

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.S.H.U
DENGAN DIAGNOSA MEDIS *TUBERCULOSIS* PARU
DI RUANG PERAWATAN KHUSUS (RPK)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH



OLEH :

**SAVERINUS GAMPU
NIM. PO5303202200507**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKESKUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE
2024**

**ASUHAN KEPERAWATAN PAD PASIEN NY.S.H.U
DENGAN DIAGNOSA MEDIS TUBERKULOSIS PARU
DI RUANG PERAWATAN KHUSUS (RPK)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH

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



OLEH :

SAVERINUS GAMPU
NIM. PO5303202200507

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

2024

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan :

Nama : Saverinus Gampu

NIM : PO. 5303202200507

Program Studi : D - III Keperawatan Ende

Judul proposal: Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.S.H.U dengan Diagnosa
Medis Tuberculosis Paru di Ruang Perawatan Khusus (RPK)
RSUD ENDE

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

Ende, 2 Juli 2024
Yang Membuat Pernyataan

Saverinus Gampu
PO. 5303202200507

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. S.H.U DENGAN
DIAGNOSA MEDIS *TUBERKULOSIS* PARU DI RUANG
PERAWATAN KHUSUS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
ENDE

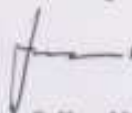
OLEH

SAVERINUS GAMPU
NIM. PO5303202200507

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui
oleh Pembimbing untuk Dijikan

Ende, 03 Juli 2024

Pembimbing



Irwan Budiana, S. Kep. Ns., M.Kep.
NIP. 198906272019021 001

Mengetahui,

Pth. Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Dr. Sisilia Lony Cahyani, S. Kep. Ns., MSc.
NIP. 197401132002122001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. S.H.U DENGAN
DIAGNOSA MEDIS *TUBERKULOSIS* PARU DI RUANG
PERAWATAN KHUSUS RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH ENDE

OLEH

SAVERINUS GAMPU
NIM. PO5303202200507

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Dijikan dan Dipertanggungjawabkan
pada Tanggal, 03 Juli 2024

Penguji Ketua



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

Penguji Anggota



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

Disahkan Oleh :

Plh. Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns., MSc.
NIP.197401132002122001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.S.H.U Tuberkulosis Paru di Ruang Perawatan Khusus (RPK) RSUD Ende”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Ende. Sebagai manusia yang lemah, Penulis 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, S.KM., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep. Kom, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini.
3. Ibu dr. Ester Puspa Jelita, selaku Direktris Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberi izin kepada penulis untuk melakukan studi kasus di RSUD Ende.
4. Ibu Try Ayu Patmawati S.Kep., Ns, M.Kep selaku penguji ketua , yang sudah meluangkan waktu untuk menguji penulis.

5. Bapak Irwan Budiana, S.Kep., Ns., M.Kep. Selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Pasien Ny.S.H.U bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah
7. Kedua orang tua, kakak, adik dan seluruh keluarga serta teman-teman atas semua doa dan semangatnya yang tiada henti mendukung saya untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Terimakasih tak terhingga kepada komunitas Brudaran ALMA Ende, Para bruder, para pengasuh dan anak anak panti asuhan Bhakti Luhur Ende yang sudah membiayai proses perkuliahan saya dan selalu mendukung setiap perjuangan saya selama kuliah.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga penulis sangat membutuhkan masukan dan koreksi yang bersifat membangun dari kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata penulis mengucapkan limpah terima kasih dan berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi siapapun yang membacanya.

Ende, 2 Juli 2024

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.S.H.U dengan Diagnosa Medis Tuberkulosis Paru Di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende

Saverinus Gampus ⁽¹⁾

Irwan Budiana ⁽²⁾

Tuberkulosis merupakan penyakit menular yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dan salah satu penyebab kematian sehingga perlu dilaksanakan program penanggulangan tuberkulosis secara berkesinambungan. Estimasi jumlah orang terdiagnosis tuberkulosis paru pada tahun 2021 secara global sebanyak 10,6 juta kasus .

Tujuan studi kasus agar penulis mampu menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien TB paru di RSUD Ende.

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

Hasil studi kasus pada Ny.S.H.U ditemukan data: lemah, batuk lendir bercampur darah, nyeri dada kanan tembus ke belakang, bunyi paru ronchi terdengar pada lobus atas, nafsu makan berkurang karena mual. Pada sputum atau dahak ditemukan bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*.

Masalah keperawatan yang muncul adalah bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan proses infeksi, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik(inflamasi, defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme, resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan. Intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan masalah keperawatan. Implementasi dilakukan selama 3 hari dan hasil evaluasi ditemukan masalah teratasi sebagian

Disimpulkan bahwa kasus Ny.S.H.U terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yaitu sesak napas, demam dan keringat malam hari tidak ditemukan Oleh karena itu tuberkulosis paru sebaiknya patuh terhadap pengobatan serta mengkonsumsi makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein.

Kepustakaan : 22 Buah (2017-2023)

Kata Kunci : AsuhanKeperawatan, Tuberculosis Paru

1. Mahasiswa Program Studi DIII Keperawatan Ende

2. Dosen Pembimbing Program Studi DIII Keperawatan Ende

ABSTRACT

Nursing Care for Ny.S.H.U Patients with a Medical Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis in the Special Care Room at Ende Regional Hospital

Saverinus Gampu ⁽¹⁾

Irwan Budiana ⁽²⁾

Tuberculosis is an infectious disease that is still a public health problem and one of the causes of death, so it is necessary to implement a continuous tuberculosis control program. The estimated number of people diagnosed with pulmonary tuberculosis in 2021 globally is 10.6 million cases.

The aim of the case study is for the author to be able to describe the implementation of nursing care for pulmonary TB patients at Ende Regional Hospital.

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

The results of the case study on Mrs.S.H.U found data: weakness, coughing up mucus mixed with blood, right chest pain that penetrated to the back, rhonchi lung sounds heard in the upper lobes, decreased appetite due to nausea. In the sputum or phlegm, Mycobacterium Tuberculosis bacteria were found.

Nursing problems that arise are ineffective airway clearance related to the infectious process, acute pain related to physical injury agents (inflammation, nutritional deficits related to increased metabolic needs, risk of spread of infection related to increased exposure to environmental pathogenic organisms. Nursing interventions are carried out based on nursing problems . Implementation was carried out for 3 days and the evaluation results found that the problem was partially resolved

It was concluded that in Mrs. S.H.U.'s case there was a gap between theory and case, namely shortness of breath, fever and night sweats were not found. Therefore, pulmonary tuberculosis should comply with treatment and consume foods that are high in calories and high in protein.

Literature: 22 Pieces (2017-2023)

Keywords: Nursing Care, Pulmonary Tuberculosis

1. Ende Nursing DIII Study Program student

2. Supervisor of the Ende DIII Nursing Study Program

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan	i
Halaman Sampul Dalam	ii
Pernyataan Keaslian Tulisan	iii
Lembar Persetujuan	iv
Lembar Pengesahan	v
Kata Pengantar	vi
Abstrak Bahasa Indonesia	viii
Abstrak Bahasa Inggris	ix
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan	4
D. Manfaat Studi Kasus.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Konsep Medis Penyakit TB Paru	6
1. Pengertian Penyakit TB Paru	6
2. Etiologi TB Paru	7
3. Faktor Risiko TB Paru	7
4. Cara Penularan TB Paru	8
5. Patofisiologis TB Paru	9
6. Pathway.....	10
7. Manifestasi Klinis TB Paru	11
8. Pemeriksaan Diagnostik	11
9. Penatalaksanaan	12
10. Komplikasi TB Paru	12
11. Pencegahan TB Paru	13
B. Konsep Asuhan Keperawatan Tuberculosis Paru.....	14
1. Pengkajian	14
2. Diagnosa Keperawatan	23
3. Intervensi Keperawatan	25
4. Implementasi	37
5. Evaluasi	37
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	39
A. Jenis/Rancangan/Desain Studi Kasus	39
B. Subyek Studi Kasus	39
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional).....	39
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	40
E. Metoda/Prosedur Studi Kasus.....	40
F. Teknik Pengumpulan Data.....	40

G. Instrumen Pengumpulan Data.....	41
H. Keabsahan Data	41
I. Analisis Data.....	42
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	43
A. Hasil Studi Kasus	43
B. Pembahasan.....	81
BAB V PENUTUP	91
A. Kesimpulan	91
B. Saran	92
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel Analisa Data	56
--------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit menular masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang menimbulkan kesakitan, kematian, dan kecacatan yang tinggi sehingga perlu dilakukan penyelenggaraan penanggulangan melalui upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan yang efektif dan efisien. Salah satu penyakit menular yang berbahaya adalah tuberkulosis. Tuberkulosis merupakan penyakit menular yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dan salah satu penyebab kematian sehingga perlu dilaksanakan program penanggulangan tuberkulosis secara berkesinambungan (Fitri dkk, 2018).

Estimasi jumlah orang terdiagnosis tuberkulosis paru pada tahun 2021 secara global sebanyak 10,6 juta kasus naik sekitar 600 kasus dari tahun 2020 yaitu 10 juta kasus tuberkulosis paru dari 10,6 juta kasus tersebut terdapat 6,4 juta (60,3%) orang yang telah di laporkan dan menjalani pengobatan dan 4,2 juta (39,7%) orang belum didiagnosis dan dilaporkan. Dari total 10,6 juta kasus di tahun 2021, setidaknya terdapat 6 juta kasus adalah pria dewasa, kemudian 3,4 juta kasus adalah wanita dewasa dan kasus TBC lainnya adalah anak-anak, yakni sebanyak 1,2 juta kasus (Global TB Report, 2022 dalam Mulyawan, 2023).

Di Indonesia, Penyakit TBC sering terjadi karena penyebaran yang sangat mudah melalui udara dan kontak langsung bersama penderita TBC. Seperti kasus yang terjadi pada bulan Maret 2023, Indonesia menjadi peringkat

ke-2 TBC terbanyak di Dunia berdasarkan data teranyar yang dirilis Global TB Report (GTR) 2022. Tahun 2022 ada sekitar 969 ribu kasus TBC di Indonesia. Dengan kata lain, ada 354 orang per 100 ribu penduduk di Indonesia yang mengidap TBC. Kasus TBC di Indonesia mengalami peningkatan disetiap tahun. Peningkatan yang cukup signifikan terjadi pada tahun 2022 lalu. Tercatat ada 443.235 kasus TBC di Indonesia pada 2021 lalu. Angka itu melonjak menjadi 717.941 kasus pada tahun 2022 (Yahya A, dkk, 2023).

Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) adalah satu dari beberapa provinsi penyumbang kasus TB untuk negara Indonesia. Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik propinsi NTT jumlah dari tahun ke tahun mengalami peningkatan. Pada tahun 2020 tercatat 4.795 orang terdiagnosis TB paru, pada tahun 2021 tercatat 4.798 kasus orang terdiagnosis TB paru dan pada tahun 2022 tercatat 7.268 kasus (Dinas Kesehatan Provinsi NTT, 2023).

Kabupaten Ende berada di urutan ke dua setelah Kupang dengan jumlah kasus ditahun 2020 sebanyak 285 kasus, tahun 2021 terdapat 331 dan pada tahun 2022 sebanyak 545 kasus (Dinkes Kab. Ende, 2023).

Kasus TB pada Rumah Sakit Umum Daerah Ende (RSUD) pada tahun 2021 sebanyak 92 kasus dan pada tahun 2022 sebanyak 320 kasus yang terdiri dari laki-laki sebanyak 175 kasus dan perempuan 145 kasus (Rekam Medik RSUD Ende, 2023).

Penyakit tuberkulosis paru akan semakin parah dan menimbulkan komplikasi apabila tidak dilakukan penanganan dengan benar. Komplikasi tuberculosi dapat diklasifikasikan menjadi dua yaitu komplikasi dini dan

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

Pencegahan komplikasi dibutuhkan peran dan fungsi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Upaya promotif perawat dengan memberikan edukasi atau penyuluhan tentang perilaku hidup bersih untuk mencegah kemungkinan penularan penyakit TB paru dan meningkatkan kondisi dan daya tahan tubuh dengan mengonsumsi makanan bergizi, istirahat yang cukup, dan olahraga yang cukup. Upaya preventif, menganjurkan untuk melakukan vaksinasi *BCG (Bacillus Calmette-Guérin)*. Upaya kuratif, dalam hal ini perawat melakukan asuhan keperawatan pada penderita untuk mencegah komplikasi lebih lanjut, seperti memberikan oksigen dengan simple mask jika penderita mengalami sesak napas dan peran perawat pada upaya rehabilitasi sangat dibutuhkan dalam memberi penyuluhan perawatan diri serta mematuhi jadwal pengobatan selama

6 bulan berturut-turut tanpa terputus dengan menerapkan strategi *DOTS* (*Directly Observed Treatment Short Course*) yang telah disediakan oleh pemerintah secara gratis disarana pelayanan kesehatan (Prihanto, E. 2018)

Permasalahan yang ditimbulkan dalam penanganan TB paru yaitu waktu pengobatan yang relatif lama (minimal 6 bulan) menjadi penyebab penderita sulit sembuh karena pasien TB berhenti berobat setelah merasa sehat meskipun proses pengobatan belum selesai. Hal ini disebabkan karena pasien jenuh dengan pengobatan yang cukup lama, efek samping obat, atau merasa lebih baik setelah awal (2 bulan pertama) pengobatan (Cahyati, dkk., 2019).

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk melakukan” Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.S.H.U dengan Diagnosa Medis TB Paru di Ruangan Perawatan Khusus pada RSUD Ende “.

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Ny.S.H.U dengan diagnosa tuberkulosis paru di RSUD Ende?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Penulis mampu menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien TB paru di RSUD Ende.

2. Tujuan Khusus

a. Menggambarkan hasil Pengkajian pada pasien Ny.S.H.U dengan diagnosa medis TB Paru di RSUD Ende

- b. Menggambarkan tentang diagnosa keperawatan pada pasien Ny.S.H.U dengan diagnosa medis TB Paru di RSUD Ende
- c. Menggambarkan rencana tindakan pada pasien Ny.S.H.U dengan diagnosa medis TB Paru di RSUD Ende
- d. Menggambarkan Implementasi keperawatan pada pasien Ny.S.H.U dengan diagnosa medis TB Paru di RSUD Ende
- e. Menggambarkan hasil Evaluasi tindakan keperawatan pada pasien Ny.S.H.U dengan diagnosa medis TB Paru di RSUD Ende
- f. Menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata pada pasien Ny.S.H.U dengan diagnosa medis TB Paru di RSUD Ende

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Penulis

Menambah pengetahuan dan pemahaman penulis sehingga dapat meningkatkan kemampuan dalam pelaksanaan keperawatan bagi penderita TB Paru.

2. Bagi Tempat Pelaksanaan Praktik

Sebagai bahan tambahan informasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan khususnya kasus TB Paru.

