadaan umum ; Biasanya orang dengan Tuberculosis Paru kelihatan kurus, dengan ditemukan gejala klinis utama yakni : berat badan turun dan anoreksia, berkeringat dingin, kulit pucat serta suhu tubuh meningkat.

a) Kepala

inspeksi : kepala tampak bersih, tidak terdapat benjolan pada kepala

b) wajah :

inspeksi : Biasanya wajah tampak pucat, wajah tampak meringis.

c) Mata

Inspeksi : konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik

d) Hidung

inspeksi : terdapat mucus

e) Thoraks

inspeksi : Kadang terlihat retraksi interkosta dan tarikan dinding dada, biasanya pasien kesulitan pada saat inspirasi,

Palpasi : fremitus paru yang terinfeksi biasanya lemah.

Perkusi : Biasanya saat diperkusi terdapat suara pekak :

Auskultasi : bunyi napas ronchi saat diauskultasi.

f) Ekstermitas atas

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

b. Tabulasi Data

Pasien mengeluh batuk, sesak napas, adanya sekret disaluran napas, suara napas abnormal (*ronchi, rales, wheezing*), frekuensi napas lebih dari normal, dyspnea, penggunaan otot bantu pernapasan, takipnea, pusing, penglihatan kabur, sianosis, gelisah, pola napas abnormal kesadaran menurun, pasien mengatakan tidak napsu makan dan makanan yang disediakan tidak dihabiskan, adanya penurunan berat badan, penurunan albuminemia, nyeri dada, keringat malam, dan suhu badan meningkat

c. Klasifikasi Data

Data subjektif (DS) : pasien mengeluh batuk, sesak napas, adanya sekret disaluran napas, pusing, tidak napsu makan dan makanan yang disediakan tidak dihabiskan, nyeri dada, keringat malam.

Data objektif (DO) : suara napas abnormal (*ronchi, rales, wheezing*) frekuensi napas lebih dari normal, penggunaan otot bantu

pernapasan, takipnea, sianosis, gelisah, pola napas abnormal, kesadaran menurun, adanya penurunan berat badan, penurunan albuminemia, suhu badan meningkat.

d. Analisa data

Menurut SDKI DPP PPNI (2017) analisa data dibedakan berdasarkan sign/shymptom, etiologi, problem. Setelah data diklasifikasikan, maka diperoleh gambaran tentang masalah yang dialami klien dengan TB Paru adalah sbb :

Data subjektif : pasien mengeluh batuk, sesak napas, adanya sekret disaluran napas. Data objektif : suara napas abnormal (ronchi, rales, wheezing), frekuensi napas lebih normal, dengan irama reguler dan ireguler, 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 diangkat masalah pola napas tidak efektif yang diakibatkan oleh obstruksi trakeobronkial oleh secret, penurunan ekspansi paru.

Data subjektif : pasien mengeluh sesak napas, pusing. Data objektif : bunyi napas tambahan, sianosis, gelisah, pola napas abnormal, kesadaran menurun. Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul, maka diangkat

masalah gangguan pertukaran gas yang diakibatkan oleh gangguan aliran darah ke alveoli.

Data subjektif : pasien mengatakan tidak nafsu makan dan makanan yang disediakan tidak dihabiskan. Data objektif : adanya sisa makanan dalam tempat makan, adanya penurunan berat badan (tidak selalu muncul), penurunan albuminemia. Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul ini, maka diangkat masalah defisit nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh yang diakibatkan oleh intake yang tidak adekuat, peningkatan metabolisme dan proses keganasan.

Data subjektif : Pasien mengeluh sesak napas, merasa lelah. Data objektif : Sianosis, kelemahan masa otot, tidak toleran terhadap aktivitas. Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul ini, maka diangkat masalah intoleransi aktivitas yang diakibatkan oleh ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Data subjektif : pasien mengeluh tidak mampu tidur, insomnia. Data objektif : -. Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul ini, maka diangkat masalah gangguan pola tidur yang diakibatkan oleh kurang kontrol tidur.

Data subjektif : nyeri dada. Data objektif : nafsu makan berubah, sulit tidur, gelisah. Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul ini, maka diangkat masalah nyeri akut berhubungan dengan hiposekemia

Data subjektif : -. Data objektif : suhu badan meningkat. Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul ini, maka diangkat masalah hipertermi.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian dari pengumpulan data sampai analisa data maka ditetapkan beberapa diagnosa keperawatan, diantaranya (Tim POKJA DPP PPNI, 2016).

- 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 disaluran napas.

DO : suara napas abnormal (*ronchi, rales, wheezing*), frekuensi napas lebih dari normal, dengan irama reguler atau ireguler, dyspnea.

- b. Pola napas 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

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

DS : pasien mengeluh sesak napas, pusing.

DO : bunyi napas tambahan, sianosis, gelisah, pola napas abnormal.

- d. Defisit nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, peningkatan metabolisme ditandai dengan

DS : pasien mengatakan tidak nafsu makan

- DO : adanya sisa makanan dalam tempat makanan, adanya penurunan berat badan.
- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antar suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan
- DS : Pasien mengeluh sesak napas, merasa lelah.
- DO : Sianosis, kelemahan masa otot, tidak toleran terhadap aktivitas.
- f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan
- DS : Pasien mengeluh tidak mampu tidur, insomnia.
- DO : -
- g. Nyeri Akut berhubungan dengan Hipoksemia
- DS : nyeri dada.
- DO : nafsu makan berubah, sulit tidur, gelisah
- h. Hipertermi berhubungan dengan
- DS :-
- DO : suhu tubuh meningkat

3. Rencana Keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan di atas maka rencana keperawatan yang ditetapkan dalam mengatasi masalah tersebut adalah (TIM POJKA PPNI, 2016)

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

Intervensi keperawatan :

Observasi : Monitor pola napas (Frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (mis. mengi, wheezing), monitor produksi sputum, monitor kemampuan batuk efektif.

Terapeutik : Posisikan semi fowler atau fowler, berikan minuman hangat, lakukan fisioterapi dada, berikan oksigen.

Edukasi : Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif, ajarkan menarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik. anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali, ajarkan batuk kuat langsung setelah tarik napas dalam hingga 3 kali.

Kolaborasi : Kolaborasi pemberian bronkodilator

- 2) Pola napas tidak efektif yang berhubungan dengan obstruksi trakeobronkial oleh secret, penurunan ekspansi paru, dan proses inflamasi

Intervensi keperawatan : **Pemantauan Respirasi**

Observasi : Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, monitor pola napas (bradipnea, takipnea), auskultasi bunyi napas, monitor saturasi oksigen.

Terapeutik : Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien, dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi : Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, informasikan hasil pemantauan

Kolaborasi : Kolaborasi pemberian oksigen

- 3) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan aliran udara ke alveoli

Intervensi Keperawatan

Observasi : Monitor kecepatan aliran oksigen, monitor posisi alat terapi oksigen, monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup, monitor tanda-tanda hipoventilasi

Terapeutik : Pertahankan kepatenan jalan napas, tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi, gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien

Edukasi : Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah

Kolaborasi : Kolaborasi penentuan dosis oksigen, kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur

4) Nyeri akut berhubungan dengan hipoksemia

Intervensi Keperawatan : **Manajemen nyeri**

Observasi : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, indentifikasi skala nyeri, indentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik : Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

Edukasi : Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgetik

5) Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, peningkatan metabolisme dan proses keganasan

Intervensi Keperawatan : **Manajemen nutrisi**

Observasi : Identifikasi status nutrisi, indentifikasi alergi dan intoleransi makanan, monitor asupan makanan, monitor berat badan, Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik : Lakukan *oral hygiene* sebelum makan, berikan makanan tinggi kalori dan protein, berikan suplemen makanan jika perlu

Edukasi : Anjurkan posisi duduk jika perlu

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

- 6) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antar suplai dan kebutuhan oksigen.

Intervensi keperawatan : **Manajemen Energi**

Observasi : Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, Monitor kelelahan fisik, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Terapeutik : Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus , berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan

Edukasi : Anjurkan tirah baring, anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang , ajarkan strategi coping mengurangi kelelahan

Kolaborasi : Kolaborasi dengan ahli gizi untuk meningkatkan asupan makanan

- 7) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur

Intervensi keperawatan : **Dukungan tidur**

Observasi : Identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis), identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur

Terapeutik : Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, suhu, kebisingan, tempat tidur), fasilitas menghilangkan stress sebelum

tidur, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi), sesuaikan jadwal pemberian obat/tindakan

Edukasi : Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur , anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur, ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis)

8) Hipertermi berhubungan dengan

intervensi keperawatan : **Manajemen Hipertermi**

Observasi : identifikasi penyebab hipertermi, monitor suhu tubuh, monitor kadar elektrolit, monitor luaran urin.

Terapeutik : sediakan lingkungan yang dingin, longgarkan atau lepaskan pakaian, basahi dan kipaskan permukaan tubuh, berikan cairan oral, lakukan pendinginan eksternal (kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)

Edukasi : anjurkan tirah baring

Kolaborasi : kolaborasi cairan dan elektrolit intravena jika perlu.

4. Evaluasi keperawatan

Evaluasi Keperawatan Keberhasilan penatalaksanaan keperawatan tercermin pada pencapaian hasil dan tujuan pasien. Bandingkan perilaku pasien dengan 30 hasil dan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Ketidakberhasilan dalam pencapaian hasil dan tujuan pasien mengindikasikan diperlukannya modifikasi dalam pendekatan yang digunakan dengan mengkaji kembali pasien, merevisi diagnosa keperawatan dan menyesuaikan tindakan keperawatan.

Keberhasilan penatalaksanaan keperawatan pada pasien dengan tuberculosis mencakup:

- a. Mencapai jalan napas yang paten, batuk berkurang atau hilang, suara napas normal dan tidak ada dispnea
- b. Tidak ada penggunaan otot bantu napas, Irama, frekuensi dan kedalaman pernapasan dalam batas normal, bunyi napas bersih atau terdengar jelas dan pada pemeriksaan rontgen tidak ditemukan adanya akumulasi cairan
- c. Menunjukkan perbaikan ventilasi dan oksigenasi jaringan adekuat dengan AGD dalam rentang normal dan bebas dari distress pernapasan
- d. Menunjukkan berat badan meningkat mencapai tujuan dengan nilai laboratorium normal dan bebas dari tanda malnutrisi dan melakukan perubahan perilaku untuk meningkatkan nutrisi yang tepat.

- e. Memperlihatkan perilaku sehat (menutup mulut ketika batuk atau bersin), tidak ada anggota keluarga/orang terdekat yang tertular penyakit seperti penderita), tidak muncul tanda-tanda infeksi lanjutan dan tidak ada anggota keluarga atau orang terdekat yang tertularpenyakit seperti penderita

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Jenis dan Desain Studi Kasus

Jenis penelitian adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah TB Paru. Pendekatan yang digunakan adalah asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

B. Subyek Studi Kasus

Subjek dalam penelitian ini adalah Tn. A.H dengan masalah TB Paru di RSUD Ende yang telah bersedia menjadi responden

C. Batasan Istilah (Defenisi operasional)

Adapun definisi operasional dalam studi kasus ini yaitu :

1. Tuberkolosis (TB) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman TB (*mycobakterium tubercolosis*). Kuman TB sering menyerang paru, penularan dari pasien TB Paru BTA positif melalui percikan dahak. Semakin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak, semakin tinggi daya penularan pasien tersebut (Kemenkes, RI 2015).
2. Asuhan keperawatan adalah suatu bentuk tindakan atau kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan kepada pasien yang sesuai dengan standar operasional prosedur yang meliputi pengkajian, diagnosa

keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan serta evaluasi keperawatan.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di RPK RSUD Ende Jln. Prof. Dr.W.Z Yohanes, Kelurahan Paupire, Kecamatan Ende Tengah, Kabupaten Ende, Nusa Tenggara Timur, pada tanggal 5-7 Juli 2022.

E. Metode/Prosedur Studi Kasus

Tahapannya :

1. Penyusunan proposal dilakukan pada hari/tanggal Jumad 18 Februari 2022-Sabtu 30 Maret 2022.
2. Proposal di ACC pembimbing pada tanggal 30 Maret 2022
3. Ujian proposal dilakukan pada tanggal 5 April 2022 dan disetujui oleh penguji pada tanggal 28 Juni 2022
4. Mengajukan surat permohonan studi kasus kepada Direktur RSUD Ende dan disetujui pada tanggal 4 Juli 2022
5. Melakukan pendekatan dan memohon ijin kepada kepala ruangan perawatan khusus RSUD Ende pada tanggal 4 Juli 2022
6. Melakukan pendekatan pada pasien tanggal 5 Juli 2022, dan mulai melakukan studi kasus dimulai dari tanggal 5-7 Juli 2022 dengan meminta tanda tangan informed consent
7. Dilanjutkan dengan pelaksanaan studi kasus pada tanggal 5-7 Juli 2022.

F. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus ini yaitu :

1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata klien, identitas penanggung jawab, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit terdahulu, riwayat kesehatan keluarga, kebutuhan dasar seperti makan/minum, mandi, berjalan

2. Pemeriksaan fisik

pemeriksaan fisik dilakukan pada pasien dengan prinsip *head to toe* dan hal ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan IPPA yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi dengan menggunakan stetoskop, tensi meter, thermometer, observasi dilakukan selama 3 hari berturut-turut.

3. Studi dokumentasi

Dilakukan dengan mendapatkan data-data laporan dan informasi dari rekam medis pasien. Seperti pemeriksaan laboratorium (pemeriksaan darah lengkap).

G. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan Medikal Bedah

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 penanggung jawab, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, kesehatan terdahulu keluhan.

2. Data sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat klien (keluarga) atau hasil dokumentasi

I. Analisa Data

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

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran lokasi studi kasus

Studi kasus ini dilakukan di Ruang Perawatan Khusus (RPK) RSUD Ende. Ruang Perawatan Khusus yaitu ruang rawat inap yang digunakan bagi klien yang menderita penyakit menular seperti Tuberkulosis, HIV, Covid-19. Pada tahun 2022 kasus yang paling banyak ditemukan diruangan perawatan khusus yaitu pasien dengan Tuberculosis Paru. Perawat di Ruang Perawatan Khusus berjumlah 10 orang, tenaga administrasi 1 orang dan cleaning service 1 orang. Ruang Perawatan Khusus terdiri dari 4 ruangan perawatan pasien yaitu ruang Flamboyan a , Flamboyan b, Flamboyan c, Flamboyan d yang masing-masing terdapat 3 bad, dengan kapasitas tempat tidur 1,21 nurse station,1 ruangan istirahat perawat, 1 ruangan mahasiswa, 1 ruangan obat dan tindakan, 2 kamar mandi perawat, 4 kamar mandi pasien, 1 ruang pantry dan 1 ruangan spool hock.

2. Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada hari selasa tanggal 05 Juli 2022 pada Tn. A.H

1) Pengumpulan data

a) Wawancara

(1) Biodata Klien

Klien berinisial Tn. A.H yang berusia 29 tahun menunjukkan bahwa kelompok umur yang terkena TB Paru bisa terjadi diusia 29 tahun dikarenakan klien sering merokok. Paparan asap rokok dalam jangka waktu yang lama dapat juga menyebabkan kerusakan yang tidak dapat diperbaiki pada struktur paru-paru akibatnya paru-paru tidak dapat menyalurkan oksigen pada darah dengan baik sehingga penderita menjadi sulit bernapas, berjenis kelamin laki-laki dan pekerjaan sebagai petani dimana aktivitas dan pekerjaan yang dilakukan oleh Tn. A.H seperti menanam ubi dan ojek dimana pekerjaan tersebut berada dilingkungan yang berdebu yang mengakibatkan terjadinya gangguan pada saluran pernapasan, beragama islam, alamat tempat tinggal di Jln. Samratulangi RT/RW 06/03 Rewarangga Selatan Ende Timur dimana keadaan rumah klien tersebut kurang adanya ventilasi rumah sehingga pencahayaan yang buruk didalam ruangan, status klien sudah menikah.

(2) Biodata penanggung jawab

klien yaitu Ny. U.K yang berumur 26 tahun, sebagai istri klien, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan petani, tinggal di Jln. Samratulangi RT/RW, 06/03, Rewarangga Selatan Ende Timur.

(3) Riwayat Kesehatan

(a) Keluhan utama : Klien mengatakan sesak napas dan keringat terutama pada malam hari.

(b) Riwayat kesehatan saat ini : Pada tanggal 25 Juni 2022 jam 07.00 pagi klien masuk rumah sakit melalui IGD dengan keluhan sesak napas, keringat pada malam hari, batuk kurang lebih 3 minggu, TB OAT 4 hari, nafsu makan pasien menurun dan terjadi penurunan berat badan \pm 11 kg, pasien didiagnosis TB Paru. Pada tanggal 25 Juni 2022 klien langsung diantar ke ruangan perawatan khusus (RPK).

(c) Riwayat kesehatan masa lalu : Klien mengatakan tidak pernah dirawat dirumah sakit dan tidak pernah menderita penyakit Tuberculosis Paru sebelumnya.

(d) Riwayat kesehatan keluarga : klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang tinggal serumah

yang pernah menderita penyakit TB Paru, dan tidak ada yang menderita penyakit turunan.

(4) Pola kesehatan

(a) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan :

Kebiasaan sehari-hari: klien mengatakan mandi 2 kali sehari-hari yaitu pagi dan sore, mengganti pakaian setiap kali sehabis mandi, memiliki kebiasaan merokok dan minum alkohol. Keadaan saat ini : klien mengatakan selama dirawat di rumah sakit perawatan diri dibantu oleh istrinya.

(b) Pola nutrisi dan metabolik :

Kebiasaan sehari-hari klien mengatakan makan 3 x sehari yaitu pagi, siang dan malam dengan lauk seperti nasi, sayuran hijau, ikan, tempe dan tahu umbi-umbian. Porsi selalu dihabiskan, minum air putih 6-7 gelas per hari. Keadaan saat ini: klien mengatakan makan bubur dengan lauk seperti sayuran hijau, telur, ikan, porsi yang diberikan kadang- kadang tidak dihabiskan karena tidak ada napsu makan dan hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan, minum air putih 2-3 gelas perhari tinggi badan 160 dan berat badan 46 kg.

(c) Pola eliminasi :

Kebiasaan sehari-hari: klien mengatakan di rumah BAB 2x sehari, konsistensi

padat, warna kuning, bau khas. Klien mengatakan BAK lancar 3-4 x sehari, warna kuning jernih, bau pesing. Kebiasaan saat ini: klien mengatakan selama dirawat belum BAB 2 kali dan BAK 2 kali.

(d) Pola aktivitas dan latihan : Kebiasaan sehari-hari:

klien mengatakan klien bekerja sebagai petani dan melakukan aktivitasnya secara mandiri, jika melakukan aktivitas yang berat sering sesak napas. Keadaan saat ini: klien mengatakan hanya berbaring dan duduk ditempat tidur karena sesak napas, tidak bisa beraktivitas seperti BAK dan BAB dibantu oleh istri, mengganti pakaian dan makan harus dibantu oleh keluarga.

(e) Pola istirahat dan tidur : Kebiasaan sehari-hari: klien

mengatakan tidur malam \pm 7-8 jam dari jam 22.00-05.00. Jarang untuk istirahat siang. Kadang-kadang tidur siang jam 14.00-15.00. Keadaan saat ini: klien mengatakan selama dirawat dirumah sakit tidak pernah tidur siang dan sulit tidur pada malam hari karena sesak napas.

b) Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum klien : Klien tampak lemah, kesadaran compos mentis. GCS 15, dengan respon eye 4 (membuka spontan), respon verbal 5 (spontan bicara), dan respon motorik 6 (mengikuti perintah). Terpasang O₂ NRM 10 liter/menit, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan, wajah pucat, mata Konjungtiva merah muda, sklera tidak ikteris, hidung simetris, terdapat pernapasan cuping hidung, menggunakan otot bantu pernapasan, pola napas tidak teratur, bentuk dada simetris, klien tampak sesak, irama napas tidak teratur, palpasi bentuk dada simetris, adanya retraksi dinding dada, perkusi bunyi paru sonor, auskultasi bunyi napas vesikuler, ekstermitas atas terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan, tidak ada edema, jari tangan lengkap, CRT<3 detik, bawah tidak ada edema, jari kaki lengkap, fungsi otot baik.

2) Tanda-tanda vital : TD 120/60 mmHg, Nadi 122 x/m, Suhu 36 °C, RR 28 x/m, SPO₂ 89 %, TB 160 cm, BB 35 kg

c) Studi dokumentasi

1) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan Darah lengkap Pada tanggal 5 Juli 2022

(Data Primer RSUD Ende,2022)

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai rujukan
WBC	7.07	(10 ³ /UI)	(3.80-10.60)
LYM	0.59	(10 ³ /UI)	(1.00-3.70)
MONO	0.34	(10 ³ /UI)	(0.00-0.70)
EO	0.03	(10 ³ /UI)	(0.00-0.40)
BASO	0.02	(10 ³ /UI)	(0.00-0.10)
NEUT	6.09	(10 ³ /UI)	(1.50-7.00)
LYM	8.3	(%)	(25.0-40.0)
MONO	4.8	(%)	(2.0-8.0)
EO	0.4	(%)	(2.0-4.0)
BASO	0.3	(%)	(0.0-1.0)
NEUT	86.2	(%)	(50.0-70.0)
IG	0.54	(10 ³ /UI)	(0.00-7.00)
IG	7.6	(%)	(0.0-72.0)
RBC	5.52	(10 ⁶ /UI)	(4.40-5.90)
HGB	12.5	(g/dL)	(13.2-17.3)
HCT	37.6	(%)	(40.0-52.0)
MCV	68.1	(fL)	(80.0-100.0)
MCH	22.6	(g/dL)	(26.0-34.0)
MCHC	33.2	(g/dL)	(32.0-36.0)
RDW-SD	38.6	(fL)	(37.0-34.0)
RDW-CV	15.7	(%)	(11.5-14.5)
PLT	420	(10 ³ /UI)	(150-450)
MPV	9.2	(fL)	(9.0-13.0)
PCT	0.39	(%)	(0.17-0.35)
PDW	9.6	(fL)	(9.0-17.0)
P-LCR	20.1	(%)	(13.0-43.0)

2) Hasil BTA : (-) Negatif

3) Terapi

Nebu combivent 1 tube diberikan secara inhaler, Paracetamol 3x1 gr/IV (jam pemberian 08.00, 12.00, 24.00), Vit B6 1x1 tab/PO (jam pemberian 06.00), Ceftriaxone 2x1 gr/IV, Salbutamol 3x1 tab/PO (jam pemberian 06.00, 12.00, 18.00), CTM 2x1/PO (jam pemberian 06.00, 18.00), Oat 2 tablet/PO (jam pemberian 08.00)

Cara kerja obat :

- (a) Nebu combivent : Combivent bekerja dengan cara melebarkan bronkus dan melemaskan otot-otot saluran pernapasan, sehingga aliran udara ke paru-paru akan meningkat
- (b) Paracetamol : Paracetamol bekerja pada pusat pengaturan suhu yang ada di otak untuk menurunkan suhu tubuh saat seseorang mengalami demam, selain itu paracetamol juga bisa menghambat pembentukan prostaglandin, sehingga bisa meredakan nyeri
- (c) Vit B6 : vit B6 memiliki mekanisme kerja mengubah makanan yang dikonsumsi menjadi energi, memproduksi sel darah merah, dan menjaga kerja jaringan saraf

- (d) Ceftriaxone : Ceftriaxone bekerja dengan cara membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi didalam tubuh.
- (e) Salbutamol : Salbutamol bekerja dengan cara melemaskan otot-otot disekitar saluran pernapasan yang menyempit, sehingga udara dapat mengalir dengan lancar kedalam paru-paru.
- (f) Ctm : Ctm bekerja secara antagonis terhadap efek histamin pada reseptor H₁, dimana dapat menyebabkan efek samping berupa mengantuk, dan sebagai obat pencegah alergi.
- (g) Oat : Bekerja dengan cara menghambat pembentukan asam mikolat yang merupakan komponen dinding sel penting pada bakteri

2) Tabulasi Data

Berdasarkan hasil pengkajian data-data yang dikumpulkan yaitu klien mengatakan sesak napas, nafsu makan menurun, sering keringat pada malam hari, tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan, terjadi penurunan berat badan kurang lebih 10 kg dari 46 kg menjadi 35 kg. Data senjang yang diperoleh saat observasi dan pengkajian sebagai berikut klien terpasang O₂ NRM 10 l/m, TD 120/60 mmHg, Nadi 122 x/m, Suhu 36 °C, RR 28 x/m, SPO₂ 89 %, CRT < 3 detik, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan.

Terdapat pernapasan cuping hidung, menggunakan otot bantu pernapasan, pola napas tidak teratur, irama napas tidak teratur, adanya retraksi dinding dada. Data pengkajian pola fungsional kesehatan didapatkan data senjang yaitu, selama dirawat di rumah sakit perawatan diri dibantu oleh istrinya, tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan karena tidak ada nafsu makan, klien mengatakan hanya berbaring dan duduk ditempat tidur karena sesak napas, tidak bisa beraktivitas seperti BAK dan BAB dibantu oleh istri, klien memakai diapers, mengganti pakaian dan makan harus dibantu oleh keluarga, klien mengatakan selama dirawat dirumah sakit tidak pernah tidur siang dan sulit tidur pada malam hari karena sesak napas.

3) **Klasifikasi data**

Data subjektif : klien mengatakan sesak nafas, klien mengatakan tidak ada nafsu makan, sering keringat pada malam hari, selama dirawat di rumah sakit perawatan diri dibantu oleh istrinya, tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan karena tidak ada nafsu makan, klien mengatakan hanya berbaring dan duduk ditempat tidur karena sesak napas, tidak bisa beraktivitas seperti BAK dan BAB dibantu oleh istri, mengganti pakaian dan makan harus dibantu oleh keluarga, klien mengatakan selama dirawat dirumah sakit tidak pernah tidur siang dan sulit tidur pada malam hari karena sesak napas.

