

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. H. U DENGAN
DIAGNOSA MEDIK *TUBERCULOSIS PARU* DI RUANGAN PENYAKIT
DALAM III RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ENDE**



Oleh :

ODELBERTA NATALYA WALE

NIM : PO. 5303202200528

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

2023

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. H. U DENGAN
DIAGNOSA MEDIK *TUBERCULOSIS PARU* DI RUANGAN PENYAKIT
DALAM III RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ENDE**

Studi Kasus Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Mendapat
Gelar Ahli Madya Keperawatan



Oleh :

ODELBERTA NATALYA WALE

NIM : PO.5303202200528

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN ENDE

2023

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. H. U DENGAN
DIAGNOSA MEDIS *TUBERCULOSIS PARU* DI RUANGAN PENYAKIT
DALAM III RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ENDE**

OLEH

Odelberta Natalya Wale

NIM : PO.5303202200528

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui

Oleh Pembimbing Untuk Diujikan

Ende, 13 Oktober 2023

Pembimbing



Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.M.Kep

NIP.198906272019021001

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

NIP. 19660114 199102 100

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. H. U
DENGAN DIAGNOSA MEDIS TUBERCULOSIS PARU
DI RUANG PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE**

OLEH

Odelberta Natalya Wale
PO 5303202200528

Karya Tulis Ilmiah Ini telah Diujikan dan Dipertanggung Jawabkan
Pada Tanggal 13 Oktober 2023

Penguji Ketua



Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 198906272019021001

Penguji Anggota



Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 199212282020122009

Disahkan Oleh:

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



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

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Odelberta Natalya Wale
NIM : PO. 5303202200528
Program Studi : D III Keperawatan Ende
Judul Karya Tulis : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. H. U DENGAN DIAGNOSA MEDIK TUBERCULOSIS PARU DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ENDE**

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya susun ini benar-benar hasil karya 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 atau perbuatan tersebut.

Ende, 13 Oktober 2023

Yang Membuat Pernyataan

Odelberta Natalya Wale
NIM. PO.5303202200528

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena hanya atas berkat yang telah dilimpahkan kepada penulis, maka Karya Tulis Ilmiah dengan judul; “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Dignosa Medik *Tuberculosis Paru* di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende” dapat terselesaikan dengan baik.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk melaksanakan penelitian guna mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan.

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 terima kasih kepada :

1. Bapak Irfan, SKM, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah mengizinkan penulis menimba ilmu di instansi ini.
2. Aris Wawomeo, M. Kep., Ns., Sp. Kep. Kom, selaku ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini.
3. 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. Bapak Herman A. Leta., AMK selaku Kepala Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende yang telah memberikan izin kepada penulis dalam melaksanakan studi kasus.
5. Bapak Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku pembimbing sekaligus penguji anggota yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ibu Try Ayu Patmawati, S.Kep.Ns.,M.Kep, selaku penguji ketua yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyempurnaan Karya Tulis ini.
7. Orang tua yang selalu mendukung dan yang telah memotivasi penulis dalam menyelesaikan pendidikan.
8. Teman-teman tingkat III B, serta siapa saja yang telah membantu dengan caranya masing-masing baik secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis selama penyusunan hingga selesainya laporan studi kasus ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan 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 Karya Tulis Ilmiah ini.

Ende, 13 Oktober 2023

Penulis

ABSTRACT

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. H. U DENGAN DIAGNOSA MEDIS TUBERCULOSIS PARU DI RUANG PENYAKIT DALAM (RPD III) RSUD ENDE

Odelberta Natalya Wale ⁽¹⁾ Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep. ⁽²⁾

Try Ayu Patmawati, S.Kep.Ns.,M.Kep. ⁽²⁾

Odelbertanatalya@gmail.com

Latar Belakang asuhan keperawatan merupakan salah satu pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan standar dalam proses pemulihan kasus TB Paru. **Tujuan** studi kasus ini untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada Tn. H. U dan menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata. **Metode** yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi keperawatan. **Hasil** pengkajian pada Tn. H. U ditemukan data bahwa pasien mengatakan sesak napas (*dyspnea*) batuk dengan dahak yang berlebih, mudah lelah, cepat sesak napas saat melakukan aktifitas. Pernapasan 26x/menit (*takipnea*), ada retraksi dinding dada, terpasang oksigen nasal kanul 5 liter/menit, ada suara napas tambahan ronki, terdapat suara cairan di dada bagian lobus kiri bawah, perkusi redup di dada bagian lobus kiri bawah, produksi sputum ± 10-20 cc warna kuning kehijauan, Tekanan darah 130/80 mmHg, suhu 36,2°C, Spo2 98%. Hasil rontgen terdapat infiltrate pada lapangan atas tengah paru kanan kiri, terdapat gambaran TB Paru. Diagnosa keperawatan pada Tn. H. U yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Intervensi yang dilakukan pada Tn. H. U adalah manajemen pola napas dan manajemen energi. Tindakan dilakukan selama 3 hari mulai dari tanggal 24-26 Juli 2023. Setelah dilakukan perawatan dan pengobatan 3x24 jam terhadap pasien Tn. H. U diperoleh hasil bahwa masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian, masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian. **Kesimpulan** Setiap penderita TB paru berbeda-beda tanda dan gejalanya tergantung dari lamanya seseorang menderita dan lamanya pengobatan yang dialami pasien. Oleh sebab itu diharapkan untuk tetap menjaga kesehatan, dan selalu patuh dalam minum obat.

Kepustakaan : 22 Buah (2014-2023)

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Tuberculosis Paru

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

ABSTRACT

NURSING CARE IN TN. H. U WITH MEDICAL DIAGNOSIS OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN THE INTERNAL MEDICINE ROOM (RPD III) OF ENDE HOSPITAL

Odelberta Natalya Wale ⁽¹⁾ Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep. ⁽²⁾

Try Ayu Patmawati, S.Kep.Ns.,M.Kep. ⁽²⁾

Odelbertanatalya@gmail.com

Background Pulmonary TB is an infectious disease caused by the bacterium *Mycobacterium tuberculosis*. **This germ** spreads from patients with pulmonary TB through the air. The purpose of this case study is to describe Mr. H. U's nursing care and analyze the gap between theory and real cases. **The method** used in this scientific paper is a case study method with a nursing care approach which includes assessment, nursing diagnosis, nursing intervention, implementation, and nursing evaluation. **The results** of the study on Mr. H. U found data that patients said shortness of breath (dyspnea) cough with excess phlegm, easily tired, quickly shortness of breath when doing activities. Breathing 26x / minute (tachypnea), there is chest wall retraction, installed with nasal oxygen cannula 5 liters / minute, there is an additional breathing sound ronki, there is a sound of fluid in the chest lower left lobe, dim percussion in the chest lower left lobe, sputum production \pm 10-20 cc greenish yellow color, Blood pressure 130/80 mmHg, temperature 36.2°C, Spo2 98%. X-ray results there is an infiltrate in the upper field of the middle of the right and left lung, there is a picture of Pulmonary TB. Mr. H. U's nursing diagnosis is that ineffective airway clearance is associated with airway hypersecretion and activity intolerance is associated with weakness. The interventions carried out on Mr. H. U are breath pattern management and energy management. The action will be carried out for 3 days starting from July 24-26, 2023. After 3x24 hours treatment and treatment of Mr. H. U's patients, it was found that the problem of airway clearance was not partially resolved, the problem of activity intolerance was partially resolved. **Conclusion** Every patient with pulmonary TB has different signs and symptoms depending on the length of time a person suffers and the length of treatment experienced by the patient. Therefore, it is expected to maintain health, and always obey in taking medicine.

Libraries : 22 Pieces (2014-2023)

Keywords : Nursing Care, Pulmonary Tuberculosis

1. Students of the Ende Nursing DIII Study Program
2. Supervisor of the Ende Nursing DIII Study Program

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBARAN PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Penulisan	4
D. Manfaat Studi Kasus	5
BAB II TINJAUAN TEORITIS.....	6
A. Konsep Dasar Medik TB Paru	6
B. Konsep Masalah Keperawatan.....	15
C. Konsep Asuhan Keperawatan	20
BAB III METODE STUDI KASUS	37
A. Rancangan/Desain Studi Kasus.....	37
B. Subjek Studi Kasus.....	37

C. Batasan Istilah (Defenisi Operasional).....	38
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus.....	38
E. Prosedur Studi Kasus.....	38
F. Teknik Pengumpulan Data	39
G. Instrumen Pengumpulan Data	40
H. Keabsahan Data	40
I. Analisa Data	40
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	42
A. Hasil Studi Kasus	42
B. Pembahasan	68
BAB V PENUTUP.....	75
A. Kesimpulan	75
B. Saran	76
DAFTAR PUSTAKA.....	78
LAMPIRAN.....	80
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	110

DAFTAR TABEL

Tabel 2.2 Analisa data.....	25
Tabel 2.3 Rencana keperawatan.....	30
Tabel 3.1 Defenisi operasional	38
Tabel 4.1 Pemeriksaan Diagnostik (darah lengkap).....	51
Tabel 4.2 Terapi pengobatan.....	51
Tabel 4.3 Rencana keperawatan.....	56

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Pathway Tuberculosis Paru	10

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkulosis merupakan salah satu penyakit yang sudah lama muncul dan sampai saat ini masih menjadi salah satu masalah besar di dunia kesehatan. Tuberculosis adalah penyakit yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*. Tuberculosis biasanya menyerang bagian paru-paru, yang kemudian dapat menyerang ke semua bagian tubuh. Infeksi biasanya terjadi pada 2-10 minggu (Kardiyudiyani & susanti, 2019). Dalam pandangan masyarakat terhadap tuberculosis ini masih di anggap sebagai penyakit keturunan, dan penyakit yang tidak bisa disembuhkan.

Menurut Global Tuberculosis Report 2021 yang dirilis oleh *World Health Organization south-East Asian* (SEA). Diperkirakan pada tahun 2020, hampir 4,3 juta orang jatuh sakit dengan TB dan diperkirakan 700.000 meninggal (tidak termasuk kematian HIV+TB) karena penyakit tersebut yang merupakan lebih dari separuh kematian TB global yang diperkirakan 1,3 juta pada tahun tersebut. Sementara WHO tidak mempublikasikan perkiraan beban Rifampicin-resistant (RR) dan multi-drug-resistant TB (MDR-TB) dalam Laporan TB Global 2021. (WHO, 2022).

Menurut *Global Tuberculosis Report* tahun 2021 dalam Profil Kesehatan Indonesia, pada tahun 2019 angka insiden TB Paru di Indonesia sebanyak 312 orang dengan jumlah penduduk 100.000, dan pada tahun 2020 angka insiden TB Paru sebanyak 301 orang dengan jumlah penduduk

100.000, sedangkan angka kematian TB Paru pada tahun 2019 dan 2020 masih sama yaitu sebanyak 34 orang dengan jumlah penduduk 100.000 (Kemenkes RI Ditjen P2P, 2021)

Berdasarkan data yang didapat di Dinas Kesehatan Provinsi NTT (2021), Provinsi Nusa Tenggara Timur menempati posisi ke-29 dari 34 provinsi dengan jumlah kasus 26,8% (Kemenkes RI Ditjen P2P, 2021), sedangkan prevalensi TB Paru di Kabupaten Ende menempati urutan ke-11 dari 22 Kabupaten dengan jumlah kasus TB Paru pada tahun 2018 sebanyak 2.283 (0,27%) (Riskesdas, 2018)

Kabupaten Ende merupakan salah satu Kabupaten di Indonesia provinsi Nusa Tenggara Timur dengan jumlah kasus TB yang masih cukup tinggi. Kasus ini mengalami peningkatan dari tahun 2020 sampai tahun 2022. Pada tahun 2020 penderita TB Paru di Kabupaten Ende sebanyak 213 orang, tahun 2021 sebanyak 331 orang dan pada tahun 2022 mengalami peningkatan sebanyak 545 orang (Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Ende, 2022).

Menurut data rekam medic RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Ende diketahui bahwa pada tahun 2021 sebanyak 22 orang, diantaranya laki-laki 12 orang dan perempuan 10 orang, dan pada tahun 2022 mengalami peningkatan yaitu sebanyak 87 orang, diantaranya laki-laki dengan jumlah 60 orang dan perempuan 27 orang. (Profil RSUD Ende, 2022).

Melihat angka morbiditas pasien Tuberculosis paru yang tinggi di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Ende perawat perlu menyiapkan diri secara profesional dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai kompetensinya.

Peran perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan yang bertanggung jawab dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat Tuberkulosis Paru.

Berdasarkan pengalaman peneliti dan hasil pengamatan yang di dapatkan peneliti saat melakukan praktik klinik keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat jarang menggunakan referensi buku 3 S (SDKI, SIKI, SLKI) atau referensi lainnya. Dalam pelaksanaannya tentu tidak terlepas dari memberikan asuhan keperawatan tersebut dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian keperawatan, menentukan masalah keperawatan secara tepat, menyusun intervensi keperawatan, hingga memberikan tindakan serta melakukan evaluasi. sehingga masalah yang sering muncul pada pasien dengan tuberculosis dapat teratasi dengan baik.

Penanggulangan Tuberculosis Paru dapat di fokuskan pada semua aspek penyembuhan mulai dari preventif, kuratif (pengobatan), promotif hingga rehabilitative. (Listia, 2019)

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

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dapat dirumuskan masalah dalam penulisan proposal karya tulis ilmiah ini adalah “Bagaimana gambaran pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan diagnosa medis Tuberculosis Paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende ”

C. Tujuan

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

1. Tujuan umum

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

2. Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan pengkajian keperawatan pada pasien dengan diangnosa medis TB paru di RSUD Ende
- b. Merumuskan Masalah keperawatan pada pasien dengan diangnosa medis TB paru di RSUD Ende
- c. Menyusun rencana keperawatan pada pasien dengan diangnosa medis TB paru di RSUD Ende
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diangnosa medis TB paru di RSUD Ende
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis TB paru di RSUD Ende
- f. Mampu menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus pada pasien dengan diagnosa medis TB paru di RSUD Ende

D. Manfaat Studi Kasus

1. Manfaat teoritis

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

2. Manfaat praktis

a. Bagi klien

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

b. Bagi Rumah Sakit

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

c. Bagi peneliti selanjutnya

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori

1. Pengertian

Tuberculosis adalah penyakit yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*. Tuberculosis biasanya menyerang bagian paru-paru, yang kemudian dapat menyerang ke semua bagian tubuh. Infeksi biasanya terjadi pada 2-10 minggu. Pasca 10 minggu, akan muncul manifestasi penyakit pada pasien karena gangguan dan ketidakefektifan respons imun. Namun demikian, proses aktivasi TBC ini juga dapat berlangsung secara berkepanjangan (Kardiyudiyani & susanti, 2019).

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

2. Etiologi

Tuberculosis (TBC) disebabkan oleh sejenis bakteri yang disebut *Mycobacterium tuberculos is*. Penyakit ini menyebar saat penderita TB

batuk atau bersin dan orang lain menghirup *droplet* yang dikeluarkan, yang mengandung bakteri TB. Meskipun TB menyebar dengan cara yang sama dengan flu, penyakit ini tidak menular dengan mudah, dibutuhkan kontak dalam waktu beberapa jam dengan orang yang terinfeksi. (Kardiyudiyani & susanti, 2019)

Mycobakterium tuberculosis merupakan bakteri gram positif yang bersifat aerob obligat (bakteri yang mutlak memerlukan oksigen bebas dalam hidupnya), tidak mempunyai endospore dan kapsul, tidak motil, tahan terhadap asam, bentuk sel batang dengan ukuran 0,2-0,4* 2-10 µm, tumbuh pada suhu 37⁰c dengan pertumbuhan yang lambat yaitu 2-60 hari. Genus bakteri ini mempunyai karakteristik yang unik karena memiliki dinding sel yang kaya akan lipid dan lapisan tebal peptidoglikan yang mengandung asam mikolat, arabinogalaktan. (Buntuan, 2014)

3. Patofisiologi

Jika kuman dibatukkan atau dibersinkan maka kuman TB Paru akan keluar menjadi droplet nuklei dalam udara oleh pasien TB Paru dan dihirup oleh orang lain maka dapat terjadi penularan. Partikel ini dapat menetap dalam udara bebas 1-12 jam tergantung ada atau tidak adanya sinar ultraviolet, ventilasi yang baik dan kelembaban. Ketika kuman ini terhirup oleh orang yang sehat maka kuman ini akan menempel pada alveoli kemudian partikel ini akan berkembang biak sampai pucak apeks paru sebelah kanan atau kiri dan dapat pula keduanya dengan melewati

pembuluh limfe, basil berpindah ke bagian paru-paru yang lain atau jaringan tubuh yang lain.