3. Bagi Institusi

Dengan adanya studi kasus ini, Poltekkes Kemenkes Kupang jurusan keperawatan Ende dapat mengevaluasi kemampuan penulis dalam memahami Asuhan Keperawatan Pada Pasien TB di RSUD Ende.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis Penyakit TB Paru

1. Pengertian Penyakit TB Paru

TB merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis*. Tuberculosis biasanya menyerang paru, gejala infeksi tersebut bila menyerang paru-paru, kemudian menyerang kesemua bagian tubuh. Infeksi biasanya terjadi 2-10 minggu. Setelah 10 minggu, akan muncul manifestasi penyakit/gangguan ketidakefektifan respon imun. Proses aktivasi dapat berkepanjangan ditandai dengan remisi panjang ketika penyakit dicegah, hanya diikuti oleh periode aktivitas yang diperbarui (Setiyowati et al.,2020)

TB Merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *mycobacterium tuberculosis* dan merupakan salah satu dari 10 penyebab utama kematian di seluruh dunia. TB Paru disebabkan oleh bakteri *mycobacterium tuberculosis* yang paling sering menyerang paru-paru dan dapat dicegah dan disembuhkan. Penyebarannya melalui udara ketika penderita mengalami batuk dan berbicara. Bakteri TB Paru dapat berpindah melalui darah untuk menginfeksi bagian tubuh lainnya, seperti ginjal, tulang belakang, dan otak (CDC, 2020)

2. Etiologi TB Paru

TB Paru di sebabkan oleh bakteri yang di sebut *mycobacterium tuberculosis*. Dalam kasus TB Paru yang terjadi sekitar sepertiga populasi dunia sudah terinfeksi dengan jenis bakteri ini. Akan tetapi orang yang infeksiya menjadi “TB Aktif “ hanya sekitar 10-20 % orang. Seseorang yang membawa bakteri TB tetapi tidak menunjukkan suatu gejala yang di alaminya memiliki “TB Laten”. Seseorang yang membawa TB laten ini tidak menular, akan tetapi dapat berkembang menjadi TB aktif bila kekebalan tubuh seseorang tersebut menurun maupun melemah karena kondisi seperti HIV (Ruiz- et al, 2020)

3. Faktor Risiko TB Paru

- a. Kontak yang dekat dengan seseorang yang memiliki TB aktif
- b. Status imunocompromized (penurunan imunitas) misalnya, lansia, kanker, terapi kortikosteroid, dan HIV.
- c. Penggunaan narkoba suntikan dan alkoholisme
- d. Orang yang kurang mendapat perawatan kesehatan yang memadai (misalnya, tunawisma atau miskin, minoritas, anak-anak, dan orang dewasa muda).
- e. Kondisi medis yang sudah ada sebelumnya termasuk diabetes, gagal ginjal kronis, silicosis, dan kekurangan gizi.
- f. Imigran dari negara-negara dengan tingkat TB Paru yang tinggi (misalnya, Haiti, Asia Tenggara).
- g. Pelembagaan (misalnya, fasilitas perawatan jangka panjang, penjara).

- h. Tinggal di perumahan yang dapat dan tidak sesuai standar.
- i. Pekerjaan (misalnya, petugas layanan kesehatan, terutama mereka yang melakukan kegiatan resiko tinggi) (Wahyudi, 2021).

4. Cara Penularan TB Paru

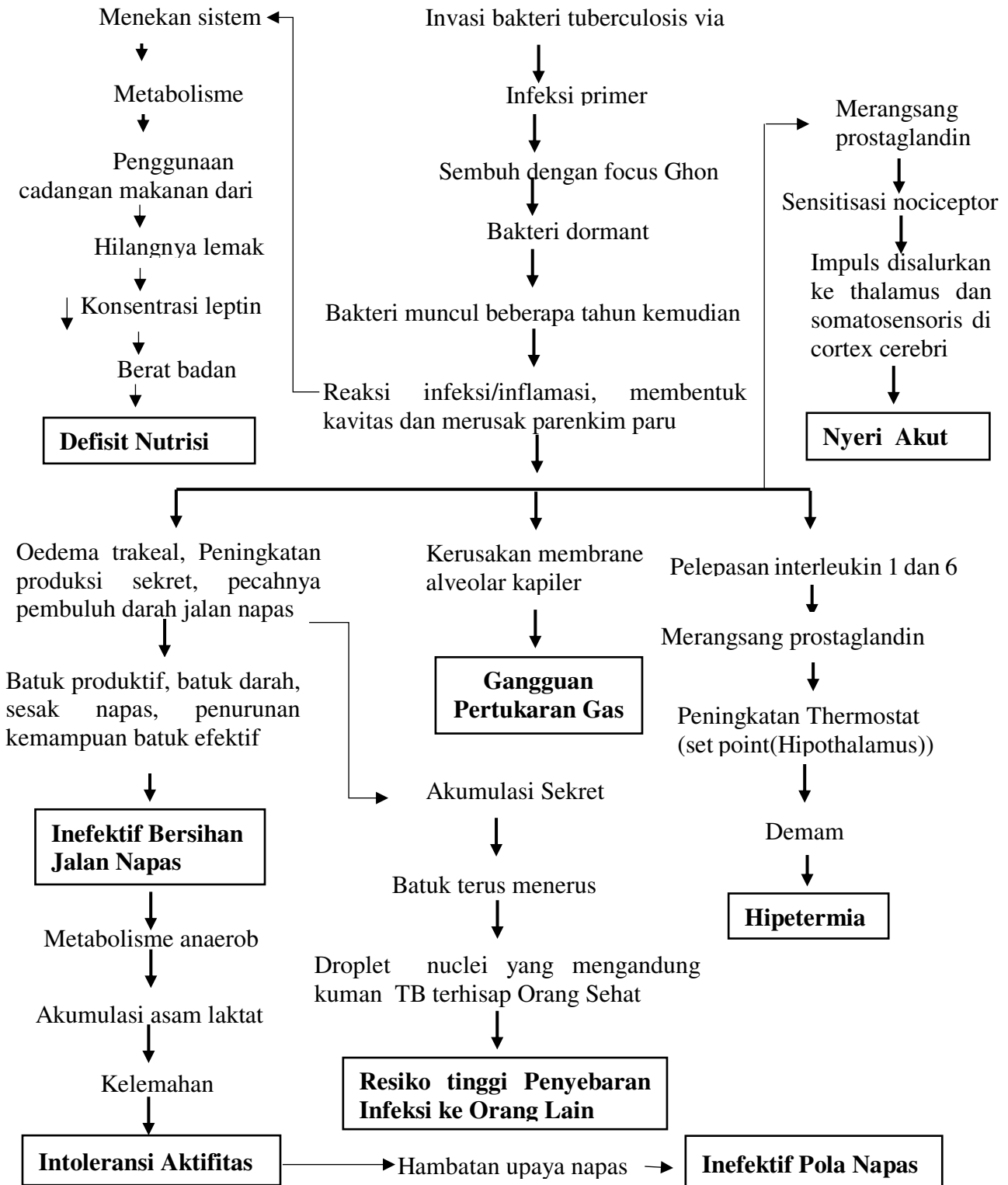
- a. Sumber penularan adalah pasien TBC BTA positif melalui percik renik dahak yang di keluarkanya. Namun, bukan berarti bahwa pasien TBC dengan hasil pemeriksaan BTA negatife tidak mengandung kuman dalam dahaknya. Hal tersebut bisa saja terjadi oleh karena jumlah kuman yang terkandung dalam contoh uji <_ dari 5.000 kuman / dahak sehingga sulit di deteksi melalui pemeriksaan mikroskopis langsung.
- b. Pasien TBC dengan BTA negatif juga masi memiliki kemungkinan menularkan penyakit TBC. Tingkat penularan pasien TBC BTA positif adalah 65%, pasien TBC BTA negatif dengan hasil kultur positif adalah 26% sedangkan pasien TBC dengan hasil kultur negatif dan foto toraks positif adalah 17%.
- c. Infeksi akan terjadi apabila orang lain menghirup udara yang mengandung percik renik dahak yang infeksius tersebut
- d. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (droplet nuclei/ percik renik). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak. Kuman TBC menyebar melalui udara saat si penderita batuk,bersin,berbicara,atau bernyanyi. Yang hebat, kuman ini dapat bertahan di udara selama beberapa jam. Perlu di ingat bahwa TBC tidak menular melalui

jabatangan dengan penderita TBC, berbagi makanan atau minuman, menyentuh seprai atau dudukan toilet, berbagi sikat gigi, bahkan berciuman (Anindyajati, 2017).

5. Patofisiologis TB Paru

Menghirup mycobacterium tuberculosis menyebabkan salah satu dari empat kemungkinan hasil, yakni pembersihan organisme, infeksi laten permulaan penyakit aktif (penyakit primer), penyakit aktif bertahun-tahun kemudian (reaktivasi penyakit). Sumber utama penularan penyakit ini adalah pasien TB BTA positif. Pada saat pasien batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (droplet nuclei). Sekali batuk, pasien TB BTA positif dapat menghasilkan 3.000 percikan dahak. Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana dahak berada dalam waktu yang lama. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan gelap dan lembab. Setelah terhirup, droplet infeksius tetesan menular dan menetap di seluruh saluran udara. Sebagian besar bakteri terjebak di bagian atas saluran napas dimana sel epitel mengeluarkan lendir lendir yang dihasilkan menangkap zat asing dan silia di permukaan sel terus-menerus menggerakkan lendir dan partikelnya yang terperangkap untuk di buang. Sistem ini memberi tubuh pertahanan fisik awal yang mencegah infeksi TB Paru (Werdhani, 2021).

Pathway



2.1 Pathway Tuberkulosis Paru (Huda, 2019)

6. Manifestasi Klinis TB Paru

Manifestasi klinis menurut Mar'iyah, K., & Zulkarnain. (2021)

adalah:

- a. Berat badan turun selama 3 bulan berturut-turut.
- b. Demam, meriang.
- c. Batuk ini bersifat nonremitting (tidak pernah reda atau intensitas semakin lama semakin parah).
- d. Dada terasa nyeri.
- e. Sesak napas.
- f. Nafsu makan tidak ada atau berkurang.
- g. Mudah lesu atau malaise.
- h. Berkeringat pada malam hari walaupun tanpa aktivitas fisik.
- i. Dahak bercampur darah.

7. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Pemeriksaan sinar x dada untuk mencari perubahan pada gambaran
- b. Pemeriksaan sputum BTA (+).
- c. *CT scan*, pemindaian MRI pemindaian *ultra-sound* pada bagian tubuh yang terkena.
- d. Tes urin dan darah
- e. Biopsi, sampel kecil jaringan atau cairan diambil dari daerah yang terkena dan diuji untuk bakteri TB (Kardiyudiani, 2019).

8. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan medis

- 1) Obat lini pertama: isoniazid atau INH (Nydrazid), rifampisin (Rifadin), pirazinamida, dan etambutol (Myambutol) setiap hari selama 8 minggu dan berlanjut hingga 4 sampai 7 bulan.
- 2) Obat lini kedua: capreomycin (capastat), etionamida (Trecator), sodium para-aminosalicylate, dan sikloserin (Seromisin).
- 3) Vitamin B (piridoksin) biasanya diberikan dengan INH.

b. Penatalaksanaan keperawatan

- 1) Mengatur posisi pasien semi fowler
- 2) Mengajarkan teknik batuk efektif dan menarik napas dalam
- 3) Memberikan dan menganjurkan pasien minum air 7-8 gelas berukuran 230 ml per hari atau dengan total 2 liter.
- 4) Menganjurkan pasien makan makanan yang tinggi kalori dan protein.
- 5) Menganjurkan pasien banyak istirahat.
- 6) Menganjurkan menggunakan masker.

9. Komplikasi TB Paru

Komplikasi TB Paru meliputi:

- a. Nyeri tulang belakang. Nyeri punggung dan kekakuan adalah komplikasi TB paru yang umum
- b. Kerusakan sendi. Aritis 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 dari aliran darah. Fungsi ini menjadi terganggu jika hati atau ginjal terkena TB Paru
- e. Gangguan jantung. Meskipun jarang terjadi, tuberculosis dapat mengidentifikasi jaringan yang mengelilingi jantung, menyebabkan pembengkakan kemampuan jantung untuk memompa secara efektif (Puspasari, 2019)

11. Pencegahan TB Paru

Upaya pencegahan dan pengendalian TB Paru membutuhkan strategi yakni mengatasi masalah social ekonomi seperti kemiskinan, kepadatan penduduk, merokok dan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan (Shimeles dkk., 2019).

Langka- langka pencegahan TB Paru yang harus di lakukan untuk mencegah penularan TB Paru antara lain: rutin mengkonsumsi obat sesuai anjuran dokter, selalu tutup mulut dengan tissue dalam kantong plastic, mencuci tangan setelah batuk atau bersin, dan menghindari kunjungan orang lain yang menderita TB Paru, menghindari keramaian/ kerumunan orang atau menggunakan transportasi umum, dan menggunakan kipas angin atau jendela yang terbuka untuk bergerak di sekitar udara segar (Jenifer, 2018).

B. Konsep Asuhan Keperawatan Tuberkulosis paru

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

Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data- data pasien supaya dapat mengidentifikasi masalah-masalah , kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, social dan lingkungan . Pengkajian yang lengkap, akurat, sesuai kenyataan, kebenaran dan sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu . Adapun langka- langka dalam melakukan pengkajian yaitu :

a. Pengumpulan Data

Menurut Sugiyono (2019), pengumpulan data merupakan langkah yang paling utama dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data. Pengumpulan data dapat dilakukan dalam berbagai setting, berbagai sumber, dan berbagai cara.

1) Biodata

Data biografis seseorang yang berisi tentang idenditas diri dan fakta kehidupan yang digunakan untuk memperkenalkan diri kepada orang lain.

- 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

adalah catatan penyakit dan kondisi kesehatan dalam keluarga.

a) Keluhan Utama

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

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Adalah kronologis dari penyakit yang diderita saat ini mulai awal hingga di bawa ke RS secara lengkap. Keluhan atau gangguan yang sehubungan dengan penyakit yang dirasakan saat ini seperti Sesak napas, batuk, nyeri dada, keringat di malam hari, nafsu makan menurun, suhu badan meningkat.

c) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Adalah catatan tentang penyakit dan pengobatan yang dialami pasien pada masa lalu, merupakan informasi yang dapat menambah keterangan penyakit sekarang dan atau yang berpengaruh terhadap pengelolaan pasien seperti mengkaji keluhan batuk yang lama pada masa kecil, tuberkulosis dari

orang lain, pembesaran getah bening dan penyakit lainnya yang memperberat TB paru seperti diabetes melitus.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga.

Adalah catatan penyakit dan kondisi kesehatan dalam keluarga.

Contoh: kaji anggota keluarga atau orang terdekat pasien yang menderita penyakit tuberkulosis paru sehingga diteruskan penularannya.

3) Pola-Pola Fungsi Kesehatan

Yaitu menggambarkan tentang pemahaman pasien tentang pola kesehatan dan kesejahteraan dan bagaimana penanganannya

a) Pola persepsi kesehatan.

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

b) Pola Nutrisi dan Metabolik.

Pasien dengan tuberkulosis 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 pasien TB paru biasanya tidak mengalami perubahan atau kesulitan dalam miksi maupun defekasi.

d) Pola Aktivitas dan Latihan.

Pasien dapat mengalami kelemahan, napas pendek, takikardia, takipnea atau dyspnea, kelemahan otot dan nyeri dada.

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 hubungan dan 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 Koping/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.

4) Pemeriksaan Fisik.

Pemeriksaan fisik adalah proses mengevaluasi temuan anatomi objektif melalui observasi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

a) Keadaan Umum

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

b) Kepala

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

P: Tidak ada nyeri tekan, kadang terdapat pembesaran kelenjar getah bening

c) *Thoraks*

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

P: Saat diperkusi terdapat suara pekak, fremitus paru yang terinfeksi biasanya lemah.

A: Bunyi napas *ronchi*

d) *Abdomen*

I: Tampak simetris,

P: Terdapat suara tympani, biasanya bising usus pasien tidak terdengar.

e) *Ekstermitas atas dan bawah*

I: Tampak pucat

P: Biasanya CRT > 3 detik, akral teraba dingin, tidak ada edema.

5) *Pemeriksaan Penunjang*

a) *Rontgen Dada*

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

b) *Pemeriksaan TCM (Tes Cepat Molekuler)*

Positif bila ditemukan kuman *mycobacterium tuberculosis*.

c) Ziehl-Neelsen (Pewarnaan Terhadap Sputum).

Positif jika ditemukan bakteri tahan asam

d) Test Mantoux

Reaksi timbul 48- 72 jam setelah injeksi antigen intrakutan berupa indurasi kemerahan yang terdiri dari infiltrasi limfosit yakni persenyawaan antara antibody dan antigen tuberculin

b. Tabulasi Data

Adalah penyajian data dalam bentuk tabel atau daftar untuk memudahkan dalam pengamatan dan evaluasi (Sugiyono, 2019).