Data objektif : terjadi penurunan berat badan kurang lebih 10 kg dari 46 kg menjadi 35 kg, pucat, klien terpasang O₂ NRM 10 l/m, TD 120/60 mmHg, Nadi 122 x/m, Suhu 36 °C, RR 28 x/m, SPO₂ 89 %, CRT < 3 detik, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan. Klien tampak sesak, terdapat pernapasan cuping hidung, menggunakan otot bantu pernapasan, pola napas tidak teratur, irama napas tidak teratur, adanya retraksi dinding dada, klien memakai diapers.

4) Analisa data

Setelah data diklasifikasikan, maka diperoleh gambaran tentang masalah yang dialami oleh klien sebagai berikut :

Ds : klien mengatakan sesak napas. Do : tampak sesak, terdapat pernapasan cuping hidung, menggunakan otot bantu pernapasan, pola napas tidak teratur, irama napas tidak teratur, adanya retraksi dinding dada. klien terpasang O₂ NRM 10 l/m, TD 120/60 mmHg, Nadi 122 x/m, Suhu 36 C, RR 28 x/m, SPO₂ 89 %, CRT < 3 detik, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan. Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada klien tersebut maka diangkat masalah pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru.

Ds : klien mengatakan tidak ada nafsu makan, tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan. Do : terdapat sisa makanan ditempat < ½ porsi. terjadi penurunan berat badan

kurang lebih 10 kg dari 46 kg menjadi 35 kg. Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada klien tersebut maka diangkat masalah defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat.

Ds : klien mengatakan sesak nafas, sering keringat pada malam hari, klien mengatakan selama dirawat dirumah sakit tidak pernah tidur siang dan sulit tidur pada malam hari karena sesak napas. Do : wajah pucat. Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada klien tersebut maka diangkat masalah gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak napas.

Ds : selama dirawat di rumah sakit perawatan diri dibantu oleh istrinya, klien mengatakan hanya berbaring dan duduk ditempat tidur karena sesak napas, tidak bisa beraktivitas seperti BAK dan BAB dibantu oleh istri, mengganti pakaian dan makan harus dibantu oleh keluarga. Do : klien memakai diapers, klien terpasang O₂ NRM 10 l/m, TD 120/60 mmHg, Nadi 122 x/m, Suhu 36 °C, RR 28 x/m , SPO₂ 89%, CRT<3 detik, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan. Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada klien tersebut maka diangkat masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

b. Diagnosa Keperawatan

- 1) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru yang ditandai dengan

Ds : klien mengatakan sesak napas.

Do : tampak sesak, terdapat pernapasan cuping hidung, menggunakan otot bantu pernapasan, pola napas tidak teratur, irama napas tidak teratur, adanya retraksi dinding dada. klien terpasang O₂ NRM 10 l/m, TD 120/60 mmHg, Nadi 122 x/m, Suhu 36 °C, RR 28 x/m, SPO₂ %, CRT < 3 detik, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan

- 2) Defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat ditandai dengan

Ds : klien mengatakan tidak ada nafsu makan, tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan.

Do : terdapat sisa makanan ditempat kurang lebih ½ porsi. terjadi penurunan berat badan kurang lebih 11 kg dari 46 kg menjadi 35 kg.

- 3) Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak napas ditandai dengan

Ds : klien mengatakan sesak nafas, sering keringat pada malam hari, klien mengatakan selama dirawat dirumah sakit tidak pernah tidur siang dan sulit tidur pada malam hari karena sesak napas.

Do : wajah pucat

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

Ds : selama dirawat di rumah sakit perawatan diri dibantu oleh istrinya, klien mengatakan hanya berbaring dan duduk ditempat tidur karena sesak napas, tidak bisa beraktivitas seperti BAK dan BAB dibantu oleh istri, mengganti pakaian dan makan harus dibantu oleh keluarga.

Do : klien memakai diapers, klien terpasang O₂ NRM 10 l/m, TD 120/60 mmHg, Nadi 122 x/m, Suhu 36 °C, RR 28 x/m, SPO₂ 89 %, CRT<3 detik, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan.

c. Perencanaan Keperawatan

Sebelum dibuatkan rencana keperawatan terhadap masalah yang ditemukan pada Tn. A.H masalah tersebut disusun dalam bentuk prioritas masalah yang lebih dulu ditangani. Adapun urutan prioritas masalahnya adalah :

- 1) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru
- 2) Defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat
- 3) Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak napas
- 4) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya disusun rencana keperawatan :

- a) Diagnosa keperawatan 1 : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru. Ds : klien mengatakan sesak napas. Do : tampak sesak, terdapat pernapasan cuping hidung, menggunakan otot bantu pernapasan, pola napas tidak teratur, irama napas tidak teratur, adanya retraksi dinding dada. klien terpasang O₂ NRM 10 l/m, TD 120/60 mmHg, Nadi 122 x/m, Suhu 36 °C, RR 28 x/m ,SPO₂ 89 %, CRT<3 detik, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan. Setelah diberikan tindakan selama 3x24 jam diharapkan pola napas kembali efektif dengan kriteria hasil frekuensi, irama dan kedalaman pernafasan normal, penggunaan otot bantu napas menurun, klien tidak tampak sesak. Intervensi observasi kaji frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, monitor pola napas (bradipnea, takipnea), auskultasi bunyi napas, monitor saturasi oksigen. terapeutik Posisikan fowler atau semi fowler, dokumentasikan hasil pemantauan, edukasi jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, kolaborasi pemberian oksigen.

- b) Diagnosa keperawatan II : Defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat. Ds : klien mengatakan tidak ada nafsu makan, tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan. Do : terdapat sisa makanan ditempat < ½ porsi, terjadi penurunan berat badan kurang lebih 11 kg dari 46 kg menjadi 35 kg. Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah defisit nutrisi teratasi dengan kriteria hasil : pasien mengatakan nafsu makan meningkat, berat badan pasien tidak mengalami penurunan drastis dan cenderung stabil, pasien terlihat dapat menghabiskan porsi makan yang disediakan. Intervensi observasi indentifikasi status nutrisi, indentifikasi alergi dan intoleransi makanan, monitor asupan makanan, monitor berat badan. Terapeutik berikan makanan tinggi kalori dan protein, berikan suplemen makanan jika perlu, edukasi ajarkan posisi duduk jika perlu, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan.
- c) Diagnosa keperawatan III : Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak napas. Ds : klien mengatakan sesak nafas, sering keringat pada malam hari, klien mengatakan selama dirawat dirumah sakit tidak pernah

tidur siang dan sulit tidur pada malam hari karena sesak napas. Do : wajah pucat. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan pola tidur teratasi dengan kriteria hasil : Keluhan sulit tidur menurun. Intervensi observasi identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis), .Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur. terapeutik modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, suhu, kebisingan, tempat tidur), sesuaikan jadwal pemberian obat/tindakan, jelaskan pentingnya tidur selma sakit.

- d) Diagnosa keperawatan IV : intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Ds : selama dirawat di rumah sakit perawatan diri dibantu oleh istrinya, klien mengatakan hanya berbaring dan duduk ditempat tidur karena sesak napas, tidak bisa beraktivitas seperti BAK dan BAB dibantu oleh istri, mengganti pakaian dan makan harus dibantu oleh keluarga. Do : klien memakai diapers, klien terpasang O₂ 10 l/m, TD 120/60 mmHg, Nadi 122 x/m, Suhu 36 °C, RR 28 x/m ,SPO₂ 89 %, CRT<3 detik, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama

3x24 jam diharapkan intoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil : Keluhan lelah menurun, perasaan lemah menurun. Intervensi observasi identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik, lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. terapeutik berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan. edukasi anjurkan tirah baring, ajarkan strategi coping mengurangi kelelahan, kolaborasi dengan ahli gizi untuk meningkatkan asupan makanan.

d. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan mulai dilakukan tanggal 5-7 Juli 2022.

1) Hari pertama Selasa, 5 Juli 2022.

(1) Diagnosa I

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru tindakan yang dilakukan yaitu : jam 07.10 mengukur tanda-tanda vital hasilnya TD 120/60, N 122x/m, RR 28 x/m, SPO₂ 89%, S 36 °C, jam 07.15 mengauskultasi bunyi napas hasilnya bunyi napas vesikuler, jam 08.00 melayani terapi nebu combivent 1 tube/inhaler, jam 08.20 memonitor saturasi oksigen hasilnya SPO₂ 89%, jam 09.00 melayani pemberian oksigen hasilnya diberikan oksigen NRM 10 lpm, jam

09.15 memposisikan fowler dan semi fowler hasilnya klien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler, jam 09.20 mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien hasilnya O₂ NRM 10 lpm, jam 10.00 mendokumentasi hasil pemantaun hasil SPO₂ 89% , bunyi napas vesikuler, posisi semi fowler, O₂ NRM 10 lpm, jam 12.00 melayani terapi salbutamol 3x1 tab/PO

(2) Diagnosa II

Defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat tindakan yang dilakukan yaitu : jam 07.00 mengidentifikasi status nutrisi hasilnya pasien tidak menghabiskan porsi makanan yang diberikan, berat badan 46 dengan tingkat kehilangan kurang lebih 11 kg, tidak mual ataupun diare, jam 08.00 melayani terapi OAT 2 tab/PO, jam 10.15 memonitor asupan makanan hasilnya klien makan dengan makanan lunak, jumlah I porsi TKTP berupa nasi, sayuran hijau, buah-buahan dan telur, jam 10.20, menganjurkan klien makan tapi sering, jam 12.00 melayani atau memberikan makan minum TKTP

(3) Diagnosa III

Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak napas tindakan yang dilakukan yaitu : jam 12.30 mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur hasilnya klien mengatakan jarang tidur siang dan tidur malam tidak nyenyak, jam 12.35 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur hasilnya klien mengatakan faktor pengganggu tidurnya karena sesak napas, jam 13.00 mendorong klien melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi) hasilnya klien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler, jam 13.10 menjelaskan pentingnya tidur selama sakit : tidur dan istirahat yang cukup berperan dalam meningkatkan daya tahan tubuh hasilnya klien mendengar dan mengangguk kepala

(4) Diagnosa IV

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen tindakan yang dilakukan yaitu jam 13.20 mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan hasilnya klien mengatakan lelah saat melakukan inspirasi saat bernafas, jam 13.30 memonitor kelelahan fisik hasilnya klien tampak lelah

saat inspirasi, jam 13.50 mengajarkan strategi koping mengurangi kelelahan hasilnya mengajarkan klien untuk mengonsumsi makanan yang seimbang sehingga bisa meningkatkan energi dan memperbaiki kebiasaan tidur.

(a) Hari kedua Rabu, 6 Juli 2022

(1) Diagnosa I

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru tindakan yang dilakukan yaitu : jam 07.10 mengukur tanda-tanda vital hasilnya TD 120/60, N 100 x/m, RR 28x/m, SPO₂ 90%, S 36,5 °C, jam 08.00 melayani terapi nebu combivent 1 tub/inhaler, jam 08.20 memonitor saturasi oksigen hasilnya SPO₂ 90%, jam 08.45 melayani pemberian oksigen hasilnya diberikan oksigen O₂ NRM 8 lpm, jam 09.00 mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien hasilnya O₂ NRM 8 lpm, jam 09.15 mendokumentasi hasil pemantauan hasilnya SPO₂ 90%, N 100x/m, RR 28x/m, jam 12.00 melayani terapi salbutamo 3x1 tab/PO

(2) Diagnosa II

Defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat tindakan yang dilakukan yaitu : jam 07.00 mengidentifikasi status nutrisi hasilnya klien

mengatakan tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan, tidak ada perubahan berat badan, tidak mual ataupun diare, jam 08.00 melayani terapi OAT 2 tab/PO, jam 10.15 memonitor asupan makanan hasilnya klien makan dengan makanan lunak dengan jumlah 1 porsi TKTP berupa nasi, sayuran hijau buah-buahan dan telur, jam 10.20 menganjurkan klien makan sedikit tapi sering, jam 12.00 melayani makan minum TKTP

(3) Diagnosa III

Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak napas tindakan yang dilakukan yaitu : jam 12.30 mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur hasilnya klien mengatakan susah tidur karena faktor sesak nafas, tidur malam tidak nyenyak dan sering terbangun, jam 12.35 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur klien mengatakan faktor pengganggu tidurnya karena sesak napas, jam 13.00 mendorong klien untuk melakukan prosedur untuk mningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi) hasilnya klien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler, 13.10 menjelaskan pentingnya tidur selama sakit : tidur dan istirahat yang cukup juga berperan dalam

meningkatkan daya tahan tubuh hasilnya klien antusias mendengar dan mengangguk kepala.