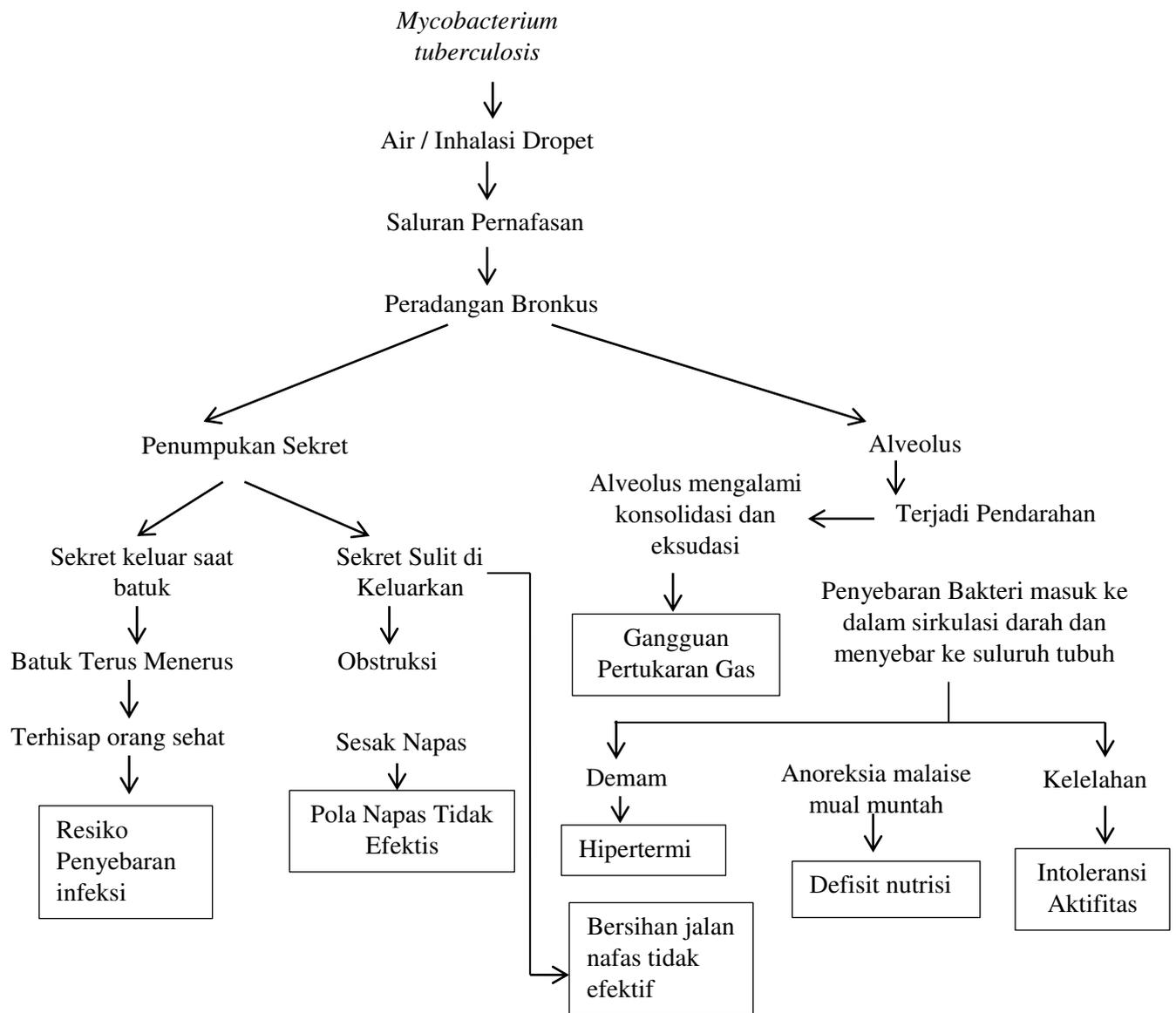
Selanjutnya infeksi akan menyebar melalui sirkulasi, yang pertama terangsang adalah limfokinase yaitu akan dibentuk lebih banyak untuk merangsang makrofag, berkurang atau tidaknya jumlah kuman tergantung pada jumlah makrofag, karena fungsinya adalah membunuh kuman yang apabila proses ini berhasil dan makrofag lebih banyak maka klien akan sembuh dan daya tahan tubuh akan meningkat, tetapi apabila daya tahan tubuh mengalami penurunan maka kuman tadi akan menyerang di dalam jaringan paru-paru dengan membentuk tuberkel (biji-biji kecil sebesar kepala jarum).

Tuberkel akan bertambah besar secara progresif dan menjadi salah satu dan timbul penghijauan di tempat tersebut. Disaat batuk dikeluarkan akan menjadi aneurisma sehingga jaringan yang nekrosis terangkat dan pembuluh darah di bawah jaringan tersebut pecah, maka klien akan mengalami batuk darah tuberkulosis yang mencapai permukaan alveolus biasanya diinhalasi sebagai suatu unit yang terdiri dari satu sampai tiga basil, gumpalan basil yang lebih besar cenderung tertahan disaluran hidung dan cabang besar bronkus dan tidak menyebabkan penyakit.

Setelah berada di ruang alveolus, biasanya di bagian bawah lobus atas paru atau bagian atas lobus bawah hasil tuberkel ini membangkitkan reaksi peradangan. Leukosit polimorfnuklear tampak pada tempat tersebut dan memfagosit bakteri namun tidak membunuh organisme

tersebut, sesudah hari-hari pertama leukosit diganti oleh makrofag. Alveoli yang terserang akan mengalami konsolidasi, dan timbul pneumonia akut, pneumonia selular dapat sembuh dengan sendirinya, sehingga tidak ada sisa yang tertinggal atau proses dapat berjalan terus dan bakteri terus difagosit atau berkembang biak di dalam sel. Basil juga dapat menyebar melalui getah bening regional. Makrofag yang mengadakan infiltrasi dan menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu sehingga membentuk sel epiteloid, yang dikelilingi oleh limfosit. Reaksi ini biasanya membutuhkan waktu 10 sampai 20 hari. (Umara *et al.*, 2023)

4. Patway



Gambar 2.1 Pathway TB Paru

5. Manifestasi klinis

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

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

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

Adapun dengan gejala lain meliputi :

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

b. Menurut (Mar'iyah Khusnul., Zulkarnain, 2021) tanda dan gejala seseorang mengalami Tuberculosis Paru meliputi :

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

Dengan gejala lain seperti :

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

6. Komplikasi

Tanpa pengobatan, Tuberculosis bisa berakibat fatal. Penyakit aktif yang tidak diobati biasanya menyerang paru-paru, tetapi bisa menyebar ke bagian tubuh lain melalui aliran darah. Komplikasi yang mungkin terjadi pada penderita Tuberculosis Paru antara lain :

- a. Nyeri tulang belakang. Nyeri punggung dan kekakuan merupakan gejala komplikasi tuberculosis yang umum terjadi pada setiap penderita penyakit ini.
- b. Kerusakan sendi. Atritis tuberculosis biasanya menyerang pinggul dan lutut.
- c. Infeksi pada meningen (meningitis). Hal ini dapat menyebabkan sakit kepala yang berlangsung lama atau intermiten yang terjadi selama berminggu-minggu.
- d. Masalah hati atau ginjal. Hati dan ginjal membantu menyaring limbah dan kotoran dan aliran darah. Fungsi ini menjadi terganggu jika hati atau ginjal terkena tuberculosis.
- e. Gangguan jantung. Meskipun jarang terjadi, tuberculosis dapat menginfeksi jaringan yang mengelilingi jantung, menyebabkan pembengkakan, dan tumpukan cairan yang dapat mengganggu kemampuan jantung untuk memompa secara efektif (Puspasari, 2019).

Adapun komplikasi lain Tuberculosis Paru menurut (Nurrasyidah, 2018) yang dapat terjadi pada pasien meliputi :

- a. Batuk darah, yaitu dahak berdarah yang dibatukkan berasal dari saluran napas bagian bawah
- b. Pneumotoraks, terkumpulnya udara di rongga pleura, sehingga menyebabkan jaringan paru kolaps.
- c. Efusi pleura dan empiema, efusi pleura adalah pengumpulan cairan di rongga pleura.
- d. Luluh paru, adalah gambaran radiologi yang menunjukkan kerusakan jaringan paru yang berat terdiri dari atelaktasis, ekstasis/ mutikaviti dan fibrosis parenkim paru

7. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Pemeriksaan sputum BTA (+).
- b. Adanya peningkatan Laju Endap Darah (LED) biasanya disebabkan peningkatan imunologi terutama IgG dan IgA.
- c. Pemeriksaan pus, cairan serebrospinal (sumsum tulang belakang), cairan pleura, jaringan tubuh, feses dan swab tenggorok (Arif Mutaqin, 2008).

8. Penatalaksanaan Medis

- a. Penatalaksanaan medis
 - 1) Tujuan pengobatan TB adalah :
 - a) Menyembuhkan, mempertahankan kualitas hidup dan produktivitas pasien.

- b) Mencegah kematian akibat TB aktif atau efek lanjutan.
- c) Mencegah kekambuhan TB.
- d) Mengurangi penularan TB pada orang lain. (Guanabara et al., 2020)

2) Prinsip pengobatan TB

Menurut (Guanabara et al., 2020) Obat Anti Tuberkulosis (OAT) adalah komponen terpenting dalam pengobatan TB. Pengobatan TB adalah salah satu upaya paling efisien untuk mencegah penyebaran lebih lanjut dari kuman TB. Pengobatan yang adekuat harus memenuhi prinsip :

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

3) Tahap pengobatan TB

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

- a) Mengatur posisi pasien semi fowler
- b) Mengajarkan teknik batuk efektif dan menarik napas dalam
- c) Memberikan dan menganjurkan pasien minum air 7-8 gelas berukuran 230 ml per hari atau dengan total 2 liter.

- d) Menganjurkan pasien makan makanan yang tinggi kalori dan protein.
- e) Menganjurkan pasien banyak istirahat.
- f) Menganjurkan menggunakan masker

B. Konsep Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien TBC antara lain :

1. Bersihan jalan napas tidak efektif

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

Penyebab fisiologis :Spasme jalan napas, Hipersekresi jalan napas, Disfungsi neuromuskuler, Benda asing dalam jalan napas, Sekresi yang tertahan, Hiperplasia dinding jalan napas, proses infeksi, respin alergi, efek agen farmakologis (misalnya. anastresi).

Penyebab situasional :Merokok aktif, Merokok pasif, Terpajan polutan.

Gejala dan Tanda mayor :

Subjektif : -

objektif :Batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, Mengi, Wheezing dan/atau ronki kering.

Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif :Dispnea, sulit bicara, ortopnea.

Objektif :Gelisah, sianosis, bunyi napas menurun, frekuensi napas berubah, pola napas berubah.

2. Gangguan pertukaran gas

Definisi :Kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler.

Penyebab : Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membran alveolus-kapiler.

Gejala dan Tanda mayor :

Subjektif : Dispnea.

Objektif : PCO_2 meningkat/menurun, PO_2 menurun, takikardia, pH arteri meningkat/menurun, bunyi napas tambahan.

Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif : Pusing, penglihatan kabur.

Obyektif : Sianosis, diaforesis, gelisah, napas cuping hidung, pola napas abnormal (cepat/lambat, regular/ireguler, dalam/dangkal), warna kulit abnormal (mis. pucat, kebiruan), kesadaran menurun.

3. Pola napas tidak efektif

Defenisi : **inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.**

Penyebab : Depresi pusat pernapasan, Hambatan upaya napas (mis. nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan), Deformitas dinding dada, Deformitas tulang dada, Gangguan neuromuscular,Gangguan neurologis (mis. elektroensefalogram [EEG] positif, cedera kepala, gangguan kejang),Imaturitas neurologis,Penurunan energy,Obesitas,Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru,Sindrom hipoventilasi,Kerusakan inervasi

diafragma (kerusakan saraf C5 keatas),Cidera pada medula spinalis,Efek, agen farmakologis, Kecemasan.

Gejala dan tanda mayor :

Subyektif : dyspnea

Obyektif : penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal (mis. Takipnea, bradypnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes).

Gejala dan tanda minor :

Subyektif : ortopnea

Obyektif : pernapasan pursed-lip, pernapasab cuping hidung, diameter thoraks anterior-posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, ekskursi dada berubah.

4. Resiko infeksi

Defenisi : beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor resiko : Penyakit kronis (mis. diabetes. melitus), Efek prosedur invasi, Malnutrisi, Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.

Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : (Gangguan peristaltik, Kerusakan integritas kulit, Perubahan sekresi pH, Penurunan kerja siliaris, Ketuban pecah lama, Ketuban pecah sebelum waktunya,Merokok,statis cairan tubuh).

Ketidaktekatan pertahanan tubuh sekunder : (Penurunan hemoglobin, Imunosupresi, Leukopenia, Supresi respon inflamasi, Vaksinasi tidak adekuat.

5. Defisit nutrisi

Definisi :Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab :Ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi makanan, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi (misalnya. finansial tidak cukup), faktor psikologis (misalnya. stres, keengganan untuk makan).

Gejala dan Tanda mayor :

Subjektif :-.

Objektif :Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal.

Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif :Cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun.

Objektif :Bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membrane mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare.

6. Hipertermia

Definisi :Suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh.

Penyebab :Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, proses penyakit (misalnya. infeksi, kanker), ketidaksesuaian pakaian dengan suhu

lingkungan, peningkatan laju metabolisme, respon trauma, aktivitas berlebihan, penggunaan incubator.

Gejala dan Tanda mayor :

Subjektif :-.

Objektif : Suhu tubuh di atas nilai normal.

Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif :-.

Objektif : Kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, kulit terasa hangat.

7. Intoleransi aktivitas

Definisi : Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Penyebab : Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas, gaya hidup monoton.

Gejala dan Tanda mayor :

Subjektif : mengeluh lelah

Objektif : Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat.

Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif : Dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah.

Objektif : Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

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

1. Pengkajian

A. Pengumpulan Data

1). Biodata

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

2). Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama

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

b) Riwayat kesehatan sekarang

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

c) Riwayat kesehatan masa lalu

Biasanya klien penderita TB paru, keluhan batuk yang lama pada masa kecil, tuberculosis dari orang lain, pembesaran getah bening

dan penyakit lainnya yang memperberat TB paru seperti diabetes melitus.

d) Riwayat kesehatan keluarga.

Bertanya pada anggota keluarga atau orang terdekat klien yang menderita penyakit tuberculosis paru sehingga diteruskan penularannya.

3). Pola-pola fungsi kesehatan

a) Pola persepsi kesehatan.

Persepsi yang buruk terhadap penyakit dapat menghambat respon kooperatif pada diri pasien.

b) Pola nutrisi dan metabolic.

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

c) Pola eliminasi.

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

d) Pola aktivitas dan latihan.

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

e) Pola sensori dan kognitif.

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

f) Pola tidur dan istirahat.

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

g) Pola persepsi dan konsep diri.

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

h) Pola hubungan dan peran

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

i) Pola reproduksi seksual

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

j) Pola coping/toleransi stres.

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

k) Pola nilai/kepercayaan.

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

B. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum

Tekanan darah normal (kadang rendah karena kurang istirahat), nadi pada umumnya meningkat, pernafasan biasanya meningkat, suhu biasanya meningkat pada malam hari.

2. Kepala

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

3. Thorak

Kadang terlihat retraksi interkosta dan tarikan dinding dada, biasanya pasien kesulitan saat inspirasi, fremitus paru yang terinfeksi biasanya lemah, saat diperkusi terdapat suara pekak dan bunyi napas ronchi saat di auskultasi.

4. Abdomen

Tampak simetris, terdapat suara tympani, biasanya bising usus pasien tidak terdengar.

5. Ekstermitas atas dan bawah

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

C. Tabulasi Data

Batuk, batuk berdarah, batuk berdahak, sesak napas, nyeri dada, demam, keringat di malam hari, nafsu makan menurun, kelemahan otot, berat badan menurun, sulit tidur, penggunaan otot bantu pernafasan, suara napas ronchi, napas cuping hidung, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

D. Klasifikasi Data

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

Do : Berat badan menurun, batuk, batuk berdahak, batuk berdarah, suara napas ronchi, penggunaan otot bantu pernafasan, kelemahan otot, nyeri dada, napas cuping hidung, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat.

E. Analisa Data

Tabel 2.2 analisa data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
<p>Tanda mayor : Subjektif : - objektif : Batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, Mengi, Wheezing dan/atau ronki kering.</p> <p>Tanda Minor : Subjektif : Dispnea, sulit bicara, ortopnea. Objektif : Gelisah, sianosis, bunyi napas menurun, frekuensi napas berubah, pola napas berubah.</p>	Hipersekresi jalan napas	Bersihkan jalan napas tidak efektif.
<p>Tanda mayor : Subjektif : Dispnea. Objektif : PCO₂ meningkat/menurun, PO₂ menurun, takikardia, pH arteri meningkat/menurun, bunyi napas tambahan.</p> <p>Tanda Minor : Subjektif : Pusing, penglihatan kabur. Objektif : Sianosis, diaforesis, gelisah, napas cuping hidung, pola napas abnormal (cepat/lambat, regular/ireguler, dalam/dangkal), warna kulit abnormal (mis. pucat, kebiruan), kesadaran menurun.</p>	Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi.	Gangguan pertukaran gas
<p>Gejala dan tanda mayor : Subjektif : dyspnea Objektif : penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal (mis. Takipnea, bradypnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes).</p>	Produksi sekret meningkat.	Pola napas tidak efektif.

<p>Gejala dan tanda minor : Subyektif : ortopnea Obyektif : pernapasan pursed-lip, pernapasab cuping hidung, diameter thoraks anterior-posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, ekskursi dada berubah.</p>		
<p>Subyektif : - Obyektif : -</p>	<p>Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan.</p>	<p>Risiko infeksi</p>
<p>Gejala dan Tanda mayor : Subjektif :-. Objektif :Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal.</p> <p>Gejala dan Tanda Minor : Subjektif :Cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun. Objektif :Bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membrane mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare.</p>	<p>Peningkatan kebutuhan metabolisme</p>	<p>Defisit nutrisi.</p>
<p>Gejala dan Tanda mayor : Subjektif :-. Objektif : Suhu tubuh di atas nilai normal.</p> <p>Gejala dan Tanda Minor : Subjektif :-. Objektif : Kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, kulit terasa hangat.</p>	<p>Proses penyakit.</p>	<p>Hipertermi.</p>

<p>Gejala dan Tanda mayor : Subjektif :mengeluh lelah Objektif :Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat.</p> <p>Gejala dan Tanda Minor : Subjektif : Dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah. Objektif: Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis.</p>	Kelemahan.	Intoleransi aktivitas.
--	------------	------------------------

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada penderita TB Paru diantaranya sebagai berikut (Tim Pokja SDKI PPNI, 2016) :

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

ditandai dengan :

Gejala dan tanda mayor :

Subyektif : dyspnea

Obyektif : penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal (mis. Takipnea, bradypnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes).