Adapun tabulasi data yang bisa disajikan adalah sebagai berikut: Batuk, batuk berdarah, batuk berdahak, sesak napas, nyeri dada, demam, keringat di malam hari, mual, muntah, penurunan nafsu makan dan penurunan berat badan. kelemahan otot, , sulit tidur, penggunaan otot bantu pernafasan, suara napas ronchi, napas cuping hidung, frekuensi jantung meningkat $>20\%$ dari kondisi istirahat

c. Klasifikasi Data

Klasifikasi data adalah proses pengorganisasian data ke dalam kategori-kategori yang memudahkan untuk mengambil, menyortir, dan menyimpannya untuk digunakan sebagaimana mestinya. Adapun klasifikasi data yang bisa disajikan adalah sebagai berikut:

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

DO : kelemahan, mual, muntah, berat badan menurun, batuk, batuk berdahak, batuk berdarah, suara napas ronchi, penggunaan otot bantu pernapasan, kelemahan otot, nyeri dada, napas cuping hidung, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat.

d. Analisa Data

Menurut Setiawan (2022), analisis data merupakan metode yang dilakukan perawat untuk mengkaitkan data pasien serta menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan pasien dan keperawatan pasien

Adapun analisa data dari penyakit tuberculosis paru adalah sebagai berikut:

1) Sign/symptom.

Data subyektif : Sesak napas.

Data obyektif :Suara napas roncki, napas cuping hidung, sianosis.

Etiologi : Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi.

Problem : Gangguan pertukaran gas.

2) Sign/symptom.

Data subyektif : Sesak napas.

Data obyektif : Penggunaan otot bantu pernapasan, sesak napas.

Etiologi : Hambatan upaya napas

Problem : Pola napas tidak efektif.

3) Sign/symptom.

Data subyektif : Batuk, batuk berdahak, batuk berdarah.

Data obyektif : Suara napas ronchi, batuk, batuk berdahak, batuk berdarah.

Etiologi : secret tertahan

Problem : Bersihan jalan napas tidak efektif.

4) Sign/symptom.

Data subyektif : Nafsu makan menurun, mual, muntah

Data obyektif : Berat badan menurun.

Etiologi : Peningkatan kebutuhan metabolisme

Problem : Defisit nutrisi.

5) Sign/symptom.

Data obyektif : Demam, keringat di malam hari.

Data obyektif : Demam. Suhu meningkat.

Etiologi : Proses penyakit.

Problem : Hipertermi.

6) Sign/symptom.

Data subyektif : Badan lemah.

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

Etiologi : Kelemahan.

Problem : Intoleransi aktivitas.

7) Sign/symptom

Data subyektif : mengeluh nyeri

Data obyektif: Tampak meringis, bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri), Gelisah, Frekuensi nadi meningkat, Sulit tidur

Etiologi: Agen cedera fisiologi (inflamasi, iskemia, neoplasma)

8) Sign/symptom

Data subjektif : -

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

Etiologi : Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan.

Problem : Risiko infeksi

2. Diagnosa keperawatan (Nurarif, 2015)

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

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

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

DS: Sesak napas.

DO: Suara napas roncki, napas cuping hidung, sianosis.

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

DS: Sesak napas.

DO: Penggunaan otot bantu pernapasan, sesak napas.

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

DS: Batuk, batuk berdahak, batuk berdarah.

DO: Suara napas ronchi, batuk, batuk berdahak, batuk berdarah.

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

DS: Nafsu makan menurun, mual, muntah

DO: Berat badan menurun.

- e. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan :

DS: Demam, keringat di malam hari.

DO: Demam, Suhu meningkat

- f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan:

DS: Badan lemah.

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

- g. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisiologi(inflamasi, iskemia, neoplasma) ditandai dengan:

DS: mengeluh nyeri

DO: Agen cedera fisiologi (inflamasi, iskemia, neoplasma)

- h. Resiko penyebaran infeksi terhadap orang lain berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.

DS: Batuk, batuk darah, sesak napas

DO: Batuk, hemoptysis, BTA (+)

3. Intervensi Keperawatan (Tim POKJA SIKI PPNI, 2018)

Intervensi Keperawatan adalah segala *treatment* yang di kerjakan oleh perawat yang di dasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang di harapkan .

- a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi.

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

Kriteria hasil :

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

Intervensi :

Pemantauan Respirasi

Observasi

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

R/ Mengetahui frekuensi, irama dan kedalaman pernapasan

2) Auskultasi bunyi napas

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

3) Monitor adanya produksi sputum

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

4) Monitor adanya sumbatan jalan napas

R/Sumbatan pada jalan napas akan mempengaruhi respirasi

Terapeutik

5) Atur posisi semi fowler atau fowler

R/Memaksimalkan ekspansi paru dan pemasukan oksigen ke dalam tubuh

b. Pola napas tidak efektif berhubungan hambatan upaya napas.

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

Kriteria hasil :

1) Tidak menggunakan otot bantu napas.

2) Napas vesikuler.

Intervensi :

Manajemen pola napas

Observasi

1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman)

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

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

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

Terapeutik

3) Posisikan dengan posisi semi fowler.

R/Dengan posisi semi fowler dapat mengurangi sesak napas

4) Berikan air hangat

R/Membantu dalam mengencerkan dahak

Edukasi

5) Ajarkan teknik batuk efektif.

R/Memudahkan mengeluarkan dahak.

Kolaborasi

6) Kolaborasi pemberian oksigen.

R/Memaksimalkan pernapasan dengan Meningkatkan masukan oksigen.

- c. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.

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

Kriteria hasil :

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

Intervensi :

Manajemen jalan napas

Observasi

- 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
R/Penurunan bunyi napas dapat menunjukkan atelaktasis
- 2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)
R/suara napas tambahan seperti atelectasis, ronchi, mengi menunjukkan akumulasi sekret.
- 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

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

Terapeutik

4) Atur posisi semi fowler atau fowler

R/Memaksimalkan ekspansi paru dan pemasukan oksigen dalam tubuh.

5) Berikan minum hangat

R/Minuman hangat dapat mengencerkan dahak

Edukasi

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

R/Dapat Meningkatkan ventilasi alveoli dan memelihara pertukaran gas.

7) Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam

R/Membantu dalam mengeluarkan dahak

Kolaborasi

8) Lakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik

R/Untuk kepatenan jalan napas.

d. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme.

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

Kriteria hasil :

- 1) Nafsu makan kembali normal.
- 2) Porsi makan dihabiskan.
- 3) Berat badan bertambah.
- 4) Frekuensi makan membaik

Intervensi :

Manajemen Nutrisi

Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi
R/Menentukan derajat masalah dan membuat intervensi yang tepat
- 2) Identifikasi makanan yang disukai
R/ Membantu dalam peningkatan asupan nutrient klien.
- 3) Monitor asupan makanan
R/Mengetahui dan mempertahankan keseimbangan nutrisi tubuh.
- 4) Monitor berat badan
R/Mengetahui kecukupan dan status nutrisi klien

Terapeutik

- 5) Lakukan oral hygiene sebelum makan dan sesudah makan
R/Dapat meningkatkan nafsu
- 6) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai.

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

Edukasi

7) Ajarkan diet yang diprogramkan

R/Dengan mematuhi diet yang diprogramkan akan mempercepat proses pemulihan.

Kolaborasi

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

R/Makanan yang seimbang dapat meningkatkan keseimbangan nutrisi tubuh.

e. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit.

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

Kriteria hasil :

- 1) Tidak demam.
- 2) Suhu tubuh dalam batas normal $36,5^{\circ}$ - 37° c.

Intervensi

Manajemen hipertermia

Observasi

1) Monitor suhu tubuh

R/Mengetahui keadaan umum klien dan peningkatan suhu tubuh

2) Monitor kadar elektrolit

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

Terapeutik

3) Sediakan lingkungan yang dingin

R/Memudahkan dalam proses penguapan

4) Berikan cairan oral

R/Menganti cairan yang hilang.

5) longgarkan atau lepaskan pakian

R/Memberikan rasa nyaman

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

R/Vasodilatasi sehingga terjadi penguapan lebih cepat.

Edukasi

7) Anjurkan tirah baring

R/Mengurangi aktivitas yang berlebihan.

Kolaborasi

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

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

f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

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

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

Kriteria hasil

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

Intervensi

Manajemen energi:

Observasi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

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

- 2) Monitor pola dan jam tidur

R/Mengetahui kecukupan tidur dan istirahat klien dalam batas normal dan menghindari kelelahan akibat kurang istirahat.

- 3) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

R/Mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait aktivitas yang akan dilakukan pasien.

Terapeutik

- 4) Sediakan lingkungan yang nyaman

R/Lingkungan yang nyaman dapat meningkatkan kenyamanan

pada pasien.

- 5) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif

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

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

R/Mengurangi resiko jatuh terhadap pasien.

Edukasi

- 7) Anjurkan tirah baring

R/Istirahat yang lebih dan mengurangi aktivitas dapat memulihkan kembali energy.

- 8) Anjurkan melakukan aktivitas bertahap

R/Melatih kekuatan otot dan pergerakan agar tidak terjadi kekakuan otot dan sendi.

Kolaborasi

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

R/pemberian gizi yang cukup dapat meningkatkan energi.

- g. Nyeri Akut berhubungan dengan dengan agen cedera fisiologi (inflamasi, iskemia, neoplasma)

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan nyeri berkurang atau hilang.

- 2) Kriteria Hasil:

- a) Pasien menunjukkan nyeri berkurang atau hilang

b) Pasien dapat mendemonstrasikan teknik relaksasi

c) Pasien dapat batuk tanpa rasa nyeri.

3). Intervensi :

a) Kaji ulang karakteristik nyeri dengan lengkap, lokasi, durasi, skala nyeri.

R/Menentukan intervensi yang tepat untuk mengatasi nyeri, mengetahui dengan tepat lokasi nyeri dapat menentukan adanya komplikasi.

b) Observasi tanda-tanda vital.

R/Mengetahui fungsi sistem tubuh dan deteksi adanya perubahan sistem tubuh yang ditunjukkan oleh tanda vital.

c). Berikan keadaan nyaman misalnya suasana tenang, perubahan posisi, relaksasi atau latihan nafas dalam (distraksi).

R/Tindakan non analgesik diberikan untuk manajemen nyeri dapat dan memperbesar efek terapi analgesik.

c) Ajarkan teknik relaksasi napas dalam

R/Teknik relaksasi napas dalam mampu mengurangi rasa nyeri dengan merangsang pelepasan endorphen.

d) Anjurkan dan bantu pasien dalam teknik menekan dada selama batuk.

R/Alat untuk mengontrol ketidaknyamanan sementara meningkatkan keefektifan upaya batuk.

e) Kolaborasi dalam pemberian analgesik sesuai indikasi.

R/Obat ini dapat digunakan memblok transmisi nyeri agar nyeri tidak dipersepsikan atau nyeri berkurang.

h. Resiko penyebaran infeksi terhadap orang lain berhubungan dengan adanya infeksi kuman tuberculosis

1) Tujuan: pasien dapat menunjukkan tindakan pencegahan penyebaran infeksi kuman TB

2) Kriteria hasil : Pasien akan mencegah terjadi risiko penyebaran infeksi bagi orang lain, melakukan perubahan pola hidup

3) Intervensi dan rasional :

a) Kaji patologi penyakit dan potensial penyebaran infeksi melalui droplet udara selama batuk, bersin, meludah, bicara, tertawa,

R/ Membantu pasien menyadari/menerima perlunya mematuhi program pengobatan untuk mencegah pengaktifan berulang atau komplikasi serta membantu pasien atau orang terdekat untuk mengambil langkah dalam mencegah infeksi ke orang lain

b) Identifikasi orang lain yang beresiko, missal: anggota keluarga, sahabat karib/teman

R/Orang-orang yang terpajan ini perlu program edukasi untuk mencegah penyebaran kuman TB

c) Kaji tindakan kontrol infeksi, missal: penggunaan masker.

R/Dapat membantu mencegah terjadinya transmisi/penyebaran kuman TB

d) Anjurkan pasien untuk batuk/bersin dan mengeluarkan pada tisu serta menghindari meludah disembarang tempat.

R/Perilaku yang diperlukan untuk mencegah penyebaran kuman TB

e) Ajarkan teknik mencuci tangan yang tepat, dorong untuk mengulangi demonstrasi

R/Untuk mencegah penyebaran kuman TB

b) Tekankan pentingnya untuk tidak menghentikan terapi obat,

R/Periode singkat berakhir 2-3 hari setelah terapi awal, tetapi pada infeksi rongga paru yang meluas atau sedang, resiko penyebaran infeksi dapat berlanjut sampai 3-6 bulan.

c) Anjurkan klien untuk diet tinggi protein,

R/membantu klien dalam proses pembentukan sistem imunitas untuk mempercepat proses penyembuhan penyakit

4. Implementasi

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

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana

keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi, perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan dalam kriteria hasil.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis/Rancangan/Desain Studi Kasus

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus. Studi kasus merupakan salah satu jenis penelitian kualitatif, dimana peneliti melakukan eksplorasi secara mendalam terhadap program, kejadian, proses, aktivitas, terhadap satu orang atau lebih. (Sugiyono, 2020:5. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan pada pasien Ny.S.H.U dengan diagnosa medis TB Paru di Rumah Sakit Umum Ende.

B. Subyek Studi Kasus

Subyek penelitian adalah subyek yang disetujui untuk diteliti oleh peneliti atau subyek yang menjadi pusat perhatian atau sasaran peneliti. Subyek penelitian pada studi kasus ini adalah Ny.S.H.U dengan diagnosa medis TB Paru di Ruang Perawatan Khusus Rumah Sakit Umum Ende.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Menjelaskan semua istilah yang digunakan dan batasan yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah yaitu :

1. Asuhan keperawatan merupakan seluruh rangkaian proses keperawatan yang diberikan kepada pasien yang berkesinambungan dengan kiat-kiat

keperawatan yang dimulai dari pengkajian sampai evaluasi dalam usaha memperbaiki ataupun memelihara derajat kesehatan yang optimal.

2. TB paru adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh kuman TB (*mycobacterium tuberculosis*).

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus dilaksanakan selama 3 hari yaitu pada tanggal 14 -16 Mei 2024 di Ruang Perawatan Khusus (RPK) RSUD Ende Tahun 2024.

E. Metode/Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan proposal. Setelah disetujui oleh pembimbing selanjutnya penulis mengurus izin penelitian yang dimulai dengan meminta izin kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan izin dari Direktur kemudian meminta izin kepada Kepala Ruangan Penyakit Dalam III. Setelah mendapatkan izin dan diperbolehkan untuk memilih pasien sesuai dengan kasus, penulis memilih responden lalu menjelaskan tujuan penelitian. Setelah disetujui oleh responden, penulis meminta tanda tangan *informed consent* dan dilanjutkan dengan pengumpulan data dan melaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata klien, biodata orangtua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit

terdahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/istirahat, personal, hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Mengadakan observasi atau pengamatan yang dilakukan secara langsung dengan pendekatan inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi (IPPA) pada sistem tubuh pasien.

3. Studi Kasus

Studi kasus dilakukan dengan mendapatkan data-data laporan dan informasi dari tenaga kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Ende Tahun 2024.

G. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah format asuhan keperawatan medikal bedah program studi DIII Keperawatan Ende-Poltekkes Kemenkes Kupang

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 pasien yang dapat memberikan informasi yang lengkap masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya, meliputi biodata klien, biodata orangtua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan pasien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga,

riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/istirahat, personal, hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Data Sekunder

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

I. Analisis Data

Analisa data yang dilakukan dalam penelitian ini dimulai dengan mengumpulkan data-data berupa keperawatan yang kemudian diklasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Setelah diklasifikasikan, data-data tersebut kemudian dianalisa untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada pasien. Dari masalah-masalah keperawatan yang ditemukan tersebut dijadikan diagnosa keperawatan yang tepat dan diimplementasikan kepada pasien. Setelah dilakukan implementasi, dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan. Data-data dari hasil pengkajian sampai evaluasi ditampilkan dalam bentuk naratif.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di RSUD Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah yang berada di Jl. Prof. Dr. W.Z.Yohanes. Adapun wilayah batas RSUD Ende sebagai berikut: Sebelah Utara berbatasan dengan: Jalan Samratulangi, Sebelah Timur berbatasan dengan: Pemukiman penduduk, Sebelah Barat berbatasan dengan: Kali/Sungai kering, Sebelah Selatan berbatasan dengan: Jl. Prof. Dr. W.Z.Yohanes. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah Ruang Perawatan Khusus dimana ruangan ini merupakan ruangan isolasi yang merawat pasien berpenyakit menular yang ditularkan lewat udara, percikan ludah, droplet (airbone). Ruang Perawatan Khusus terdiri dari 3 ruangan dengan kapasitas bed 9 yang terdiri dari ruangan Flamboyan A jumlah 3 bed, ruangan Flamboyan B 3 bed dan ruangan Flamboyan C 3 bed dengan kebutuhan tenaga perawat 12 orang yang terdiri dari Diploma 3 berjumlah 11 orang, dan Strata Satu (S1) Keperawatan Ners berjumlah 1 orang dengan struktur organisasi tertinggi adalah kepala Ruangan.

