

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. “B. W”  
DENGAN DIAGNOSA MEDIS TUBERKULOSIS PARU DI  
RUANGAN PERAWATAN KHUSUS RSUD ENDE**

**KARYA TULIS ILMIAH**



Oleh :  
**SESILIA DESI YANTI LANI**  
NIM. PO. 5303202210033

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

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. “B.W”  
DENGAN DIAGNOSA MEDIS TUBERKULOSIS PARU DI  
RUANGAN PERAWATAN KHUSUS RSUD ENDE**

**KARYA TULIS ILMIAH**

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



**Oleh :**

**SESILIA DESI YANTI LANI**  
**NIM. PO. 5303202210033**

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

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sesilia Desi Yanti Lani  
NIM : PO. 5303202210033  
Program Studi : D III Keperawatan Ende  
Judul Karya Tulis : **ASUHAN KEPERAWATA PADA PASIEN  
TN. "B. W" DENGAN DIAGNOSA MEDIS  
TUBERCULOSIS PARU DI RUANGAN  
PERAWATAN KHUSUS RUMAH SAKIT  
UMUM DAERAH ENDE**

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

Ende,

Yang Membuat Pernyataan



SESILIA DESI YANTI LANI  
PO.5303202210033

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH


ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. "B.W" DENGAN  
DIAGNOSA MEDIK TUBERKULOSIS PARU DI RUANGAN  
PERAWATAN KHUSU RSUD ENDE

OLEH

SESILIA DESI YANTI LANI  
NIM.P0.5303202210033

Karya tulis ilmiah ini telah diperiksa dan disetujui  
oleh pembimbing untuk diujikan  
4 Juli 2024

Pembimbing

  
Syaputra Artama Syarifudin, S.Kep.,Ns., M.Kep.  
NIP. 198811102020121002

Disahkan Oleh:

Mengetahui

  
Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende

  
Kety Wawonje, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom  
19660114199102 1001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. "B. W" DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS TUBERKULOSIS PARU DI RUANGAN  
PERAWATAN KHUSUS RSUD ENDE

OLEH

## **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 Tn. “B. W” Dengan Diagnosa Medis Tuberculosis Paru Di Ruangan Perawatan Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Ende” dapat terselesaikan dengan baik. Laporan karya tulis ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Ende. Sebagai manusia yang lemah, Penulis 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 Program Studi D III Keperawatan Ende.
3. Ibu Dr. Ester Puspa Jelita, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melaksanakan praktek di RSUD Ende.
4. Ibu Yustina P.M. Paschalia, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku penguji ketua yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Bapak Syaputra Artama Syarifuddin, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing, orang tua, penasihat, sekaligus penguji anggota yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ibu Marianti Ola, S.Kep, Ns selaku Kepala Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende yang telah memberikan ijin kepada penulis dalam melaksanakan studi kasus.
7. Tn. “B.W” dan keluarga yang telah bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah
8. Bapa Hermanus Joni Temuk dan Mama Alm Agata Lawo, Kaka Yulius Dominikus Kia, Mama Ida, Mama Lola, Bapa Gusti, Bapa Dede, Om Viktor, Bapa Adi, Bapa Karlos, Mama Ony, ade Alin, Greace, Rafael, yang telah memberikan dukungan secara materi, cinta dan kasih sayang, serta doa bagi kelancaran penyusunan karya tulis ilmiah ini.
9. Sahabat saya Fadila, Sonia dan Genk Tengkorak yang telah memberikan dukungan kasih sayang, dan kesetiakawanan selama kurang lebih 3 tahun dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

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

Ende, 3 Juli 2024

Penulis



## ABSTRAK

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. “B. W” DENGAN DIAGNOSA MEDIS TUBERKULOSIS PARU DI RUANG PERAWATAN KHUSUS RSUD ENDE

Sesilia Desi Yanti Lani <sup>(1)</sup>

Syaputra Artama Syarifuddin <sup>(2)</sup>

Tuberculosis (TB) merupakan penyakit yang dapat menyerang semua usia, dan mampu mengancam nyawa, tuberculosis ditularkan melalui transmisi droplet atau sekret yang mengandung bakteri *microbacterium tuberculosis* yang dihirup oleh individu yang sehat, menginfeksi organ pernapasan paru-paru yang mengganggu mekanisme pernapasan dan dapat menyebabkan kematian. Studi ini bertujuan melakukan asuhan keperawatan pada Tn. B. W dan menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata tuberculosis paru. Metode yang digunakan yaitu metode studi kasus dengan pendekatan proses asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