Gejala dan tanda minor :

Subyektif : ortopnea

Obyektif : pernapasan pursed-lip, pernapasan cuping hidung, diameter thoraks anterior-posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, ekskursi dada berubah.

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

Gejala dan Tanda mayor :

Subjektif : -

objektif : Batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, Mengi, Wheezing dan/atau ronki kering.

Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif : Dispnea, sulit bicara, ortopnea.

Objektif : Gelisah, sianosis, bunyi napas menurun, frekuensi napas berubah, pola napas berubah.

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

Gejala dan Tanda mayor :

Subjektif : Dispnea.

Objektif : PCO_2 meningkat/menurun, PO_2 menurun, takikardia, pH arteri meningkat/menurun, bunyi napas tambahan.

Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif : Pusing, penglihatan kabur.

Obyektif : Sianosis, diaforesis, gelisah, napas cuping hidung, pola napas abnormal (cepat/lambat, regular/ireguler, dalam/dangkal), warna kulit abnormal (mis. pucat, kebiruan), kesadaran menurun.

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

Gejala dan Tanda mayor :

Subjektif :-.

Obyektif :Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal.

Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif :Cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun.

Obyektif :Bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membrane mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare.

- e. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan :

Gejala dan Tanda mayor :

Subjektif :-.

Obyektif : Suhu tubuh di atas nilai normal.

Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif :-.

Obyektif :Kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, kulit terasa hangat.

- f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan:

Gejala dan Tanda mayor :

Subjektif :mengeluh lelah

Objektif :Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat.

Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif :Dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah.

Objektif :Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis.

- g. Risiko infeksi ditandai dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan.

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.3 Rencana keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan/ Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Pola napas tidak efektif berhubungan hambatan upaya napas.	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah pola napas tidak efektif dapat teratasi. Kriteria hasil : 1) Dispnea menurun 2) Penggunaan otot bantu napas menurun 3) Pemanjangan fase ekspirasi menurun 4) Frekuensi napas membaik 5) Kedalaman napas membaik	1) Manajemen jalan napas observasi a) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) b) Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) c) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik d) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma fraktur servikal) e) Posisikan semi-fowler atau fowler f) Berikan minum hangat

			<p>g) <u>Lakukan fisioterapi dada</u>, jika perlu</p> <p>h) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</p> <p>i) Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal</p> <p>j) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill</p> <p>k) <u>Berikan oksigen</u>, jika perlu Edukasi</p> <p>l) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi</p> <p>m) Ajarkan Teknik batuk efektif Kolaborasi</p> <p>n) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.</p>
2.	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Hipersekresi jalan napas.	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah Bersihkan jalan napas tidak efektif teratasi</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Batuk efektif meningkat 2) Produksi sputum menurun 3) Mengi menurun 4) Wheezing menurun 5) Mekonium menurun 6) Dispnea membaik 7) Ortopnea membaik 8) Sulit bicara membaik 9) Sianosis membaik 10) Gelisah membaik 11) Frekuensi napas membaik 12) Pola napas membaik 	<p>1) Manajemen jalan napas</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) b) Monitor bunyi napas (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronki kering) c) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> d) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan <i>head-tilt</i> dan <i>chin-lift</i> (<i>jaw-thrust</i> jika curiga trauma servikal) e) Posisikan semi-fowler atau fowler f) Berikan minum hangat g) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu h) Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik i) Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal

			<p>j) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill</p> <p>k) Berikan oksigen, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>l) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi</p> <p>m) Anjurkan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi</p> <p>n) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p>
3	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi.	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah Gangguan pertukaran gas teratasi</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tingkat kesadaran meningkat 2) Dispnea menurun 3) Bunyi napas tambahan menurun 4) Pusing menurun 5) Penglihatan kabur menurun 6) Diaforesis menurun 7) Gelisah menurun 8) Napas cuping hidung menurun 9) PCO₂ membaik 10) PO₂ membaik 11) Takikardia membaik 12) pH arteri membaik 13) sianosis membaik 14) pola napas membaik 15) warna kulit membaik 	<p>1) Pemantauan respirasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas b) Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmeul, <i>cheyne-stokes</i>, biot, ataksik) c) Monitor kemampuan batuk efektif d) Monitor adanya produksi sputum e) Monitor adanya sumbatan jalan napas f) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru g) Askultasi bunyi napas h) Monitor saturasi oksigen i) Monitor nilai AGD j) Monitor hasil x-ray toraks <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> k) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien l) Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> m) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

			n) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
4	Defisit nutrisi berhubungan dengan Peningkatan kebutuhan metabolisme.	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah Defisit nutrisi teratasi</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Porsi makan yang di habiskan meningkat 2) Kekuatan otot pengunyah meningkat 3) Kekuatan otot menelan meningkat 4) Serum albumin meningkat 5) Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat 6) Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 7) Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat 8) Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat 9) Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat 10) Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat 11) Perasaan cepat kenyang menurun 12) Nyeri abdomen menurun 13) Sariawan menurun 14) Rambut rontok menurun 15) Diare menurun 16) Berat badan membaik 17) Indikasi masa tubuh (IMT) membaik 18) Frekuensi makan membaik 19) Nafsu makan membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Manajemen nutrisi <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Identifikasi status nutrisi b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan c) Identifikasi makanan yang disukai d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi e) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik f) Monitor asupan makanan g) Monitor berat badan h) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> i) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu j) Fasilitasi pedoman penentuan diet (mis, piramida makan) k) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai l) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi m) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein n) Berikan suplemen makanan, jika perlu o) Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> p) Anjurkan posisi duduk, jika mampu q) Anjurkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> r) Kolaborasi pemberian

		20) Bising usus membaik 21) Tebal lipatan kulit trisep membaik 22) Membrane mukosa membaik	medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri, antiemetic), jika perlu s) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
5	Hipertermia berhubungan dengan Proses penyakit.	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam di harapkan agar suhu tubuh tetap berada pada rentang normal. Kriteria hasil : 1) Kulit merah menurun 2) Kejang menurun 3) Akrosianosis menurun 4) Konsumsi oksigen menurun 5) Piloereksi menurun. 6) Vasikonstriksi perifer menurun 7) Kutis memorata menurun 8) Pucar menurun 9) Takikardi menurun 10) Takipnea menurun 11) Bradikardi menurun 12) Dasar kuk sianotik menurun 13) Hipoksia menurun 14) Suhu tubuh membaik 15) Suhu kulit membaik 16) Tekanan darah membaik 17) Kadar glukosa darah membaik 18) Pengisian kapiler membaik 19) Ventilasi membaik	1) Manajemen hipertermia Observasi : a) Identifikasi hipertermi (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator.) b) Monitor suhu tubuh c) Monitor kadar elektrolit d) Monitor haluaran urine e) Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik f) Sediakan lingkungan yang dingin g) Longgarkan atau lepaskan pakaian h) Basahi dan kipasi permukaan tubuh i) Berikan cairan oral j) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) k) Lakukan pendinginan eksternal (mis, selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) l) Hindari pemberian antipiretik atau aspirin m) Berikan oksigen, <i>jika perlu</i> Edukasi n) Anjurkan tirah baring Kolaborasi o) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, <i>jika perlu.</i>

6	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan.	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan respon fisiologis terhadap aktifitas yang membutuhkan tenaga mambaik</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Frekuensi nadi meningkat 2) Saturasi oksigen meningkat 3) Kemudahan dalam melakukan aktifitas sehari-hari meningkat 4) Kecepatan berjalan meningkat 5) Jarak berajalan meningkat 6) Kekuatan tubuh bagian atas meningkat 7) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 8) Toleransi dalam menaiki tangga meningkat 9) Keluhan lelah menurun 10)Dyspnea saat aktifitas menurun 11)Dyspnea setelah aktifitas menurun 12)Perasaan lemah menurun 13)Aritmia saat aktifitas menurun 14)Aritmia setelah aktifitas menurun 15)Sianosis menurun 16)Warna kulit membaik 17)Tekanan darah membaik 18)Frekuensi napas membaik 19)EKG iskemia membaik 	<p>1) Manajemen energy</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan b) Monitor kelelahan fisik dan emosional c) Monitor pola dan jam tidur d) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> e) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan) f) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif g) Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan h) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> i) Anjurkan tirah baring j) Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap k) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang l) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> m) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
---	---	---	--

4. Implementasi Keperawatan

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

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, setelah tindakan keperawatan diberikan perawat akan mengevaluasi respon pasien untuk memastikan bahwa hasil yang di harapkan telah tercapai, penentuan apakah rencana keperwatan efektif dan bagaimana selanjutnya ditentukan melalui hasil evaluasi sehingga evaluasi akan terus dilakukan, tujuan evaluasi dalam keperawatan merupakan untuk menilai pencapaian tujuan pada rencana keperawatan yang telah di tetapkan, mengidentifikasi variable-variabel yang mempengaruhi pencapaian tujuan dan mengambil keputusan apakah rencana keperawatan diteruskan, dimodifikasi atau dihentikan.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan /Desain Studi Kasus

Desain studi kasus yang digunakan adalah deskriptif dalam bentuk metode studi kasus. Metode deskriptif merupakan suatu metode yang memiliki tujuan dengan memberikan gambaran situasi atau fenomena secara jelas dan rinci tentang apa yang terjadi (Ariyanti, Yati. 2020). Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pada klien dengan diagnosa medic TB Paru.

B. Subjek Studi Kasus

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

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional).

Tabel 3.1 Defenisi operasional dalam studi kasus ini :

No.	Pernyataan	Definisi operasional
1	Asuhan Keperawatan	Suatu bentuk pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan meliputi kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual yang diberikan langsung kepada klien.
2	TB Paru	Merupakan suatu gangguan sistem pernapasan akut yang disebabkan oleh kuman Micobakterium tuberculosis

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus akan dilaksanakan di Rumah sakit Umum Daerah Ende di Ruang Perawatan Khusus selama 3 hari.

E. Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan proposal studi kasus. Setelah disetujui oleh pembimbing studi kasus maka dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data studi kasus berupa hasil pengukuran, observasi, wawancara, pelaksanaan tindakan dan studi dokumentasi terhadap kasus yang dijadikan subjek studi kasus. Proses pengumpulan data diawali dengan meminta ijin Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan ijin dari Direktur kemudian meminta ijin Kepala Ruang Penyakit Dalam. Setelah mendapatkan ijin, penulis diperbolehkan untuk memilih pasien untuk menentukan kasus yang dipilih. Setelah itu memilih responden lalu menjelaskan tujuan, bila responden setuju penulis meminta tanda tangan informend Consent. Data studi kasus berupa hasil pengukuran, observasi wawancara

terhadap kasus yang dijadikan subyek kasus. Setelah dilakukan pengkajian data diinterpretasikan dengan melihat kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

F. Teknik Pengumpulan Data

Pada penulisan ini metode pengumpulan data yang digunakan yaitu :

1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata klien, tanggung jawab, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Observasi dan pemeriksaan fisik

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

3. Studi dokumentasi

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

G. Instrument Pengumpulan data

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

H. Keabsahan Data

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

1. Data primer

Sumber data yang dikumpulkan dari 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, riwayat kesehatan terdahulu, dan keluhan-keluhan pasien selama dirawat di rumah sakit.

2. Data Sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat klien (keluarga) meliputi riwayat kesehatan keluarga dan data lain yang didapatkan dari catatan rekam medic.

I. Analisis 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 di lakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Ende (RSUD) Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah yang berada di jalan Sam Ratulangi. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan salah satunya adalah Ruang Penyakit Dalam III, dimana ruangan ini merupakan ruangan yang merawat pasien penyakit tidak menular maupun pasien penyakit menular. Ruang Penyakit Dalam III, terdiri dari 3 ruangan dengan kapasitas bed 18, yang terdiri dari kelas A berjumlah 7 bed, kelas B berjumlah 7 bed, dan kelas C berjumlah 4 bed, dimana ruangan C yang merawat pasien dengan penyakit menular, dengan tenaga perawat sebanyak 18 orang, yang terdiri dari, diploma 3 berjumlah 17 orang, strata I berjumlah 1 orang, dengan struktur organisasi tertinggi adalah kepala ruangan.

2. Gambaran Subyek Studi Kasus

Pasien Tn. H. U, umur 52 tahun, beragama islam. Pasien rawat di RPD III pada tanggal 18 Juli 2023 jam 20.00 WITA dengan keluhan batuk disertai sesak napas. Pekerjaan klien adalah nelayan. Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 24 Juli 2023. Subyek dalam penelitian ini adalah satu orang klien dengan Diagnosa Tuberculosis Paru.

1. Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

A. Pengkajian

1) Biodata

Klien berinisial Tn. H. U, berusia 52 tahun, beralamat di Rukun lima, Pekerjaan sehari-hari sebagai nelayan dan memiliki usaha parut kelapa. Klien beragama islam dan pendidikan terakhir klien adalah sekolah dasar, klien sudah menikah dan memiliki 5 orang anak, penanggung jawab pasien adalah istrinya dengan berinisial Ny. N umur 43 tahun beralamat di Pu'urere Rukun Lima, pendidikan terakhir SMP, pekerjaan sebagai Ibu Rumah Tangga.

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan utama

Klien mengatakan sesak napas disertai batuk dengan dahak yang berlebih.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat di kaji tanggal 24 Juli 2023 Pukul 06.45, Klien mengatakan sesak napas, disertai batuk dengan dahak berlebih dan karena terasa sesak sehingga sulit melakukan aktifitas seperti ke toilet, dan berjalan. Keadaan umum klien tampak lemah, Pasien terpasang oksigen nasal kanul 5 liter per menit, irama napas teratur, bunyi napas vesikuler, auskultasi adanya suara napas tambahan ronki, produksi sputum \pm 10-20 cc warna kuning

kehijauan, TD 130/80 mmHg, RR : 26 x/menit S: 36,2°c, Spo2 98%.

c) Riwayat kesehatan masa lalu

Istri klien mengatakan bahwa klien sebelumnya tidak memiliki riwayat Tuberculosis Paru. Istri klien mengatakan Klien pernah memeriksa kesehatan klien di Puskesmas Rukun Lima tanggal 11 Juli 2023, dengan keluhan sesak napas dan batuk. Tanggal 17 Juli 2023 pasien datang kembali memeriksa kesehatannya di Puskesmas Rukum Lima dengan keluhan sesak napas dan batuk namun batuk yang disertai darah, Dokter mengatakan kepada istri klien bahwa klien memiliki tanda dan gejala TB. Dokter merujuk klien dan segera mengantarkan klien ke RSUD Ende dengan diagnosa medis TB Paru dengan keluhan sesak napas disertai batuk berdahak bercampur darah.

3) Pola-pola fungsi kesehatan

a) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Sebelum MRS : Pasien mengatakan selalu berobat ke dokter atau difasilitas kesehatan. **Saat MRS** : Pasien mengatakan bahwa penyakit yang dideritanya karena sering merokok, terpapar asap rokok juga karena terlalu bekerja yang berat.

b) Pola nutrisi metabolic

Sebelum MRS : Istri klien mengatakan makan 3x sehari dengan menu makan nasi, sayur, tempe tahu, dan ikan, menghabiskan

porsi makan yang disediakan. Tidak ada pantangan makanan, minum air putih 6-7 gelas/hari (250 cc) berat badan 46 kg, tinggi badan 159 cm. **Saat MRS** : Istri klien mengatakan makan 3x sehari, porsi makan selalu dihabiskan, selera makan baik, menu makanan bubur, sesekali nasi, sayuran hijau, telur dan daging, tidak ada mual muntah saat makan, klien minum air putih 5-6 gelas/hari, tonus otot baik, berat badan 46 Kg, Tinggi badan 159 cm.

c) Pola eliminasi

Sebelum MRS : Klien mengatakan BAB 1-2 kali sehari dengan konsistensi padat terkadang lunak, warna kuning, tidak mengalami gangguan saat BAB. BAK 2-3 kali sehari dengan warna kuning, urin lancar, tidak terasa nyeri saat berkemih. **Saat MRS** : klien BAB 1-2 kali sehari. Sedangkan BAK 2-3 kali sehari dengan warna kuning. Klien berkemih secara spontan.

d) Pola aktifitas dan istirahat

Sebelum MRS : Klien mengatakan sehari-hari ia bekerja di pasar. Klien sering menghabiskan waktu pagi hingga siang hari ke pasar untuk bekerja dengan usahanya yaitu parut kelapa. Klien mengatakan sesekali batuk dan sesekali nyeri dada, dan mudah lelah saat beraktifitas. Semua aktifitas dilakukan secara mandiri. **Saat MRS** : klien mengatakan tidak mampu melakukan aktifitas

secara mandiri dan mudah lelah, aktifitas dibantu oleh keluarga dan perawat seperti makan, berpakaian, dan buang air kecil.

e) Pola sensori dan kognitif

Sebelum MRS : klien mengatakan dapat membedakan antara yang satu dengan yang lainnya seperti warna, bentuk, gambar, dan penciuman klien masih baik. Ketika ditanya hari ini hari apa, bulan berapa klien mampu menjawab dengan benar. **Saat MRS** : klien dapat menyebutkan nama barang, bentuk dan warna, klien dapat menjawab dengan baik pada saat ditanya, bulan berapa sekarang, tanggal berapa dan klien tidak tahu penyakit apa yang diderita sekarang.

f) Pola tidur dan istirahat

Sebelum MRS : klien mengatakan sebelum sakit ia biasa tidur malam \pm 6 jam yaitu mulai dari pukul 21.00 malam hingga pukul 05.00 pagi. Klien mengatakan jarang tidur siang. **Saat MRS** : klien mengatakan tidur dengan nyenyak, tidur malam sering terbangun \pm 2-3 kali terbangun karena batuk yang disertai sesak nafas. Klien tidur malam dari pukul 10.00 hingga pukul 06.00 pagi dan tidur siang dari pukul 13.00 hingga 15.00 sore, klien mengatakan terkadang lebih sering tidur pada waktu pagi dan siang hari. Klien mengatakan mudah lelah dan terasa lemah, tidak ada kantong hitam pada mata, fokus ketika diajak bicara, tidak

terlihat sering menguap, dimana klien bisa menjawab pertanyaan dengan baik.

g) Pola persepsi dan konsep diri

Sebelum MRS : gambaran diri : klien menyukai semua bagian tubuhnya karena itu pemberian dari tuhan. Identitas diri : klien bisa menyebut nama lengkap dan tempat tinggalnya. Harga diri : klien mengatakan dia selalu dihargai dan dihormati oleh saudaranya juga istri dan anak-anaknya. Peran diri : klien mengatakan di rumah ada anak dan istrinya dalam satu keluarga. Ideal diri: klien mengatakan dia adalah seorang ayah dan seorang kepala keluarga, **Saat MRS** : Gambaran diri: klien mengatakan dia bisa menerima keadaan fisik dan bentuk tubuhnya meskipun terbaring ditempat tidur. Identitas diri: klien mampu menyebutkan nama lengkap dan tempat tinggalnya. Harga diri: klien mengatakan senang karena perawat dan dokter menghargainya. Peran diri: klien mengatakan saat ini hanyalah seorang pasien. Ideal diri : klien ingin cepat sembuh dan kembali berkumpul dengan keluarga.

h) Pola hubungan dan peran

Sebelum MRS : Klien mengatakan ia adalah seorang suami dan ayah bagi kelima anaknya. Ia bekerja sebagai seorang nelayan. Klien selalu berhubungan baik dengan sesama, tetangganya dan berhubungan harmonis dengan anggota

keluarganya. **Saat MRS** : Klien mengatakan ia tetap menjalin hubungan yang harmonis dengan keluarganya.

i) Pola mekanisme dan toleransi terhadap stres

Sebelum MRS : Klien mengatakan kalau ada masalah ia mampu menyelesaikan dengan cara kekeluargaan dan dengan tenang klien menyelesaikannya. **Saat MRS** : klien tampak tenang dan tidak gelisah. Klien mengatakan ia dapat beradaptasi dengan keadaannya sekarang dan menyerahkan sepenuhnya ke Tuhan.

j) Pola reproduksi seksual

Sebelum MRS : Klien mengatakan ia telah berkeluarga dan memiliki 5 orang anak. Klien mengatakan tidak mengalami gangguan dengan alat alat reproduksinya. Klien mengatakan ia dan istrinya saling mencintai dan menyayangi satu sama lain.