B. Studi Kasus

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 14 Mei 2024, di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende.

a. Pengumpulan Data

1) Biodata

Pasien berinisial Ny. S.H.U berusia 70 tahun, seorang janda, pasien beragama Islam dan pendidikan terakhir adalah Sekolah Dasar (SD), beralamat di Jln Nusantara dan pekerjaan sehari-hari sebagai wiraswasta. Penanggung jawab pasien adalah anak kandungnya sendiri dengan inisial Ny. M.B umur 46 tahun, pendidikan terakhir adalah SMA, pekerjaan sebagai wiraswasta dan tinggal di jalan Katedral

2) Alasan Masuk Rumah Sakit

Pasien mengatakan lemah, batuk lendir bercampur darah, disertai nyeri dada kanan tembus ke belakang, nyeri tumpul yang dirasakan saat batuk, dengan durasi kurang lebih 1 menit, skala nyeri ringan (3). Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami keluhan tersebut sejak bulan puasa kemarin disertai demam selama dua hari kemudian demamnya menurun. Pada tanggal 11 Mei pasien mengeluh pingsan di kamar mandi lalu keluarga mengantarnya ke instalasi gawat darurat (IGD) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende.

3) Keluhan Utama

Pasien mengeluh batuk lendir bercampur darah.

4) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan lemah, batuk lendir bercampur darah, disertai nyeri dada kanan tembus ke belakang, nyeri tumpul yang dirasakan saat batuk, dengan durasi kurang lebih 1 menit dan tidak disertai demam (Suhu: 36,0 °C/axilla).

b) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan pernah sakit maag (Dyspepsia)

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga pasien mengatakan bahwa saudara kandung pasien pernah menderita (Tuberculosis) TBC paru dan tidak ada keluarga lain yang menderita TBC seperti pasien.

5) Pengkajian Perpola

a) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan di rumahnya terdapat beberapa ventilasi rumah yang dibuat dengan baik untuk pertukaran udara sehingga udara segar dapat masuk ke dalam ruangan dan membuang udara yang pengap. Hal ini dilakukan untuk menjaga kualitas udara di ruangan tetap sehat.

Keadaan saat ini: Pasien juga mengatakan bahwa penyakit yang dideritanya saat ini membutuhkan kepatuhan dalam pengobatan dan pasien masih rutin mencuci tangan sebelum dan sesudah makan.

b) Pola Nutrisi Metabolik.

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi satu piring dan dihabiskan, pasien makan dengan menu seperti nasi, sayuran hijau, kadang-kadang lauk seperti ikan, telur, tahu tempe. Pasien minum 5-6 gelas/hari (1200 cc), pasien tidak ada pantangan dalam makan maupun minum, BB: 40 Kg.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan nafsu makannya berkurang karena mual. Jenis makanan yang dikonsumsi diet lunak (bubur)

makan 3x sehari dengan diet tinggi kalori dan protein seperti nasi, sayuran hijau, telur dan daging. Pasien hanya menghabiskan setiap menu (1 porsi makan) 2-3 sendok makan yang disajikan di rumah sakit. Minum 8 gelas/hari (1600 cc), BB: 30 Kg.

c) Pola Eliminasi

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

Keadaan saat ini: pasien mengatakan saat ini BAK dalam sehari 4-5x/hari warna urin kuning jernih, bau khas, tidak ada

nyeri saat BAK sedangkan BAB selama di Rumah sakit 2 hari sekali.

d) Pola Aktifitas dan Latihan

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

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

e) Pola Istirahat dan Tidur

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

Keadaan saat ini: pasien mengatakan bahwa walaupun batuk tapi masih bisa tidurnya nyenyak. Pasien mulai tidur dari jam 20.30-04.30 dan ketika istirahat siang hari sekitar 1-2 jam.

f) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Kebiasaan sehari-hari: Pasien mengatakan dapat melihat dengan jelas, dapat mencium aroma dan meraba serta mendengar dengan baik.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan (P) nyeri dada saat batuk, (Q) nyeri tumpul yang dirasakan pada (R) daerah dada

bagian kanan tembus ke belakang dengan (S) skala nyeri ringan (3), (T) durasi kurang lebih 1 menit. Pasien juga dapat melihat dengan jelas saat perawat menunjukkan angka 1 pasien mampu menyebutkan angka tersebut dan dapat mencium aroma bebauan seperti saat perawat memberikan aroma minyak kayu putih pasien mampu membedakan aroma minyak kayu putih dari aroma yang lainnya.

g) Pola Konsep Diri dan Persepsi Diri

Kebiasaan sehari-hari: Pasien mengatakan menyukai semua bagian anggota tubuhnya. Pasien adalah ibu rumah tangga dan bertanggung jawab dalam mengurus anak-anaknya

Keadaan saat ini: Pasien mengatakan saat ini sebagai seorang pasien yang menjalani masa perawatan dan rutin mengkonsumsi obat, mengikuti setiap anjuran dokter serta berharap cepat pulih dari sakitnya sehingga bisa menjalankan kembali perannya sebagai seorang ibu. Pasien juga mengatakan keluarga menerima kondisinya dan selalu mendukungnya dan pasien agar tidak merasa rendah diri karena sakitnya.

h) Pola Reproduksi dan seksualitas

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan ia adalah seorang ibu yang sudah menjanda dan mempunyai 2 anak yang sudah menikah

Kebiasaan saat ini: pasien mengatakan saat ini pasien sudah menopause dan tidak ada keluhan yang lain di system reproduksinya.

i) Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

Kebiasaan sehari-hari: pasien adalah seorang ibu rumah tangga. Pasien juga mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarganya ia memiliki hubungan baik dengan lingkungannya, baik tetangga, teman ataupun keluarganya.

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

j) Pola Mekanisme Penyesuaian Toleransi Terhadap Stress

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

Keadaan saat ini: pasien mengatakan jika ada masalah pasien selalu berbicara dan tidak pernah menutupi dari suami dan anak-anaknya dan masih menyempatkan diri untuk berdoa

k) Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan sering sholat di rumah.

Keadaan saat ini: 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: cukup

b) Kesadaran: *composmentis*, GCS 15 (E₄, V₅, M₆),

c) Tanda - tanda vital

TD:140/80 mmHg, Nadi:88x/m, suhu: 36,0^oc/axilla,
RR: 24x/m, SpO₂: 99%, tinggi badan (TB) 150 cm, BB sebelum sakit 40 Kg, BB saat sakit: 30 kg, indeks masa tubuh (IMT): 13,3 (Berat Badan Kurang).

d) Kepala dan Muka

I: bentuk kepala: normocephal, rambut warna hitam, banyak dan teksturnya halus, kulit kepala bersih, tidak ada lesi.

P: nyeri tekan (-), bengkak (-).

e) Mata

I: simetris (✓), sklera warna putih (✓), kelainan bentuk penglihatan (✓), conjungtiva merah muda (✓), oedema palpebral (✓) pupil isokor (✓) refleks pupil terhadap cahaya (+/+), lingkaran hitam pada mata (-) .

P: nyeri tekan (-).

f) Hidung

I: bentuk hidung normal, polip (-), septum deviasi (-), epistaksis

(-), hidung tersumbat (-).

P:nyeri tekan (-), trauma (-).

g) Telinga:

I: bentuk simetris, serumen(✓/), mastoiditis (✓/).

P: nyeri tekan (✓/).

h) Mulut dan Tenggorokan

I: jumlah gigi 32 buah, labiosis (-), tonsillitis (-), caries gigi (-),

Halitosis (-), stomatitis (-), gusi bengkak(-).

P:nyeri tekan (-).

i) Leher

I: trauma cervikal (-), distensi vena jugularis (-),

P: pembesaran kelenjar tiroid (-), pembesaran kelenjar getah bening (-).

j) Paru – paru

I: simetris, retraksi dinding dada (✓/), ekspresi menyeringai saat batuk

P: fokal fremitus: terdapat getaran yang sama di seluruh lapang paru saat menyebut angka tujuh tujuh: (+/+)

P: sonor di seluruh lapang paru (+/+)

A: *rhonci* (✓/)

k) Jantung

I: Ictus cordis terlihat (-)

P: Ictus cordis teraba (+) ICS V line midclavicula Sinistra.

P: Batas kanan atas : Linea parasternalis dextra SIC 2.

Batas kanan bawah : Linea parasternalis dextra SIC 4.

Batas kiri atas : Linea parasternalis sinistra SIC 2.

Batas kiri bawah : Linea midclavicular sinistra SIC 5.

A: BJ I&II reguler , murmur (-), Gallop (-).

l) Abdomen

I: Perut normal, supel

P: nyeri tekan (-), hati dan limpa tidak teraba.

P: tympani.

A: peristaltik (+), frekuensi : 5-24x/menit

m) Ekstermitas

Ekstermitas Atas

I: oedema(-/-), jejas (-/-), deformitas (-/-), terpasang infus NaCL
0,9 % 20 tetes per menit.

P: akral hangat (+/+), turgor kulit elastis.

Ekstermitas Bawah

I: oedema(-/-), jejas (-/-), deformitas (-/-)

P: akral hangat(+/+).turgor kulit elastis, capillary refill
time(CRT) \leq 3 detik

P:refleks patella (+/+)

7) Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada tanggal

12 Mei 2024.

a) Pemeriksaan Darah Lengkap

WBC/Leukosit $10,9 \times 10^3 \mu\text{L}$ nilai rujukan $4,4-11 \times 10^3 \mu\text{L}$.

b) Pemeriksaan X-Ray/Rontgen

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

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

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

8) Terapi

Terapi per Tanggal 14-16 Mei

Terapi yang diberikan adalah Paracetamol infus $3 \times 1 \text{ gr/iv}$, Levofloxacin infus $1 \times 500 \text{ mg/iv}$, Ondansentron $3 \times 4 \text{ mg/iv}$, ceftriaxone $2 \times 1 \text{ gr/iv}$, Methylprednisolone $3 \times 125 \text{ mg/iv}$, asam tranexamat $3 \times 50 \text{ mg/iv}$, vit k $3 \times 1 \text{ ampul/ im}$, nebulizer ventolin $3 \times 1 \text{ respule/inhalasi}$, Salbutamol $3 \times 2 \text{ mg}$, codein $2 \times 20 \text{ mg}$ CTM $2 \times 4 \text{ mg}$, OAT $1 \times 3 \text{ Tablet}$, vitamin B₆ $1 \times 1 \text{ tablet}$.

b. Tabulasi Data

Pasien mengatakan lemah, batuk lendir bercampur darah disertai nyeri dada saat batuk, nyeri tumpul yang dirasakan pada daerah dada bagian kanan tembus ke belakang dengan skala nyeri ringan (3), durasi

kurang lebih 1 menit, bunyi paru ronchi terdengar pada lobus atas, pasien mengatakan nafsu makannya berkurang karena mual. Pasien hanya menghabiskan setiap menu (1 porsi makan) 2-3 sendok makan, ADL dibantu sebagian oleh keluarga seperti ke kamar mandi, makan, toileting dan menghias diri. TD:140/80 mmHg, Nadi:88x/m, suhu: 36,0°c/axilla, RR: 24x/m, SpO₂: 99%, ekspresi meringis, skala nyeri ringan (3), ronchi terdengar pada lobus paru atas, tinggi badan (TB) 150 cm, BB sebelum sakit 40 Kg, BB saat sakit : 30 kg, indeks masa tubuh (IMT) 13,3 (Berat Badan Kurang), didapatkannya infiltrat pada kedua lobus superior, pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak ditemukan bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*.

c. Klasifikasi Data

DS : Pasien mengatakan lemah, batuk lendir bercampur darah, disertai nyeri dada saat batuk, nyeri tumpul yang dirasakan pada daerah dada bagian kanan tembus ke belakang dengan skala nyeri ringan (3), durasi kurang lebih 1 menit, nafsu makannya berkurang karena mual.

DO: keadaan umum sedang, kesadaran composmentis, ADL dibantu sebagian oleh keluarga ADL dibantu sebagian oleh keluarga seperti ke kamar mandi, makan, toileting dan menghias diri, pasien hanya menghabiskan setiap menu (1 porsi makan) 2-3 sendok makan, TD:140/80 mmHg, Nadi:88x/m, suhu: 36,0°c/axilla, RR: 24x/m, SpO₂: 99%, ekspresi meringis, skala nyeri ringan (3), ronchi

terdengar pada lobus paru atas , tinggi badan (TB) 150 cm, BB sebelum sakit 40 Kg, BB saat sakit : 30 kg, indeks masa tubuh (IMT) 13,3 (Berat Badan Kurang). Didapatkannya infiltrat pada kedua lobus superior, pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak ditemukan bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*.

d. Analisa Data

Gambar 2.1 Tabel Analisa Data

No	Sign	Etiologi	Problem
1.	DS: pasien mengatakan lemah, batuk lendir bercampur darah DO: batuk lendir bercampur darah, TD:140/80 mmHg, Nadi:88x/m, suhu: 36,0°C/axilla, RR: 24x/m, SpO ₂ : 99%, ronchi terdengar pada lobus paru atas	Proses infeksi	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif.
2.	DS: pasien mengatakan (P) nyeri dada saat batuk, (Q) nyeri tumpul yang dirasakan pada (R) daerah dada bagian kanan tembus ke belakang dengan (S)skala nyeri ringan (3), (T) durasi kurang lebih 1 menit DO:ekspresi meringis, skala nyeri ringan (3), TD:140/80 mmHg.	Agen pencedera fisik (inflamasi)	Nyeri Akut
3.	DS:pasien mengatakan nafsu makannya berkurang karena mual. DO: pasien hanya menghabiskan setiap menu (1 porsi makan) 2-3 sendok makan, tinggi badan (TB) 150 cm, BB sebelum sakit 40 Kg, BB saat sakit:30 kg, indeks masa tubuh (IMT) 13,3 (Berat Badan Kurang).	Peningkatan kebutuhan metabolisme	Defisit Nutrisi
4.	DS:pasien mengatakan badan lemah. DO:keadaan umum lemah, ADL dibantu sebagian oleh keluarga seperti ke kamar mandi, makan, toileting dan menghias diri.	Kelemahan	Intoleransi Aktifitas
5.	DS:- DO:didapatkannya infiltrat pada kedua lobus superior, pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak ditemukan bakteri <i>Mycobacterium Tuberculosis</i> .	Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan	Resiko Penyebaran Infeksi

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian, maka data –data hasil pengkajian dibuat dalam bentuk diagnosa keperawatan, yakni suatu penilaian terhadap respon individu yang membutuhkan tindakan keperawatan untuk menyelesaikan masalah yang ada. Rumusan diagnosa keperawatan yang muncul adalah sebagai berikut:

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan proses infeksi, ditandai dengan :

DS: pasien mengatakan lemah, batuk lendir bercampur darah

DO: batuk lendir bercampur darah, TD:140/80 mmHg, Nadi:88x/m, suhu: 36,0^oc/axilla, RR: 24x/m, SpO₂: 99%, ronchi terdengar pada lobus paru atas.

- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (inflamasi), yang ditandai dengan:

DS: pasien mengatakan DS: pasien mengatakan (P) nyeri dada saat batuk, (Q) nyeri tumpul yang dirasakan pada (R) daerah dada bagian kanan tembus ke belakang dengan (S)skala nyeri ringan (3), (T) durasi kurang lebih 1 menit

DO:ekspresi meringis, skala nyeri ringan (3), TD:140/80 mmHg.

- 3) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme, yang ditandai dengan:

DS: pasien mengatakan nafsu makannya berkurang karena mual.

DO: pasien hanya menghabiskan setiap menu (1 porsi makan) 2-3 sendok makan tinggi badan (TB) 150 cm, BB sebelum sakit 40 Kg, BB saat sakit : 30 kg, indeks masa tubuh (IMT) 13,3 (Berat Badan Kurang).

- 4) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, yang ditandai dengan:

DS: pasien mengatakan badan lemah.