(4) Diagnosa IV

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen tindakan yang dilakukan yaitu : jam 13.20 mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan hasilnya klien mengatakan lelah ketika inspirasi saat bernafas, jam 13.30 memonitor kelelahan fisik hasilnya klien tampak lelah saat bernafas inspirasi, jam 13.50 mengajarkan strategi koping mengurangi kelelahan hasilnya mengajarkan klien untuk mengonsumsi makanan yang seimbang sehingga bisa meningkatkan energi, perbaiki kebiasaan tidur.

(b) Hari ketiga Kamis, 7 Juni 2022

(1) Diagnosa I

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru tindakan yang dilakukan yaitu : jam 07.10 mengukur tanda-tanda vital hasilnya TD 120/60, N 100 x/m, RR 26x/m, Spo2 90%, S 36,5 °C, jam 08.00 melayani terapi nebu combivent 1 tub/inhaler, jam 08.20 memonitor saturasi oksigen hasilnya Spo2 90%, jam 08.45 melayani pemberian oksigen hasilnya diberikan

oksigen NRM 8 lpm, jam 09.00 mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien hasilnya O₂ NRM 8 lpm, jam 09.15 mendokumentasi hasil pemantauan hasilnya Spo₂ 90%, N 100x/m, RR 28x/m, jam 12.00 melayani terapi salbutamo 3x1 tab/PO

(2) Diagnosa II

Defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat tindakan yang dilakukan yaitu : jam 07.00 mengidentifikasi status nutrisi hasilnya klien mengatakan tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan, tidak ada perubahan berat badan, tidak mual ataupun diare, jam 08.00 melayani terapi OAT 2 tab/PO, jam 10.15 memonitor asupan makanan hasilnya klien makan dengan makanan lunak dengan jumlah 1 porsi TKTP berupa nasi, sayuran hijau buah-buahan dan telur, jam 10.20 menganjurkan klien makan sedikit tapi sering, jam 12.00 melayani makan minum TKTP

(3) Diagnosa III

Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak napas tindakan yang dilakukan yaitu : jam 12.30 mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur hasilnya klien mengatakan susah tidur karena faktor sesak nafas, tidur malam tidak nyenyak dan sering terbangun, jam 12.35

mengidentifikasi faktor pengganggu tidur klien mengatakan faktor pengganggu tidurnya karena sesak napas, jam 13.00 mendorong klien untuk melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi) hasilnya klien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler, 13.10 menjelaskan pentingnya tidur selama sakit : tidur dan istirahat yang cukup juga berperan dalam meningkatkan daya tahan tubuh hasilnya klien antusias mendengar dan mengangguk kepala.

(4) Diagnosa IV

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen tindakan yang dilakukan yaitu : jam 13.20 mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan hasilnya klien mengatakan masih merasa lelah ketika inspirasi saat bernafas, jam 13.30 memonitor kelelahan fisik hasilnya klien tampak lelah saat bernafas inspirasi, jam 13.50 mengajarkan strategi koping mengurangi kelelahan hasilnya mengajarkan klien untuk mengonsumsi makanan yang seimbang sehingga bisa meningkatkan energi, perbaiki kebiasaan tidur.

e. Evaluasi keperawatan

1) Evaluasi hari pertama Selasa, 5 Juli 2022

- a) Diagnosa pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru

Subyektif : klien mengatakan masih sesak napas

Obyektif : tampak sesak, terdapat pernapasan cuping hidung, menggunakan otot bantu pernapasan, pola napas tidak teratur, adanya retraksi dinding dada, SpO₂ 89%, terpasang NRM 10 lpm.

Assesment : masalah pola napas tidak efektif belum teratasi

Planning : lanjutkan intervensi (1,3,4,6,7,8,9)

- b) Diagnosa defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat

Subyektif : klien mengatakan nafsu makan berkurang, tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan, dalam seminggu baru 2x BAB dan BAK

Obyektif : terdapat sisa makanan ditempat, berat badan menurun kurang lebih 11 kg, wajah pucat, TD 120/60 mmHg, Nadi 122 x/m, Suhu 36 °C, RR 28 x/m, SPO₂ 89 %, CRT < 3 detik, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan.

Assesment : masalah defisit nutrisi belum teratasi

Planning : lanjutkan intervensi (1,3,4,6)

- c) Diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak napas
- Subyektif : klien mengatakan susah tidur pada malam hari karena sesak napas
- Obyektif : TD 120/60 mmHg, Nadi 122 x/m, Suhu 36 °C, RR 28 x/m, SPO₂ 89 %, CRT<3 detik, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan, terpasang O₂ NRM 10 lpm
- Assesment : gangguan pola tidur belum teratasi
- Planning : pertahankan intervensi (1,2,3,4,5)
- d) Diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen
- Subyektif : klien mengatakan hanya berbaring ditempat tidur karena sesak napas
- Objektif : klien memakai diapers, BAB dan BAK dibantu oleh oleh istri, mengganti pakaian dibantu oleh keluarga
- Assesment : gangguan pola tidur belum teratasi
- Planning : pertahankan intervensi
- 2) Evaluasi hari kedua Rabu, 6 Juli 2022
- a) Diagnosa pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru
- Subyektif : klien mengatakan masih sesak napas
- Obyektif : tampak sesak, terdapat pernapasan cuping hidung, menggunakan otot bantu pernapasan, adanya retraksi dinding dada, Spo₂ 90%, terpasang NRM 8 lpm

Assesment : masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian

Planning : pertahankan intervensi

- b) Diagnosa defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat

Subyektif : klien mengatakan nafsu makan masih berkurang, BAB dan BAK masih tetap sama 2x

Obyektif : tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan, tidak ada perubahan berat badan, tidak mual ataupun diare, TD 120/60, N 100 x/m, RR 28x/m, Spo2 90%, s 36,5 °C, terpasang

Assesment : masalah defisit nutrisi teratasi sebagian

Planning : pertahankan intervensi

- c) Diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak napas

Subyektif : klien mengatakan tidur malam masih tidak nyenyak, klien mengatakan sulit tidur karena sesak napas

Obyektif : keadaan umum mulai membaik, wajah tampak bergairah, klien tampak senyum dan mengajak istrinya berbicara, TD 120/60, N 100 x/m, RR 28x/m, SPO₂ 93%, s 36,5 °C, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan, terpasang O₂ NRM 8 lpm

Assesment : masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian

Planning : pertahankan intervensi (1-5)

d) Diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen

Subjektif : klien mengatakan masih berbaring ditempat tidur karena sesak napas

Objektif : klien memakai diapers, BAB dan BAK dibantu oleh oleh istri, mengganti pakaian masih dibantu oleh keluarga

Assesment : gangguan pola tidur belum teratasi

Planning : pertahankan intervensi

3) Evaluasi hari ketiga Kamis 7 Juli 2022 Jam 07.00

a) Diagnosa pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru

Subyektif : klien mengatakan masih sesak napas

Obyektif : irama napas mulai teratur, terpasang alat bantu napas O₂ 6 lpm, retraksi dinding dada mulai teratur, TD 120/70, N 100 x/m, RR 26x/m, SPO₂ 90%, s 36,5 °C, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan

Assesment : pola napas tidak efektif belum teratasi

Planning : pertahankan intervensi

b) Diagnosa defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat

Subyektif : klien mengatakan nafsu makan makin membaik, klien mengatakan klien menghabiskan porsi makan yang diberikan secara perlahan, sudah BAB 3x dan BAK 2x

Obyektif : menghabiskan porsi makan yang diberikan, tidak mual ataupun diare, tidak ada perubahan berat badan, TD 120/70, N 100 x/m, RR 26x/m, SPO₂ 90%, s 36,5 °C, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan.

Assesment : masalah defisit nutrisi belum nutrisi

Planning : pertahankan intervensi

- c) Diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak napas

Subyektif : klien mengatakan tidurnya sedikit membaik karena sesak nafas mulai berkurang

Obyektif : keadaan umum semakin membaik, wajah tampak bergairah, klien tampak senyum dan mengajak istrinya berbicara, TD 120/70, N 100 x/m, RR 26x/m, SPO₂ 90%, s 36,5 °C, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan.

Assesment : masalah gangguan pola tidur belum teratasi

Planning : intervensi dipertahankan

- d) Diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan supali dan kebutuhan oksigen

Subjektif : klien mengatakan masih berbaring ditempat tidur karena sesak napas

Objektif : klien masih memakai diapers, BAB dan BAK dibantu oleh oleh istri, mengganti pakaian masih dibantu oleh keluarga

Assesment : gangguan pola tidur belum teratasi

Planning : pertahankan intervensi

B. PEMBAHASAN

Fokus pembahasan pada pelaksanaan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pembahasan yang terkait dengan pengkajian meliputi keluhan utama, riwayat kesehatan dan pola kesehatan. Keluhan utama pasien yaitu sesak nafas dan keringat pada malam hari. Muttaqin (2008), mengatakan keluhan utama pasien Tuberculosis Paru yaitu batuk, sesak napas. Pada pasien ini tidak ditemukan adanya batuk dan karena tidak terjadi iritasi pada bronkus.

Berdasarkan riwayat kesehatan diperoleh data pasien mengatakan sesak nafas, keringat terutama pada malam hari, nafsu makan menurun, dan terjadi penurunan berat badan. Menurut Zainita dan Ekwantini (2019) keluhan pasien Tuberculosis Paru yang sering muncul seperti demam, batuk, sesak napas, nyeri dada, sianosis, malaise ditemukan berupa anoreksia, berat badan menurun, sakit kepala, nyeri otot, dan keringat diwaktu malam hari. Pada pasien ini tidak ditemukan nyeri dada dan tidak terjadi sianosis karena oksigen dalam darah mencukupi.

Menurut Potter dan Perry (2010), orang dengan Tuberculosis Paru pola kesehatan yang terganggu yaitu pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, pola nutrisi dan metabolik, pola aktivitas dan latihan, pola tidur dan istirahat, pola persepsi dan konsep diri,

pola penanggulangan stress, pola sensori dan kognitif. Pada kasus ini ditemukan ada gangguan pada pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, pola nutrisi dan metabolik, pola eliminasi, pola aktivitas dan latihan, pola tidur dan istirahat. Sedangkan pada pola kesehatan yang lainya tidak mengalami gangguan dimana data-data terkait dengan pola tersebut tidak ada. Hal ini kemungkinan karena kasus ini baru terjadi dan cepat ditangani oleh tenaga kesehatan sehingga tidak nampak manifestasi yang berhubungan dengan pola tersebut.

2. Diagnosa keperawatan

Menurut buku sumber asuhan keperawatan (SDKI 2016) pada pasien Tuberculosis Paru terdapat 8 diagnosa keperawatan. Pada kasus ditetapkan hanya 4 diagnosa keperawatan, sedangkan 5 diagnosa keperawatan lainya tidak ditetapkan oleh karena tidak ada data pendukung yang ditemukan baik data subjektif maupun objektif.

3. Intervensi keperawatan

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

4. Implementasi keperawatan

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

Implementasi pada Tn.A.H dilaksanakan selama 3 hari sejak tanggal 5-7 Juli 2022. Beberapa implementasi dilakukan sesuai dengan perencanaan namun pada beberapa poin tidak dapat dilaksanakan memonitor berat badan karena pada saat itu klien dalam keadaan terpasang oksigen dan klien tidak mampu bangun untuk melakukan penimbangan berat badan. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur karena pada saat itu klien mengatakan tidak ada makanan dan minuman yang mengganggu, modifikasi lingkungan karena pada saat itu klien merasa nyaman dengan lingkungan di rumah sakit.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan (Perry dan Potter, 2014).

Setelah dilaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian, defisit nutrisi teratasi sebagian, gangguan pola tidur teratasi sebagian dan intoleransi aktivitas belum teratasi. Namun tindakan tersebut harus terus dilakukan sehingga masalah keperawatan diaras dapat teratasi.

Berdasarkan uraian diatas maka dapat dikatakan bahwa apa yang tertera didalam teori tidak selamanya ditemukan dan dilaksanakan dalam kasus nyata. Tindakan ini disebabkan karena keterlambatan dalam pengobatan, ketidaktahuan pasien tentang penyakit yang diderita, kurang pengetahuan dari pasien cara pencegahan dini.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus asuhan keperawatan pada Tn.A.H dengan diagnosa medis Tuberculosis Paru di RPK RSUD Ende penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut

1. Hasil pengkajian ditemukan keluhan sesak napas, keringat pada malam hari. Pola kesehatan yang ditemukan adanya gangguan yaitu pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, pola nutrisi dan metabolik, pola eliminasi, pola aktivitas dan latihan, pola istirahat dan tidur.
2. Diagnosa keperawatan ada 4 yaitu pola napas tidak efektif, defisit nutrisi, gangguan pola tidur dan intoleransi aktivitas
3. Perencanaan yang dilakukan yaitu tindakan kolaborasi, mandiri dan observasi
4. Implementasi keperawatan dilaksanakan selama 3 hari untuk mengatasi pola nafas tidak efektif, defisit nutrisi, gangguan pola tidur dan intoleransi aktivitas
5. Evaluasi pelaksanaan asuhan keperawatan diketahui bahwa, semua masalah keperawatan tersebut belum teratasi.
6. Pelaksanaan asuhan keperawatan sebagaimana yang dijelaskan dalam teoritis tidak selamanya ditemukan dan dilaksanakan dalam kasus nyata

B. Saran

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

6. Bagi RSUD Ende

Lebih meningkatkan penyediaan fasilitas pelayanan atau alat-alat perawatan rumah sakit yang memadai sehingga mampu mengatasi masalah-masalah yang berhubungan dengan penyakit Tuberculosis Paru.