Saat MRS : klien mengatakan saat ini ia tidak mengalami kelainan atau keluhan mengenai alat reproduksi.

k) Pola coping/toleransi stress.

Sebelum MRS : Klien mengatakan kalau ada masalah ia mampu menyelesaikan dengan cara kekeluargaan dan dengan tenang klien menyelesaikannya. **Saat MRS** : klien tampak tenang dan tidak gelisah. Klien mengatakan ia dapat beradaptasi dengan keadaannya sekarang dan menyerahkan sepenuhnya ke Tuhan.

l) Pola nilai/kepercayaan

Sebelum MRS : Pasien mengatakan sebelumnya sering sholat di rumah, **Saat MRS** : pasien mengatakan bahwa ia tidak pernah sholat, tapi pasien selalu berdoa didalam hatinya meminta kepada Tuhan agar lekas sembuh.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum Lemah, kesadaran Composmentis (sadar penuh), nilai GCS 15 dengan respon eye 4 (membuka spontan), respon verbal 5 (Spontan bicara) dan respon motorik 6 (mengikuti perintah), Tanda vital: TD: 130/80 mmHg, Suhu: 36,2⁰ C, Nadi: 97 x/menit, RR: 26x/menit, Spo2 98%, Tinggi badan: 159 cm, Berat Badan: 46 kg, IMT: 18,25

b) Pemeriksaan fisik

Kepala: Rambut *Inspeksi:* warna rambut hitam, tampak bersih, tidak ada masa, rambut tidak rontok, *palpasi:* tidak ada nyeri tekan. **Mata:** *Inspeksi:* bentuk simetris, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, pengelihatian baik, tidak menggunakan alat bantu pengelihatian. **Hidung:** *Inspeksi:* simetris, tidak ada polip. **Telinga:** *Inspeksi:* simetris, tidak ada serumen, telinga bersih. **Mulut dan gigi:** *Inspeksi:* bibir kering, gigi lengkap, tidak ada sariawan. **Leher:** *Inspeksi:* tidak terdapat luka. *Palpasi:* tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. **Dada Paru-paru:** *Inspeksi:* bentuk simetris,

ekspansi paru simetris, adanya retraksi dinding dada, frekuensi napas 26x/m (*takipneu*), adanya penggunaan alat bantu napas oksigen nasal kanul 5 liter/menit. *Perkusi*: redup di dada bagian lobus kiri bawah, *Palpasi*: fremitus lemah, *Auskultasi*: adanya suara napas tambahan ronki, adanya suara cairan di dada bagian lobus kiri bawah, **Abdomen**: *Inspeksi*: tidak ada luka, *Auskultasi*: bising usus 12x/menit, *Palpasi*: tidak ada nyeri tekan, *Perkusi*: tidak ada kembang. **Genitalia**: Klien berjenis kelamin laki-laki dan tidak dikaji. **Ekstermitas**: Atas: *Inspeksi*: bentuk simetris, jari-jari lengkap, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm ditangan kanan, *Palpasi*: turgor kulit tampak elastis, akral hangat. Bawah: *Inspeksi*: bentuk simetris, jari-jari lengkap, *Palpasi*: tidak ada oedema.

c) Pemeriksaan Penunjang

Hasil Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada tanggal 18/07/2023.

(1) Pemeriksaan X-Ray/Rontgen

Hasil rontgen Thoraks PA: terdapat infiltrate pada lapangan atas tengah paru kanan kiri, terdapat gambaran TB Paru dan efusi pleura kanan.

(2) Pemeriksaan darah lengkap

Tabel 4.1 Pemeriksaan Diagnostik (darah lengkap)

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
WBC	20.84+	(3.80/10.60) [$10^3/UL$]
LYMPH#	0.45-	(1.00/3.70) [$10^3/UL$]
MONO#	1.62+	(0.00/0.70) [$10^3/UL$]
EO#	0.01*	(0.00/0.40) [$10^3/UL$]
NEUT#	18.76*	(1.50/7.00) [$10^3/UL$]
LYMPH%	2.2 –	(25.0/40.0) [%]
NEUT %	90.0*	(50.0/70.0) [%]
HGB	12.8-	(13.2/17.3) [g/dl]
HCT	37.5-	(40.0/52.0) [%]
MCV	85.6	(80.0/100.0) [FL]
MCH	29.2	(26.0/34.0) [PG]
MCHC	34.1	(32.0/36.0) [g/dl]
RDW	11.5	(11.5/14.5) [%]
PLT	269	(150/440) [$10^3/UL$]
MPV	9.3	(9.0/13.0) [FL]
PCT	0.25	(0.17/0.35) [%]
PDW	9.2	(9.0/17.0) [%]

5) Terapi/ pengobatan (24/07/2023)

Terapi dan obat-obatan yang diterima klien saat dirawat di ruang penyakit dalam III ialah :

Tabel 4.2 Terapi dan pengobatan

NO	NAMA OBAT	DOSIS	INDIKASI
1	<i>Dexamethasone</i>	3x1 ampule	Sebagai anti inflamasi dan immunosupresan.
2	<i>Paracetamol</i>	3x500 mg/oral	sebagai anti analgesik dan anti piretik
3	<i>CTM</i>	3x4 mg/oral	untuk meredakan gejala alergi serta dapat meringankan gejala batuk pilek(common colf).
4	<i>Codein</i>	3x10 mg/oral	untuk meredakan nyeri ringan hingga sedang (indikasi : batuk kering atau batuk dengan nyeri)
5	Vitamin B6	1x1 mg/oral	untuk memproduksi sel darah merah dan mengubah makanan yang dikonsumsi menjadi energi.
6	OAT kategori I Fase awal	1x4 tab/oral	obat anti tuberculosis sebagai obat dalam penyembuhan penderita TB-Paru

6) Tabulasi Data

Klien mengatakan sesak napas (*dyspnea*) selalu disertai batuk dengan dahak yang berlebih. Klien mengatakan mudah lelah saat melakukan aktivitas dan cepat merasa sesak napas, aktifitas klien dibantu sebagian oleh keluarga. Keadaan umum: lemah, Pernapasan 26x/menit (*takipnea*), adanya retraksi dinding dada, penggunaan alat bantu napas oksigen nasal kanul 5 liter/menit, auskultasi: adanya suara napas tambahan ronki, adanya suara cairan di dada bagian lobus kiri bawah, perkusi redup di dada bagian lobus kiri bawah, produksi sputum \pm 10-20 cc warna kuning kehijauan, Tekanan darah 130/80 mmHg, suhu 36,2°C, SpO₂ 98%, Nadi: 97 x/menit, Tinggi badan: 159 cm, Berat Badan: 46 kg, IMT : 18,25, IMT normal: 18,5-24,9. Hasil rontgen terdapat infiltrate pada lapangan atas tengah paru kanan kiri, terdapat gambaran TB Paru dan efusi pleura kanan. Klien mendapat tindakan lanjut pengobatan selama di Ruang Penyakit Dalam III berupa, Vitamin B6 1 tablet, *paracetamol* 3x500mg/oral, *codein* 3x10 mg/oral, *CTM* 3x4 mg/oral, *Dexamethasone* 3x1 Ampule, OAT kategori I Fase awal 4 kaplet.

7) Klasifikasi Data

DS : Klien mengatakan sesak napas (*dyspnea*). Klien mengatakan mudah lelah, dan cepat merasa sesak napas saat melakukan aktifitas.

DO : Keadaan umum lemah, tampak sesak, batuk dan disertai dahak (sputum) yang berlebih, produksi sputum \pm 10-20 cc warna kuning kehijauan, Pernapasan 26x/menit (*takipnea*), adanya retraksi dinding dada, penggunaan alat bantu napas oksigen nassal kanul 5 liter/menit, auskultasi adanya suara napas tambahan ronki, adanya suara cairan di dada bagian lobus kiri bawah, perkusi redup di dada bagian lobus kiri bawah, tekanan darah 130/80mmHg, suhu 36,2°C, SPO2 98%. Nadi: 97 x/menit. Hasil rontgen terdapat infiltrate pada lapangan atas tengah paru kanan kiri, terdapat gambaran TB Paru dan efusi pleura kanan. Semua ADL dibantu oleh keluarga. Klien mendapat tindakan lanjut pengobatan selama di Ruang Penyakit Dalam III berupa, Vitamin B6 1 tablet, *paracetamol* 3x500mg/oral, *codein* 3x10 mg/oral, *CTM* 3x4 mg/oral, *Dexamethasone* 3x1 Ampule, OAT kategori I Fase awal 4 kaplet.

8) Analisa Data

- a) Data subyektif: Klien mengatakan sesak napas (*dyspnea*).

Data objektif: Keadaan umum lemah, tampak sesak, batuk dan disertai dahak (sputum) yang berlebih, produksi sputum \pm 10-20 cc warna kuning kehijauan, Pernapasan 26x/menit (*takipnea*), adanya retraksi dinding dada, penggunaan alat bantu napas oksigen nasal kanul 5 liter/menit, auskultasi adanya suara napas tambahan ronki, adanya suara cairan di dada bagian lobus kiri bawah, perkusi redup di dada bagian lobus kiri bawah, tekanan darah 130/80mmHg, suhu 36,2°C, SPO2 98%. Nadi: 97 x/menit. Hasil rontgen terdapat infiltrate pada lapangan atas tengah paru kanan kiri, terdapat gambaran TB Paru dan efusi pleura kanan.

Masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas.

- b) Data subyektif: Klien mengatakan mudah lelah, dan cepat merasa sesak napas saat melakukan aktifitas.

Data objektif: semua ADL dibantu oleh keluarga, terpasang oksigen nasal kanul 5 liter/menit, SPO2 98%.

Masalah keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Prioritas Masalah

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif
- b. Intoleransi aktifitas

B. Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan : Data subyektif: Klien mengatakan sesak napas (*dyspnea*). Data objektif: Keadaan umum lemah, tampak sesak, batuk dan disertai dahak (sputum) yang berlebih, produksi sputum \pm 10-20 cc warna kuning kehijauan, Pernapasan 26x/menit (*takipnea*), adanya retraksi dinding dada, penggunaan alat bantu napas oksigen nasal kanul 5 liter/menit, auskultasi adanya suara napas tambahan ronki, adanya suara cairan di dada bagian lobus kiri bawah, perkusi redup di dada bagian lobus kiri bawah, tekanan darah 130/80mmHg, suhu 36,2°C, SPO2 98%. Nadi: 97 x/menit. Hasil rontgen terdapat infiltrate pada lapangan atas tengah paru kanan kiri, terdapat gambaran TB Paru dan efusi pleura kanan.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan : Data subyektif: Klien mengatakan mudah lelah, dan cepat merasa sesak napas saat melakukan aktifitas. Data objektif: semua ADL dibantu oleh keluarga, terpasang oksigen nasal kanul 5 liter/menit, SPO2 98%.

C. Perencanaan Keperawatan

Tabel 4.2 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan/ Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah Bersihan jalan napas tidak efektif teratasi</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Batuk efektif meningkat 2) Produksi sputum berlebih menurun 3) Ronkhi menurun 4) Dispnea membaik 5) Frekuensi napas membaik 	<p>Manajemen jalan napas</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Kaji keadaan umum dan Tanda-tanda vital. b) Penatalaksanaan pemberian OAT. c) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) d) Monitor bunyi napas (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronki kering/basah) e) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 	<ol style="list-style-type: none"> a) Untuk mengetahui keadaan umum klien, lemah/baik, dan tanda-tanda vital. c) Untuk mengetahui adanya perubahan fungsi respirasi dan penggunaan otot tambahan menandakan kondisi penyakit yang masih dalam kondisi penanganan penuh. d) Untuk mengetahui apakah terdapat bunyi napas tambahan. e) Untuk mengetahui apakah terdapat perubahan warna dan aroma pada sputu, Terjadi infeksi apabila sputum dengan warna kuning, atau hijau

			<p>Terapeutik</p> <p>f) Posisikan semi-fowler atau fowler</p> <p>g) Berikan minum hangat</p> <p>h) Berikan oksigen.</p> <p>Edukasi</p> <p>i) Anjurkan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Penatalaksanaan pemberian Vitamin B6, Codein dan CTM.</p>	<p>f) Agar pasien tidak terlalu merasakan sesak yang di alami serta memaksimalkan ekspansi paru.</p> <p>g) Dapat membantu mengencerrkan dahak.</p> <p>h) Agar dapat memaksimalkan pernapasan dengan meningkatkan masukan oksigen.</p> <p>i) Untuk memudahkan dalam mengeluarkan sputum.</p>
2	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan respon fisiologis terhadap aktifitas yang membutuhkan tenaga mambaik</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1) Kemudahan dalam melakukan aktifitas sehari-hari meningkat</p> <p>2) Keluhan lelah</p>	<p>2) Manajemen energy</p> <p>Observasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>a) Sediakan lingkungan nyaman.</p> <p>b) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif</p>	<p>a) rasionalnya Lingkungan yang nyaman dapat meningkatkan kenyamanan pada pasien.</p> <p>b) Dengan latihan rentang gerak dapat mencegah terjadi kekakuan</p>

		menurun 3) Dyspnea saat aktifitas menurun 4) Perasaan lemah menurun 5) napas membaik	c) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, atau berpindah Edukasi d) Anjurkan untuk batasi aktifitas/ melakukan aktifitas secara bertahap	pada sendi dan otot. c) melatih otot dan sendi agar tidak kaku. d) agar pasien tidak mudah lelah dan sesak napas.
--	--	---	---	---

D. Implementasi

Pelaksanaan implementasi dilakukan sesuai dengan masing-masing diagnosa keperawatan.

Pelaksanaan implementasi pada hari Senin, 24 Juli 2023

1) Diagnosa Bersihan jalan napas tidak efektif

Pukul 07.30 mengkaji keadaan umum dan mengukur vital sign: keadaan umum ; klien tampak lemah, TD:110/70 mmHg, S:36,2°C, Nadi 97 x/menit, RR: 26x/ menit, SPO2 98%. Pukul 08.00 melayani obat OAT 4 Tablet/PO H/ klien meminumnya dan tidak dimuntahkan sama sekali. Pukul 09.00 memonitor frekuensi, irama, dan kedalaman napas klien, serta sputum H/ suara napas vesikuler, irama napas teratur, terdapat suara napas tambahan ronki, frekuensi napas 26 x/menit (*Takipnea*), adanya retraksi dinding dada, produksi

sputum ± 10-20 cc dengan warna kuning kehijauan. Pukul 09.25 mengatur posisi tidur pasien semi fowler dimana posisi kepala tempat tidur ditinggikan. Pukul 09.40 menganjurkan klien untuk minum air hangat 8 gelas perhari. Pukul 09.45 memonitor oksigen klien H/klien terpasang oksigen nasal kanul 5 liter/menit, saturasi oksigen 96%. Pukul 10.00 mengajarkan serta menganjurkan pada klien dan keluarga teknik batuk efektif dengan cara menganjurkan klien untuk tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 3 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan), anjurkan mengulangi teknik napas dalam hingga 3 kali, anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3 dan buang dahak pada tempat yang telah disediakan H/klien dan keluarga bisa memahami dan dapat mengulang kembali teknik batuk efektif, Pukul 12.00 memberikan vitamin B6 1x1 tablet, obat CTM 1x1 tablet, Codein 1x1 tablet H/klien meminumnya dan tidak dimuntahkan.