DO:keadaan umum lemah, ADL dibantu sebagian oleh keluarga seperti ke kamar mandi, makan, toileting dan menghias diri.

- 5) Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan, yang ditandai dengan:

DS:-

DO: didaptkannya infiltrat pada kedua lobus superior, pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak ditemukan bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*.

3. Intervensi Keperawatan

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

Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya akan dibuat rencana keperawatan.

Prioritas masalah :

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif
- b. Nyeri Akut
- c. Defisit Nutrisi
- d. Intoleransi Aktifitas
- e. Resiko penyebaran infeksi

Perencanaan

Berdasarkan masalah diatas maka dibuatkan perencanaan keperawatan sebagai berikut:

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan proses infeksi

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

Kriteria hasil :

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

Intervensi : **Manajemen jalan napas**

Observasi

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

R/Penurunan bunyi napas dapat menunjukkan atelaktasis

- b) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)

R/Suara napas tambahan seperti atelectasis, ronchi, mengi menunjukkan akumulasi sekret.

- c) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

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

Terapeutik

- d) Atur posisi semi fowler atau fowler

R/Memaksimalkan ekspansi paru dan pemasukan oksigen dalam tubuh.

- e) Berikan minum hangat

R/Minuman hangat dapat mengencerkan dahak

Edukasi

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

R/Dapat Meningkatkan ventilasi alveoli dan memelihara pertukaran gas.

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

R/Membantu dalam mengeluarkan dahak

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (inflamasi)

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan nyeri berkurang atau hilang.

Kriteria Hasil:

- 1) Pasien menunjukkan nyeri berkurang atau hilang
- 2) Pasien dapat mendemonstrasikan teknik relaksasi
- 3) Pasien dapat batuk tanpa rasa nyeri.

Intervensi : **Manajemen Nyeri**

- a) Kaji ulang karakteristik nyeri dengan lengkap, lokasi, durasi, skala nyeri.

R/Menentukan intervensi yang tepat untuk mengatasi nyeri, mengetahui dengan tepat lokasi nyeri dapat menentukan adanya komplikasi.

- b) Observasi tanda-tanda vital.

R/Mengetahui fungsi sistem tubuh dan deteksi adanya perubahan sistem tubuh yang ditunjukkan oleh tanda vital.

- c) Berikan keadaan nyaman misalnya suasana tenang, perubahan posisi, relaksasi atau latihan napas dalam (distraksi).

R/Tindakan non analgesik diberikan untuk manajemen nyeri dapat dan memperbesar efek terapi analgesik.

- d) Ajarkan teknik relaksasi napas dalam

R/Teknik relaksasi napas dalam mampu mengurangi rasa nyeri dengan merangsang pelepasan endorfin.

- e) Anjurkan dan bantu pasien dalam teknik menekan dada selama batuk.

R/Alat untuk mengontrol ketidaknyamanan sementara meningkatkan keefektifan upaya batuk.

- f) Kolaborasi dalam pemberian analgesik sesuai indikasi.

R/Obat ini dapat digunakan memblokir transmisi nyeri agar nyeri tidak dipersepsikan atau nyeri berkurang.

- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan metabolisme tubuh

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

Kriteria hasil :

- 1) Nafsu makan kembali normal.
- 2) Porsi makan dihabiskan.
- 3) Berat badan bertambah.
- 4) Frekuensi makan membaik

Intervensi : **Manajemen Nutrisi**

Observasi

- a) Identifikasi status nutrisi

R/Menentukan derajat masalah dan membuat intervensi yang tepat

- b) Identifikasi makanan yang disukai

R/ Membantu dalam peningkatan asupan nutrient pasien

c) Monitor asupan makanan

R/Mengetahui dan mempertahankan keseimbangan nutrisi tubuh.

d) Monitor berat badan

R/Mengetahui kecukupan dan status nutrisi pasien

Terapeutik

e) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai.

R/Makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai dapat meningkatkan daya tarik atau selera untuk makan yang banyak

Edukasi

f) Ajarkan diet yang diprogramkan

R/Dengan mematuhi diet yang diprogramkan akan mempercepat pemenuhan kebutuhan nutrisi sehingga dapat mempercepat proses pemulihan.

d. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x24 jam diharapkan toleransi aktifitas meningkat.

Kriteria hasil:

- 1) Keluhan lelah menurun
- 2) Dispnea saat aktivitas menurun,
- 3) Dispnea setelah aktivitas menurun,
- 4) Frekuensi nadi membaik (60-100x/m)

Intervensi: **Manajemen Energi**

a) Identifikasi aktifitas pasien yang menyebabkan kelelahan.

R/ Mengidentifikasi faktor-faktor terkait dengan kelelahan dapat bermanfaat dalam mengenali penyebab potensial dan membangun rencana perawatan kolaboratif.

b) Monitor kelelahan fisik

R/Kelelahan dapat membatasi kemampuan pasien untuk melakukan aktifitas.

c) Anjurkan tirah baring

R/Membatasi penggunaan energy sehingga tidak terjadi kelelahan.

d) Anjurkan aktivitas secara bertahap.

R/Melatih toleransi pasien dalam melakukan aktifitas sehingga tidak menimbulkan kelelahan.

e. Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan

Tujuan: pasien dapat menunjukkan tindakan pencegahan penyebaran infeksi kuman TB

Kriteria hasil :

1) Pasien akan mencegah terjadi risiko penyebaran infeksi bagi orang lain

2) Pasien dapat memperlihatkan perilaku sehat (menutup mulut ketika batuk atau bersin)

3) Tidak ada muncul tanda-tanda infeksi lanjutan dan tidak ada anggota keluarga yang tertular.

Intervensi: **Manajemen pengendalian infeksi**

a) Kaji patologi penyakit dan potensial penyebaran infeksi melalui droplet udara selama batuk, bersin, meludah, bicara, tertawa.

R/Membantu pasien menyadari/menerima perlunya mematuhi program pengobatan untuk mencegah pengaktifan berulang atau komplikasi serta membantu pasien atau orang terdekat untuk mengambil langkah dalam mencegah infeksi ke orang lain

b) Identifikasi orang lain yang beresiko, missal: anggota keluarga, sahabat karib/teman

R/Orang-orang yang terpajan ini perlu program edukasi untuk mencegah penyebaran kuman TB

c) Kaji tindakan kontrol infeksi, missal: penggunaan masker.

R/Dapat membantu mencegah terjadinya transmisi/penyebaran kuman TB

e) Anjurkan pasien untuk batuk/bersin dan mengeluarkan pada tisu serta menghindari meludah disembarang tempat.

R/Perilaku yang diperlukan untuk mencegah penyebaran kuman TB

f) Ajarkan teknik mencuci tangan yang tepat, dorong untuk mengulangi demonstrasi

R/Untuk mencegah penyebaran kuman TB

g) Tekankan pentingnya untuk tidak menghentikan terapi obat,
R/Periode singkat berakhir 2-3 hari setelah terapi awal, tetapi
pada infeksi rongga paru yang meluas atau sedang, resiko
penyebaran infeksi dapat berlanjut sampai 3-6 bulan.

h) Anjurkan pasien untuk diet tinggi protein

R/Membantu pasien dalam proses pembentukan sistem
imunitas untuk mempercepat proses penyembuhan
penyakit

4. Implementasi

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan selesai
dan dilakukan dari tanggal 14-15 Mei 2024.

a. Hari Pertama, Selasa 14 Mei 2024

1) Diagnosa I

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah
bersihan jalan napas tidak efektif antara lain : 19.00 ^{wita}
Mengkaji keluhan pasien H/ Pasien mengatakan batuk lendir
bercampur darah disertai nyeri dada saat batuk dan tidak sesak
napas. 19.05 ^{wita} Mengauskultasi bunyi paru tambahan H/
terdapat bunyi ronchi yang terdengar pada lobus atas Pukul
19.05 ^{wita} Melayani obat oral codein 20 mg + salbutamol 2 mg +
CTM 4 mg + Pukul 19.30 ^{wita} Memonitor sputum H/ warna
sputum kuning bercampur darah Pukul 19.45 ^{wita} Mengukur
tanda-tanda vital. H/TD: 140/80 mmHg, MAP: 100 mmHg,

Nadi 88x/m, suhu 36,1°C/axilla, RR 24x/m, SpO₂ 99%. 20.00^{wita} Melayani terapi obat anti TBC (OAT) 3 kaplet (2 jam *post coenam*) 21.00^{wita} Melayani injeksi Methylprednisolone 125 mg/iv + Ceftriaxone 1 g/iv + asam tranexamat 500 mg/iv, vit k 1 ampul/im Pukul 21.05^{wita} Memberikan posisi semi fowler H/ Pasien berbaring dengan posisi semifowler atau setengah duduk. Pukul 21.10^{wita} Memberikan nebulizer combivent 1 respule/ inhalasi. Pukul 21.10^{wita} Menganjurkan pasien untuk minum air hangat . Pukul 21.15^{wita} Melayani levofloxacin infus 500 mg/iv. Pukul 21.20^{wita} Menganjurkan pasien untuk diet tinggi kalori dan tinggi protein (TKTP) Pukul

2) Diagnosa II

Tindakan untuk mengatasi nyeri adalah: 19.00^{wita} Mengkaji ulang karakteristik nyeri dengan lengkap, lokasi, durasi, skala nyeri H/nyeri dada kanan saat batuk, skala nyeri ringan, durasi 5-10 menit. 19.00^{wita} Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dengan menarik nafas dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1, 2, 3, 4 5, secara perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut dan membiarkan ekstermitas atas dan bawah rileks dan ulangi 3-4 kali. 21.00^{wita} Melayani obat paracetamol infus 1 gr/iv 21.30^{wita} Menganjurkan keluarga untuk membatasi pengunjung 21.40

^{wita} Menciptakan lingkungan yang nyaman (bebas kebisingan)

21.45 ^{wita} Mengajarkan pasien teknik menekan dada saat batuk

3) Diagnosa III

Tindakan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi adalah

19.00 ^{wita} Mengkaji status nutrisi pasien H/status nutrisi kurang

(kurus) dengan indeks masa tubuh 13,33. 19.40 ^{wita} Menimbang

Berat Badan H/30 Kg 19.47^{wita} Mengidentifikasi makanan yang

disukai H/pasien hanya menyukai makanan berupa sup hangat

20.00^{wita} Mengajarkan pasien untuk diet tinggi kalori dan tinggi

protein 20.30^{wita} Mengajarkan keluarga untuk menyajikan

makanan dengan tampilan yang menarik dan dalam kondisi

hangat

4) Diagnosa IV

Jam 19.00 Mengkaji aktivitas pasien H/Pasien mengatakan

masih lemah saat melakukan aktivitas ke kamar mandi Jam 19.30

Memonitor kelelahan fisik H/pasien mengatakan masih lemah

saat melakukan aktifitas seperti ke kamar mandi `Jam 19.40

Menganjurkan pasien untuk melakukan aktifitas sesuai batas

kemampuan pasien H/Pasien sudah dapat melakukan aktivitas

seperti ke kamar mandi Jam 19.45 Membantu pasien untuk

memenuhi kebutuhan aktifitas personal hygiene seperti cara

menggunakan diapers, melap pasien dan menyisir rambut. Jam

20.35 Memberikan edukasi kepada keluarga tentang personal

hygiene Jam 20.38 Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan seperti mobilisasi ke kamar mandi sesuai toleransi pasien untuk mencegah terjadinya konstipasi (peningkatan motilitas usus) serta mencegah kekakuan pada sendi.

5) Diagnose V

Tindakan untuk mencegah resiko penyebaran infeksi antara lain: Pukul 19.00 ^{wita} Menggunakan APD sebelum melakukan tindakan Pukul 20.35 ^{wita} Menganjurkan pasien dan keluarga untuk menggunakan masker selama periode pengobatan TB. Pukul 20.45 ^{wita} Menganjurkan pasien dan keluarga untuk batasi pengunjung . Pukul 20.55 ^{wita} Mengajarkan pasien etika batuk dan cuci tangan yang benar H/pasien dan keluarga mengerti cara etika batuk dan cuci tangan. Cara etika batuk yang benar adalah batuk dengan menutup mulut dengan menggunakan lengan bagian dalam serta menggunakan tissue. Sedangkan cuci tangan dengan menggunakan antiseptic atau hand rub yaitu dengan teteskan handwash/handrub 3-5 tetes kemudian menggosokan kedua telapak tangan, punggung tangan dan sela-sela jari, mengunci tangan, menggosokkan ibu jari dengan gerakan memutar, kemudian ujung-ujung kuku. Pukul 21.35 ^{wita} Menganjurkan pasien untuk membuang sputum, dan gunakan masker serta

tissue bekas pakai ke tempat sampah medis yang berwarna kuning.

b. Hari Kedua, Rabu 15 Mei 2024

1) Diagnosa I

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif antara lain : Pukul 19.00^{wita} Mengkaji keluhan pasien, H/ Pasien mengatakan batuk lendir bercampur darah sudah berkurang. Pukul 19.05^{wita} Melayani obat oral codein 20 mg + salbutamol 2 mg + CTM 4 mg + Pukul 19.30^{wita} Memonitor sputum H/ warna sputum kuning terdapat flek darah da sudah berkurang. Pukul 19.45^{wita} Mengukur tanda-tanda vital. H/TD: 130/70 mmHg, MAP: 90 mmHg, Nadi 84x/m, suhu 36,5^oc/axilla, RR 24x/m, SpO2 98%. 20.00^{wita} Melayani terapi obat anti TBC (OAT) 3 kaplet (2 jam *post coenam*) 21.00^{wita} Melayani injeksi Methylprednisolone 125 mg/iv + Ceftriaxone 1 g/iv + asam tranexamat 500 mg/iv, vit k 1 ampul/im Pukul 21.05^{wita} Memberikan posisi semi fowler H/ Pasien berbaring dengan posisi semifowler atau setengah duduk. Pukul 21.10^{wita} Memberikan nebulizer combivent 1 respule/ inhalasi. Pukul 21.10^{wita} Menganjurkan pasien untuk minum air hangat . Pukul 21.15^{wita} Melayani levofloxacin infus 500 mg/iv.

2) Diagnosa II

Tindakan untuk mengatasi nyeri adalah: 19.00^{wita}
Mengkaji ulang karakteristik nyeri dengan lengkap, lokasi, durasi, skala nyeri H/nyeri dada kanan saat batuk, skala nyeri ringan, durasi 5-10 menit. 19.00^{wita} Mengulang kembali teknik relaksasi napas dalam dengan menarik nafas dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1, 2, 3, 4 5, secara perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut dan membiarkan ekstermitas atas dan bawah rileks dan ulangi 3-4 kali. 21.00^{wita} Melayani obat paracetamol infus 1 gr/iv 21.30^{wita} Menganjurkan keluarga untuk membatasi pengunjung 21.45^{wita} Mengajarkan pasien teknik menekan dada saat batuk

3) Diagnosa III

Tindakan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi adalah 20.00^{wita} Menganjurkan pasien untuk tetap diet tinggi kalori dan tinggi protein 20.30^{wita} Menganjurkan keluarga untuk menyajikan makanan yang disukai dan dengan tampilan yang menarik serta masih hangat. 20.40^{wita} Menganjurkan pasien untuk makan sedikit demi sedikit dengan frekuensi sering.

4) Diagnosa IV

Tindakan untuk mengatasi intoleransi aktifitas adalah; Jam 19.15 Mengkaji aktivitas pasien H/Pasien mengatakan masih lemah saat melakukan aktivitas ke kamar mandi Jam 19.30

Memonitor kelelahan fisik H/pasien mengatakan masih lemah saat melakukan aktifitas seperti ke kamar mandi `Jam 19.40
Menganjurkan pasien untuk melakukan aktifitas sesuai batas kemampuan pasien H/Pasien sudah dapat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi Jam 20.35 Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan seperti mobilisasi ke kamar mandi sesuai toleransi pasien untuk mencegah terjadinya konstipasi (peningkatan motilitas usus) serta mencegah kekakuan pada sendi.