Pengkajian pada Tn. “B. W” berfokus pada keluhan utama sesak nafas, riwayat kesehatan dahulu, pola-pola kesehatan, serta pemeriksaan fisik. Berdasarkan hasil pengkajian, diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Intervensi yang disusun berdasarkan masalah keperawatan meliputi manajemen pola napas, manajemen nutrisi dan manajemen energi. Implementasi dilakukan selama 3 hari mulai dari tanggal 9-11 Mei 2024 di ruang RPK RSUD Ende pada Tn. “B. W” hasil yang diperoleh bahwa masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi, masalah defisit nutrisi sebagian teratasi, dan masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi. Setiap penderita TB paru berbeda-beda tanda dan gejalanya dari lamanya seseorang menderita dan lamanya pengobatan yang dialami pasien.

**Kepustakaan : 28 Buah (2016-2023)**

**Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Tuberculosis Paru**

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

## ABSTRACT

### NURSING CARE FOR TN PATIENTS. “B. W” WITH MEDICAL DIAGNOSIS OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN THE TREATMENT ROOM ENDE HOSPITAL SPECIFICALLY

sesilia Desi Yanti Lani <sup>(1)</sup>  
Syaputra Artama Syarifuddin <sup>(2)</sup>

Tuberculosis (TB) is a disease that can attack all ages and is life threatening. Tuberculosis is transmitted through the transmission of droplets or secretions containing *Microbacterium tuberculosis* bacteria, which are inhaled by healthy individuals, infect the respiratory organs of the lungs, disrupting the respiratory mechanism and can cause death. Studies This aim do care nursing to Mr. B.W And analyze gap between theory And case real pulmonary tuberculosis. Method used that is method studies case with approach care process nursing which includes assessment, diagnosis nursing, intervention nursing, implementation, and evaluation nursing.

Assessment to Mr. “B. W” focuses on complaint main shortness of breath, history health First, patterns health, as well inspection physique. Based on results assessment, diagnosis appointed nurse on case that is pattern breath No effective relate with obstacle effort breath, deficit nutrition relate with enhancement need metabolism And intolerance activity relate with weakness. Intervention arranged based on nursing problems covers management pattern breath, management nutrition And management energy. Implementation is done during 3 days start from date 9-11 May 2024 in the RPK room at Ende Regional Hospital to Mr. “B. W” results obtained that problem pattern breath No effective part resolved, problem deficit nutrition part resolved, and problem intolerance activity part resolved. Every pulmonary TB sufferers different sign And the symptoms from forever somebody suffer And forever treatment experienced patient.

**Literature : 28 Pieces (2016-2023)**

**Keywords : Upbringing Nursing, Pulmonary Tuberculosis**

1. Student of the DIII Nursing Study Program Ende
2. Lecturer in the DIII Nursing Study Program Ende

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL .....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
ABSTRAK .....	ix
ABSTRACT .....	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR .....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	3
C. Tujuan.....	3
D. Manfaat Studi Kasus .....	4
BAB II TINJUAUAN PUSTAKA.....	5
A. Konsep Teori Tuberculosis .....	5
B. Konsep Asuhan Keperawatan Tuberculosis Paru .....	18
BAB III METODEDE STUDI KASUS .....	40
A. Desain Metode Kasus.....	40
B. Subyek Studi Kasus.....	40
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional).....	40
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus .....	41
E. Prosedur Studi Kasus.....	41
F. Teknik Pengumpulan Data.....	42
G. Keabsahan Data.....	43
H. Analisa Data .....	43

BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN .....	45
A. Hasil Studi Kasus .....	45
B. Studi Kasus .....	46
C. Keterbatasan Kasus .....	81
D. Implikasi untuk Keperawatan .....	82
BAB V PENUTUP.....	84
A. Hasil studi kasus Kesimpulan .....	84
B. Saran.....	86
DAFTAR PUSTAKA .....	87

## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Aktivitas .....	50
Tabel 4.2 Analisa Data.....	60

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Paru-Paru.....	6
Gambar 2.2 Pathway TB Paru.....	13

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan.....	90
Lampiran 2 Lembar Konsul .....	117
Lampiran 3 Jadwal Kegiatan.....	123
Lampiran 4 Penjelasan Sebelum Penelitian Studi Kasus.....	124
Lampiran 5 Inromed Conset.....	125
Lampiran 6 Daftar Riwayat Hidup.....	126

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Tuberculosis (TB) merupakan penyakit yang dapat menyerang semua usia, dan mampu mengancam nyawa, tuberkulosis ditularkan melalui transmisi droplet atau sekret yang mengandung bakteri *microbacterium tuberculosis* yang tidak disengaja dihirup oleh individu yang sehat, menginfeksi organ pernapasan paru-paru yang mengganggu mekanisme pernapasan dan dapat menyebabkan kematian. Tingginya angka kematian tersebut dapat disebabkan berberapa banyak hal, dan dapat terlihat dari insiden kejadian TB di dunia.

Berdasarkan data World Health Organization jumlah orang terdiagnosis TB tahun 2021 secara global sebanyak 10,6 juta dan mengalami peningkatan kasus sejumlah 600.000 kasus dari tahun 2020 yang berjumlah 10 juta kasus TB. (WHO, 2021). Peningkatan kasus TB yang pada tahun 2020 sampai 2021 meningkat sebanyak 600.000 kasus, melihat kondisi tersebut Indonesia menempati posisi kedua penyumbang kasus TB dengan jumlah penderita terbanyak di dunia setelah India, diikuti oleh China, Bangladesh dan Republik Demokratik Kongo secara berurutan. Pada tahun 2021 Indonesia memiliki 443.234.000 kasus kemudian pada tahun 2022 meningkat menjadi 717.941.000 kasus TB (Kemenkes RI, 2021). Provinsi Nusa Tenggara Timur adalah satu dari beberapa provinsi penyumbang kasus TB untuk negara Indonesia. Badan Pusat Statistik Provinsi Nusa Tenggara Timur melaporkan



tahun 2021 sebanyak 4.798 kasus di Provinsi Nusa Tenggara Timur dan pada tahun 2022 mengalami peningkatan kasus dengan jumlah 7.268 kasus. (BPSP NT, 2022).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Ende, Ende juga menjadi salah satu penyumbang kasus TB untuk Provinsi Nusa Tenggara Timur. Pada tahun 2021 Kabupaten Ende memiliki 331 dan pada tahun 2022 meningkat menjadi 545 kasus. Dan kasus yang terjadi di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ende di Ruang Perawatan Khusus (RPK) mencatat bahwa dari bulan Januari sampai Agustus 2023 sebanyak 37 kasus TB.

Upaya dalam menurunkan angka penularan dan kejadian TB paru secara provinsi dan kabupaten dapat dilakukan dengan beberapa langkah antara lain, meningkatkan peran perawat dalam memonitoring dan mengedukasi pasien, seperti melatih batuk efektif, napas dalam, mengatur pola makan yang baik dan bergizi seimbang, dan mengajarkan bagaimana batuk serta bersin yang benar. Pentingnya tindakan kolaboratif yang dilakukan oleh perawat dengan berbagai tenaga kesehatan, dapat menurunkan angka penderita TB paru. Hal tersebut harus didukung dengan keyakinan pasien dalam diri untuk sembuh dapat mempengaruhi tingkat keberhasilan pengobatan yang dilakukan.

Meningkatnya kesehatan pasien TB paru dapat memberi dampak yang baik untuk pasien, perawat dan juga keluarga. Hal ini dapat menjadi tolak ukur bahwa dukungan dan edukasi yang diberikan oleh perawat dapat dipahami dan diwujudkan oleh pasien dengan baik, dan juga dukungan

yang diberikan oleh keluarga dapat menjadi semangat bagi pasien, sehingga dapat meningkatkan kesehatannya.

Berdasarkan uraian pada latar belakang, penulis tertarik mengetahui konsep teori dan kasus serta dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus Tuberculosis Paru di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimanakah gambaran asuhan keperawatan pada pasien Tn. “B. W” dengan tuberkulosis paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende?