2) Diagnosa intoleransi aktifitas

Pukul 10.15 menyediakan lingkungan yang nyaman bagi klien, dengan cara menganjurkan keluarga agar selalu menutup sampiran agar klien nyaman saat ingin beristirahat serta membatasi pengunjung. Pukul 10.20 membantu pasien bangun, duduk dan berjalan ke kursi roda. Pukul 10.30 menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap, misalnya bangun duduk di atas

tempat tidur, jalan 5 langkah, dan menjelakan pada pasien jika lelah bisa istirahat dan berhenti melakukan aktivitas, pasien tampak mengerti. Pukul 10.45 membantu pasien duduk di atas tempat tidur. Pukul 11.00 memonitor aliran oksigen dan selang oksigen selama melakukan aktivitas. Pukul 13.15 membantu pasien beristirahat dengan cara memposisikan tidur klien semifowler dan menganjurkan keluarga untuk menutup sampiran dan menjaga ketenangan saat klien sedang beristirahat.

Pelaksanaan implementasi pada hari Selasa, 25 Juli 2023

1) Diagnosa Bersihan jalan napas tidak efektif

Pukul 07.00 mengkaji keadaan umum dan mengukur vital sign: keadaan umum ; klien tampak lemah dan tampak sesak, tekanan darah 110/80 mmHg, suhu 36,4°C, nadi 105x/menit, pernapasan 24x/menit, SpO₂ 99% . Pukul 07.42 memonitor frekuensi, irama, dan kedalaman napas klien b serta sputum klien H/ ; auskultasi bunyi napas, suara napas vesikuler, irama napas teratur, terdapat suara napas tambahan ronki, frekuensi napas 24 x/menit, ada retraksi dinding dada, suara napas vesikuler, terdapat suara napas tambahan ronki, produksi sputum ± 5-10 cc dengan warna putih kekuningan agak keruh. Pukul 08.00 memberikan obat OAT 4 Tablet PO. Pukul 08.15 mengatur posisi tidur pasien semi fowler dimana posisi kepala tempat tidur ditinggikan. Pukul 08.20 menganjurkan klien untuk

minum air hangat 8 gelas perhari. Pukul 08.40 memonitor oksigen klien H/klien terpasang oksigen nasal kanul 4 liter/menit. Pukul 09.00 mengajarkan serta menganjurkan pada klien dan keluarga untuk mengulang tteknik batuk efektif yang telah didemonstrasikan yaitu dengan cara ; klien untuk tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 3 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan), anjurkan mengulangi teknik napas dalam hingga 3 kali, anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3 dan buang dahak pada tempat yang telah disediakan H/klien dan keluarga bisa memahami dan dapat mengulang kembali teknik batuk efektif. Pukul 12.00 memberikan vitamin B6 1x1 tablet, obat CTM 1x1 tablet, Codein 1x1 tablet H/ klien meminumnya dan tidak dimuntahkan.

2) Diagnosa intoleransi aktifitas

Pukul 10.12 menyediakan lingkungan yang nyaman bagi klien, dengan cara menganjurkan keluarga agar selalu menutup sampiran agar klien nyaman saat ingin beristirahat serta membatasi pengunjung, pukul 10.20 membantu pasien bangun, duduk dan berjalan ke kursi roda. Pukul 10.30 membantu pasien berjalan 2 langkah dan menjelakan pada pasien jika lelah bisa istirahat dan berhenti malakukan aktivitas, pasien tampak

mengerti. Pukul 10.45 membantu pasien duduk di atas tempat tidur. Pukul 11.00 memonitor aliran oksigen dan selang oksigen selama melakukan aktivitas. Pukul 11.31 memantau aliran oksigen nasal kanul 4 liter/menit. Pukul 11.45 menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap dan aktivitas yang ringan, sehingga tidak sesak napas. Pukul 11.20 menyediakan lingkungan yang nyaman bagi pasien, dengan cara menutup sampiran, membatasi pengunjung dan membantu pasien beristirahat dengan cara memposisikan tidur klien semifowler dan menganjurkan keluarga untuk menutup sampiran dan menjaga ketenangan saat klien sedang beristirahat.

E. Evaluasi

Setelah melakukan tahapan dalam proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, maka tindakan yang terakhir adalah evaluasi. Dalam evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya.

a. Pada hari Senin, 24 Juli 2023

Evaluasi Hari Pertama, Senin, 24 Juli 2023 dilaksanakan pada pukul 14.00 dengan hasil sebagai berikut:

1) Diagnosa I, bersihan jalan napas tidak efektif

subyektif ; klien mengatakan masih batuk disertai sesak napas sesekali.

obyektif ; keadaan umum tampak lemah, tampak sesak napas, suara napas vesikuler, irama napas teratur, terdapat bunyi suara napas tambahan ronki, pernapasan cepat (takipnea), adanya retraksi dinding dada, perkusi masih redup di bagian lobus kiri bawah, produksi sputum \pm 10-20 cc dengan warna kuning keruh. terpasang infus NaCl 20 tpm ditangan kiri, TD: 110/70 mmHg, Suhu:36,2°C, Nadi: 97 x/menit, RR: 26 x/menit, SPO2: 98%, terpasang oksigen nassal kanul 4 liter/menit.

Assessment: masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi. Planing: lanjutkan intervensi 1-6

2) Diagnosa II, intoleransi aktifitas

Subjektif : pasien mengatakan jika melakukan aktivitas terlalu lama pasien akan sesak napas, lelah dan Pasien mengatakan pasien duduk di tempat tidur selama 5 menit.

Objektif : pasien tampak sesak saat melakukan aktivitas, pasien mampu duduk selama 5 menit, SPO2 98%.

Assessment : masalah intoleransi aktifitas belum teratasi.

Planing : lanjutkan intervensi 1-4

b. Pada hari Selasa, 25 Juli 2023

Evaluasi Hari kedua, Selasa, 25 Juli 2023, dilaksanakan pada pukul 14.00 dengan hasil sebagai berikut:

1) Diagnosa I, bersihan jalan napas tidak efektif

Subyektif : klien mengatakan sesak napasnya berkurang namun masih batuk tetapi tidak ada dahak lagi, klien mengatakan hanya sesekali mengeluarkan dahak.

Obyektif : keadaan umum tampak lemah, tampak sesak dan sesekali batuk, tekanan darah 110/80mmHg, suhu 36,4°C, nadi 105x/menit, pernapasan 24x/menit (*takipneu*), SpO₂ 99%. suara napas vesikuler, irama napas teratur, suara napas tambahan ronki berkurang, produksi sputum ± 5-8 cc dengan warna putih kekuningan, adanya retraksi dinding dada, perkusi masih redup di bagian lobus kiri bawah, Klien dapat mendemonstrasikan kembali teknik batuk efektif dan napas dalam sesuai anjuran yang telah diajarkan dan demonstrasikan sebelumnya.

Assesment: masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian.

Planing: lanjutkan intervensi 1-6

2) Diagnosa II, intoleransi aktifitas

Subyektif : Pasien mengatakan bisa mengangkat kaki dan tangan secara bergantian, lemah berkurang, pasien mengatakan sudah mampu berjalan selama 2 menit dengan tetap menggunakan oksigen nasal kanul 4 liter/menit, pasien juga bisa bangun tanpa harus dipegang

Objektif: pasien tampak rileks saat melakukan aktivitas, kaki dan tangan pasien mampu digerakan secara bergantian, pasien

berjalan selama 2 menit, aliran oksigen tetap berjalan, SPO2 98%.

Assessment : masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian.

Planning: lanjutkan intervensi 1-3

c. Pada Hari Rabu, 26 Juli 2023

Hari Ketiga, Rabu, 26 Juli 2023 evaluasi dalam bentuk catatan perkembangan dilaksanakan pada pukul 07.30 sebagai berikut:

1) Diagnosa I, Bersihan jalan napas tidak efektif.

S : klien mengatakan sesak napasnya berkurang, sesekali batuk tetapi tidak ada dahak lagi

O: keadaan umum lemah, sesekali batuk, TD:110/90mmHg, S:36,8°C, N:105x/menit, RR:24x/menit, SPO2 100%, suara napas vesikuler, suara napas tambahan ronki berkurang, adanya retraksi dinding dada, produksi sputum ± 4-6 cc dengan warna putih kekuningan, terpasang oksigen nasal kanul 4 liter/menit, Klien dapat mendemonstrasikan kembali teknik batuk efektif dan napas dalam sesuai anjuran yang telah diajarkan

A : masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian.

P : lanjutkan intervensi 2,3,5,6,7

I : pukul 08.00 melayani obat OAT 4 Tablet/PO. Pukul 08.15 memonitor frekuensi, irama, dan kedalaman napas klien serta sputum klien H/ auskultasi bunyi napas, suara napas

vesikuler, irama napas teratur, suara napas tambahan ronki berkurang, frekuensi napas 24 x/menit (*Takipnea*), ada retraksi dinding dada, perkusi redup di bagian lobus kiri bawah, produksi sputum \pm 4-6 cc dengan warna putih kekuningan. Pukul 08.30 mengatur posisi tidur pasien semi fowler untuk meningkatkan ekspansi paru dan memudahkan bernapas. Pukul 08.45 menganjurkan klien untuk minum air hangat 8 gelas perhari. Pukul 08.55 klien terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit, mengukur saturasi oksigen 100%. Pukul 09.00 mengajarkan serta menganjurkan pada klien dan keluarga untuk mengulang teknik batuk efektif yang telah didemonstrasikan sebelumnya.

E: keadaan umum lemah, batuk berkurang, TD:110/90mmHg, S:36,8°C, N:105x/menit, RR:24x/menit, SPO2 100%, suara napas vesikuler, suara napas tambahan ronki berkurang, adanya retraksi dinding dada, perkusi masih redup pada lobus kiri bawah produksi sputum \pm 4-6 cc dengan warna putih kekuningan. Klien dapat mendemonstrasikan kembali teknik batuk efektif dan napas dalam sesuai anjuran yang telah di ajarkan. Klien terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit. Lanjutkan intervensi 2,3,6

2) Diagnosa II, Intoleransi aktifitas

S : Istri Pasien mengatakan pasien baru saja duduk saat makan pagi dan masih sedikit sesak napas jika terlalu duduk terlalu lama, pasien juga sering menggerakkan tangannya sendiri untuk makan.

O : pasien tampak berbaring

A : masalah intoleransi aktivitas teratasi.

P : lanjutkan intervensi 3, 4, dan 5.

I : pukul 10.22 menganjurkan pasien jika capek saat melakukan aktivitas bisa duduk dan jangan terlalu banyak bergerak. Pukul 10.25 menganjurkan istri pasien untuk tetap menemani pasien di samping agar pasien tidak jatuh. Pukul 10.27 menganjurkan pasien melakukan aktivitas yang bisa dilakukan misalnya duduk tapi jangan terlalu lama.

E : klien dapat melakukan aktifitas, seperti makan, berpindah serta ke toilet sendiri. Klien dan istrinya tampak paham dan mengerti yang sudah dijelaskan, istri pasien mengatakan akan selalu mendampingi suaminya saat mau melakukan aktivitas, dan selalu memperhatikan selang oksigennya agar tidak terlepas. Intervensi di lanjutkan oleh perawat ruangan.

B. Pembahasan

Penulis akan membahas persamaan dan kesenjangan antara teori dan kasus yang ada pada “Asuhan Keperawatan pada Tn. H. U dengan diagnose medis Tuberculosis Paru di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende”.

1. Pengkajian Keperawatan

Dari hasil pengkajian pada kasus Tn. H. U Klien ditemukan sesak napas disertai batuk dahak yang berlebih, mudah lelah saat melakukan aktivitas, aktifitas dibantu oleh keluarga. Keadaan umum: lemah, RR: 26x/menit, adanya retraksi dinding dada, penggunaan alat bantu napas oksigen nasal kanul 5 lpm, adanya suara napas tambahan ronki, adanya suara cairan di dada bagian lobus kiri bawah, perkusi redup di dada bagian lobus kiri bawah, produksi sputum $\pm 10-20$ cc warna kuning kehijauan. TD:130/80 mmHg, S: 36,2°C, Spo2 98%, N: 97 x/menit, TB:159 cm, BB: 46 kg, IMT: 18,25, IMT normal: 18,5-24,9. Hasil rontgen terdapat infiltrate pada lapangan atas tengah paru kanan kiri, terdapat gambaran TB Paru dan efusi pleura kanan. Tn. H. U sudah mendapatkan pengobatan dan perawatan sudah ≤ 2 minggu. Selain itu manifestasi klinis Tuberculosis Paru menurut (Guanabara et al., 2020) adalah Batuk ≥ 2 minggu, Batuk berdahak, Batuk berdahak dapat bercampur darah, dapat disertai nyeri dada, sesak napas, Adapun dengan gejala lain meliputi : Malaise atau mudah lelah, Menggigil, demam, dan (Mar'iyah Khusnul., Zulkarnain, 2021) adalah Berat badan yang turun selama 3 bulan berturut-turut, batuk yang bersifat nonremitting (tidak pernah reda atau intensitas semakin lama semakin parah), dengan

gejala lain seperti : Tidak adanya nafsu makan atau berkurang, berkeringat pada malam hari walaupun tanpa aktifitas fisik.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata, dimana pada kasus nyata pasien Tn H. U tidak mengalami keluhan batuk berdarah, Hal ini didukung dengan teori Manurung, (2008) yang mengatakan bahwa batuk darah (hemoptysis) adalah batuk yang terjadi akibat kerusakan parenkim paru yang mencederai pembuluh darah sehingga menyebabkan pecahnya pembuluh darah.

Selain itu juga pada kasus Tn. H. U tidak ditemukan nyeri dada hal ini dikarenakan kuman mycobacterium tuberculosis tidak mengiritasi pleura sehingga tidak terjadinya pleuritis. Menurut Smeltzer & Bare (2013) Nyeri dada dapat timbul apabila kuman mycobacterium tuberculosis menginfiltrat pleura sehingga terjadinya pleuritis dan nyeri yang dirasakan akibat iritasi pleura parietalis terasa tajam seperti ditusuk-tusuk dengan pisau. Keluhan demam, meriang dan keringat malam hari juga tidak dirasakan pasien karena gejala ini hilang timbul dan biasanya dirasakan pada tahap awal infeksi aktif selama lebih dari 3 minggu.

Pada kasus Tn. H. U juga tidak ditemukan berat badan menurun, karena pola makan klien sebelum MRS dan saat MRS sama, selera makan klien baik, makan 3x sehari dan porsi makan selalu dihabiskan, Tinggi badan: 159 cm, Berat Badan: 46 kg, Hasil IMT: 18,25 menunjukkan bahwa masuk dalam kategori berat badan normal.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. H. U adalah Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas dan Intoleransi aktivitas b.d kelemahan. Selain itu diagnose keperawatan yang ada di teori adalah pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas, gangguan pertukaran gas b.d ketidakstabilan ventilasi-perfusi, deficit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme, hipertermi b.d proses penyakit.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata, dimana pada kasus pasien Tn H. U tidak ditemukan diagnosa pola napas tidak efektif dan gangguan pertukaran gas. Hal ini dikarenakan masalah utama yang muncul pada keluhan utama klien adalah sesak napas dan batuk dengan dahak berlebih, sehingga penulis mengatasi bersihan jalan napas tidak efektif. Pada diagnose defisit nutrisi tidak diangkat pada kasus Tn. H. U karena pada saat dikaji pola makan klien baik, dimana sebelum MRS dan saat MRS, klien makan 3x sehari dengan porsi makan selalu dihabiskan, Tinggi badan:159 cm, Berat Badan: 46 kg, Hasil IMT: 18,25 menunjukkan bahwa masuk dalam kategori berat badan normal. Pada diagnosa Hipertermi tidak ditegakan karena gejala ini hilang timbul dan biasanya dirasakan pada tahap awal infeksi aktif selama lebih dari 3 minggu.

Hal ini berbeda dengan studi kasus yang dilakukan (Pu'u 1 margaritha, 2019) diagnosa keperawatan yang muncul 1) Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk, 2)

kurang pengetahuan b.d kurangnya informasi tentang proses penyakit dan penatalaksanaan perawatan di rumah, 3)kecemasan berhubungan dengan proses penyakit. Hal ini dikarenakan masalah utama yang muncul pada keluhan utama klien adalah batuk berdahak berwarna kuning kehijauan di sertai darah dan sesak nafas.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi bersihan jalan napas tidak efektif pada Tn. H. U ada 1)kaji keadaan umum dan tanda-tanda vital, 2)monitor pola napas (frekuensi,kedalaman,usaha napas), 3)monitor bunyi napas, 4)monitor sputum (jumlah,warna, aroma), 5)Posisikan semifowler atau fowler, 6)berikan minum hangat, 7)berikan oksigen, 8)anjurkan teknik batuk efektif, 9)penatalaksanaan pemberian bronkodilator. Semua intervensi pada diagnosa keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif baik teori maupun kasus Tn. H. U semuanya dilaksanakan.

Intervensi intoleransi aktifitas pada Tn. H. U ada 1)sediakan lingkungan yang nyaman, 2)lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif, 3)fasilitasi duduk disisi tempat tidur, atau berpindah, 4)Anjurkan untuk batasi aktifitas/melakukan aktifitas secara bertahap.Semua intervensi pada diagnosa keperawatan intoleransi aktifitas secara teori tidak semua dilaksanakan pada Tn. H. U, terdapat satu intervensi yaitu identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, penulis tidak melaksanakan intervensi ini karena pada klien tidak ditemukan bagian tubuh yang mengalami gangguan dan bermasalah saat melakukan aktifitas.

Hal ini berbeda dengan studi kasus yang dilakukan (Dadi M Bapista, 2022) menggunakan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) dimana pada kasus dan teori terdapat perbedaan jumlah intervensi, peneliti mengangkat diagnose keperawatan 1) Bersihan jalan napas tidak efektif sebanyak 6 intervensi, pada teori terdapat 8 intervensi, 2 intervensi yang tidak dilaksanakan, 2) Pola napas tidak efektif sebanyak 6 intervensi dan semua dilaksanakan, 3) Resiko penyebaran infeksi sebanyak 5 intervensi dan terdapat satu modifikasi intervensi yaitu dengan memasukkan ajarkan cara cuci tangan, sedangkan pada teori terdapat 7 intervensi, 2 intervensi yang tidak dilaksanakan, dan 1 intervensi tambahan.