5) Diagnos V

Tindakan untuk mencegah resiko penyebaran infeksi antara lain: Pukul 19.00 ^{wita} Menggunakan APD sebelum melakukan tindakan Pukul 20.05 ^{wita} Menganjurkan pasien dan keluarga untuk tetap menggunakan masker selama periode pengobatan TB. Pukul Pukul 20.58 ^{wita} Mengingatkan pasien dan keluarga tentang etika batuk dan cuci tangan yang benar dengan mengulang kembali langkah-langkahnya H/pasien dan keluarga mengerti cara etika batuk dan cuci tangan. Cara etika batuk yang benar adalah batuk dengan menutup mulut dengan menggunakan lengan bagian dalam serta menggunakan tissue. Sedangkan cuci tangan dengan menggunakan antiseptic atau hand rub yaitu dengan teteskan handwash/handrub 3-5 tetes kemudian menggosokkan kedua telapaktangan, punggung tangan dan sela-

sela jari, mengunci tangan, menggosokkan ibu jari dengan gerakan memutar, kemudian ujung-ujung kuku. Pukul 21.35 wita
Menganjurkan pasien untuk membuang sputum, dan gunakan masker serta tissue bekas pakai ke tempat sampah medis yang berwarna kuning.

5. Evaluasi

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

Hari Pertama, Selasa 14 Mei 2024

a. Diagnosa Pertama

S: Pasien mengatakan batuk lendir bercampur darah disertai nyeri dada saat batuk

O: keadaan umum sedang, kesadaran composmentis, batuk lendir bercampur darah (+), ronchi terdengar pada lobus paru atas, RR:24x/m, SPO₂ :98%

A: masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1-5

b. Diagnosa Kedua

S : Pasien mengatakan nyeri dada saat batuk

O :ekspresi meringis, skala nyeri ringan (3)

A: masalah nyeri akut belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1-5

c. Diagnose Ketiga

S : Pasien mengatakan masih mual dan nafsu makan berkurang

O : 1 porsi makan dihabiskan 3-4 sendok

A: masalah defisit nutrisi belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1-7

d. Diagnosa Keempat

S : Pasien mengatakan masih lemah saat ke kamar mandi

O :ADL dibantu sebagian oleh keluarga seperti ke kamar mandi, makan, toileting dan menghias diri.

A: masalah intoleransi aktifitas belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1-5

e. Diagnosa Kelima

S : : Pasien mengatakan batuk masih ada flek darah

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

A: masalah resiko penyebaran infeksi belum teratasi

P: intervensi 1-7 dilanjutkan

Hari Kedua, Rabu, 15 Mei 2024

a. Diagnosa Pertama

S: Pasien mengatakan batuk lendir bercampur darah disertai nyeri dada sudah berkurang

O: keadaan umum sedang, kesadaran composmentis, batuk lendir bercampur darah berkurang, ronchi terdengar pada lobus paru atas, RR:24x/m, SPO₂ :98%

A: masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1-5

b. Diagnosa Kedua

S : Pasien mengatakan nyeri dada saat batuk

O :ekspresi meringis, skala nyeri ringan 3.

A: masalah nyeri akut belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1-5

c. Diagnose Ketiga

S : Pasien mengatakan masih mual dan nafsu makan berkurang

O : 1 porsi makan dihabiskan 4-5 sendok

A: masalah defisit nutrisi belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1-7

d. Diagnosa Keempat

S : Pasien mengatakan masih lemah saat ke kamar mandi

O : ADL dibantu sebagian oleh keluarga seperti ke kamar mandi, makan, toileting dan menghias diri.

A: masalah intoleransi aktifitas belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1-4

e. Diagnosa Kelima

S: pasien mengatakan batuk masih ada flek darah

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

A: masalah resiko penyebaran infeksi belum teratasi

P: intervensi 1-7 dilanjutkan

Catatan Perkembangan

Hari Kamis, 16 Mei 2024

a. Diagnosa Pertama

S: Pasien mengatakan batuk darah tidak lagi

O: keadaan umum sedang, batuk lendir bercampur darah (-), bunyi paru vesikuler di seluruh lapang paru RR 24x/m, SpO2: 97%.

A: masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi

P: intervensi dipertahankan

I: Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif antara lain : Pukul 19.00^{wita} Mengkaji keluhan pasien, H/ Pasien mengatakan batuk lendir bercampur darah sudah tidak lagi. Pukul 19.05^{wita} Melayani obat oral codein 20 mg + salbutamol 2 mg + CTM 4 mg + Pukul 19.30^{wita} Memonitor sputum H/ warna sputum kuning tidak ada flek/bercak darah

Pukul 19.45^{wita} Mengauskultasi bunyi paru bunyi paru H/ bunyi paru vesikuler terdengar diseluruh lapang paru. Pukul 19.45^{wita} Mengukur tanda-tanda vital. H/TD: 120/80 mmHg, MAP: 93 mmHg, Nadi 84x/m, suhu 36,5°C/axilla, RR 24x/m, SpO2 98%.
20.00^{wita} Melayani terapi obat anti TBC (OAT) 3 kaplet (2 jam *post coenam*) 20.25^{wita} Menganjurkan pasien untuk tetap patuh dalam pengobatan TB selama 6 bulan 21.00^{wita} Melayani injeksi Methylprednisolone 125 mg/iv + Ceftriaxone 1 g/iv + asam tranexamat 500 mg/iv, vit k 1 ampul/im Pukul 21.05^{wita} Memberikan posisi semi fowler H/ Pasien berbaring dengan posisi semifowler atau setengah duduk. Pukul 21.10^{wita} Memberikan nebulizer combivent 1 respule/ inhalasi. Pukul 21.10^{wita} Menganjurkan pasien untuk minum air hangat . Pukul 21.15^{wita} Melayani levofloxacin infus 500 mg/iv.

E: Keadaan umum sedang, kesadaran composmentis, batuk darah tidak lagi

b. Diagnosa Kedua

S : Pasien mengatakan nyeri dada saat batuk sudah berkurang

O : ekspresi menyeringai, skala nyeri ringan 3,

A: masalah nyeri akut belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1-5

I: 19.00^{wita} Mengkaji ulang karakteristik nyeri dengan lengkap, lokasi, durasi, skala nyeri H/nyeri dada kanan saat batuk tidak

lagi, skala nyeri 0 ekspresi rileks. 21.00^{wita} Melayani obat paracetamol infus 1 gr/iv 21.30^{wita} Menganjurkan keluarga untuk membatasi pengunjung serta menciptakan lingkungan tetap tenang. 22.00 Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam H/pasien mengikuti anjuran perawat dengan mengikuti teknik relaksasi napas dalam

E: keadaan umum sedang, nyeri dada tidak lagi, ekspresi rileks, skala nyeri 0

c. Diagnosa Ketiga

S : Pasien mengatakan mual tidak lagi dan fasu makan mulai membaik

O : 1 porsi makan dihabiskan 4-5senduk

A: masalah defisit nutrisi belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1-7

I: Tindakan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi adalah 19.00^{wita} Mengidentifikasi makanan yang disukai H/pasien hanya menyukai makanan berupa sup hangat dan bubur hangat 20.00^{wita} Menganjurkan pasien untuk tetap diet tinggi kalori dan tinggi protein H/pasien mengkonsumsi makanan seperti putih telur dan 1 porsi makan sudah bisa dihabiskan ½ 20.30^{wita} Menganjurkan keluarga untuk menyajikan makanan yang disukai dan dengan tampilan yang menarik serta masih hangat. 20.40^{wita}

Menganjurkan pasien untuk makan sedikit demi sedikit dengan frekuensi sering.

d. Diagnosa Keempat

S : pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas sederhana.

O : aktivitas sudah bisa dilakukan secara mandiri.

A: masalah intoleransi aktifitas teratasi sebagian

P: Lanjutkan intervensi 1-4

I: Tindakan untuk mengatasi intoleransi aktifitas adalah; Jam 19.15

Mengkaji aktivitas pasien H/Pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas sederhana (mandi, makan, toileting, dan menghias diri) secara mandiri Jam 19.30 Memonitor kelelahan fisik H/pasien mengatakan sudah tidak lelah saat melakukan aktivitas `Jam 19.40 Menganjurkan pasien untuk melakukan aktifitas sesuai batas kemampuan pasien H/Pasien sudah dapat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi secara mandiri Jam 20.35 Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan seperti mobilisasi ke kamar mandi sesuai toleransi pasien untuk mencegah terjadinya konstipasi (peningkatan motilitas usus) serta mencegah kekakuan pada sendi.

E:keadaan umum sedang, lemah berkurang, ADL mandiri.

e. Diagnos Kelima

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

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

A: masalah resiko penyebaran infeksi teratasi sebagian

P: intervensi 1-7 dilanjutkan

I: Pukul 19.00^{wita} Menggunakan APD sebelum melakukan tindakan
Pukul 19.30^{wita} Menganjurkan pasien dan keluarga untuk tetap menggunakan masker selama periode pengobatan TB. Pukul 19.45^{wita} Menganjurkan pasien dan keluarga untuk membatasi pengunjung. Pukul 20.58^{wita} Mengajarkan kembali pasien tentang etika batuk dan cuci tangan yang benar H/pasien dan keluarga mengerti cara etika batuk dan cuci tangan. Cara etika batuk yang benar adalah batuk dengan menutup mulut dengan menggunakan lengan bagian dalam serta menggunakan tissue. Sedangkan cuci tangan dengan menggunakan antiseptic atau hand rub yaitu dengan teteskan handwash/hand rub 3-5 tetes kemudian menggosokkan kedua telapak tangan, punggung tangan dan sela-sela jari, mengunci tangan, menggosokkan ibu jari dengan gerakan memutar, kemudian ujung-ujung kuku. Pukul 21.35^{wita} Menganjurkan pasien untuk membuang sputum, dan gunakan

masker serta tissue bekas pakai ke tempat sampah medis yang berwarna kuning. 21.45^{wita} Menganjurkan pasien dan keluarga untuk tetap patuh menggunakan alat pelindung diri selama periode pengobatan.

C. Pembahasan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan TB Paru menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada Ny.S.H.U di Ruang Perawatan Khusus.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data- data pasien supaya dapat mengidentifikasi masalah-masalah , kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan.

Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Ny.S.H.U ditemukan pasien mengatakan lemah, batuk lendir bercampur darah, nyeri dada kanan tembus ke belakang , nyeri tumpul yang dirasakan saat batuk, dengan durasi kurang lebih 1 menit, bunyi paru ronchi terdengar pada lobus atas, pasien mengatakan nafsu makannya berkurang karena mual. Pasien hanya menghabiskan setiap menu (1 porsi makan) 2-3 senduk makan, TD:140/80 mmHg, Nadi:88x/m, suhu: 36,0^oc/axilla, RR: 24x/m, SpO₂: 99%, ekspresi

menyeringai, skala nyeri ringan (1-3), ronchi terdengar pada lobus paru atas, tinggi badan (TB) 150 cm, BB sebelum sakit 40 Kg, BB saat sakit : 30 kg, indeks masa tubuh (IMT) 13,3 (Berat Badan Kurang). WBC/Leukosit $10,9 \times 10^3 \mu\text{L}$, Didapatkannya infiltrat pada kedua lobus superior, pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak ditemukan bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. Manifestasi klinis TB Paru menurut Mar'iyah, K., & Zulkarnain (2021) adalah: berat badan turun selama 3 bulan berturut-turut, demam, meriang, batuk ini bersifat nonremitting (tidak pernah reda atau intensitas semakin lama semakin parah), dada terasa nyeri, sesak napas, nafsu makan tidak ada atau berkurang, mudah lesu atau malaise, berkeringat pada malam hari walaupun tanpa aktivitas fisik, dahak bercampur darah.

Hal ini terdapat kesenjangan antara teori dan kasus Ny.S.H.U dimana tidak ditemukan sesak napas, demam, dan berkeringat malam hari dimana demam meriang dan keringat malam hari tidak dirasakan pasien karena tidak terjadinya pelepasan endotoksin yang merangsang prostaglandin (substansi kimia yang menyebabkan peradangan) sehingga demam tidak dipersepsikan pada set point (hipotalamus). Hal ini tidak didukung oleh teori Suhatriidjas (2020) demam merupakan gejala utama dari TB Paru yang sering muncul pada sore dan malam hari disertai dengan keringat malam hari sebagai akibat pelepasan dari endotoksin (pirogen endogen) yang merangsang prostaglandin sehingga demam dipersepsikan pada set point (Thermoregulator). Sedangkan sesak napas pada pasien tidak

ditemukan karena tidak ada produksi secret yang mengental yang dapat menghambat jalan napas sebagai penyebab dari sesak napas, yang terjadi pada pasien adalah batuk darah dengan konsistensi yang encer sehingga tidak menghambat jalan napas (oksigen). Sedangkan yang ada pada kasus semuanya ada pada teori.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.S.H.U adalah bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan proses infeksi, ditandai dengan : DS:pasien mengatakan lemah, batuk lendir bercampur darah, DO:hemoptoe, TD:140/80 mmHg, Nadi:88x/m, suhu: 36,0^oc/axilla, RR: 24x/m, SpO₂: 99%, ronchi terdengar pada lobus paru atas, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik(inflamasi), yang ditandai dengan: DS: nyeri dada kanan tembus ke belakang saat batuk DO: ekspresi menyeringai, skala nyeri ringan (1-3), TD:140/80 mmHg, Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme, yang ditandai dengan: DS: pasien mengatakan nafsu makannya berkurang karena mual. DO: pasien hanya menghabiskan setiap menu (1 porsi makan) 2-3 sendok makan, tinggi badan (TB) 150 cm, BB sebelum sakit 40 Kg, BB saat sakit

: 30 kg, indeks masa tubuh (IMT) 13,3 (Berat Badan Kurang), resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan, yang ditandai dengan: DS:- DO:WBC/Leukosit $10,9 \times 10^3 \mu\text{L}$, didapatkannya infiltrat pada kedua lobus superior, pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak ditemukan bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*.

Diagnosa keperawatan yang ada pada teori tetapi tidak ada dikasus adalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas serta hipotermia berhubungan dengan proses penyakit. Diagnosa ini tidak ditegakan karena tidak ada produksi secret yang mengental yang dapat menghambat jalan napas sehingga tidak terjadi hipoventilasi yang akan berdampak pada pola napas yang efektif dan tekanan antara oksigen dengan karbonmonoksida pada alveoli dalam keadaan yang seimbang sehingga tidak terjadi gangguan pertukaran gas. Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahman, dkk (2022) "Penatalaksanaan Batuk Efektif Akibat Tuberkulosis Paru" bahwa tidak ditemukannya diagnosa keperawatan gangguan pertukaran gas, inefektif pola napas, dan hipotermia pada pasien dimana pasien tidak mengalami sesak napas yang menyebabkan pasien sianosis dan saturasi oksigen turun di bawah level normal sedangkan hipotermia pada pasien Ny.S.H.U tidak terjadi karena pelepasan endotoksin (pirogen endogen) yang merangsang prostaglandin dihambat oleh parasetamol sehingga

siklooksigenase yang memproduksi prostaglandin tidak dapat diteruskan ke hipotalamus (set point) sebagai pusat thermoregulator dan demam tidak dipersepsikan.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan adalah segala *treatment* yang di kerjakan oleh perawat yang di dasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang di harapkan .

Intervensi dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien. Intervensi keperawatan pada Ny S.H.U disusun berdasarkan teori menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2016 dan dibandingkan dengan masalah keperawatan pada kasus. Pada intervensi bersihan jalan napas tidak efektif terdapat pemberian terapi mukolitik. Pada intervensi ini sangat kontradiktif dengan kondisi pasien yang batuk lendir bercampur darah dimana ini tidak dianjurkan karena efek mukolitik sebagai pemecah struktur molekul yang membentuk lendir, yang akan merubah konsistensi lendir menjadi lebih encer dan mudah dikeluarkan lewat batuk yang akan berdampak semakin meningkatnya batuk berdarah pada pasien sehingga terapi yang diberikan adalah codein dimana kerja codein adalah menekan bagian otak (batang otak) yang mengontrol refleks batuk sehingga batuk tidak dipersepsikan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Saputra, dkk (2018) yakni kolaborasi pemberian terapi Codein dapat meningkatkan efektivitas obat dalam mengurangi batuk dengan cara

menghambat batuk di pusat batuk serta penurunan reaksi inflamasi pada saluran pernapasan.

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. Semua tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2016.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak.