## **C. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Diketuinya konsep dasar teori dan melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Tn. “B. W” dengan TB Paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Dilakukannya pengkajian pada pasien Tn. “B. W” dengan diagnosa medis TB Paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende.
- b. Ditentukannya diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien Tn. “B.W” dengan diagnosa medis TB paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende.
- c. Disusunnya rencana tindakan untuk mengatasi masalah keperawatan pada pasien Tn. “B. W” dengan diagnosa medis TB paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende.

- d. Dilakukannya implementasi untuk mengatasi masalah keperawatan pada pasien Tn. “B. W” dengan diagnosa medis TB paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende
- e. Dilakukannya evaluasi tindakan keperawatan pada pasien Tn. “B. W” dengan diagnosa medis TB paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende.
- f. Dianalisis kesenjangan antara teori dan kasus dalam perawatan Tn. “B. W” dengan diagnosa medis TB Paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende.

#### **D. Manfaat Studi Kasus**

1. Bagi Penulis

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

2. Bagi Tempat Pelaksanaan Praktik

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

3. Bagi Institusi

Dengan adanya studi kasus ini, Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende dapat mengevaluasi kemampuan penulis dalam memahami Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan diagnosa medis TB di RSUD Ende.

## BAB II

### TINJUAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Teori Tuberculosis

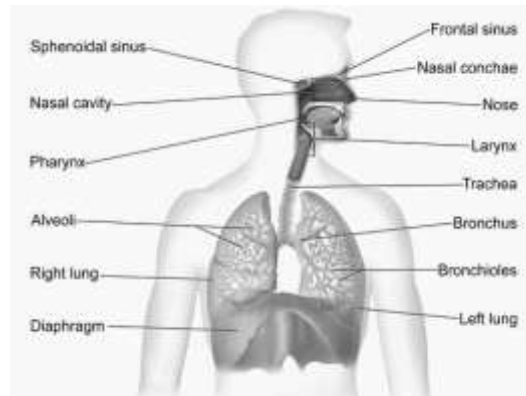
##### 1. Definisi Tuberculosis

Tuberculosis paru, merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Micobacterium Tuberculosis*. *Tuberculosis* biasanya menyerang paru, kemudian menyerang kesemua bagian tubuh. Infeksi biasanya terjadi 2-10 minggu. Setelah 10 minggu, klien akan muncul manifestasi 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).

Tuberculosis adalah infeksius kronik yang biasanya mengenai paruparu yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis*. Bakteri ini ditularkan oleh droplet nucleus, droplet yang ditularkan melalui udara dihasilkan ketika orang terinfeksi batuk, bersin, berbicara atau bernyanyi (Yulendasari et al., 2022)

## 2. Anatomi Fisiologi

### a. Anatomi



Gambar 2.1 Anatomi Paru-Paru  
(Sumber : (Widowati & Evi Rinata, 2021).

Saluran pengantar udara hingga mencapai paru-paru adalah hidung, faring, laring, trakea, bronkus, dan bronkiolus. Ketika udara masuk ke dalam rongga hidung, udara tersebut disaring, dilembabkan dan dihangatkan oleh mukosa respirasi, udara mengalir dari faring menuju kelaring, laring merupakan rangkaian cincin tulang rawan yang dihubungkan oleh otot dan mengandung pita suara. Trakea disokong oleh cincin tulang rawan yang berbentuk seperti sepatu kuda yang panjangnya kurang lebih 5 inci (Widowati & Evi Rinata, 2021).

Struktur trakea dan bronkus dianalogkan dengan sebuah pohon oleh karena itu dinamakan. Pohon trakea bronkial. Bronkus utama kiri dan kanan tidak simetris, bronkus kanan lebih pendek dan lebih lebar dan merupakan kelanjutan dari trakea yang arahnya hampir vertikal, sebaliknya bronkus kiri lebih panjang dan lebih sempit dan merupakan kelanjutan dari trakea dengansudut yang lebih tajam. Cabang utama

bronkus kanan dan kiri bercabang lagi menjadi bronkus lobaris dan bronkus segmentalis, percabangan sampai kesil sampai akhirnya menjadi bronkus terminalis. Setelah bronkus terminalis terdapat sinus yang terdiri dari bronkiolus respiratorius yang terkadang memiliki kantung udara atau alveolus, duktus alveoli seluruhnya dibatasi oleh alveolus dan sakus alveolaris terminalis merupakan struktur akhir paru. Alveolus hanya mempunyai satu lapis sel saja yang diameternya lebih kecil dibandingkan diameter sel darah merah, dalam setiap paru-paru terdapat sekitar 300 juta alveolus (Widowati & Evi Rinata, 2021).