7. Bagi Perawat Ruangan

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

8. Bagi institusi pendidikan

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

9. Bagi Klien dan Keluarga

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

DAFTAR PUSTAKA

- \Anggraeni, D. E., & Rahayu, S. R. (2018). Gejala Klinis Tuberkulosis Pada Keluarga Penderita Tuberkulosis BTA Positif. *HIGEIA Journal of Public Health Research And Development*, 2(1), 91–101.
<https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia/article/view/18100>
- Darlina, D., Keilmuan, B., & Medikal, K. (2011). Manajemen Pasien Tuberculosis Paru. *Idea Nursing Journal*, 2(1), 27–31.
- Evin dan Lilis. (2017) Analisis Mycobacterium Tuberculosis Dan Kondisi Fisik Rumah Dengan Kejadian Tuberculosis Paru. <https://e-journal.unair.ac.id>
- Indah, Marlina.(2018). Tuberculosis. Hal 2. diambil dari <http://www.kemkes.go.id>
- Irianti, dkk. (2016). Mengenal Anti Tuberculosis, Grafika Indah, Yogyakarta
- KEMENKES RI. (2015). Buku Saku Pasien TB MDR. Hal. 3. dari <http://dinkes.acehselatankab.go.id>
- KEMENKES RI. (2017). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017. Hal. 197. dari <http://www.kemkes.go.id>
- KEMENKES RI. (2018). Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. diambil dari <https://pusdatin.kemkes.go.id>
- Mardiana, & Ulfa, S. L. (2021). Implementasi Penemuan Kasus TB Paru dalam Penanggulangan Tuberculosis di Puskesmas Karangmalang Kota Semarang. *Indonesian Journal of Public Health and Nutrition*, 1(1), 31–41.
<http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/IJPHN>
- Muttaqin, Arif (2008). Buku Ajar Asuhan keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan. Jakarta : Salemba Medika

- Mutaqqin, Arif (2012) *.Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernafasan*. Jakarta: Salemba Medika
- Potter & Perry. (2010). *Fundamental Of Nursing Buku 1 Edisi 7*. Jakarta : Medika Salemba
- PPNI. 2016. *Standar Diagnostik keperawatan Indonesia. Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI
- PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan keperawatan, Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI.
- Profil Rumah Sakit Umum Ende. (2020). Diambil tanggal 31 maret 2020
- Salam, & Wahyono, T. Y. M. (2020). Pengaruh Jarak ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan terhadap Kejadian Default pada Penderita TB Paru di RSUD Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia*, 3(3), 197–203.
- SLKI. 2018. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi , Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI.
- WHO. (2018). *World Health Statistics 2018 Monitoring Health for The SDGs*
<https://www.who.int>
- WHO. (2020). *WHO News Room Fact Sheets Detail The Top 10 Causes Of Death*. Geneva: The World Health Organization. diambil dari <https://.www.who.int>
- Zarwita, DeriZarwita, D., Rasyid, R., & A. (2019). (2019). Analisis Implementasi Penemuan Pasien TB Paru dalam. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(3), 689–699.

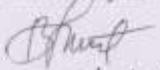
INFORMED CONSENT
PERSETUJUAN MENJADI PASRTISIPAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh Theresia Yubiliana Gale Guru dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diagnosa Medis Tuberculosis Paru di RPK RSUD Ende"

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

Ende, Juli 2022

Saksi Persetujuan


Eryani W. K. Likhani

Yang Memberi


Abdulrahman Haid

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak / Ibu / Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diagnosa Medis Tuberculosis Paru di RPK RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan anak pada pasien dengan diagnosa Medis Tuberculosis Paru di di RPK RSUD Ende yang dapat memberi manfaat berupa klien dan keluarga mengetahui tentang *Diare*. klien dan keluarga mengetahui cara merawat dan pencegahan *Tuberculosis Paru*. Studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian / pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan / memperburuk status kesehatan Bapak / Ibu / Saudara
4. Keuntungan yang Bapak / Ibu / Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak / Ibu / Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak / Ibu / Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak / Ibu / Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silakan menghubungi saya pada nomor HP : 085237558557

Ende, Juli 2022
Peneliti,



Theresia Yubiliana Gale Guru
PO.530320219923

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Maria Goreti Marina,S.Kep,Ns

NIP : 197807062006082014

Jabatan : Kepala Ruangn Perawatan Khusus RSUD Ende

Dengan ini menerangkan bahwa mahasiswa atas nama Theresia Yubiliama Gale Guru dengan NIM : PO 530320219923 telah melaksanakan studi kasus di ruangan perawatan khusus RSUD Ende selama 3 hari terhitung mulai tanggal 5-7 Juli 2022 Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Ende, 3 Oktober 2022

Yang bertanda tangan dibawah ini



Maria Goreti Marina,S.Kep,Ns
NIP. 197807062006082014



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



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

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TN.A.H
DENGAN DIAGNOSA MEDIS TB PARU DI RPK RSUD ENDE**

A. Pengkajian

1. Pengumpulan data

a. Identitas

1) Identitas klien

- a) Nama : Tn. A.H
- b) Umur : 29 tahun
- c) Jenis kelamin : laki-laki
- d) Pekerjaan : Petani
- e) Pendidikan : SMA
- f) Alamat : Jln. Samratulangi
- g) Agama : Islam
- h) Pendidikan : SMA
- i) Diagnosa medik : TB Paru

2) Identitas penanggung jawab

- a) Nama : Ny.U.K
- b) Umur : 26 tahun

c) Hubungan dengan klien : Istri

d) Alamat : Jln. Samratulangi

b. Keadaan umum

1) Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama

Klien mengatakan sesak napas, dan keringat terutama pada malam hari.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Pada tanggal 25 Juni 2022 jam 07.00 pagi klien masuk rumah sakit melalui IGD dengan keluhan sesak napas, keringat pada malam hari, batuk kurang lebih 3 minggu, TB OAT 4 hari, nafsu makan pasien menurun dan terjadi penurunan berat badan \pm 11 kg (BB dari 46 menjadi 36), pasien didiagnosis TB Paru. Pada tanggal 25 Juni 2022 klien langsung diantar ke ruangan perawatan khusus (RPK).

c) Riwayat kesehatan masa lalu

Klien mengatakan tidak pernah dirawat dirumah sakit dan tidak pernah menderita penyakit Tuberculosis Paru sebelumnya.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang tinggal serumah yang pernah menderita penyakit TB Paru, dan tidak ada yang menderita penyakit turunan.

2) Pengkajian perpola

a) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Kebiasaan sehari-hari : klien mengatakan mandi 2 kali sehari yaitu pagi dan sore, mengganti pakaian setiap kali sehabis mandi, memiliki kebiasaan merokok dan minum alkohol. Keadaan saat ini : klien mengatakan selama dirawat dirumah sakit perawatan diri dibantu oleh istrinya.

b) Pola nutrisi dan metabolic

Kebiasaan sehari-hari : klien mengatakan makan 3 x sehari yaitu pagi, siang, malam dengan lauk seperti nasi, sayuran hijau, ikan, tempe dan tahu, daging, umbi-umbian dengan porsi banyak dan dihabiskan minum air putih 6-7 gelas perhari. Klien tidak ada pantangan dalam makan dan minum. Kebiasaan saat ini : klien mengatakan makan bubur dengan lauk seperti sayuran hijau, telur, ikan porsi yang diberikan kadang-kadang tidak dihabiskan karena tidak ada nafsu makan dan hanya menghabiskan ½ porsi makanan.

c) Pola eliminasi

Kebiasaan sehari-hari : klien mengatakan dirumah BAB 2x sehari, konsistensi padat, warna kuning, bau khas. Klien mengatakan BAK lancar 3-4x sehari, warna kuning jernih, bau pesing. Kebiasaan saat ini : klien mengatakan selama dirawat BAB 3 kali dan BAK 3 kali, klien memakai diapers

d) Pola aktivitas dan latihan

Kebiasaan sehari-hari : klien mengatakan klien bekerja sebagai petani dan melakukan aktivitas secara mandiri, jika melakukan aktivitas yang berat sering sesak napas. Keadaan saat ini : klien mengatakan hanya berbaring dan duduk ditempat tidur karena sesak napas, BAB dan BAK dibantu oleh istri, mengganti pakaian tidak bisa dilakukan secara mandiri harus dibantu oleh keluarga.

e) Pola istirahat dan tidur

Kebiasaan sehari-hari : klien mengatakan tidur malam kurang lebih 7-8 jam dari jam 22.00-05.00. jarang untuk istirahat siang. Kebiasaan saat ini : klien mengatakan selama dirawat dirumah sakit tidak pernah tidur siang dan sulit tidur pada malam hari karena sesak napas.

1. Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum klien :

Klien tampak lemah, kesadaran composmentis. GCS 15, dengan respon eye 4 (membuka spontan), respon verbal 5 (spontan bicara), dan respon motorik 6 (mengikuti perintah). Terpasang O₂ NRM 10 liter/menit, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan, wajah pucat, mata konjungtiva merah muda, sclera tidak ikterik, hidung simteris, terdapat pernapasan cuping hidung, menggunkaan otot bantu pernapasan, pola napas tidak teratur, bentuk dada simetris, klien tampak sesak, irama napas tida teratur, palpasi bentuk dada simteris, adanya retraksi dinding dada, perkusi bunyi paru sonor, auskultasi bunyi napas vesikuler, tidak ada edema, jari tangan lengkap, CRT <3 detik, jari tangan lengkap, fungsi otot baik.

b) Tanda-Tanda Vital

TD 120/60 mmHg, Nadi 122 x/m, Suhu, 36 C, RR 28 x/m, Spo₂ 89 %, TB 160 cm, BB 35 kg.

c. Pemeriksaan penunjang

- 1) Pada tanggal 5 Juli 2022 dilakukan pemeriksaan pemeriksaan darah lengkap

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai rujukan
WBC	7.07	(10 ³ /U1)	(3.80-10.60)
LYM	0.59	(10 ³ /U1)	(1.00-3.70)
MONO	0.34	(10 ³ /U1)	(0.00-0.70)
EO	0.03	(10 ³ /U1)	(0.00-0.40)
BASO	0.02	(10 ³ /U1)	(0.00-0.10)
NEUT	6.09	(10 ³ /U1)	(1.50-7.00)
LYM	8.3	(%)	(25.0-40.0)
MONO	4.8	(%)	(2.0-8.0)
EO	0.4	(%)	(2.0-4.0)
BASO	0.3	(%)	(0.0-1.0)
NEUT	86.2	(%)	(50.0-70.0)
IG	0.54	(10 ³ /U1)	(0.00-7.00)
IG	7.6	(%)	(0.0-72.0)
RBC	5.52	(10 ⁶ /U1)	(4.40-5.90)
HGB	12.5	(g/dL)	(13.2-17.3)
HCT	37.6	(%)	(40.0-52.0)
MCV	68.1	(fL)	(80.0-100.0)
MCH	22.6	(g/dL)	(26.0-34.0)
MCHC	33.2		(32.0-36.0)
RDW-SD	38.6	(fL)	(37.0-34.0)
RDW-CV	15.7	(%)	(11.5-14.5)
PLT	420	(10 ³ /U1)	(150-450)
MPV	9.2	(fL)	(9.0-13.0)
PCT	0.39	(%)	(0.17-0.35)
PDW	9.6	(fL)	(9.0-17.0)
P-LCR	20.1	(%)	(13.0-43.0)

- 2) Hasil BTA : (-) Negatif

d. Terapi

- 1) Nebu combivent 1 tube diberikan secara inhaler
- 2) Paracetamol 3x1 gr/IV (jam pemberian 08.00, 12.00, 24.00)
- 3) Vit B6 1x1 tab/PO (jam pemberian 06.00)
- 4) Ceftriaxone 2x1 gr/IV
- 5) Salbutamol 3x1 tab/PO (jam pemberian 06.00, 12.00, 18.00)
- 6) CTM 2x1/PO (jam pemberian 06.00, 18.00)
- 7) Oat 2 tablet/PO

Cara kerja obat :

a) Nebu combivent :

Combivent bekerja dengan cara melebarkan bronkus dan melemaskan otot-otot saluran pernapasan, sehingga aliran udara ke paru-paru akan meningkat

b) Paracetamol :

Paracetamol bekerja pada pusat pengaturan suhu yang ada di otak untuk menurunkan suhu tubuh saat seseorang mengalami demam, selain itu paracetamol juga bisa menghambat pembentukan prostaglandin, sehingga bisa meredakan nyeri

c) Vit B6 :

vit B6 memiliki mekanisme kerja sebagai berikut
mengubah makanan yang dikonsumsi menjadi energi,

memproduksi sel darah merah, dan menjaga kerja jaringan saraf

d) Ceftriaxone :