4. Implementasi

Semua tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada menurut (PPNI, 2018) dan dimodifikasi lagi seperti kaji tanda-tanda vital dan keadaan umum, serta penatalaksanaan pemberian OAT, semua perencanaan yang ada di teori semuanya dilakukan.

5. Evaluasi

Hasil evaluasi Tn. H. U pada hari ketiga diagnose keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian hal ini sejalan dengan penelitian (Wasito, 2021) di hari ketiga dengan hasil: KU lemah, batuk dan sesak berkurang, suara napas tambahan ronki berkurang, RR: 20x/menit, terpasang O₂ nasal kanul 3lpm, Spo₂ 99% teratasi sebagian .

Pada diagnosa keperawatan kedua intoleransi aktifitas b.d kelemahan sampai pada hari ketiga, diagnose tersebut telah teratasi. Hal ini sejalan dengan penelitian (Siska, 2022) juga teratasi pada hari ketiga.

C. Keterbatasan Studi Kasus

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

D. Implikasi untuk Keperawatan

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

1. Sebagai Pendidik

Peran perawat sebagai pendidik yaitu memberikan informasi berupa pengajaran mengenai pengetahuan dan keterampilan dasar, pada studi kasus nyata ini ditemukan perawat menjelaskan apa yang kurang dimengerti pasien dari segi fasilitas maupun lainnya.

2. Sebagai Advokad

Peran perawat sebagai advokad yaitu tindakan perawat dalam mencapai suatu untuk kepentingan pasien atau bertindak untuk mencegah kesalahan yang tidak diinginkan ketika pasien sedang menjalani pengobatan, pada studi kasus nyata ini ditemukan peran perawat sebagai

advokad adalah perawat selalu mendampingi pasien apabila pasien mengalami kesulitan dan membutuhkan bantuan.

3. Sebagai Pemberi Perawatan

Peran perawat sebagai pemberi perawatan secara langsung pada individu, keluarga atau kelompok, pada studi kasus nyata ini ditemukan perawat melakukan asuhan keperawatan langsung kepada pasien Tn. H. U Hasil penelitian ini bisa digunakan sebagai pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan TB Paru, juga sebagai bahan masukan untuk meningkatkan pelayanan pasien TB Paru.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan Hasil pengkajian dari studi kasus pada klien Tn. H. U dan didukung oleh tinjauan teoritis maka dapat di tarik kesimpulan bahwa :

1. Hasil pengkajian pada Tn. H. U dengan diagnosa medis Tuberculosis Paru ditemukan Klien mengatakan sesak napas disertai batuk dengan dahak yang berlebih, Klien mengatakan mudah lelah saat melakukan aktivitas, aktifitas klien dibantu sebagian. KU: lemah, RR:26x/menit, adanya retraksi dinding dada, penggunaan alat bantu napas oksigen nassal kanul 5 liter/menit, adanya suara napas tambahan ronki, adanya suara cairan di dada bagian lobus kiri bawah, perkusi redup di dada bagian lobus kiri bawah, produksi sputum \pm 10-20 cc warna kuning kehijauan. TD: 130/80 mmHg, S: 36,2^oc, Spo2 98%, N: 97 x/menit, TB:159 cm, BB: 46 kg. Hasil rontgen terdapat infiltrate pada lapangan atas tengah paru kanan kiri, terdapat gambaran TB Paru dan efusi pleura kanan.
2. Diagnosa keperawatan yang ditegakan pada kasus Tn. H. U yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas dan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.
3. Intervensi keperawatan untuk diagnosa keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif yaitu kaji keadaan umum dan tanda-tanda vital, penatalaksanaan pemberian OAT, monitor pola napas (frekuensi,

kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronki kering/basah), monitor sputum (jumlah, warna, aroma), posisikan semi-fowler atau fowler, berikan minum hangat, berikan oksigen, anjurkan teknik batuk efektif, penatalaksanaan pemberian bronkodilator, ekspetoran. Pada diagnose intoleransi aktifitas, intervensi yang dilakukan adalah sediakan lingkungan nyaman, lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif, fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, atau berpindah, Anjurkan untuk batasi aktifitas/ melakukan aktifitas secara bertahap.

4. Implementasi yang dilakukan pada Tn. H. U dilaksanakan selama 3 hari sesuai intervensi keperawatan.
5. Evaluasi dan catatan perkembangan dilaksanakan selama 3 hari. Diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian dihari ketiga, sedangkan dagnosa intoleransi aktifitas teratasi pada hari ketiga.
6. Kesenjangan pada kasus Tn. H. U semuanya berada di proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi dan evaluasi.

B. Saran

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

1. Bagi perawat

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

2. Bagi institusi pendidikan

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

3. Bagi Pasien dan Keluarga

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

DAFTAR PUSTAKA

- Arif, Mutaqin. (2017). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Penerbit Selemba.
- Bantuan, V. (2014). Gambaran Basil Tahan Asam (Bta) Positif Pada Penderita Diagnosa Klinis Tuberkulosis Paru Di Rumah Sakit Islam Sitti Maryam Manado Periode Januari 2014 S/D Juni 2014. *Jurnal E-Biomedik*, 2(2). <https://doi.org/10.35790/ebm.2.2.2014.5604>
- Dadi M Bapista. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. W. O. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS TUBERCULOSIS PARU DI RUANG PERAWATAN KHUSUS RSUD ENDE*. 101.
- Guanabara, E., Ltda, K., Guanabara, E., & Ltda, K. (2020). pedoman nasional pelayanan kedokteran tata laksana Tuberkulosis. *Kemntrian Kesehatan RI*, 156.
- Handayani, 2021. Penurunan Berat Badan pada Pasien TBC. <https://www.halodoc.com/artikel/berat-badan-turun-saat-tak-diet-awas-tbc> diakses pada tanggal 23 agustus 2022 pukul 20.00
- Kardiyudiyani & susanti, briggita ayu dwi. (2019). *KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH I* (intan kusuma Dewi (ed.)). pustakabarupress_redaksi@yahoo.com
- Kemenkes RI Ditjen P2P. (2021). Profil Kesehatan Indonesia 2021. In *Pusdatin.Kemenkes.Go.Id*. <https://www.kemkes.go.id/downloads/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-2021.pdf>
- Listia, M. (2019). *Asuhan Keperawatan di ruang tulip*. [http://repository.poltekeskupang.ac.id/1913/1/KTI FIX TEERBARU.pdf](http://repository.poltekeskupang.ac.id/1913/1/KTI%20FIX%20TEERBARU.pdf)
- Manurung, S. dkk. (2008). *Gangguan Sistem Pernafasan Akibat Infeksi*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Mar'iyah Khusnul, Z. (n.d.). *Patofisiologi penyakit infeksi tuberkulosis*. <https://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/psb/article/view/23169>
- Nurrasyidah Ira. (2018). Ulin Komplikasi-TB-Paru. In *RSUD Ulin Banjarmasin* (pp. 16–17). <http://ppds.pulmo.ulm.ac.id/wp-content/uploads/2020/11/Ulin-News-Edisi-062-Maret-%E2%80%93-April-2018-hal-16-17-Komplikasi-TB-Paru.pdf>

- Dinas Kesehatan Kabupaten Ende, (2022).
- Rumah Sakit Umum Daerah Ende. 2022.
- Persatuan perawat seluruh indonesia (PPNI). (2018). *standar intervensi keperawatan indonesia* (1st ed.). dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2016). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia*. PPNI.
- Pu'u l margaritha. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Nn. A.n Dengan Tuberculosis Paru Di Ruang Tulip RSUD Prof. Dr. W.Z. JOHANES KUPANG. *Jurnal Keperawatan Terpadu (Integrated Nursing Journal)*, 54.
- Rahmaniar, D. S. (2017a). Asuhan Keperawatan Pada Nn. A.n Dengan Tuberculosis Paru Di Ruang Paru *RSUP Dr. M. DJAMIL PADANG*. 113.
- Riskesdas. (2018). Cetak Laporan Riskesdas Ntt 2018. In laporan riskesdas NTT 2018. In *Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*.
- Siska, M. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.B DENGAN DIAGNOSA MEDIS TUBERKULOSIS PARU DI RUANG C2 RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA*.
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* Brunner & Suddarth, edisi 8. Jakarta : EGC.
- Tim Pokja SDKI PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, definisi dan indicator Diagnostik*. Jakarta , Dewan Pengurus PPNI. (edisi 1).
- Umara, anissa fitrah, Prihandana, S., Netty, & Hidayat, A. (2023). *buku ajar keperawatan medikal bedah s1 keperawatan jilid 1* (linda prestasi Febriana & tim MCU group (eds.); 1st ed.).
- Wasito, D. (2021). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN DIAGNOSA MEDIS TUBERKULOSIS PARU + DIABETES MELITUS TYPE 2 DI RUANG HI RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA*.
- WHO. (2022). *Tuberculosis in South-East Asia Region*. <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/tuberculosis>

LAMPIRAN

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 Tuberculosis Paru di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Tuberculosis Paru di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende yang dapat memberi manfaat berupa pasien dan keluarga mengetahui tentang Tuberculosis Paru, pasien dan keluarga mengetahui cara merawat dan pencegahan Tuberculosis Paru studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pelaksana berupa asuhan keperawatan (pengkajian/ pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 8 jam 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 : 082236487025.

Ende, 24 Juli 2021

Peneliti ,

Odelberta Natalya Wale
PO. 5303202200528

INFORMED CONSENT
(Persetujuan Menjadi Partisipan)

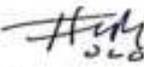
Yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa: saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh: Odelberta Natalya Wale dengan judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Tuberkulosis Paru Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun. Apabila selama penelitian studi kasus ini saya mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Ende, Juni 2023

Saksi

Yang Memberikan Persetujuan


NURAIKI-MASYIM


HASYIM-UDIN

Peneliti,

Odelberta Natalya Wale
NIM : POS303202200528

FORMAT LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN 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 TN. H. U DENGAN
DIAGNOSA MEDIS TUBERCULOSIS PARU
DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE**

A. Pengkajian

I. Pengumpulan data

a. Identitas pasien

Nama : Tn. H. U
 umur : 52 tahun
 Jenis kelamin : Laki-laki
 Pendidikan : SD Sedejarat
 Pekerjaan : Nelayan
 Alamat : Rukun lima

b. Identitas penanggung jawab

Nama : Ny. N
 Umur : 43 tahun
 Hubungan dengan klien : Istri
 Alamat : Rukun lima
 Pendidikan : SMP
 Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
 Diagnosa medik : TB Paru

II. Keadaan umum

a. Riwayat kesehatan

- 1) Keluhan utama : klien mengatakan sesak napas disertai batuk dengan dahak berlebih.
- 2) Riwayat kesehatan sekarang : Pada saat di kaji tanggal 24 Juli 2023 Pukul 06.45, Klien mengatakan sesak napas, disertai batuk dengan dahak berlebih dan karena terasa sesak sehingga sulit melakukan aktifitas seperti ke toilet, dan berjalan. Keadaan umum klien tampak lemah, Pasien terpasang oksigen nasal kanul 5 liter per menit, irama napas teratur, bunyi napas vesikuler, auskultasi adanya suara napas tambahan ronki, produksi sputum ± 10-20 cc warna kuning kehijauan, TD 130/80 mmHg, RR : 26 x/menit S: 36,2°C, Spo2 98%.
- 3) Riwayat kesehatan masa lalu : Istri klien mengatakan bahwa klien sebelumnya tidak memiliki riwayat Tuberculosis Paru. Istri klien mengatakan Klien pernah memeriksa kesehatan klien di Puskesmas Rukun Lima tanggal 11 Juli 2023, dengan keluhan sesak napas dan batuk. Tanggal 17 Juli 2023 pasien datang kembali memeriksa kesehatannya di Puskesmas Rukum Lima dengan keluhan sesak napas dan batuk namun batuk yang disertai darah, Dokter mengatakan kepada istri klien bahwa klien memiliki tanda dan gejala TB. Dokter merujuk klien dan segera mengantarkan klien ke RSUD Ende dengan diagnosa medis TB Paru dengan keluhan sesak napas disertai batuk berdahak bercampur darah.

4) Riwayat kesehatan keluarga : istri klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang tinggal serumah yang pernah menderita penyakit TB Paru, tidak ada yang menderita penyakit turunan seperti hipertensi, diabetes militus.

5) Pengkajian perpola

a) Pola persepsi terhadap kesehatan

Sebelum MRS : Pasien mengatakan selalu berobat ke dokter atau difasilitas kesehatan. **Saat MRS** : Pasien mengatakan bahwa penyakit yang dideritanya karena sering merokok, terpapar asap rokok juga karena terlalu bekerja yang berat.

b) Pola nutrisi metabolic

Sebelum MRS : Istri klien mengatakan makan 3x sehari dengan menu makan nasi, sayur, tempe tahu, dan ikan, menghabiskan porsi makan yang disediakan. Tidak ada pantangan makanan, minum air putih 6-7 gelas/hari (250 cc) berat badan 46 kg, tinggi badan 159 cm. **Saat MRS** : Istri klien mengatakan makan 3x sehari, porsi makan selalu dihabiskan, selera makan baik, menu makanan bubur, sesekali nasi, sayuran hijau, telur dan daging, tidak ada mual muntah saat makan, klien minum air putih 5-6 gelas/hari, tonus otot baik, berat badan 46 Kg, Tinggi badan 159 cm.

c) Pola eliminasi

Sebelum MRS : Klien mengatakan BAB 1-2 kali sehari dengan konsistensi padat terkadang lunak, warna kuning, tidak mengalami gangguan saat BAB. BAK 2-3 kali sehari dengan warna kuning, urin lancar, tidak terasa nyeri saat berkemih. **Saat MRS** : klien BAB 1-2 kali sehari. Sedangkan BAK 2-3 kali sehari dengan warna kuning. Klien berkemih secara spontan.

d) Pola aktifitas dan istirahat

Sebelum MRS : Klien mengatakan sehari-hari ia bekerja di pasar. Klien sering menghabiskan waktu pagi hingga siang hari ke pasar untuk bekerja dengan usahanya yaitu parut kelapa. Klien mengatakan sesekali batuk dan sesekali nyeri dada, dan mudah lelah saat beraktifitas. Semua aktifitas dilakukan secara mandiri. **Saat MRS** : klien mengatakan tidak mampu melakukan aktifitas secara mandiri dan mudah lelah, aktifitas dibantu oleh keluarga dan perawat seperti makan, berpakaian, dan buang air kecil.

e) Pola sensori dan kognitif

Sebelum MRS : klien mengatakan dapat membedakan antara yang satu dengan yang lainnya seperti warna, bentuk, gambar, dan penciuman klien masih baik. Ketika ditanya hari ini hari apa, bulan berapa klien mampu menjawab dengan benar. **Saat MRS** : klien dapat menyebutkan nama barang, bentuk dan warna, klien dapat menjawab dengan baik pada saat ditanya, bulan berapa

sekarang, tanggal berapa dan klien tidak tahu penyakit apa yang diderita sekarang.

f) Pola tidur dan istirahat

Sebelum MRS : klien mengatakan sebelum sakit ia biasa tidur malam \pm 6 jam yaitu mulai dari pukul 21.00 malam hingga pukul 05.00 pagi. Klien mengatakan jarang tidur siang. **Saat MRS** : klien mengatakan tidur dengan nyenyak, tidur malam sering terbangun \pm 2-3 kali terbangun karena batuk yang disertai sesak nafas. Klien tidur malam dari pukul 10.00 hingga pukul 06.00 pagi dan tidur siang dari pukul 13.00 hingga 15.00 sore, klien mengatakan terkadang lebih sering tidur pada waktu pagi dan siang hari. Klien mengatakan mudah lelah dan terasa lemah, tidak ada kantong hitam pada mata, fokus ketika diajak bicara, tidak terlihat sering menguap, dimana klien bisa menjawab pertanyaan dengan baik.

g) Pola persepsi dan konsep diri

Sebelum MRS : gambaran diri : klien menyukai semua bagian tubuhnya karena itu pemberian dari tuhan. Identitas diri : klien bisa menyebut nama lengkap dan tempat tinggalnya. Harga diri : klien mengatakan dia selalu dihargai dan dihormati oleh saudaranya juga istri dan anak-anaknya. Peran diri : klien mengatakan di rumah ada anak dan istrinya dalam satu keluarga. Ideal diri: klien mengatakan dia adalah seorang ayah dan seorang

kepala keluarga, **Saat MRS** : Gambaran diri: klien mengatakan dia bisa menerima keadaan fisik dan bentuk tubuhnya meskipun terbaring ditempat tidur. Identitas diri: klien mampu menyebutkan nama lengkap dan tempat tinggalnya. Harga diri: klien mengatakan senang karena perawat dan dokter menghargainya. Peran diri: klien mengatakan saat ini hanyalah seorang pasien. Ideal diri : klien ingin cepat sembuh dan kembali berkumpul dengan keluarga.

h) Pola hubungan dan peran

Sebelum MRS : Klien mengatakan ia adalah seorang suami dan ayah bagi kelima anaknya. Ia bekerja sebagai seorang nelayan. Klien selalu berhubungan baik dengan sesama, tetangganya dan berhubungan harmonis dengan anggota keluarganya. **Saat MRS** : Klien mengatakan ia tetap menjalin hubungan yang harmonis dengan keluarganya.

i) Pola mekanisme dan toleransi terhadap stress

Sebelum MRS : Klien mengatakan kalau ada masalah ia mampu menyelesaikan dengan cara kekeluargaan dan dengan tenang klien menyelesaikannya. **Saat MRS** : klien tampak tenang dan tidak gelisah. Klien mengatakan ia dapat beradaptasi dengan keadaannya sekarang dan menyerahkan sepenuhnya ke Tuhan.

j) Pola reproduksi seksual

Sebelum MRS : Klien mengatakan ia telah berkeluarga dan memiliki 5 orang anak. Klien mengatakan tidak mengalami gangguan dengan alat alat reprodoksinya. Klien mengatakan ia dan istrinya saling mencintai dan menyayangi satu sama lain. **Saat MRS** : klien mengatakan saat ini ia tidak mengalami kelainan atau keluhan mengenai alat reproduksi.

k) Pola koping/toleransi stress.