Paru adalah struktur elastik yang dibungkus dalam sangkar toraks, yang merupakan suatu bilik udara kuat dengan dinding yang dapat menahan tekanan. Ventilasi membutuhkan gerakan dinding sangkar toraks dan dasarnya yaitu diafragma. Bagian terluar paru-paru dikelilingi oleh membrane halus, licin, yang meluas membungkus dinding anterior toraks dan permukaan superior diafragma. Mediastinum adalah dinding yang membagi rongga toraks menjadi dua bagian. Mediastinum terbentuk dari dua lapisan pleura. Semua struktur toraks kecuali paru-paru terletak antara kedua lapisan pleura. Setiap paru dibagi menjadi lobus-lobus. Paru kiri terdiri dari lobus bawah dan atas, sementara paru kanan mempunyai lobus atas, tengah, dan bawah. Setiap lobus lebih jauh dibagi lagi menjadi dua segmen yang dipisahkan oleh fisura, yang merupakan perluasan pleura. Terdapat beberapa divisi bronkus didalam setiap lobus paru. Pertama adalah bronkus lobaris

yaitu tiga pada paru kanan dan dua pada paru kiri. Bronkus lobaris dibagi menjadi bronkus segmental terdiri dari 10 pada paru kanan dan 8 pada paru kiri, bronkus segmental kemudian dibagi lagi menjadi subsegmental, bronkus ini dikelilingi oleh jaringan ikat yang memiliki arteri, limfatik dan saraf. Bronkus segmental membentuk percabangan menjadi bronkiolus yang tidak mempunyai kartilago pada dindingnya, bronkus dan bronkiolus juga dilapisi oleh sel-sel yang permukaannya dilapisi oleh “rambut” pendek yang disebut silia (Widowati & Evi Rinata, 2021).

Bronkiolus kemudian membentuk percabangan yaitu bronkiolus terminalis, kemudian bronkus terminalis menjadi bronkus respiratori, dari bronkiolus respiratori kemudian mengarah ke dalam duktus alveolar dan saku alveolar kemudian alveoli. Paru terbentuk dari 300 juta alveoli, yang tersusun dalam kluster antara 15-20 alveoli, begitu banyaknya alveoli sehingga jika mereka bersatu untuk membentuk satu lembar, akan menutupi area 70 meter persegi yaitu seukuran lapangan tenis (Widowati & Evi Rinata, 2021).

#### b. Fisiologi

Proses pernafasan dimana oksigen dipindahkan dari udara ke dalam jaringan-jaringan, dan karbondioksida dikeluarkan ke udara. Ekspirasi dapat dibagi menjadi tiga proses. Proses yang pertama yaitu ventilasi, adalah masuknya campuran gas-gas ke dalam dan keluar paru-paru. Proses kedua, transportasi yang terdiri dari beberapa aspek yaitu

difusi gas-gas antar alveolus dan kapiler (respirasi eksternal), distribusi darah dalam sirkulasi pulmonal. Proses ketiga yaitu reaksi kimia dan fisik dari oksigen dan karbondioksida dengan darah (Widowati & Evi Rinata, 2021).

a. Ventilasi

Ventilasi adalah pergerakan udara masuk dan keluar dari paru karena terdapat perbedaan tekanan antara intrapulmonal (tekanan intra alveoli dan tekanan intrapleura) dengan tekanan intrapulmonal lebih tinggi dari tekanan atmosfer maka udara akan masuk menuju ke paru, disebut inspirasi. Bila tekanan intrapulmonal lebih rendah dari tekanan atmosfer maka udara akan bergerak keluar dari paru ke atmosfer disebut ekspirasi (Savitri et al., 2021).