Hasil evaluasi yang dilakukan tanggal 14 Mei 2024 menunjukkan pada diagnosa inefektif bersihan jalan napas belum teratasi dengan hasil batuk lendir bercampur darah berkurang, ronchi terdengar pada lobus paru atas, dapat disimpulkan masalah belum teratasi. Sedangkan tanggal 15 Mei 2024 menunjukkan diagnosa inefektif bersihan jalan napas belum teratasi dengan hasil, batuk lendir bercampur darah berkurang, ronchi terdengar pada lobus paru atas disimpulkan masalah belum teratasi. Evaluasi tanggal 16 Mei 2024 menunjukkan pada diagnosa inefektif bersihan jalan napas

teratasi sebagian dengan hasil pasien tidak batuk darah lagi, bunyi napas vesikuler, menunjukkan jalan napas yang paten (frekuensi napas dalam batas normal; RR:24x/m). Evaluasi ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Saranani, dkk (2019) bahwa pada hari ketiga ditemukan evaluasi teratasi sebagian dengan hasil batuk darah berkurang, pernapasan 24 kali/menit dan bunyi napas vesikuler, tidak terpasang oksigen.

Hasil evaluasi yang dilakukan tanggal 14 Mei 2024 pada diagnosa keperawatan nyeri belum teratasi dengan hasil: pasien mengatakan nyeri dada saat batuk ekspresi meringis, skala nyeri ringan (3). Tanggal 15 Mei 2024 pada diagnosa keperawatan nyeri belum teratasi dengan hasil: pasien mengatakan nyeri dada saat batuk, ekspresi meringis, skala nyeri ringan (3) dan evaluasi pada tanggal 16 Mei 2024 menunjukkan pasien tidak mengeluh nyeri. Ekspresi rileks, skala nyeri 0. Dapat disimpulkan diagnosa nyeri akut telah teratasi. Evaluasi ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Prilya, (2024) bahwa pada hari ketiga evaluasi nyeri dada seperti ditusuk-tusuk berkurang skala nyeri 0.

Evaluasi pada tanggal 14 Mei 2024 pada diagnosa keperawatan ketiga masalah defisit nutrisi belum teratasi dengan hasil pasien mengatakan masih mual dan nafsu makan berkurang, 1 porsi makan dihabiskan 3-4 sendok. Evaluasi pada tanggal 15 Mei 2024 masalah defisit nutrisi belum teratasi dengan hasil pasien mengatakan masih mual dan nafsu makan berkurang, 1 porsi makan dihabiskan 4-5 sendok dan evaluasi pada tanggal 16 Mei 2024 masalah defisit nutrisi teratasi sebagian dengan

hasil pasien sudah menghabiskan ½ porsi makanan. Dapat disimpulkan diagnosa defisit nutrisi telah teratasi. Evaluasi ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Dita, P. (2019) bahwa pada hari ketiga defisit nutrisi teratasi sebagian dengan hasil pasien mengatakan bahwa nafsu makan menurun sudah berkurang dan sudah dapat menghabiskan 8 sendok dalam 1 porsi berserta biscuit, buah-buahan dan perasaan mual sudah berkurang.

Evaluasi pada tanggal 14 Mei 2024 pada diagnosa keperawatan keempat masalah intoleransi aktifitas belum teratasi dengan hasil: pasien mengatakan masih lemah saat ke kamar mandi, ADL dibantu sebagian oleh keluarga seperti ke kamar mandi, makan, toileting dan menghias diri. Evaluasi pada tanggal 15 Mei 2024 masalah intoleransi aktifitas belum teratasi dengan hasil: pasien mengatakan masih lemah saat ke kamar mandi, ADL dibantu sebagian oleh keluarga seperti ke kamar mandi, makan, toileting dan menghias diri dan evaluasi pada tanggal 16 Mei 2024 pasien dapat melakukan aktifitas secara mandiri tanpa ada keluhan lemah.

Evaluasi tanggal 14 Mei 2024 diagnosa keperawatan kelima resiko penyebaran infeksi belum teratasi dengan hasil pasien mengatakan batuk masih ada flek darah, pasien tampak menggunakan masker dan rutin mencuci tangan serta membuang sputum, dan tissue bekas pakai pada tempat sampah medis. Evaluasi tanggal 15 Mei 2024 diagnosa resiko penyebaran belum teratasi dengan hasil pasien mengatakan batuk masih ada flek darah, pasien tampak menggunakan masker dan rutin mencuci tangan serta membuang sputum, dan tissue bekas pakai pada tempat sampah

medis. Evaluasi tanggal 16 Mei 2024 masalah resiko penyebaran infeksi tidak terjadi dengan hasil pasien dapat memperlihatkan perilaku sehat (menggunakan masker, mencuci tangan, melakukan etika batuk dengan benar, membuang dahak serta tissue bekas pakai pada tempat sampah medis).

D. Keterbatasan Studi Kasus

Dalam melakukan penelitian studi kasus ini terdapat keterbatasan yaitu faktor orang atau manusia, orang dalam hal ini pasien yang hanya berfokus pada satu pasien saja membuat peneliti tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah-masalah yang mungkin didapatkan dari pasien yang lainnya dengan diagnosa yang sama dan sulitnya referensi yang digunakan dalam 5 tahun terakhir.

E. Implikasi untuk Keperawatan

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

a. Sebagai Pendidik

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

b. Sebagai Advokat

Peran perawat sebagai advokat yaitu tindakan perawat dalam mencapai suatu untuk kepentingan pasien atau bertindak untuk mencegah kesalahan

yang tidak diinginkan ketika pasien sedang menjalani pengobatan, pada studi kasus nyata ini ditemukan peran perawat sebagai advokad adalah perawat selalu mendampingi pasien apabila pasien mengalami kesulitan dan membutuhkan bantuan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus yang dilakukan pada Ny.S.H.U maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Pada pengkajian ditemukan keluhan utama pasien mengatakan lemah, batuk lendir bercampur darah serta keluhan lain seperti nyeri dada kanan tembus ke belakang , nyeri tumpul yang dirasakan saat batuk, dengan durasi kurang lebih 1 menit, bunyi paru ronchi terdengar pada lobus atas, pasien mengatakan nafsu makannya berkurang karena mual, adanya infiltrat pada kedua lobus superior, pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak ditemukan bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*
2. Diagnosa keperawatan yang muncul ada kasus Ny.S.H.U adalah bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan proses infeksi , nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik(inflamasi), defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme, resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.
3. Rencana keperawatan dibuat berdasarkan teori menurut SIKI (2016) dan berfokus pada masalah yang muncul. Perencanaan keperawatan bertujuan untuk mengurangi atau mengatasi masalah. Maka tindakan yang dilakukan adalah tindakan observasi, mandiri, edukasi dan kolaborasi untuk dapat mengatasi masalah tersebut.

4. Pelaksanaan keperawatan dilakukan selama 3 hari dan dilakukan berdasarkan perencanaan yang sudah dibuat menurut SIKI (2018) dan tidak semua perencanaan dapat diimplementasikan seperti pemberian terapi mukolitik
5. Evaluasi dari proses asuhan keperawatan selama 3 hari didapatkan bahwa masalah keperawatan teratasi sebagian yaitu tidak efektif bersihan jalan napas berhubungan dengan proses infeksi dan defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme sedangkan masalah teratasi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (inflamasi), intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, dan resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan pparan organisme patogen lingkungan.
6. Ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dalam pelaksanaan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

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 mampu menentukan standar pelayanan asuhan keperawatan kepada pasien dengan Tuberkulosis Paru .

2. Bagi Institusi Pendidikan

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

3. Bagi Pasien dan Keluarga

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

DAFTAR PUSTAKA

- BPS NTT. (2022). *Jumlah Kasus Penyakit Menurut Kabupaten/Kota dan Jenis Penyakit (Jiwa)*. <https://ntt.bps.go.id/indicator/30/1485/1/jumlah-kasus-penyakit-menurut-kabupaten-kota-dan-jenis-penyakit.html>
- Cahyati, W. H., & Maelani, T. (2019). Karakteristik penderita, efek samping obat dan putus berobat tuberkulosis paru. *HIGEIA (Journal Of Public Health Research And Development)*, 3(4), 625-634.
- Dinkes Kab Ende. (2023). Data Tuberkulosis Paru di Kabupaten Ende Tahun 2021-2022. *Dinas Kesehatan Kabupaten Ende*.
- Dita, P. 2019 . Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tuberculosis Paru di Ruang Seruni Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda: Samarinda
- Fitri dkk, 2018 .Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Tuberkulosis Paru. Jurnal ilmu kesehatan masyarakat. dalam <file:///C:/Users/asus/Downloads/50-Article%20Text-91-1-10-20180320.pdf>.diakses. Pada tanggal 15 Januari 20234 pukul 19.00 wita
- Kementerian Kesehatan. (2023). *Laporan Kinerja 2022 Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Kementerian Kesehatan*.
- Mar'iyah, K., Zulkarnain. (2021). *Patofisiologis Penyakit infeksi Tuberkulosis. Prosiding Seminar Nasional Biologi*, 7 (November), 88-92
- Mulyawan, I. K. (2023). *Ayo Bersama Akhiri TBC, Indonesia Bisa!!!!* Dinas Kesehatan Provinsi NTB. [https://dinkes.ntbprov.go.id/artikel/ayo-bersama-akhiri-tbc-indonesia-bisa/#:~:text=Angka keberhasilan pengobatan TBC pun,%25 \(target%3A 85%25\)](https://dinkes.ntbprov.go.id/artikel/ayo-bersama-akhiri-tbc-indonesia-bisa/#:~:text=Angka%20keberhasilan%20pengobatan%20TBC%20pun,%25%20(target%3A%2085%25))
- Nopriyanti, R. (2023). Peran Perawat dalam Pelayanan Kesehatan. *Dinas Efektifitas Batuk Efektifitas Pada Penderita Tuberkulosis Paru2023. Jurnal Penelitian Perawat Nasional Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kesembuhan TB Paru 2022*.
- PPNI (2018). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia : Definisi dan Diagnosa Keperawatan , Edisi 1 . Jakarta: DPP PPNI
- PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI

- PPNI(2018). Standar luaran Keperawatan Indonesia: Defini Dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- Pratiwi. R.Dian, 2020. Gambaran Komplikasi Penyakit Tuberkulosis Berdasarkan Kode International Classification Of Disease. [http://download.garuda.kemdikbud.go.id/article.php?article=2165965&val.wita=14911&title=GAMBARAN%20KOMPLIKASI%20PENYAKIT%20OTUBERKULOSIS%](http://download.garuda.kemdikbud.go.id/article.php?article=2165965&val.wita=14911&title=GAMBARAN%20KOMPLIKASI%20PENYAKIT%20OTUBERKULOSIS%20). diakses Pada tanggal 02. Januari 2024 pukul 21.30 wita
- Prihanto, E. 2018.. Aplikasi Pemberian Flyer Terhadap Pengetahuan Dan Kepatuhan Terapy Pasien Tuberculosis (TB) Paru di BALKESMAS Semarang. Diss. Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Prilya dkk, 2024 "Asuhan Keperawatan pada Klien yang Mengalami Tuberculosis Paru dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Bougenvil RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso." *Health & Medical Sciences* 1.3 (2024): 7-7.
- Putra, S. D. (2018). Media pembelajaran dan sosialisasi penyakit tbc. *JISAMAR (Journal of Information System, Applied, Management, Accounting and Research)*, 2(2), 76-83.
- Rahman, 2022. "Penatalaksanaan Batuk Efektif Akibat Tuberculosis Paru." *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada* 11.2 323-329.
- Saranani, dkk, 2019 "Manajemen Kasus Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi pada Pasien Tuberculosis Paru." *Health Information: Jurnal Penelitian* 11.1: 26-32.
- Wahyono, dkk, 2019 . "Penanggulangan Tuberculosis Paru dengan Strategi DOTS." *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)* 3.2 (2019): 223-233. <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia>. diakses Pada tanggal 02.Januari 2024 pukul 21.30 wita
- Yahya, Abdullah, et al. "Sosialisasi Pencegahan Penyakit TBC di Dusun Jetis-Kawiran, Desa Rambeanak, kec. Mungkid, Magelang." *Jurnal Pengabdian Kolaborasi dan Inovasi IPTEKS* 1.5 (2023): 593-599.

LAMPIRAN 1

JADWAL STUDI KASUS

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

LAMPIRAN 2

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Saya 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 Ny.S.H.U Dengan Diagnosa Medis tuberkulosis paru di Ruang Perawatan Khusus (RPK) RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah mahasiswa diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.S.H.U Dengan Diagnosa Medis tuberkulosis paru di Ruang Perawatan khusus RSUD Ende. Studi kasus ini dapat memberi manfaat berupa peningkatan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis tuberkulosis paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende. Studi kasus ini akan berlangsung selama tiga hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin 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 : 082341376311

Peneliti



Saverinus Gampu
NIM: PO.5303202200507

LAMPIRAN 3

INFORMED CONCENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh: Saverinus Gampu, NIM: PO.5303202200507 dengan judul: “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.S.H.U Dengan Diagnosa Medis Tuberkulosis Paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende”.

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

Ende, 14 Mei 2024

Saksi



Maryam Bakir

Yang Memberikan Persetujuan



Sarifa H.Umar

Peneliti



Saverinus Gampu
NIM: PO.5303202200507



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG**
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.S.H.U
DENGAN DIAGNOSA MEDIS TUBERKULOSIS PARU
DI RUANG PERAWATAN KHUSUS (RPK)
RSUD ENDE**

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN

Pengkajian dilakukan pada tanggal 14 Mei 2024

I. Pengumpulan Data

a. Identitas Pasien

Nama : Ny.S.H.U
Umur : 70 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Pendidikan : Sekolah Dasar (SD)
Pekerjaan : Wiraswasta
Agama : Katolik
Alamat : Jl.Nusantara
Dx. Medik : Tuberkulosis Paru

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. M.B
Umur : 46 tahun
Hubungan dengan pasien: Anak Kandung

Alamat : Jl. Katedral

II. Keadaan Umum

a. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Pasien mengeluh batuk lendir bercampur darah.

2) Riwayat Keluhan Utama

Pasien mengatakan lemah, batuk lendir bercampur darah, disertai nyeri dada kanan tembus ke belakang, nyeri tumpul yang dirasakan saat batuk, dengan durasi kurang lebih 1 menit, skala nyeri ringan (3). Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami keluhan tersebut sejak bulan puasa kemarin disertai demam selama dua hari kemudian demamnya menurun. Pada tanggal 11 Mei pasien mengeluh pingsan di kamar mandi lalu keluarga mengantarnya ke instalasi gawat darurat (IGD) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende.

3) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan pernah sakit maag (Dyspepsia)

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga pasien mengatakan bahwa saudara kandung pasien pernah menderita (Tuberculosis) TBC paru dan tidak ada keluarga lain yang menderita TBC seperti pasien.

5) Pemeriksaan Pola Kesehatan

a) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan di rumahnya terdapat beberapa ventilasi rumah yang dibuat dengan baik untuk pertukaran udara sehingga udara segar dapat masuk ke dalam ruangan dan membuang udara yang pengap. Hal ini dilakukan untuk menjaga kualitas udara di ruangan tetap sehat.

Keadaan saat ini: Pasien juga mengatakan bahwa penyakit yang dideritanya saat ini membutuhkan kepatuhan dalam pengobatan dan pasien masih rutin mencuci tangan sebelum dan sesudah makan.

b) Pola Nutrisi Metabolik.