Sebelum MRS : Klien mengatakan kalau ada masalah ia mampu menyelesaikan dengan cara kekeluargaan dan dengan tenang klien menyelesaikannya. **Saat MRS** : klien tampak tenang dan tidak gelisah. Klien mengatakan ia dapat beradaptasi dengan keadaannya sekarang dan menyerahkan sepenuhnya ke Tuhan.

l) Pola nilai/kepercayaan

Sebelum MRS : Pasien mengatakan sebelumnya sering sholat di rumah, **Saat MRS** : pasien mengatakan bahwa ia tidak pernah sholat, tapi pasien selalu berdoa didalam hatinya meminta kepada Tuhan agar lekas sembuh.

6) Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan umum : lemah,
- b) Kesadaran : composmentis
- c) Tanda tanda vital

TD : TD: 130/80 mmHg

Nadi : 97x/mnt

Suhu : 36,2°C

RR : 26 x/mnt

SpO2 : 98%

d) Pemeriksaan fisik

- 1) **Kepala:** Rambut *Inspeksi:* warna rambut hitam, tampak bersih, tidak ada masa, rambut tidak rontok, *palpasi:* tidak ada nyeri tekan.
- 2) **Mata:** *Inspeksi:* bentuk simetris, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, pengelihatn baik, tidak menggunakan alat bantu pengelihatn.
- 3) **Hidung:** *Inspeksi:* simetris, tidak ada polip.
- 4) **Telinga:** *Inspeksi:* simetris, tidak ada serumen, telinga bersih.
- 5) **Mulut dan gigi:** *Inspeksi:* bibir kering, gigi lengkap, tidak ada sariawan.
- 6) **Leher:** *Inspeksi:* tidak terdapat luka. *Palpasi:* tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

- 7) **Dada Paru-paru:** *Inspeksi:* bentuk simetris, ekspansi paru simetris, adanya retraksi dinding dada, frekuensi napas 26x/m (*takipneu*), adanya penggunaan alat bantu napas oksigen nassal kanul 5 liter/menit. *Perkusi:* redup di dada bagian lobus kiri bawah, *Palpasi:* fremitus lemah, *Auskultasi:* adanya suara napas tambahan ronki, adanya suara cairan di dada bagian lobus kiri bawah.
- 8) **Abdomen:** *Inspeksi:* tidak ada luka, *Auskultasi:* bising usus 12x/menit, *Palpasi:* tidak ada nyeri tekan, *Perkusi:* tidak ada kembang.
- 9) **Genitalia:** Klien berjenis kelamin laki-laki dan tidak dikaji.
- 10) **Ekstermitas:** Atas: *Inspeksi:* bentuk simetris, jari-jari lengkap, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm ditangan kanan, *Palpasi:* turgor kulit tampak elastis, akral hangat. Bawah: *Inspeksi:* bentuk simetris, jari-jari lengkap, *Palpasi:* tidak ada oedema.

Pemeriksaan penunjang

Hasil Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada tanggal 18/07/2023.

(1) Pemeriksaan X-Ray/Rontgen

Hasil rontgen Thoraks PA: terdapat infiltrate pada lapangan atas tengah paru kanan kiri, terdapat gambaran TB Paru dan efusi pleura kanan.

(2) Pemeriksaan darah lengkap

Tabel 4.1 Pemeriksaan Diagnostik (darah lengkap)

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
WBC	20.84+	(3.80/10.60) [$10^3/UL$]
LYMPH#	0.45-	(1.00/3.70) [$10^3/UL$]
MONO#	1.62+	(0.00/0.70) [$10^3/UL$]
EO#	0.01*	(0.00/0.40) [$10^3/UL$]
NEUT#	18.76*	(1.50/7.00) [$10^3/UL$]
LYMPH%	2.2 –	(25.0/40.0) [%]
NEUT%	90.0*	(50.0/70.0) [%]
HGB	12.8-	(13.2/17.3) [g/dl]
HCT	37.5-	(40.0/52.0) [%]
MCV	85.6	(80.0/100.0) [FL]
MCH	29.2	(26.0/34.0) [PG]
MCHC	34.1	(32.0/36.0) [g/dl]
RDW	11.5	(11.5/14.5) [%]
PLT	269	(150/440) [$10^3/UL$]
MPV	9.3	(9.0/13.0) [FL]
PCT	0.25	(0.17/0.35) [%]
PDW	9.2	(9.0/17.0) [%]

7) Terapi/ pengobatan (24/07/2023)

Terapi dan obat-obatan yang diterima klien saat dirawat di ruang penyakit dalam III ialah :

Tabel 4.3 Terapi dan pengobatan

NO	NAMA OBAT	DOSIS	INDIKASI
1	<i>Dexamethasone</i>	3x1 ampule	Sebagai anti inflamasi dan immunosupresan.
2	<i>Paracetamol</i>	3x500 mg/oral	sebagai anti analgesik dan anti piretik

3	<i>CTM</i>	3x4 mg/oral	untuk meredakan gejala alergi serta dapat meringankan gejala batuk pilek(common colf).
4	<i>Codein</i>	3x10 mg/oral	untuk meredakan nyeri ringan hingga sedang (indikasi : batuk kering atau batuk dengan nyeri)
5	Vitamin B6	1x1 mg/oral	untuk memproduksi sel darah merah dan mengubah makanan yang dikonsumsi menjadi energi.
6	OAT kategori I Fase awal	1x4 tab/oral	obat anti tuberculosis sebagai obat dalam penyembuhan penderita TB-Paru

8) Tabulasi Data

Klien mengatakan sesak napas (*dyspnea*) selalu disertai batuk dengan dahak yang berlebih. Klien mengatakan mudah lelah saat melakukan aktivitas dan cepat merasa sesak napas, aktifitas klien dibantu sebagian oleh keluarga. Keadaan umum: lemah, Pernapasan 26x/menit (*takipnea*), adanya retraksi dinding dada, penggunaan alat bantu napas oksigen nassal kanul 5 liter/menit, auskultasi: adanya suara napas tambahan ronki, adanya suara cairan di dada bagian lobus kiri bawah, perkusi redup di dada bagian lobus kiri bawah, produksi sputum \pm 10-20 cc warna kuning kehijauan, Tekanan darah 130/80 mmHg, suhu

36,2°C, SpO₂ 98%, Nadi: 97 x/menit, Tinggi badan: 159 cm, Berat Badan: 46 kg, IMT : 18,25, IMT normal: 18,5-24,9. Hasil rontgen terdapat infiltrate pada lapangan atas tengah paru kanan kiri, terdapat gambaran TB Paru dan efusi pleura kanan. Klien mendapat tindakan lanjut pengobatan selama di Ruang Penyakit Dalam III berupa, Vitamin B6 1 tablet, *paracetamol* 3x500mg/oral, *codein* 3x10 mg/oral, *CTM* 3x4 mg/oral, *Dexamethasone* 3x1 Ampule, OAT kategori I Fase awal 4 kaplet.

9) Klasifikasi Data

DS : Klien mengatakan sesak napas (*dyspnea*). Klien mengatakan mudah lelah, dan cepat merasa sesak napas saat melakukan aktifitas.

DO : Keadaan umum lemah, tampak sesak, batuk dan disertai dahak (sputum) yang berlebih, produksi sputum ± 10-20 cc warna kuning kehijauan, Pernapasan 26x/menit (*takipnea*), adanya retraksi dinding dada, penggunaan alat bantu napas oksigen nasal kanul 5 liter/menit, auskultasi adanya suara napas tambahan ronki, adanya suara cairan di dada bagian lobus kiri bawah, perkusi redup di dada bagian lobus kiri bawah, tekanan darah 130/80mmHg, suhu 36,2°C, SPO₂ 98%. Nadi: 97 x/menit. Hasil rontgen terdapat infiltrate pada lapangan atas tengah paru kanan kiri, terdapat gambaran TB Paru dan efusi pleura kanan. Semua ADL dibantu oleh

keluarga. Klien mendapat tindakan lanjut pengobatan selama di Ruangan Penyakit Dalam III berupa, Vitamin B6 1 tablet, *paracetamol* 3x500mg/oral, *codein* 3x10 mg/oral, *CTM* 3x4 mg/oral, *Dexamethasone* 3x1 Ampule, OAT kategori I Fase awal 4 kaplet.

10) Analisa data

No	Sign/symptom	Etiologi	Problem
1.	<p>Data subyektif: Klien mengatakan sesak napas (<i>dyspnea</i>).</p> <p>Data objektif: Keadaan umum lemah, tampak sesak, batuk dan disertai dahak (<i>sputum</i>) yang berlebih, produksi <i>sputum</i> ± 10-20 cc warna kuning kehijauan, Pernapasan 26x/menit (<i>takipnea</i>), adanya retraksi dinding dada, penggunaan alat bantu napas oksigen nasal kanul 5 liter/menit, auskultasi adanya suara napas tambahan ronki, adanya suara cairan di dada</p>	<p>hipersekresi jalan napas.</p>	<p>bersihan jalan napas tidak efektif</p>

	<p>bagian lobus kiri bawah, perkusi redup di dada bagian lobus kiri bawah, tekanan darah 130/80mmHg, suhu 36,2°C, SPO2 98%. Nadi: 97 x/menit. Hasil rontgen terdapat infiltrate pada lapangan atas tengah paru kanan kiri, terdapat gambaran TB Paru dan efusi pleura kanan.</p>		
2	<p>Data subyektif: Klien mengatakan mudah lelah, dan cepat merasa sesak napas saat melakukan aktifitas.</p> <p>Data objektif: semua ADL dibantu oleh keluarga, terpasang oksigen nasal kanul 5 liter/menit, SPO2 98%.</p>	kelemahan.	intoleransi aktivitas

B. Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan : Data subyektif: Klien mengatakan sesak napas (*dyspnea*). Data objektif: Keadaan umum lemah, tampak sesak, batuk dan disertai dahak (sputum) yang berlebih, produksi sputum \pm 10-20 cc warna kuning kehijauan, Pernapasan 26x/menit (*takipnea*), adanya retraksi dinding dada, penggunaan alat bantu napas oksigen nasal kanul 5 liter/menit, auskultasi adanya suara napas tambahan ronki, adanya suara cairan di dada bagian lobus kiri bawah, perkusi redup di dada bagian lobus kiri bawah, tekanan darah 130/80mmHg, suhu 36,2^oc, SPO2 98%. Nadi: 97 x/menit. Hasil rontgen terdapat infiltrate pada lapangan atas tengah paru kanan kiri, terdapat gambaran TB Paru dan efusi pleura kanan.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan : Data subyektif: Klien mengatakan mudah lelah, dan cepat merasa sesak napas saat melakukan aktifitas. Data objektif: semua ADL dibantu oleh keluarga, terpasang oksigen nasal kanul 5 liter/menit, SPO2 98%.

C. Perencanaan Keperawatan

Tabel 4.2 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan/kriteria hasil	Intervensi keperawatan	Rasional
1.	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah Bersihkan jalan napas tidak efektif teratasi</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Batuk efektif meningkat 2) Produksi sputum berlebih menurun 3) Ronkhi menurun 4) Dispnea membaik 5) Frekuensi napas membaik 	<p>Manajemen jalan napas</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Kaji keadaan umum dan Tanda-tanda vital. b) Penatalaksanaan pemberian OAT. c) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) d) Monitor bunyi napas (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronki kering/basah) e) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 	<ol style="list-style-type: none"> a) Untuk mengetahui keadaan umum klien, lemah/baik, dan tanda-tanda vital. b) Untuk mengetahui adanya perubahan fungsi respirasi dan penggunaan otot tambahan menandakan kondisi penyakit yang masih dalam kondisi penanganan penuh. c) Untuk mengetahui apakah terdapat bunyi napas tambahan. d) Untuk mengetahui apakah terdapat perubahan warna dan aroma pada sputu, Terjadi infeksi apabila sputum dengan warna kuning,

			<p>Terapeutik</p> <p>f) Posisikan semi-fowler atau fowler</p> <p>g) Berikan minum hangat</p> <p>h) Berikan oksigen.</p> <p>Edukasi</p> <p>i) Anjurkan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Penatalaksanaan pemberian Vitamin B6, Codein dan CTM.</p>	<p>atau hijau</p> <p>e) Agar pasien tidak terlalu merasakan sesak yang di alami serta memaksimalkan ekspansi paru.</p> <p>f) Dapat membantu mengencerrkan dahak.</p> <p>g) Agar dapat memaksimalkan pernapasan dengan meningkatkan masukan oksigen.</p> <p>h) Untuk memudahkan dalam mengeluarkan sputum.</p>
2	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan respon fisiologis terhadap aktifitas yang membutuhkan tenaga mambaik</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1) Kemudahan dalam melakukan aktifitas sehari-</p>	<p>3) Manajemen energy</p> <p>Observasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>a) Sediakan lingkungan nyaman.</p> <p>b) Lakukan latihan rentang gerak</p>	<p>a) rasionalnya Lingkungan yang nyaman dapat meningkatkan kenyamanan pada pasien.</p> <p>b) Dengan latihan rentang gerak</p>

		hari meningkat 2) Keluhan lelah menurun 3) Dyspnea saat aktifitas menurun 4) Perasaan lemah menurun 5) napas membaik	pasif dan atau aktif c) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, atau berpindah Edukasi d) Anjurkan untuk batasi aktifitas/ melakukan aktifitas secara bertahap	dapat mencegah terjadi kekakuan pada sendi dan otot. c) melatih otot dan sendi agar tidak kaku. d) agar pasien tidak mudah lelah dan sesak napas.
--	--	--	---	---

D. Implementasi

Pelaksanaan implementasi dilakukan sesuai dengan masing-masing diagnosa keperawatan.

Pelaksanaan implementasi pada hari senin, 24 Juli 2023

1) Diagnosa Bersihan jalan napas tidak efektif

Pukul 07.30 mengkaji keadaan umum dan mengukur vital sign: keadaan umum ; klien tampak lemah, TD:110/70 mmHg, S:36,2°C, Nadi 97 x/menit, RR: 26x/ menit, SPO2 98%. Pukul 08.00 melayani obat OAT 4 Tablet/PO H/ klien meminumnya dan tidak dimuntahkan sama sekali. Pukul 09.00 memonitor frekuensi, irama, dan kedalaman napas klien, serta sputum H/ suara napas vesikuler, irama napas teratur, terdapat suara napas tambahan ronki, frekuensi napas 26 x/menit (*Takipnea*), adanya retraksi dinding dada, produksi sputum ± 10-20 cc dengan warna kuning kehijauan. Pukul 09.25 mengatur posisi tidur pasien semi fowler dimana posisi kepala tempat tidur ditinggikan. Pukul 09.40 menganjurkan klien untuk minum air hangat 8

gelas perhari. Pukul 09.45 memonitor oksigen klien H/klien terpasang oksigen nasal kanul 5 liter/menit, saturasi oksigen 96%. Pukul 10.00 mengajarkan serta menganjurkan pada klien dan keluarga teknik batuk efektif dengan cara menganjurkan klien untuk tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 3 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan), anjurkan mengulangi teknik napas dalam hingga 3 kali, anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3 dan buang dahak pada tempat yang telah disediakan H/klien dan keluarga bisa memahami dan dapat mengulang kembali teknik batuk efektif, Pukul 12.00 memberikan vitamin B6 1x1 tablet, obat CTM 1x1 tablet, Codein 1x1 tablet H/ klien meminumnya dan tidak dimuntahkan.

2) Diagnosa intoleransi aktifitas

Pukul 10.15 menyediakan lingkungan yang nyaman bagi klien, dengan cara menganjurkan keluarga agar selalu menutup sampiran agar klien nyaman saat ingin beristirahat serta membatasi pengunjung. Pukul 10.20 membantu pasien bangun, duduk dan berjalan ke kursi roda. Pukul 10.30 menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap, misalnya bangun duduk di atas tempat tidur, jalan 5 langkah, dan menjelakan pada pasien jika lelah bisa istirahat dan berhenti malakukan aktivitas, pasien tampak mengerti. Pukul 10.45 membantu pasien duduk di atas tempat tidur. Pukul 11.00 memonitor aliran oksigen dan selang oksigen selama melakukan aktivitas. Pukul 13.15 membantu pasien beristirahat dengan cara

memposisikan tidur klien semifowler dan menganjurkan keluarga untuk menutup sampiran dan menjaga ketenangan saat klien sedang beristirahat.

Pelaksanaan implementasi pada hari Selasa, 25 Juli 2023

1) Diagnosa Bersihan jalan napas tidak efektif

Pukul 07.00 mengkaji keadaan umum dan mengukur vital sign: keadaan umum ; klien tampak lemah dan tampak sesak, tekanan darah 110/80 mmHg, suhu 36,4°C, nadi 105x/menit, pernapasan 24x/menit, SpO2 99% . Pukul 07.42 memonitor frekuensi, irama, dan kedalaman napas klien b serta sputum klien H/ ; auskultasi bunyi napas, suara napas vesikuler, irama napas teratur, terdapat suara napas tambahan ronki, frekuensi napas 24 x/menit, ada retraksi dinding dada, suara napas vesikuler, terdapat suara napas tambahan ronki, produksi sputum ± 5-10 cc dengan warna putih kekuningan agak keruh. Pukul 08.00 memberikan obat OAT 4 Tablet PO. Pukul 08.15 mengatur posisi tidur pasien semi fowler dimana posisi kepala tempat tidur ditinggikan. Pukul 08.20 menganjurkan klien untuk minum air hangat 8 gelas perhari. Pukul 08.40 memonitor oksigen klien H/klien terpasang oksigen nasal kanul 4 liter/menit. Pukul 09.00 mengajarkan serta menganjurkan pada klien dan keluarga untuk mengulang tteknik batuk efektif yang telah didemonstrasikan yaitu dengan cara ; klien untuk tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 3 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan), anjurkan mengulangi teknik napas dalam hingga 3 kali, anjurkan batuk dengan

kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3 dan buang dahak pada tempat yang telah disediakan H/klien dan keluarga bisa memahami dan dapat mengulang kembali teknik batuk efektif. Pukul 12.00 memberikan vitamin B6 1x1 tablet, obat CTM 1x1 tablet, Codein 1x1 tablet H/ klien meminumnya dan tidak dimuntahkan.