b. Transportasi Oksigen

Tahap kedua dari proses pernafasan mencakup proses difusi di dalam paru terjadi karena perbedaan konsentrasi gas yang terdapat di alveoli kapiler paru, oksigen mempunyai konsentrasi yang tinggi di alveoli dibanding di kapiler paru, sehingga oksigen akan berdifusi dari alveoli ke kapiler paru. Sebaliknya, karbondioksida mempunyai konsentrasi yang tinggi di kapiler paru dibanding di alveoli, sehingga karbondioksida akan berdifusi dari kapiler paru ke alveoli. Pengangkutan oksigen dan karbondioksida oleh sistem peredaran dara, dari paru ke jaringan dan sebaliknya, disebut transportasi dan pertukaran oksigen dan karbondioksida darah.



Pembuluh darah kapiler jaringan dengan sel-sel jaringan disebut difusi. Respirasi dalam adalah proses metabolic intrasel yang terjadi di mitokondria, meliputi penggunaan oksigen dan produksi karbondioksida selama pengambilan energy dari bahan-bahan nutrisi (Maisyarah & Athosra, 2022).

- c. Reaksi kimia dan fisik dari oksigen dan karbondioksida dengan darah.

Respirasi sel atau respirasi internal merupakan stadium akhir dari respirasi, yaitu saat dimana metabolit dioksidasi untuk mendapatkan energi, dan karbondioksida terbentuk sebagai sampah proses metabolisme sel dan dikeluarkan oleh paru-paru (Sugiarti et al., 2018).

### 3. Etiologi Tuberculosis

TB paru merupakan penyakit yang disebabkan oleh basil TBC (*Mycobacterium Tuberculosi Humanis*). *Mycobacterium tuberculosis* merupakan jenis kuman berbentuk batang berukuran sangat kecil dengan panjang 1-4  $\mu\text{m}$  dengan tebal 0,3-0,6  $\mu\text{m}$ . Sebagian besar komponen *Mycobacterium tuberculosis* adalah berupa lemak atau lipid yang menyebabkan kuman mampu bertahan terhadap asam serta zat kimia dan faktor fisik. Kuman TBC bersifat aerob yang membutuhkan oksigen untuk kelangsungan hidupnya. *Mycobacterium tuberculosis* banyak ditemukan di daerah yang memiliki kandungan oksigen tinggi. Daerah tersebut menjadi tempat yang kondusif untuk penyakit TB.

Kuman *Mycrobacterium tuberculosis* memiliki kemampuan tumbuh yang lambat, koloni akan tampak setelah kurang dari dua minggu atau bahkan terkadang setelah 6-8 minggu. Lingkungan hidup optimal pada suhu 37°C dan kelembapan 70%.

Kuman tidak dapat tumbuh pada suhu 25°C atau lebih dari 40°C (Widyanto & Triwibowo, 2019).