Ceftriaxone bekerja dengan cara membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi didalam tubuh.

e) Salbutamol :

Salbutamol bekerja dengan cara melemaskan otot-otot disekitar saluran pernapasan yang menyempit, sehingga udara dapat mengalir dengan lancar kedalam paru-paru.

f) Ctm :

CTM bekerja secara antagonis terhadap efek histamin pada reseptor H₁, dimana dapat menyebabkan efek samping berupa mengantuk.

g) Oat

Bekerja dengan cara menghambat pembentukan asam mikolat yang merupakan komponen dinding sel penting pada bakteri

2. Tabulasi Data

Berdasarkan hasil pengkajian data-data yang dikumpulkan yaitu klien mengatakan sesak napas, nafsu makan menurun, sering keringat pada malam hari, tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan, terjadi penurunan berat badan kurang lebih 10 kg dari 46 kg menjadi 35 kg. Data

senjang yang diperoleh saat observasi dan pengkajian sebagai berikut klien terpasang O₂ NRM 10 l/m, TD 120/60 mmHg, Nadi 122 x/m, Suhu 36 C, RR 28 x/m ,Spo2 89 %, CRT<3 detik, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan. Klien terlihat pucat, terdapat pernapasan cuping hidung, menggunakan otot bantu pernapasan, pola napas tidak teratur, irama napas tidak teratur, adanya retraksi dinding dada. Data pengkajian pola fungsional kesehatan didapatkan data senjang yaitu, selama dirawat di rumah sakit perawatan diri dibantu oleh istrinya, tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan karena tidak ada nafsu makan, klien mengatakan hanya berbaring dan duduk ditempat tidur karena sesak napas, tidak bisa beraktivitas seperti BAK dan BAB dibantu oleh istri, klien memakai diapers, mengganti pakaian dan makan harus dibantu oleh keluarga, klien mengatakan selama dirawat dirumah sakit tidak pernah tidur siang dan sulit tidur pada malam hari karena sesak napas.

3. Klasifikasi data

Data subjektif : klien mengatakan sesak nafas, klien mengatakan tidak ada nafsu makan, sering keringat pada malam hari, selama dirawat di rumah sakit perawatan diri dibantu oleh istrinya, tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan karena tidak ada nafsu makan, klien mengatakan hanya berbaring dan duduk ditempat tidur karena sesak napas, tidak bisa beraktivitas seperti BAK dan BAB dibantu oleh istri, mengganti pakaian dan makan harus dibantu oleh keluarga, klien

mengatakan selama dirawat dirumah sakit tidak pernah tidur siang dan sulit tidur pada malam hari karena sesak napas.

Data objektif : terjadi penurunan berat badan kurang lebih 10 kg dari 46 kg menjadi 35 kg, pucat, klien terpasang O2 NRM 10 l/m, TD 120/60 mmHg, Nadi 122 x/m, Suhu 36 C, RR 28 x/m ,Spo2 89 %, CRT<3 detik, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan. Klien terlihat pucat, tampak sesak, terdapat pernapasan cuping hidung, menggunakan otot bantu pernapasan, pola napas tidak teratur, irama napas tidak teratur, adanya retraksi dinding dada, klien memakai diapers.

4. Analisa data

Setelah data diklasifikasikan, maka diperoleh gambaran tentang masalah yang dialami oleh klien sebagai berikut :

No	Sign/shympton	Etiologi	Problem
1	<p>Ds : klien mengatakan sesak napas</p> <p>Do : tampak sesak, terdapat pernapasan cuping hidung, menggunakan otot bantu pernapasan, pola napas tidak teratur, irama napas tidak teratur, adanya retraksi dinding dada.</p> <p>klien terpasang O2 NRM 10 l/m, TD 120/60 mmHg, Nadi 122 x/m, Suhu 36 C, RR 28 x/m ,Spo2 89 %,</p>	<p>Penurunan ekspansi paru</p>	<p>Pola napas tidak efektif</p>

	CRT<3 detik, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan,		
2	<p>Ds : klien mengatakan tidak ada nafsu makan, tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan</p> <p>Do : terdapat sisa makanan ditempat < ½ porsi. terjadi penurunan berat badan kurang lebih 10 kg dari 46 kg menjadi 35 kg.</p>	Intake yang tidak adekuat	Defisit nutrisi
3	<p>Ds : klien mengatakan sesak nafas, sering keringat pada malam hari, klien mengatakan selama dirawat dirumah sakit tidak pernah tidur siang dan sulit tidur pada malam hari karena sesak napas</p> <p>Do : wajah pucat</p>	Sesak napas	Gangguan pola tidur
4	<p>Ds : selama dirawat di rumah sakit perawatan diri dibantu oleh istrinya, klien mengatakan hanya berbaring dan duduk ditempat tidur karena sesak napas, tidak bisa beraktivitas seperti BAK</p>	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktivitas

	<p>dan BAB dibantu oleh istri, mengganti pakaian dan makan harus dibantu oleh keluarga.</p> <p>Do : klien memakai diapers, klien terpasang O2 NRM 10 l/m, TD 120/60 mmHg, Nadi 122 x/m, Suhu 36 C, RR 28 x/m ,Spo2 89 %, CRT<3 detik, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan.</p>		
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

B. Diagnosa Keperawatan

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru

Ds : klien mengatakan sesak napas

Do : tampak sesak, terdapat pernapasan cuping hidung, menggunakan otot bantu pernapasan, pola napas tidak teratur, irama napas tidak teratur, adanya retraksi dinding dada.

klien terpasang O2 NRM 10 l/m, TD 120/60 mmHg, Nadi 122 x/m,

Suhu 36 C, RR 28 x/m ,Spo2 89 %, CRT<3 detik, terpasang infus NaCl

10 tpm ditangan kanan,

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat

Ds : klien mengatakan tidak ada nafsu makan, tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan

Do : terdapat sisa makanan ditempat < ½ porsi. terjadi penurunan berat badan kurang lebih 10 kg dari 46 kg menjadi 35 kg.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak napas

Ds : klien mengatakan sesak nafas, sering keringat pada malam hari, klien mengatakan selama dirawat dirumah sakit tidak pernah tidur siang dan sulit tidur pada malam hari karena sesak napas

Do : wajah pucat

4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Ds : selama dirawat di rumah sakit perawatan diri dibantu oleh istrinya, klien mengatakan hanya berbaring dan duduk ditempat tidur karena sesak napas, tidak bisa beraktivitas seperti BAK dan BAB dibantu oleh istri, mengganti pakaian dan makan harus dibantu oleh keluarga.

Do : klien memakai diapers, klien terpasang O2 NRM 10 l/m, TD 120/60 mmHg, Nadi 122 x/m, Suhu 36 C, RR 28 x/m, Spo2 89 %, CRT<3 detik, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan.

C. Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1	<p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru</p> <p>Ds : klien mengatakan sesak napas</p> <p>Do : tampak sesak, terdapat pernapasan</p>	<p>Setelah diberikan tindakan selama 3x 24 jam diharapkan pola napas kembali efektif dengan kriteria hasil : frekuensi, irama dan kedalaman pernafasan</p>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas (bradipnea, takipnea) 3. Auskultasi bunyi napas

	<p>cuping hidung, menggunakan otot bantu pernapasan, pola napas tidak teratur, irama napas tidak teratur, adanya retraksi dinding dada.</p> <p>klien terpasang O2 NRM 10 l/m, TD 120/60 mmHg, Nadi 122 x/m, Suhu 36 C, RR 28 x/m, Spo2 89 %, CRT<3 detik, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan,</p>	<p>normal, penggunaan otot bantu napas menurun, klien tidak tampak sesak.</p>	<p>4. Monitor saturasi oksigen</p> <p>Terapeutik :</p> <p>5. Posisikan fowler atau semi fowler</p> <p>6. Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi :</p> <p>7. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>8. Kolaborasi pemberian oksigen</p>
2	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat</p> <p>Ds : klien mengatakan tidak ada nafsu makan, tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan</p> <p>Do : terdapat sisa makanan ditempat < ½ porsi. terjadi penurunan berat badan kurang lebih 10 kg dari 46 kg menjadi 35 kg.</p>	<p>Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi dengan kriteria hasil : pasien mengatakan nafsu makan meningkat, berat badan pasien tidak mengalami penurunan drastis dan cenderung stabil, pasien terlihat dapat menghabiskan porsi makan yang disediakan</p>	<p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi status nutrisi</p> <p>2. Identifikasi alergi dan intolenransi makanan</p> <p>3. Monitor asupan makanan</p> <p>4. Monitor berat badan</p> <p>Terapeutik</p> <p>5. Berikan makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>6. Berikan suplemen makanan jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>7. Ajarkan posisi duduk jika perlu</p> <p>Kolaborasi</p>

			8. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan.
3	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak napas</p> <p>Ds : klien mengatakan sesak napas, sering keringat pada malam hari, klien mengatakan selama dirawat dirumah sakit tidak pernah tidur siang dan sulit tidur pada malam hari karena sesak napas</p> <p>Do : wajah pucat</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan pola tidur teratasi dengan kriteria hasil : Keluhan sulit tidur menurun</p>	<p>Obseravsi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, suhu, kebisingan, tempat tidur) 5. Sesuaikan jadwal pemberian obat/tindakan
4	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>Ds : selama dirawat di rumah sakit perawatan diri dibantu oleh istrinya, klien mengatakan hanya</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan intolreansi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil : Keluhan lelah menurun, perasaan lemah menurun.</p>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik 3. Monitor lokasi dan

	<p>berbaring dan duduk ditempat tidur karena sesak napas, tidak bisa beraktivitas seperti BAK dan BAB dibantu oleh istri, mengganti pakaian dan makan harus dibantu oleh keluarga.</p> <p>Do : klien memakai diapers, klien terpasang O2 NRM 10 l/m, TD 120/60 mmHg, Nadi 122 x/m, Suhu 36 C, RR 28 x/m ,Spo2 89 %, CRT<3 detik, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan.</p>	<p>ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>Terapeutik :</p> <p>4. berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan</p> <p>Edukasi :</p> <p>6. Anjurkan tirah baring</p> <p>7. Ajarkan strategi koping mengurangi kelelahan</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

D. Implementasi Dan Evaluasi

Hari/tanggal	No.Dx	Jam	Implementasi	Evaluasi
Selasa,5 Juli 2022	1	07.10	Mengukur tanda-tanda vital hasilnya TD 120/60, N 122x/m, RR 28 x/m, SPO ₂ 89%, S 36 °C	Jam 14.00 WITA S: klien mengatakan masih sesak napas O: tampak sesak, terdapat pernapasan cuping hidung, menggunakan otot bantu pernapasan, pola napas tidak teratur, adanya retraksi dinding dada, Spo ₂ 89%, terpasang NRM 10 lpm. A: masalah pola napas tidak efektif belum teratasi P: lanjutkan intervensi (1,3,4,6,7,8,9)
		07.15	Mengauskultasi bunyi napas hasilnya bunyi napas vesikuler	
		08.00	Melayani terapi nebu combivent 1 tube/inhaler	
		08.20	Memonitor saturasi oksigen hasilnya SpO ₂ 89%	
		09.00	Melakukan pemberian oksigen hasilnya diberikan oksigen NRM 10 lpm	
		09.15	Memposisikan fowler dan semi fowler hasilnya klien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler	
		09.20	Mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien hasilnya O ₂ NRM 10	

			lpm	
		10.00	Mendokumentasi hasil pemantaun hasil SpO ₂ 89% , bunyi napas vesikuler, posisi semi fowler, O ₂ NRM 10 lpm	
		12.00	Melayani terapi salbutamol 3x1 tab/PO	
2	07.00	mengidentifikasi status nutrisi hasilnya pasien tidak menghabiskan porsi makanan yang diberikan, berat badan 46 dengan tingkat kehilangan kurang lebih 10 kg, tidak mual ataupun diare.	JAM 14.00 WITA S : klien mengatakan nafsu makan berkurang, tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan, dalam seminggu baru 2x BAB dan BAK O: terdapat sisa makanan ditempat, berat badan menurun kurang lebih 10 kg, wajah pucat, TD 120/60 mmHg, Nadi 122 x/m, Suhu 36 C, RR 28 x/m ,Spo2 89 %, CRT<3 detik, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan.	
	07.05	mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan hasilnya klien tidak ada alergi terhadap makanan	A: masalah defisit nutrisi belum terpenuhi P: lanjutkan intervensi	
	08.00	Melayani terapi OAT 2 tab/PO		
	10.15	memonitor asupan makanan Hasilnya klien makan dengan		