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi satu piring dan dihabiskan, pasien makan dengan menu seperti nasi, sayuran hijau, kadang-kadang lauk seperti ikan, telur, tahu tempe. Pasien minum 5-6 gelas/hari (1200 cc), pasien tidak ada pantangan dalam makan maupun minum, BB: 40 Kg.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan nafsu makannya berkurang karena mual. Jenis makanan yang dikonsumsi diet lunak (bubur) makan 3x sehari dengan diet tinggi kalori dan protein seperti nasi, sayuran hijau, telur dan daging. Pasien hanya menghabiskan setiap menu (1 porsi makan) 2-3 sendok makan yang disajikan di rumah sakit. Minum 8 gelas/hari (1600 cc), BB: 30 Kg.

c) Pola Eliminasi

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

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

d) Pola Aktifitas dan Latihan

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

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

e) Pola Istirahat dan Tidur

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

Keadaan saat ini: pasien mengatakan bahwa walaupun batuk tapi masih bisa tidurnya nyenyak. Pasien mulai tidur dari jam 20.30-04.30 dan ketika istirahat siang hari sekitar 1-2 jam.

f) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Kebiasaan sehari-hari: Pasien mengatakan dapat melihat dengan jelas, dapat mencium aroma dan meraba serta mendengar dengan baik.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan (P) nyeri dada saat batuk, (Q) nyeri tumpul yang dirasakan pada (R) daerah dada bagian kanan tembus ke belakang dengan (S) skala nyeri ringan (3), (T) durasi kurang lebih 1 menit. Pasien juga dapat melihat dengan jelas saat perawat menunjukkan angka 1 pasien mampu menyebutkan angka tersebut dan dapat mencium aroma bebauan seperti saat perawat memberikan aroma minyak kayu putih pasien mampu membedakan aroma minyak kayu putih dari aroma yang lainnya.

g) Pola Konsep Diri dan Persepsi Diri

Kebiasaan sehari-hari: Pasien mengatakan menyukai semua bagian anggota tubuhnya. Pasien adalah ibu rumah tangga dan bertanggung jawab dalam mengurus anak-anaknya

Keadaan saat ini: Pasien mengatakan saat ini sebagai seorang pasien yang menjalani masa perawatan dan rutin mengkonsumsi obat, mengikuti setiap anjuran dokter serta berharap cepat pulih dari sakitnya sehingga bisa menjalankan kembali perannya sebagai seorang ibu. Pasien juga mengatakan keluarga menerima kondisinya dan selalu mendukungnya dan pasien agar tidak merasa rendah diri karena sakitnya.

h) Pola Reproduksi dan seksualitas

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan ia adalah seorang ibu yang sudah menjanda dan mempunyai 2 anak yang sudah menikah

Kebiasaan saat ini: pasien mengatakan saat ini pasien sudah menopause dan tidak ada keluhan yang lain di system reproduksinya.

i) Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

Kebiasaan sehari-hari: pasien adalah seorang ibu rumah tangga. Pasien juga mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarganya ia memiliki hubungan baik dengan lingkungannya, baik tetangga, teman ataupun keluarganya.

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

j) Pola Mekanisme Penyesuaian Toleransi Terhadap Stress

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

Keadaan saat ini: pasien mengatakan jika ada masalah pasien selalu berbicara dan tidak pernah menutupi dari suami dan anak-anaknya dan masih menyempatkan diri untuk berdoa

k) Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan sering sholat di rumah.

Keadaan saat ini: 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: cukup

b) Kesadaran: *composmentis*, GCS 15 (E₄,V₅,M₆).

c) Tanda - tanda vital

TD:140/80 mmHg, Nadi:88x/m, suhu: 36,0^oc/axilla, RR: 24x/m, SpO₂: 99%, tinggi badan (TB) 150 cm, BB sebelum sakit 40 Kg, BB saat sakit: 30 kg, indeks masa tubuh (IMT): 13,3 (Berat Badan Kurang).

d) Kepala dan Muka

I: bentuk kepala: normocephal, rambut warna hitam, banyak dan teksturnya halus, kulit kepala bersih, tidak ada lesi.

P: nyeri tekan (-), bengkak (-).

e) Mata

I: simetris (-/-), sklera warna putih (-/-), kelainan bentuk penglihatan (-/-), conjungtiva merah muda (-/-), oedema palpebral (-/-) pupil isokor (-/-) refleks pupil terhadap cahaya (+/+), lingkaran hitam pada mata (-)

P: nyeri tekan (-).

f) Hidung

I: bentuk hidung normal, polip (-), septum deviasi (-), epistaksis (-), hidung tersumbat (-).

P:nyeri tekan (-), trauma (-).

g) Telinga:

I: bentuk simetris, serumen(±/), mastoiditis (±/).

P: nyeri tekan (±/).

h) Mulut dan Tenggorokan

I: jumlah gigi 32 buah, labiosis (-), tonsillitis (-), caries gigi (-),

Halitosis (-), stomatitis (-), gusi bengkak (-).

P:nyeri tekan (-).

g) Leher

I: trauma cervikal (-), distensi vena jugularis (-),

P: pembesaran kelenjar tiroid (-), pembesaran kelenjar getah bening (-).

h) Paru – paru

I: simetris, retraksi dinding dada (±/), ekspresi menyeringai saat batuk

P: fokal fremitus: terdapat getaran yang sama di seluruh lapang paru saat menyebut angka tujuh tujuh: (±/+)

P: sonor di seluruh lapang paru (±/+)

A: *rhonci* (±/)

i) Jantung

I: Ictus cordis terlihat (-)

P: Ictus cordis teraba (+) ICS V line midclavicula Sinistra.

P: Batas kanan atas : Linea parasternalis dextra SIC 2.

Batas kanan bawah : Linea parasternalis dextra SIC 4.

Batas kiri atas : Linea parasternalis sinistra SIC 2.

Batas kiri bawah : Linea midclavicular sinistra SIC 5.

A: BJ I&II reguler , murmur (-), Gallop (-).

j) Abdomen

I: Perut normal, supel

P: nyeri tekan (-), hati dan limpa tidak teraba.

P: tympani.

A: peristaltik (+), frekuensi : 5-24x/menit

k) Ekstermitas

Ekstermitas Atas

I: oedema(-/-), jejas (-/-),deformitas (-/-), terpasang infus NaCL
0,9 % 20 tetes per menit.

P:akral hangat (+/+), turgor kulit elastis.

Ekstermitas Bawah

I: oedema(-/-), jejas (-/-),deformitas (-/-)

P:akral hangat(+/+).turgor kulit elastis, capillary refill
time(CRT) \leq 3 detik

P:refleks patella (+/+)

7) Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada tanggal 12 Mei
2024.

a) Pemeriksaan Darah Lengkap

WBC/Leukosit $10,9 \times 10^3 \mu\text{L}$ nilai rujukan $4,4-11 \times 10^3 \mu\text{L}$.

b) Pemeriksaan X-Ray/Rontgen

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

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

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

8) Terapi

Terapi per Tanggal 14-16 Mei

Terapi yang diberikan adalah Paracetamol infus 3x1gr/iv, Levofloxacin infus 1x500 mg/iv, Ondansentron 3x 4 mg/iv, ceftriaxone 2x1 gr/iv, Methylprednisolone 3x 125 mg/iv, asam tranexamat 3x50 mg/iv, vit k 3x1 ampul/ im, nebulizer ventolin 3x1 respule/inhalasi, Salbutamol 3x 2 mg, codein 2x20 mg CTM 2x 4 mg, OAT 1x 3 Tablet, vitamin B₆ 1x 1 tablet.



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



LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL

Nama : Saverinus Gampu
 NIM : PO. 5303202200507
 Pembimbing Utama : Irwan Budiarta, S.Kep.,Ns.,M.Kep
 Pembimbing Pendamping : Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns., M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1.	05-09-2023	BAB I	A. Tambahkan jumlah kasus B. Tambahkan permasalahan dalam asuhan keperawatan C. Peran perawat dalam pelaksanaannya D. Tambahkan penelitian orang yang berkaitan dengan TB Paru	
2.	11-09-2023	BAB I	A. Jurnal di tulis pakai nama B. Daftar pustaka di masukan dalam satu folder C. Permasalahan aspek wawancara langsung di RS D. Rubah peran perawat E. Kasus di buat piramida dari global sampai di RSUD Ende	
3	02-10-2023	BAB I	A. Perbaiki pengetikan dan penulisan setelah titik huruf besar B. 7 baris satu paragraf C. Sebelum data BPS NTT di jelaskan dulu tentang NTT D. Sebutkan kabupaten endessa angka kasusnya kabupaten lain tidak usah E. Sebelum peran perawat di jelaskan dulu F. Perbaiki permasalahan aspek dan peran perawat G. Lanjut BAB 2 dan BAB 3	

4	17-11-2023	BAB I DAB BAB II	A. Rubah permasalahan askep B. Rubah peran perawat C. Rubah phatway D. Perhatikan penulisan rumusan masalah E. Menggambarkan pengkajian itu apa sampai pemeriksaan penunjang F. Kesenjangan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan G. Uraikan pengkajian seterusnya H. Perhatikan pengetikan, spasi, liat margin o haru atur spasi	f
5	21-12-2023	BAB I DAN BAB II	A. Perbaiki cara pengetikan, cara penulisan, spasi, titik koma, cara pengeditan B. Perbaiki peran perawat dari beberapa peran perawat apa saja yang tidak di laksanakan C. Perbaiki masalah dalam melaksanakan asuhan keperawatan 5 pokok D. Perbaiki rumusan masalah, tujuan, manfaat syudi kasus E. Perbaiki phatway cari sumber lebih banyak F. Tambahkan masalah keperawatan G. Konsep asuhan keperawatan tambahkan lebih banyak teori	f
6	11-01-2024	BAB I DAN BAB II	A. Tambahkan nama penguji di kata pengantar B. Perbaiki cara pengetikan, cara penulisan, spasi, titik koma, cara pengeditan C. Tambahkan gambaran tentang penyakit menular di latar belakang D. Tambahkan penulis di latar belakang E. Tambahkan DS dan DO di konsep dasar asuhan keperawatan	f


7	18-01-2024	BAB I	<p>A. Perbaiki cara pengetikan, pengeditan, titik koma, spasi</p> <p>B. Daftar isi ukuran huruf 12</p> <p>C. Pengertian tb paru dan gejala latar belakang di hapus</p> <p>D. Dari cover sampai daftar isi tambahkan penomoran angka romawi</p> <p>E. Tambahkan peran perawat dalam mengatasi komplikasi pada tb paru</p> <p>F. Data untuk NTT tambahkan kapsipoten. Ende urutan beberapa setelah kabupaten apa dengan jumlah berapa</p> <p>G. Dots singkatan apa, beg singkatan apa, ardsingkatan apa</p> <p>H. Rubah manfaat studi kasus bagi institusi</p>	
8	31-01-2024	BAB I	<p>A. Tambahkan teori di rumah sakit umum daerah ende, dan ditkes ende</p> <p>B. Tambahkan teori di peran perawat</p> <p>C. Tambahkan menggambarkan dokumentasi</p> <p>D. Tambahkan kesenjangan antara teori dan kasus dalam pelaksanaan asuhan keperawatan</p> <p>E. Perbaiki pengetikan terlalu manual</p>	
9	06-02-2024	BAB I, BAB II, BAB III	<p>A. Wawancara anak bimbingan ibu ayu mengenai materi apa saja di bagian pembahasan</p> <p>B. Pik numbertya untuk di bab di tengah bawah, lembar lain di kanan atas</p> <p>C. Perbaiki pengetikan dan pengeditan cover sampai latar belakang</p> <p>D. Tambahkan data dimanifestasi klinis</p> <p>E. Pemeriksaan fisik menggunakan IPPA</p> <p>F. Tambahkan teori di konsep dasar askep</p> <p>G. Penulisan referensi di urutkan sesuai abjad</p>	



LEMBAR KONSULTASI REVISI PENGUJI PROPOSAL

Nama : Saverinus Gampu
NIM : PO. 5303202200507
Penguji Utama : Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns., M.Kep
Penguji Pendamping : Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Penguji	Paraf penguji
1.	29-04-2024	BAB I, BAB II & III	A. Ujian proposal B. Data Indonesia TB Paru 2018 di ganti dengan data tahun 2022 C. Peran perawat cantumkan pengarang D. Permasalahan asuhan keperawatan cantumkan pengarang E. Tambahkan pemeriksaan penunjang di konsep asuhan keperawatan TB Paru F. Tambahkan pengertian studi kasus G. Lokasi dan waktu studi kasus di rubah 3 hari bukan 1 minggu H. Metode atau prosedur di lengkapi I. Instrument pengumpulan data di tambahkan dengan format asuhan keperawatan medical bedah program studi DIII Keperawatan Ende Poltekes Kemneke Kupang	
2	7-5-2024	BAB I, II & III	A. Penulisan cover depan sampai penulisan daftar isi jangan di BOLD menggunakan font 12 B. Metode atau prosedur studi kasus di narasikan	

3	8-5-2024	BAB III	A. tambahkan lagi metode atau prosedur studi kasus B. ACC	
---	----------	---------	--	---

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Ari Wawanez, M.Kep.Ns., Sp.Kep.Kom
NIP. 196601141991021001



LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Saverinus Gumpu
NIM : PO. 5303202200507
Pembimbing Utama : Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Pembimbing Pendamping : Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns., M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1.	31-5-2024	BAB IV	A. Lengkapi riwayat kesehatan B. Tambahkan pengkajian nyeri PQRST C. Lengkapi pengkajian perpola, pola Gordon D. Pemeriksaan fisik menggunakan IPPA E. Tambahkan diagnosa intoleransi aktifitas F. DS-DO kasus sama dengan DS-DO proposal G. Luaran dan intervensi kasus sama dengan proposal	
2	6-6-2024	BAB IV	A. Perbaiki biodata pasien B. Tambahkan keluhan utama C. Tambahkan PQRST di riwayat kesehatan sekarang D. Perbaiki di pengkajian perpola E. Perbaiki di pemeriksaan fisik F. Perbaiki analisa data G. Perbaiki pembahasan di bagian pengkajian	
3	15-6-2024	BAB IV	A. Jenis dan ukuran hurufnya di sesuaikan dengan TNR B. Keluhan utama di rubah C. Perbaiki di pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan D. Pola kognitif dan persepsi sensori tambahkan PQRST E. Implementasi keperawatan menggunakan sumber terbaru	

4	1-7-2024	BAB IV	A. Perbaiki pola kognitif dan persepsi sensori B. Perbaiki analisa data C. Pengetikan dan pengesitan	1
---	----------	--------	--	---

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang




Arie Waworuntu, M.Kep.Ns., Sp.Kep.Kom
NIP. 196601141991021001



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



LEMBAR KONSULTASI REVISI PENGUJI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Saverinus Gumpu
NIM : PO. 5303202200507
Penguji Utama : Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns., M.Kep
Penguji Pendamping : Irwan Budiarta, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Penguji	Paraf Penguji
1.	03-07-2024	BAB I - BAB V	A. Kata pengantar di perbaiki B. Daftar isi font tulisannya di samakan C. Latar belakang perbaiki cara pengetikan dan pengeditan. D. Keluhan utama di perbaiki E. Pola aktifitas dan latihan di jelaskan lebih rinci lagi F. Pemeriksaan fisik font nya di samakan G. Tabulasi data di perbaiki H. Pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi, di perbaiki I. Pembahasan, pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi di perbaiki J. Kesimpulan di perbaiki	
2	05-07-2024	BAB IV - BAB V	A. Implementasi harus sesuai dengan intervensi B. Evaluasi di buat 3 hari perdiagnosa C. Pembahasan tambahkan di teori, di kasus di tambahkan dengan justifikasi D. Diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi di tambahkan dengan justifikasi	

3	08-07-2024	BAB IV - BAB V	A. Evaluasi tambah justifikasi B. Penutup perbaiki kesimpulan dan saran	
4	12-07-2024	BAB IV - BAB V	C. Perbaiki evaluasi D. Tambahkan data di bagian kesimpulan E. Perbaiki daftar pustaka	dy
5	31-07-2024	DAFTAR PUSTAKA	A. Perbaiki daftar pustaka B. ACC	dy

Mengetahui,
Plh. Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Dr. Susilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns., MSc.
NIP: 197401132002122001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. DATA DIRI

Nama : Saverinus Gampu
Tempat/Tanggal lahir : Tado, 14-04-1995
Alamat : Tado, Nanga pu'un, Manggarai Timur
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Agama : Katolik
Nama Ayah : Yohanes Latong
Nama Ibu : Rosalia Ndae

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SDK Landonanga 2006 -2013
2. SMP Negeri 2 Elar Mamba 2008- 2010
3. SMA Negri Negeri 2 wukir 2011-2013
4. Poltekes Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende 2020-2024.

MOTTO

**“Sukses Tidak Datang Dengan Sendirinya Kepadamu,
Kamu Harus Selalu Berjuang dengan Upaya- Upaya Kecilmu
Yang Terus Engkau Ulangi Hari Demi Hari”.**