#### 4. Cara Penularan TB Paru

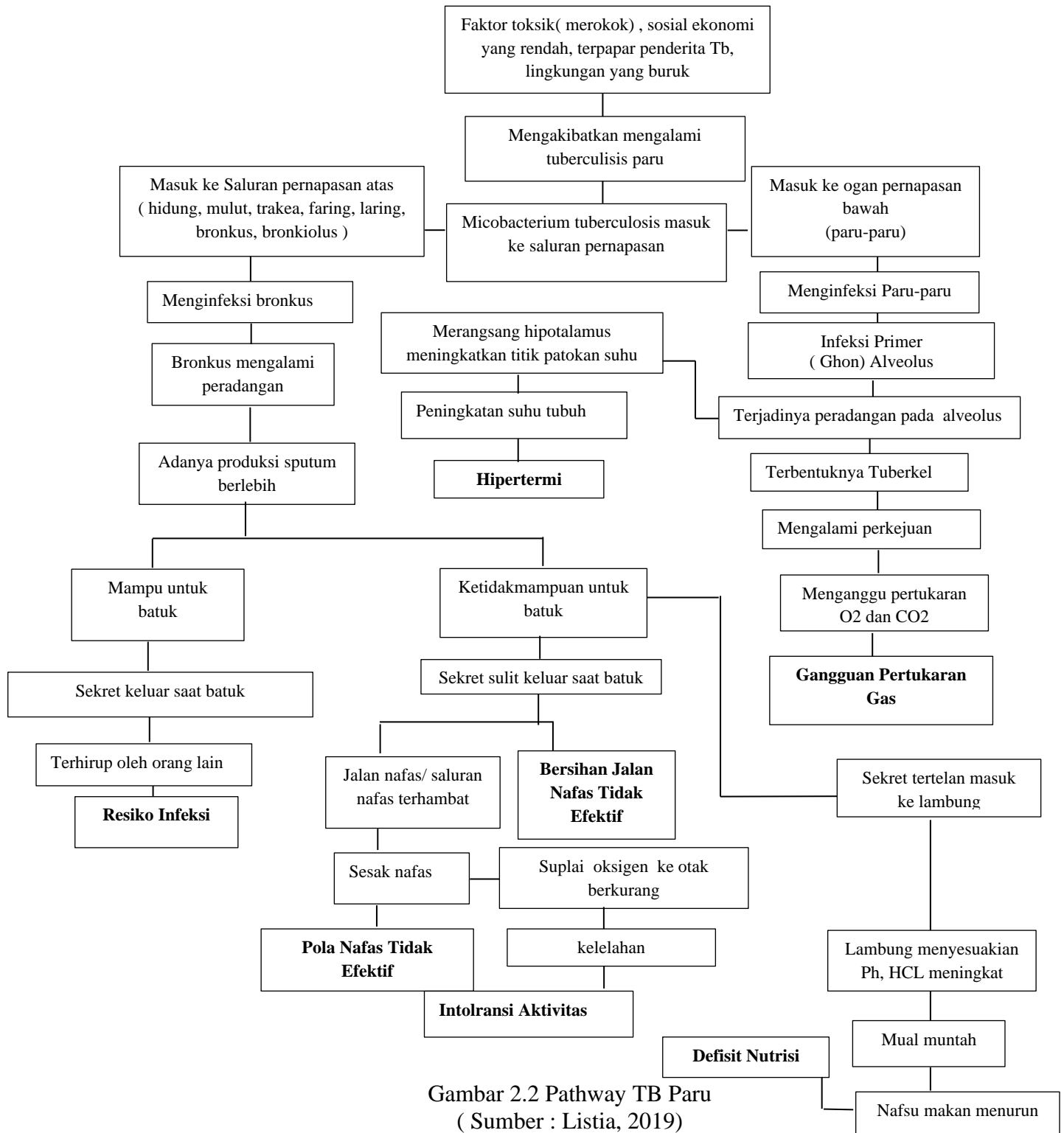
Tuberkulosis Paru (TB) dapat menyebar melalui udara ketika penderita batuk atau bersin. Kuman TBC yang ada dalam dahak dapat tersebar ke udara dan dapat bertahan di udara dalam waktu yang lama, terutama di lingkungan yang gelap dan lembab. Penderita TBC dapat mengeluarkan sekitar 3000 percikan dahak dalam sekali batuk. Orang yang berada dalam lingkungan yang sama dengan penderita TB seperti keluarga, teman sekantor atau teman sekelas memiliki risiko yang tinggi terkena penyakit ini (Pitaloka et al., 2020).

Meski demikian, pada dasarnya penularan TB Paru tidak semudah yang dibayangkan. Tidak semua orang yang menghirup udara yang mengandung bakteri TB Paru akan langsung menderita TB Paru. Pada kebanyakan kasus, bakteri yang terhirup ini akan berdiam di paru-paru tanpa menimbulkan penyakit atau menginfeksi orang lain. Bakteri tetap ada didalam tubuh sambil menunggu saat yang tepat untuk menginfeksi, yaitu ketika daya tahan tubuh sedang lemah (Pitaloka et al., 2020).