2) Diagnosa intoleransi aktifitas

Pukul 10.12 menyediakan lingkungan yang nyaman bagi klien, dengan cara menganjurkan keluarga agar selalu menutup sampiran agar klien nyaman saat ingin beristirahat serta membatasi pengunjung, pukul 10.20 membantu pasien bangun, duduk dan berjalan ke kursi roda. Pukul 10.30 membantu pasien berjalan 2 langkah dan menjelakan pada pasien jika lelah bisa istirahat dan berhenti melakukan aktivitas, pasien tampak mengerti. Pukul 10.45 membantu pasien duduk di atas tempat tidur. Pukul 11.00 memonitor aliran oksigen dan selang oksigen selama melakukan aktivitas. Pukul 11.31 memantau aliran oksigen nasal kanul 4 liter/menit. Pukul 11.45 menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap dan aktivitas yang ringan, sehingga tidak sesak napas. Pukul 11.20 menyediakan lingkungan yang nyaman bagi pasien, dengan cara menutup sampiran, membatasi pengunjung dan membantu pasien beristirahat dengan cara memposisikan tidur klien semifowler dan menganjurkan keluarga untuk menutup sampiran dan menjaga ketenangan saat klien sedang beristirahat.

E. Evaluasi

Setelah melakukan tahapan dalam proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, maka tindakan yang terakhir adalah evaluasi. Dalam evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya.

a. Pada hari Senin, 24 Juli 2023

Evaluasi Hari Pertama, Senin, 24 Juli 2023 dilaksanakan pada pukul 14.00 dengan hasil sebagai berikut:

1) Diagnosa I, bersihan jalan napas tidak efektif

subyektif ; klien mengatakan masih batuk disertai sesak napas sesekali.

obyektif ; keadaan umum tampak lemah, tampak sesak napas, suara napas vesikuler, irama napas teratur, terdapat bunyi suara napas tambahan ronki, pernapasan cepat (takipnea), adanya retraksi dinding dada, perkusi masih redup di bagaian lobus kiri bawah, produksi sputum \pm 10-20 cc dengan warna kuning keruh. terpasang infus NaCl 20 tpm ditangan kiri, TD: 110/70 mmHg, Suhu:36,2^oc, Nadi: 97 x/menit, RR: 26 x/menit, SPO2: 98%, terpasang oksigen nassal kanul 4 liter/menit.

Assesment: masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi.

Planing: lanjutkan intervensi 1-6

2) Diagnosa II, intoleransi aktifitas

Subjektif : pasien mengatakan jika melakukan aktivitas terlalu lama pasien akan sesak napas, lelah dan Pasien mengatakan pasien duduk di tempat tidur selama 5 menit.

Objektif : pasien tampak sesak saat melakukan aktivitas, pasien mampu duduk selama 5 menit, SPO2 98%.

Asessment : masalah intoleransi aktifitas belum teratasi.

Planing : lanjutkan intervensi 1-4

b. Pada hari Selasa, 25 Juli 2023

Evaluasi Hari kedua, Selasa, 25 Juli 2023, dilaksanakan pada pukul 14.00 dengan hasil sebagai berikut:

1) Diagnosa I, bersihan jalan napas tidak efektif

Subyektif : klien mengatakan sesak napasnya berkurang namun masih batuk tetapi tidak ada dahak lagi, klien mengatakan hanya sesekali mengeluarkan dahak.

Obyektif : keadaan umum tampak lemah, tampak sesak dan sesekali batuk, tekanan darah 110/80mmHg, suhu 36,4°C, nadi 105x/menit, pernapasan 24x/menit (*takipneu*), SpO2 99%. suara napas vesikuler, irama napas teratur, suara napas tambahan ronki berkurang, produksi sputum ± 5-8 cc dengan warna putih kekuningan, adanya retraksi dinding dada, perkusi masih redup di bagian lobus kiri bawah, Klien dapat mendemonstrasikan kembali teknik batuk efektif dan napas dalam sesuai anjuran yang telah di ajarkan dan demonstrasikan sebelumnya.

Assessment: masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian.

Planing: lanjutkan intervensi 1-6

2) Diagnosa II, intoleransi aktifitas

Subjektif : Pasien mengatakan bisa mengangkat kaki dan tangan secara bergantian, lemah berkurang, pasien mengatakan sudah mampu berjalan selama 2 menit dengan tetap menggunakan oksigen nasal kanul 4 liter/menit, pasien juga bisa bangun tanpa harus dipegang

Objektif: pasien tampak rileks saat melakukan aktivitas, kaki dan tangan pasien mampu digerakan secara bergantian, pasien berjalan selama 2 menit, aliran oksigen tetap berjalan, SPO2 98%.

Assessment : masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian.

Planning: lanjutkan intervensi 1-3

c. Pada Hari Rabu, 26 Juli 2023

Hari Ketiga, Rabu, 26 Juli 2023 evaluasi dalam bentuk catatan perkembangan dilaksanakan pada pukul 07.30 sebagai berikut:

1) Diagnosa I, Bersihan jalan napas tidak efektif.

S : klien mengatakan sesak napas nya berkurang, sesekali batuk tetapi tidak ada dahak lagi

O: keadaan umum lemah, sesekali batuk, TD:110/90mmHg, S:36,8°C, N:105x/menit,RR:24x/menit, SPO2 100%, suara napas vesikuler, suara napas tambahan ronki berkurang, adanya retraksi dinding dada, produksi sputum ± 4-6 cc dengan warna putih kekuningan,

terpasang oksigen nassal kanul 4 liter/menit, Klien dapat mendemonstrasikan kembali teknik batuk efektif dan napas dalam sesuai anjuran yang telah di ajarkan

A : masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian.

P : lanjutkan intervensi 2,3,5,6,7

I : pukul 08.00 melayani obat OAT 4 Tablet/PO. Pukul 08.15 memonitor frekuensi, irama, dan kedalaman napas klien serta sputum klien H/ auskultasi bunyi napas, suara napas vesikuler, irama napas teratur, suara napas tambahan ronki berkurang, frekuensi napas 24 x/menit (*Takipnea*), ada retraksi dinding dada, perkusi redup di bagian lobus kiri bawah, produksi sputum \pm 4-6 cc dengan warna putih kekuningan. Pukul 08.30 mengatur posisi tidur pasien semi fowler untuk meningkatkan ekspansi paru dan memudahkan bernapas. Pukul 08.45 menganjurkan klien untuk minum air hangat 8 gelas perhari. Pukul 08.55 klien terpasang oksigen nassal kanul 3 liter/menit, mengukur saturasi oksigen 100%. Pukul 09.00 mengajarkan serta menganjurkan pada klien dan keluarga untuk mengulang teknik batuk efektif yang telah didemonstrasikan sebelumnya.

E: keadaan umum lemah, batuk berkurang, TD:110/90mmHg, S:36,8°C, N:105x/menit, RR:24x/menit, SPO2 100%, suara napas vesikuler, suara napas tambahan ronki berkurang, adanya retraksi dinding dada, perkusi masih redup pada lobus kiri bawah produksi sputum

± 4-6 cc dengan warna putih kekuningan. Klien dapat mendemonstrasikan kembali teknik batuk efektif dan napas dalam sesuai anjuran yang telah di ajarkan. Klien terpasang oksigen nassal kanul 3 liter/menit. Lanjutkan intervensi 2,3,6.

2) Diagnosa II, Intoleransi aktifitas

S : Istri Pasien mengatakan pasien baru saja duduk saat makan pagi dan masih sedikit sesak napas jika terlalu duduk terlalu lama, pasien juga sering menggerakkan tangannya sendiri untuk makan.

O : pasien tampak berbaring

A : masalah intoleransi aktivitas teratasi.

P : lanjutkan intervensi 3, 4, dan 5.

I : pukul 10.22 menganjurkan pasien jika capek saat melakukan aktivitas bisa duduk dan jangan terlalu banyak bergerak. Pukul 10.25 menganjurkan istri pasien untuk tetap menemani pasien di samping agar pasien tidak jatuh. Pukul 10.27 menganjurkan pasien melakukan aktivitas yang bisa dilakukan misalnya duduk tapi jangan terlalu lama.

E : klien dapat melakukan aktifitas, seperti makan, berpindah serta ke toilet sendiri. Klien dan istrinya tampak paham dan mengerti yang sudah dijelaskan, istri pasien mengatakan akan selalu mendampingi suaminya saat mau melakukan aktivitas, dan selalu memperhatikan selang oksigennya agar tidak terlepas. Intervensi di lanjutkan oleh perawat ruangan.



PEMERINTAH KABUPATEN ENDE
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DERAH ENDE

Jl. Prof.dr. W.Z YohanesTelp.(0381) 210331 / 22026 Ende

R,

HASIL PEMERIKSAAN RADIOLOGI

Nama	: Hasyim Udin	Nomor RM	: 140655
Tanggal Lahir	: 1/7/1969	Ruang/Kelas	: 160/AP03
Alamat	:	Foto Lama	:
Jenis Pemeriksaan	:	Nomor foto	: 469A
Tanggal Pemeriksaan	:		
Klinis	: Suspek TB paru		

Yth TS.

Pemeriksaan Radiografi Thoraks PA:

Cor: batas kanan jantung tertutup opasitas

Mediastinum: tak tampak melebar

Pulmo: tampak infiltrat pada lapangan atas tengah paru kanan kiri. Corakan vaskular normal

Tampak opasitas pada aspek laterobasal hemithorax kanan

Diafragma kiri normal, sinus kostofrenikus kanan tumpul, kiri tajam

Tulang-tulang: tak tampak kelainan

Kesan:

- Cor sulit dievaluasi
- Gambaran TB paru
- Efusi pleura kanan

Dr. Yuliana Rias Mulyanti, Sp.PD
SIP. 00001510-578 / 27 / SIPD / RD / 2020

Ende, 18/07/23
Dokter Yang Memeriksa

Dr. David Gerry S., Sp.Rad



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Odelberta Natalya Wale
Tempat/ Tanggal lahir : Wolowaru, 01 Desember 1999
Alamat : Desa Wolotopo, Kec. Ndonga, Kabupaten Ende,
Nusa Tenggara Timur.
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik

B. Riwayat Pendidikan

1. SDI Wolojita
2. SDK Wolotopo 2
3. SMP Katolik St. Aloysius Wolotopo
4. SMK Katolik Muktyaca Ende (Jurusan Keperawatan)

MOTTO

**“DO THE BEST, BE GOOD, THEN YOU WILL BE THE BEST”
“LAKUKAN YANG TERBAIK, BERSIKAPLAH YANG BAIK, MAKA
KAU AKAN MENJADI YANG TERBAIK”**



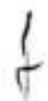
**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE**



LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama : ODELBERTA NATALYA WALE
NIM : PO. 5303202200528
Pembimbing : Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Hari/Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	24/02/2023	Konsultasi proposal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsul judul 2. ACC judul 3. Menentukan masalah studi kasus. 4. Menyusun latar belakang BAB I 	
2	01/03/2023	Konsultasi proposal	<ol style="list-style-type: none"> 1. perbaiki cover, penggunaan kapital Nama dan Nim 1.0 space 2. tambahkan cover sampul halaman 2. 3. perbaiki latar belakang data kabupaten menempati urutan ke berapa? dan buatlah berdasarkan masalah asuhan keperawatan/masalah nyata yang terjadi. 	
3	06/03/2023	Konsultasi proposal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fokuskan pada masalah yang di ambil, apa yang mempengaruhi 5 proses keperawatan ? 2. perbaiki wilayah kabupaten Ende, menempati angka/posisi ke berapa? gunakan fenomena 5W+1H. 3. tambahkan referensi tingkat provinsi. 	

4	13/03/2023	Konsultasi proposal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki spasi pada kutipan 2. urutkan data global, indonesia, provinsi, kabupaten, lokasi peneliti. 3. perbaiki penulisan WHO di tiap paragraf. 4. tambahkan pendapat dan peran perawat dan data dari lokasi yang akan di teliti. 	
5	03/04/2023	Konsultasi proposal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan fenomena Paragraf 1 2. perbaiki data global, gunakan kata jumlah prevelensi. 3. perbaiki narasi data provinsi. 4. Data RSUD langsung ke tahun 2022. 5. tambahkan masalah yang muncul sehingga di angkatnya masalah tersebut, dan diperbaiki narasi. 6. Lanjutkan Ke BAB II 	
6	15/05/2023	Konsultasi proposal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaikan BAB II 2. Lanjut BAB III. 	
7	17/05/2023	Konsultasi proposal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatikan kembali narasi dari BAB I-BAB III 	
8	24/07/2023	Konsultasi KTI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fokus pada masalah keperawatan yang muncul pada pasienmu. 2. Lanjutkan implementasi. 	
9	29/08/2023	Konsultasi KTI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengumpulan data di narasikan. 2. Riwayat penyakit sekarang di narasikan. 3. Sesuaikan pemeriksaan berdasarkan 12 Pola, dan fokuskan pada pola masalah yang akan di angkat disetarakan dengan SDKI. 4. Lengkapi pengkajian per pola. 	

			Tabulasi, dan klasifikasi. 5. Intervensi dibuat berdasarkan panduan SLKI dan 1.0 spasi.	
10	06/09/2023	Konsultasi KTI	1. Terapi pengobatan menggunakan tabel. 2. Ganti diagnosa resiko infeksi.	
11	18/09/2023	Konsultasi KTI	1. Dilihat kembali diagnosanya apakah sudah berdasarkan data? 2. ubah diagnosa menjadi diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif.	
12	26/09/2023	Konsultasi KTI	1. sesuaikan diagnosa 1 dengan keluhan berdasarkan data yang ditemukan pada pasienmu. (DS, DO)	
13	02/10/2023	Konsultasi KTI	1. Perbaiki huruf page number 2. perbaiki penulisan abstrak. 3. sesuaikan tujuan keperawatan dilakukan tindakan berapa jam ? apakah 3x24 jam ? 4. tambahkan sumber peneliti/intervensi pendukung pada inervensi dst. 5. perbaiki penulisan kesimpulan paragraf satu/nomor satu.	
14	11/10/2023	Konsultasi KTI	ACC	

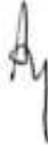


**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE**



LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama : ODELBERTA NATALYA WALE
NIM : PO. 5303202200528
Pembimbing : Try Ayu Patmawati, S.Kep.Ns.,M.Kep

No	Hari/Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	14/06/2023	Revisi proposal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki pengetikan 2. Perbaiki untuk lembar persetujuan proposa setelah ujian! 3. tambahkan referensi lain dari luar. 4. Patofisiologi dan Patway di samakan. 5. Perhatikan penomoran dan Huruf. 6. Tambahkan tanda dan gejala mayor, minor disesuaikan dengan SDKI, SLKI, SIKI. 7. Lengkapi diagnosa sesuai SDKI, SLKI, SIKI. 	
2	21/06/2023	Revisi proposal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki narasi BAB I. 2. Data indonesia Di urutkan berdasarkan insiden-penderita-kematian. 3. Perbaiki penggunaan huruf Kapital dalam penulisan. 4. Perhatikan spasi ! 5. Perhatikan penomoran! 	

			<p>6. Sesuaikan tanda gejala Mayor Minor pada analisa data-dst menggunakan SDKI !</p> <p>7. BAB III gunakan studi dokumentasi!</p>	
3	22/06/2023	Revisi proposal	ACC	
4	13/10/2023	Revisi KTI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki urutan penulisan abstrak. 2. daftar isi tidak perlu di Bold 3. Perbaiki riwayat kesehatan sekarang! 4. perbaiki riwayat masa lalu, kapan pasien dikatakan TB? 5. Pisahkan antara sebelum MRS dan saat MRS/sebelum sakit dan saat sakit, di Bold. 6. perbaiki dan lengkapi pengkajian pola tidur dan istirahat. 7. perbaiki pemeriksaan fisik Dada paru-paru. 8. perbaiki tabulasi data. 9. perbaiki analisa data, DO. 10. Perbaiki diagnosa keperawatan I 11. Intervensi 2 dan 3 perbaiki, kenapa masukan intervensi tapi tidak di lakukan. 12. implementasi- kapan dilakukan pengkajian, jam berapa?. waktu implementasi? 13. implementasi diagnosa 3, jelaskan membantu pasien beristirahat, Jelaslan!, jelaskan kenapa tidak 	

			dilaksanakan intervensi I ? 14. Perbaiki Pembahasan mulai dari dx- evaluasi, Fokus perbedaan teori dan kasus setelahnya baru di jelaskan penelitian lain.	
5	28/01/2024	Revisi KTI	1. Perbaiki pembahasan dari pengkajian-evaluasi. 2. Tambahkan justifikasi pada tiap pembahasan mulai dari pengkajian- evaluasi. 3. Perbaiki BAB V kesimpulan saran. 4. Perbaiki penulisan daftar pustaka dan citation.	
6	01/02/2024	Revisi KTI	1. Perbaiki abstrak 2. Perbaiki pembahasan intervensi 3. Perbaiki daftar pustaka rata kiri kanan.	
7	26/02/2024	Revisi KTI	ACC	