		<p>makanan lunak, jumlah I porsi TKTP berupa nasi, sayuran hijau, buah-buahan dan telur.</p>	(1,3,4,6)
	10.20	Menganjurkan klien makan tapi sering	
	12.00	Melayani makan minum TKTP	
3	12.30	Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur hasilnya klien mengatakan tidur jarang tidur siang dan tidur malam tidak nyenyak	<p>JAM 14.00 WITA</p> <p>S : klien mengatakan susah tidur pada malam hari karena sesak napas</p> <p>O : wajah pucat, TD 120/60 mmHg, Nadi 122 x/m, Suhu 36 C, RR 28 x/m, Spo2 89 %, CRT<3 detik, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan, terpasang O₂ NRM 10 lpm</p> <p>P : gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>A:pertahankan intervensi (1,2,3,4,5)</p>
	12.35	Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur hasilnya klien mengatakan faktor pengganggu tidurnya karena sesak napas	
	12.40	Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur hasilnya tidak ada makanan dan minuman yang mengganggu tidur	

		13.00	Mendorong klien melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi) hasilnya klien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler	
		13.10	Menjelaskan pentingnya tidur selama sakit : tidur dan istirahat yang cukup juga berperan dalam meningkatkan daya tahan tubuh hasilnya klien antusias mendengar dan mengangguk kepala	
	4		Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan hasilnya klien tampak lelah saat baring terlalu lama	JAM 14.00 WITA Subjektif : klien mengatakan masih berbaring ditempat tidur karena sesak napas Objektif : klien memakai diapers, BAB dan BAK
			Memonitor kelelahan fisik	

			Menganjurkan klien untuk melakukan aktivitas distraksi yang menyenangkan hasilnya klien merasa lebih nyaman ngobrol dengan istrinya	dibantu oleh oleh istri, mengganti pakaian masih dibantu oleh keluarga Assesment : gangguan pola tidur belum teratasi Planning : pertahankan
			Mengajarkan strategi koping mengurangi kelelahan hasilnya	intervensi
Rabu, 6 Juli 2022	1	07.10	Mengukur tanda-tanda vital hasilnya TD 120/60, N 100 x/m, RR 28x/m, Spo ₂ 90%, s 36,5 °c	JAM 14.00 WITA S : klien mengatakan masih sesak napas O : tampak sesak, terdapat pernapasan cuping hidung, menggunakan otot bantu pernapasan, adanya retraksi dinding dada, Spo ₂ 90%, terpasang NRM 8 lpm A : masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian P : pertahankan intervensi
		08.00	Melayani terapi nebu combivent 1 tub inhaler	
		08.20	Memonitor saturasi oksigen hasilnya Spo ₂ 90%	
		08.45	Melakukan pemberian oksigen hasilnya diberikan oksigen NRM 8 lpm	
		09.00	Mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien hasilnya O ₂ NRM 8	

			lpm	
		09.15	Mendokumentasi hasil pemantauan hasilnya Spo ₂ 90%, N 100x/m, RR 28x/m	
		12.00	Melayani terapi salbutamo 3x1 tab/PO	
	2	07.00	Mengidentifikasi status nutrisi hasilnya klien mengatakan tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan, tidak ada perubahan berat badan, tidak mual ataupun diare	JAM 14.00 WITA S : klien mengatakan nafsu makan masih berkurang, BAB dan BAK masih tetap sama 2x O :tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan, tidak ada perubahan berat badan, tidak mual ataupun diare, TD 120/60, N 100 x/m, RR 28x/m, Spo ₂ 90%, s 36,5 °C, terpasang P : masalah defisit nutrisi teratasi sebagian A : pertahankan intervensi
		08.00	Melayani terapi OAT 2 tab/PO	
		10.15	Memonitor asupan makanan hasilnya klien makan dengan makanan lunak dengan jumlah 1 porsi TKTP berupa nasi, sayuran hijau buah-buahan dan telur	
		10.20	Menganjurkan klien makan sedikit tapi sering	

		12.00	Melayani makan minum TKTP	
3		12.30	Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur hasilnya klien mengatakan tidur malam tidak nyenyak dan sering terbangun	JAM 14.00 WITA S : klien mengatakan tidur malam masih tidak nyenyak, klien mengatakan sulit tidur karena sesak napas O : keadaan umum mulai membaik, wajah tampak bergairah, klien tampak senyum dan mengajak istrinya berbicara, TD 120/60, N 100 x/m, RR 28x/m, Spo2 93%, s 36,5 oC, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan, terpasang O2 NRM 8 lpm P : pertahankan intervensi (1-5)
		12.35	Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur klien mengatakan faktor pengganggu tidurnya karena sesak napas	
		12.40	Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur hasilnya tidak ada makanan dan minuman yang mengganggu tidur	
		13.00	Mendorong klien untuk melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi) hasilnya klien mengatakan nyaman	

			dengan posisi semi fowler	
		13.10	Menjelaskan pentingnya tidur selama sakit : tidur dan istirahat yang cukup juga berperan dalam meningkatkan daya tahan tubuh hasilnya klien antusias mendengar dan menganggu kepala	
4	Jam	13.20	Midentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan hasilnya klien mengatakan lelah ketika inspirasi saat bernafas	<p>JAM 14.00</p> <p>Subjektif : klien mengatakan masih berbaring ditempat tidur karena sesak napas</p> <p>Objektif : klien memakai diapers, BAB dan BAK dibantu oleh oleh istri, mengganti pakaian masih dibantu oleh keluarga</p> <p>Assesment : gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>Planning : pertahankan intervensi</p>

		Jam 13.30	Memonitor kelelahan fisik hasilnya klien tampak lelah saat insprasi	
		Jam 13.50	Mengajarkan strategi koping hasilnya mengajarkan klien untuk mengonsumsi makanan yang seimbang sehingga bisa meningkatkan energi, perbaiki kebiasaan tidur	
Kamis 7 Juli 2022	1	07.15	Mengukur tanda-tanda vital hasilnya TD 120/60, N 100 x/m, RR 28 x/m, Spo ₂ 90 %, S 36,5 °C	JAM 14.00 WITA S : klien mengatakan masih sesak napas O : tampak sesak, terdapat pernapasan cuping hidung, menggunakan otot bantu pernapasan, adanya retraksi dinding dada, Spo ₂ 90%, terpasang NRM 8 lpm A : masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian P : pertahankan intervensi
		08.00	Melayani terapi nebu combivent 1 tube inhaler	
		08.20	Memonitor saturasi oksigen hasilnya Spo ₂ 90 %	
		08.45	Melakukan pemberian oksigen hasilnya diberikan oksigen NRM 8 lpm	

		09.00	Memantau interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien hasilnya O ₂ NRM 8 lpm	
		09.15	Mendokumentasi hasil pemantaun hasilya	
	2		Mengidentifikasi status nutrisi hasilnya klien mengatakan tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan, tidak ada perubahan berat badan, tidak mual ataupun diare	JAM 14.00 WITA S : klien mengatakan nafsu makan masih berkurang, BAB dan BAK masih tetap sama 2x O :tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan, tidak ada perubahan berat badan, tidak mual ataupun diare,
			Melayani terapi OAT 2 tab/PO	TD 120/60, N 100 x/m,
			Memonitor asupan makanan hasilnya klien makan dengan makanan lunak dengan jumlah 1 porsi TKTP berupa nasi,sayuran hijau buah-buahan dan telur	RR 28x/m, Spo2 90%, s 36,5 oC, terpasang P : masalah defisit nutrisi teratasi sebagian A : pertahankan intervensi
			Menganjurkan klien makan sedikit tapi sering	

		Melayani makan minum TKTP	
		Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	
3		Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur hasilnya klien mengatakan tidur malam tidak nyenyak dan sering terbangun	JAM 14.00 WITA S : klien mengatakan tidur malam masih tidak nyenyak, klien mengatakan sulit tidur karena sesak napas
		Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur klien mengatakan faktor pengganggu tidurnya karena sesak napas	O : keadaan umum mulai membaik, wajah tampak bergairah, klien tampak senyum dan mengajak istrinya berbicara, TD 120/60, N 100 x/m, RR 28x/m, Spo2 93%, s 36,5
		Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur hasilnya tidak ada makanan dan minuman yang mengganggu tidur	oC, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan, terpasang O2 NRM 8 lpm
		Mendorong klien untuk melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)	P : pertahankan intervensi (1-5)

		hasilnya klien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler	
		Menjelaskan pentingnya tidur selama sakit : tidur dan istirahat yang cukup juga berperan dalam meningkatkan daya tahan tubuh hasilnya klien antusias mendengar dan mengangguk kepala	
	4	Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan hasilnya klien tampak lelah saat baring terlalu lama	JAM 14.00 Subjektif : klien mengatakan masih berbaring ditempat tidur karena sesak napas Objektif : klien memakai diapers, BAB dan BAK dibantu oleh oleh istri, mengganti pakaian masih dibantu oleh keluarga Assesment : gangguan
		Menganjurkan klien untuk melakukan aktivitas distraksi yang menyenangkan hasilnya klien merasa lebih nyaman ngobrol dengan istrinya	

				pola tidur belum teratasi
			Mengajarkan strategi koping hasilnya mengajarkan klien untuk mengonsumsi makanan yang seimbang sehingga bisa meningkatkan energi, perbaiki kebiasaan tidur	Planning : pertahankan intervensi

V . Catatan perkembangan

Hari/tanggal	No.diagnosa	Catatan perkembangan
Kamis,7 Juli 2022	1	<p>Jam 07.00</p> <p>S : klien mengatakan masih sesak napas</p> <p>O : irama napas mulai teratur, terpasang alat bantu napas O₂ 6 lpm, retraksi dinding dada mulai teratur, TD 120/70, N 100 x/m, RR 26x/m, Spo₂ 93%, s 36,5 °C, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan</p> <p>A : pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : pertahankan intervensi</p> <p>I : Mengukur tanda-tanda vital hasilnya TD 120/70, N 100 x/m, RR 26x/m, Spo₂ 93%, s 36,5 °C, melayani terapi nebu combivent 1 tub inhaler, memonitor saturasi oksigen hasilnya Spo₂ 93%, melakukan pemberian oksigen hasilnya diberikan oksigen NRM 6 lpm, mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien hasilnya O₂ NRM 6 lpm, melayani terapi salbutamo 3x1 tab/PO</p> <p>E : klien mengatakan masih sesak napas, irama napas mulai teratur, terpasang alat bantu napas O₂ 6 lpm, retraksi dinding dada mulai teratur, TD 120/70, N 100 x/m, RR 26x/m, Spo₂ 93%, s 36,5 oC, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan, masalah belum teratasi, evaluasi tujuan teratasi sebagian</p>
	2	<p>S : klien mengatakan nafsu makan makin membaik, klien mengatakan klien menghabiskan porsi makan yang diberikan secara perlahan, sudah BAB 3x dan BAK 2x</p> <p>O : menghabiskan porsi makan yang diberikan, tidak mual ataupun diare, tidak ada perubahan berat badan,</p>

		<p>TD 120/70, N 100 x/m, RR 26x/m, Spo2 93%, s 36,5 °C, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan.</p> <p>A : masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P : pertahankan intervensi</p> <p>I : mengidentifikasi status nutrisi hasilnya klien menghabiskan porsi makan yang diberikan secara perlahan, klien mengatakan nafsu makan semakin membaik tidak ada perubahan pada berat badan, tidak mual ataupun diare, sudah BAB 3x dan BAK 2x, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan hasilnya klien tidak ada alergi terhadap makanan, melayani terapi OAT 2 tab/PO, memonitor asupan makanan hasilnya klien makan dengan makanan lunak, jumlah 1 porsi TKTP berupa nasi , sayuran hijau, buah-bauhan dan telur, melayani makanan diet lunak TKTP</p> <p>E : klien mengatakan nafsu makan semakin membaik, menghabiskan porsi makan yang diberikan secara perlahan, sudah BAB 3x dan BAK 2x, tidak mual ataupun muntah, TD 120/70, N 100 x/m, RR 26x/m, Spo2 93%, s 36,5 °C, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan.</p> <p>Masalah defisit nutrisi belum teratasi, lanjutkan intervensi.</p>
	3	<p>S : klien mengatakan tidurnya sedikit membaik karena sesak nafas mulai berkurang</p> <p>O : keadaan umum semakin membaik, wajah tampak bergairah, klien tampak senyum dan mengajak istrinya berbicara, TD 120/70, N 100 x/m, RR 26x/m, Spo2 93%, s 36,5 oC, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan.</p>

		<p>A : masalah gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P : intervensi dipertahankan</p> <p>I : mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, mendorong klien untuk melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)</p> <p>E : klien mengatakan tidurnya sedikit membaik karena sesak nafas mulai berkurang, keadaan umum semakin membaik, wajah tampak bergairah, klien tampak senyum dan mengajak istrinya berbicara, TD 120/70, N 100 x/m, RR 26x/m, Spo2 93%, s 36,5 oC, terpasang infus NaCl 10 tpm ditangan kanan. Masalah gangguan pola tidur belum teratasi, lanjutkan intervensi.</p>
	4	<p>S : klien mengatakan masih berbaring ditempat tidur karena sesak napas</p> <p>O : klien memakai diapers, BAB dan BAK dibantu oleh oleh istri, mengganti pakaian masih dibantu oleh keluarga</p> <p>A : gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P : pertahankan intervensi</p> <p>I : Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, Monitor kelelahan fisik, Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan, Ajarkan strategi coping mengurangi kelelahan</p>

		<p>E : klien mengatakan masih berbaring ditempat tidur karena sesak napas, klien memakai diapers, BAB dan BAK dibantu oleh oleh istri, mengganti pakaian masih dibantu oleh keluarga, masalah gangguan pola tidur belum teratasi, pertahankan intervensi</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Theresia Yubiliana Gale Guru
Tempat/Tanggal lahir : Ende, 02 Januari 2000
Alamat : Jl. Prof WZ. Yohanes
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Nama Ayah : Alm. Daniel De,e
Nama Ibu : Oliva Weti

B. Riwayat Pendidikan

1. SDI Kelitembu
2. SMPK Sinar Pelita Mukusaki
3. SMAN 1 Ende
4. Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Program Studi DIII Keperawatan Ende

MOTTO

Jawaban Sebuah Keberhasilan adalah Terus Semangat dan Tak Putus Asa



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGAH KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A Tallo Liliba-Kupang, Telp: (0380) 8800256
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA : THERESIA YUBILIANA GALE GURU

NIM : PO530320219923

PEMBIMBING : Yoseph Woge, SST, M.Kes

NO	Hari/Tanggal	Hasil Konsultasi	Paraf
1.	Senin, 7 Februari 2022	PROPOSAL <ul style="list-style-type: none">Mahasiswa melaporkan diriTentukan kasus yang paling menonjol di RSUD Ende	
2.	Jumad, 18 Februari 2022	<ul style="list-style-type: none">Konsul judulACC judulPerbaikan pada latar belakangperbaikan pengetikan	
3.	Rabu, 23 Februari 2022	BAB I <ul style="list-style-type: none">Pada latar belakang berisi tentang introduction, besarnya masalah, dampak dan konsep solusiBesarnya masalah dimulai dari dunia, nasional, provinsi, daerah dan tempat penelitian.	

		<ul style="list-style-type: none"> Tujuan dibagi menjadi dua bagian yaitu tujuan umum dan tujuan khusus 	
4.	Rabu, 9 Maret 2022	<p>BAB 1</p> <ul style="list-style-type: none"> Perbaikan penyusunan pada latar belakang mulai dari pengenala kasus atau introduction, kronologi atau besarnya masalah, dampak, penanganan, dan bagaimana kasus ditempat penelitian sumbernya diambil dari jurnal atau buku perbaikan pada tujuan penulisan perbaikan pada manfaat penulisan 	JP
5.	Senin, 14 Maret 2022	<p>BAB 1</p> <ul style="list-style-type: none"> Dalam latar belakang tuangkan kasus secara umum perbaikan pada latarbelakang bagian pengenalan kasus perbaikan tujuan penulisan 	JP
6.	Jumad, 18 Maret 2022	<p>BAB 1</p> <ul style="list-style-type: none"> Perbaikan halaman judul Perbaikan upaya perawatan ditempatkan setelah dampak perbaikan tujuan penulisan 	JP

		<p>dan manfaat</p> <ul style="list-style-type: none"> • tambahkan data kasus dari tempat penelitian dibagian akhir latarbelakang • lanjutkan BAB II dan BAB III 	
7.	Senin, 28 Maret 2022	<p>BAB I</p> <ul style="list-style-type: none"> • perbaiki pengetikan • perbaiki penulisan data ditempat penelitian • perbaiki pada tujuan umum dan khusus • tambahkan kesimpulan menurut penulis pada bagian akhir defnisi <p>BAB II</p> <ul style="list-style-type: none"> • tambahkan konsep masalah keperawatan pada tinjauan pustaka • perbaiki pada penatalaksanaan • tambahkan komplikasi dan pemeriksaan pemunjang • perbaiki konsep asuhan keperawatan, gunakan data fokus pada pengkajian, pemeriksaan pola kesehatan dan pemeriksaan fisik, perbaiki pada evaluasi keperawatan 	

		<ul style="list-style-type: none"> • perbaikan pada BAB III yaitu pada lokasi dan waktu studi • tambahkan daftar isi, daftar pustaka, dan hasil konsultasi 	
8.	Rabu,30 Maret 2022	<ul style="list-style-type: none"> • ACC • kontrak waktu dengan penguji dan siap ujian 	
9.	Senin,3 Oktober 2022	<p>KTI</p> <ul style="list-style-type: none"> • mana bukti surat keterangan dari kepala ruangan perawatan khusus RSUD Ende • BAB II perbaikan dibagian rencana keperawatan, perbaiki dan intervensi keperawatan dibuatkan narasi <p>BAB IV</p> <ul style="list-style-type: none"> • dibagian gambaran lokasi studi kasus (apa saja kasus yang dirawat disana, berapa BORnya) • dibagian hasil studi kasus setelah (1) gambaran lokasi studi kasus (2) pelaksanaan asuhan keperawatan • pelaksanaan asuhan keperawatan dimulai dari 	

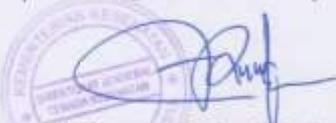
		<p>pengkajian sampai evaluasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • lengkapi bagian diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi sampai evaluasi • lengkapi bagian pembahasan 	
10.	Selasa,11 Oktober 2022	<p>BAB IV</p> <ul style="list-style-type: none"> • perbaikan bagian pembahasan dari pengkajian sampai evaluasi • tambah dan lengkapi BAB V 	JR
11.	Selasa,25 Oktober 2022	<ul style="list-style-type: none"> • BAB IV : dibagian pembahasan perbaikan pada bagian implementasi, perbaikan kata dan huruf yang kurang tepat • BAB V : perbaikan pada bagian kesimpulan 	JR
12.	Kamis,27 Oktober 2022	<ul style="list-style-type: none"> • BAB IV : bagian pembahasan perbaikan bagian diagnosa, implementasi dan evaluasi • BAB V : perbaikan dibagian kesimpulan 	JR
13.	Senin,31 Oktober 2022	<p>BAB IV</p> <ul style="list-style-type: none"> • pembahasan : perbaikan pada bagian diagnosa, tambahkan huruf yang 	JR

		<p>kurang tepat bagian intervensi, perbaikan pada alinea kedua bagian implementasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • BAB V : perbaikan pada bagian kesimpulan 	
14.	Rabu,2 November 2022	<ul style="list-style-type: none"> • BAB IV : perbaikan pada bagian pembahasan : bagian pengkajian pada huruf-huruf yang kurang tepat • BAB V: perbaikan pada bagian kesimpulan 	
15.	Selasa,8 November 2022	<ul style="list-style-type: none"> • BAB IV : pembahasan perbaikan pada pengkajian dibagian keluhan utama menurut para ahli • BAB V: perbaikan pada bagian kesimpulan 	
16.	Jumad,11 November 2022	<p>BAB IV</p> <ul style="list-style-type: none"> • pembahasan : pada bagian pengkajian keluhan utama dibuatkan alinea baru, bagian diagnosa tidak perlu menyebutkan diagnosa apa saja pada TB Paru • BAB V: perbaikan pada bagian kesimpulan 	
17.	Selasa,15 November 2022	<ul style="list-style-type: none"> • BAB IV : pembahasan perbaikan pada bagian implementasi sesuai 	

		<p>perencanaan atau tidak, bagian evaluasi dimulai dari berdasarkan uraian dibuatkan alinea baru</p> <ul style="list-style-type: none"> • BAB V : penutup perbaikan pada bagian kesimpulan 	
18.	Senin,21 November 2022	<ul style="list-style-type: none"> • BAB IV : pembahasan perbaikan bagian implementasi dan buat kan alinea baru pada evaluasi • BAB V: perbaikan pada bagian kesimpulan pengkajian dan huruf yang kurang tepat 	JP
19.	Selasa,29 November 2022	<ul style="list-style-type: none"> • lanjutkan dengan konsultasi PPT 	JP
20.	Jumad,2 Desember	<ul style="list-style-type: none"> • ACC • lanjutkan ujian studi kasus 	JP

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan



Aris Wawomeo, M.Kep., Ns, Sp. Kep. Kom
NIP. 1966011419910211001



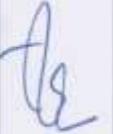
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGAH KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A Tallo Liliba-Kupang, Telp: (0380) 8800256
Fax (0380) 8800256, Email: poltekkeskupang@yahoo.com

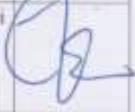


LEMBAR KONSULTASI PENGUJI STUDI KASUS

NAMA : THERESIA YUBILIANA GALE GURU
NIM : PO530320219923
PENGUJI : Aris Wawomeo, M.,Kep, Ns., Sp. Kep.Kom

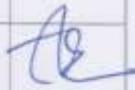
NO	Hari/Tanggal	Hasil Konsultasi	Paraf penguji
I.	Selasa, 5 April 2022	PROPOSAL <ul style="list-style-type: none">• Perbaiki pengetikan proposal• Cover depan proposal karya tulis ilmiah diganti proposal studi kasus• BAB I : bagaimanakah penyakit TB Paru di RSUD Ende, tambahkan tujuan kasus, dibagian latar belakang tambahkan data dari bulan Feb-Maret di RSUD Ende• BAB II : tambahkan data fokus dibagian pengkajian	

2.	Senin, 13 Juni 2022	<ul style="list-style-type: none"> • BAB I : perbaikan dilatar belakang (belum menggambarkan tentang TB Paru dan upaya penanganan di RSUD Ende, perbaikan tujuan khusus) • BAB II : tambahkan masalah keperawatan • BAB III : perbaikan diprosedur studi kasus dan instrumen pengumpulan data 	
3.	Senin, 20 Juni 2022	<ul style="list-style-type: none"> • BAB I : perbaikan dilatar belakang belum menggambarkan TB Paru dan upaya penanganan di RSUD Ende, tidak perlu uraian secara detail cukup prioritasnya saja, perbandingan kasus penderita TB Paru tahun 2021-2022. Perbaikan ditujukan khusus. • BAB II : tidak perlu menuliskan pengertian masalah keperawatan, kriteria mayor dan minor, 	

		kondisi klinis terkait, langsung saja pada uraiannya	
4.	Selasa, 21 Juni 2022	<ul style="list-style-type: none"> BAB I : bagian latar belakang diparagraf tentang pemahaman masyarakat tentang penyakit TB Paru diindahkan keparagraf setelah besarnya masalah dan lengkapi dibagian penatalaksanaan dengan prinsip pelaksanaan yaitu tidak minum obat oleh karena itu perlu pengawasan minum obat BAB II perbaikan dibagian konsep masalah keperawatan setiap diagnosa dari pengertian sampai tanda dan gejala dinarasikan 	
5.	Selasa, 28 Juni 2022	<ul style="list-style-type: none"> perbaiki yang lengkap selanjutnya siap untuk studi kasus 	
6.	Selasa, 28 Juni 2022	<ul style="list-style-type: none"> lanjutkan untuk studi kasus 	

7.	Kamis, 8 Desember 2022	<p>KTI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abstrak : pada bagian kesimpulan meliputi aspek, kenapa masalah belum teratasi. • BAB I : tambahkan daftar pustaka, perbaikan pada pengetikan, pada penatalaksanaan masalah asuhan keperawatan selama di RS • BAB II : perbaikan pengetikan, patofisiologi dan pathway dipisahkan, manifestasi klinis ditambahkan sumber, tabel kisaran dosis OAT digunakan 1 spasi, perbaikan pada pathway
8.	Rabu, 21 Desember 2022	<ul style="list-style-type: none"> • Abstrak : ukuran huruf disesuaikan dengan panduan, tidak perlu menuliskan latar belakang langsung narasikan dan lengkapi abstrak. • BAB I : bagian latar belakang pada penularan pasien TB paru ditambahkan faktor

		<p>risiko. Tujuan penulisan : tujuan umum tidak perlu menuliskan penulis mampu langsung saja menggambarkan pelaksanaan asuhan dibagian tujuan khusus pun demikian</p> <ul style="list-style-type: none"> • BAB II : perbaikan pada pathway, setelah manifestasi klinis-pemeriksaan penunjang, pada bagian konsep masalah keperawatan tambahkan masalah keperawatan TB Paru secara umum yang sering ditemukan, baru menjelaskan setiap masalah yang ditemukan, perbaikan pada bagian pembahasan. 	
9.	Jumad,30 Desember	<ul style="list-style-type: none"> • Abstrak : pada latar belakang tidak perlu menuliskan secara keseluruhan cukup ambil bagian pengertian, faktor risiko dan dampak, pada hasil studi kasus dijelaskan secara singkat. 	

		<ul style="list-style-type: none"> • BAB I : latarbelakang data dari WHO, data rekam medik dibuat alinea baru, pada bagian dampak buruk diganti dengan kondisi diatas, dibagian tujuan tidak perlu menuliskan berdasarkan. • BAB II : pathway : faktor risiko kependudukan, lingkungan rumah diganti dengan demografi • BAB IV : lengkapi pembahasan, bagian evaluasi sesuaikan dengan abstrak 	
10	Senin, 2 Januari 2023	<ul style="list-style-type: none"> • ACC 	

Mengetahui

§ Ketua Program Studi D III Keperawatan



Aris Wawanco, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom
 NIP. 1966011419910211001