## 5. Patofisiologis TB Paru

Menurut Bachrudin (2016), *Mycobacterium tuberculosis* dapat masuk ke dalam paru melalui sistem pernafasan, kemudian basil TBC masuk ke alveoli. Terjadinya Fokus Ghon yaitu berkembangnya kuman di dalam paru - paru. Menyebabkan terbentuknya kompleks primer diakibatkan oleh focus dan limfe. Sampailah basil ke seluruh tubuh disebarkan melalui darah. Daya tahan tubuh seseorang dan jumlah basil TBC sangat mempengaruhi perjalanan penyakit. Penyebaran dapat dihentikan dengan respon imun tubuh, tetapi basil TBC menjadi kuman Dorman. Menyebar ke organ lain seperti otak, ginjal, tulang secara limfogen dan hematogen. Kuman menyebar ke jaringan sekitar, penyebaran secara Bronkogen baik di paru bersangkutan maupun keparu-paru sebelahnya. Tertelannya dahak bersama ludah. Setelah beberapa bulan atau tahun kuman berkembang dalam jaringan sehingga terjadi daya tahan tubuh menurun atau lemah. Jika daya tahan tubuh menurun, jumlah basil cukup, sumber infeksi dan virulensi kuman tinggi maka akan terjadi reinfeksi

## 6. Pathway TB Paru



Gambar 2.2 Pathway TB Paru  
( Sumber : Listia, 2019)

## 7. Manifestasi Klinis TB Paru

Gejala penyakit TB dapat dibagi menjadi gejala umum dan gejala khusus yang timbul sesuai dengan organ yang terlibat. Gambaran secara klinis tidak terlalu khas terutama pada kasus baru, sehingga cukup sulit untuk menegakkan diagnosa secara klinik (Liyandita & Alfinri, 2018).

### a. Gejala sistemik atau umum:

- 1) Batuk-batuk selama lebih dari 3 minggu (dapat disertai dengan darah)
- 2) Demam tidak terlalu tinggi yang berlangsung lama, biasanya dirasakan malam hari disertai keringat malam. Terkadang serangan demam seperti influenza dan bersifat hilang timbul
- 3) Penurunan nafsu makan dan berat badan
- 4) Perasaan tidak enak (malaise), lemah

### b. Gejala khusus:

- 1) Tergantung dari organ tubuh mana yang terkena, bila terjadi sumbatan sebagian bronkus (saluran yang menuju ke paru-paru) akibat penekanan kelenjar getah bening yang membesar, akan menimbulkan suara “mengi”,suara nafas melemah yang disertai sesak.
- 2) Kalau ada cairan dirongga pleura (pembungkus paru-paru), dapat disertai dengan keluhan sakit dada.
- 3) Bila mengenai tulang, maka akan terjadi gejala seperti infeksi

tulang yang pada suatu saat dapat membentuk saluran dan bermuara pada kulit di atasnya, pada muara ini akan keluar cairan nanah.

4) Pada anak-anak dapat mengenai otak (lapisan pembungkus otak) dan disebut sebagai meningitis (radang selaput otak), gejalanya adalah demam tinggi, adanya penurunan kesadaran dan kejang-kejang.

#### 8. 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).

#### 9. Penatalaksanaan

##### a. Penatalaksanaan Medis

Menurut Bachrudin (2016), pengobatan TBC membutuhkan waktu 6-8 bulan dengan tujuan agar tidak terjadi resistensi terhadap obat, mencegah relaps, mengurangi penularan ke orang lain, mencegah kematian dan menyembuhkan pasien.

Terdapat 2 cara pengobatan. Fase intensif terjadi selama 2 bulan pengobatan membunuh kuman dengan cepat saat pasien

terinfeksi selama 2 minggu menjadi tidak infeksi dan gejala klinis membaik selama 2 bulan dengan BTA positif menjadi negatif. Fase lanjutan selama 4-6 bulan dengan tujuan membunuh kuman persisten dan mencegah relaps. Pengobatan ini membutuhkan pengawas minum obat (PMO), terdapat fase I dan II fase intial atau fase intensif selama 2 bulan dengan obat yang harus diminum setiap hari INH, rifampisin, pirazinamid, dan etambutol. Fase lanjutan selama 4 bulan dengan obat yang diminum 3 kali sehari obat INH dan rifampisin.

- b. Penatalaksanaan keperawatan
  - a. Posisikan pasien semi fowler/fowler
  - b. Melatih batuk efektif
  - c. Memberikan air minum hangat
  - d. Melatih napas dalam pada pasien
  - e. Mengedukasi etika batuk
  - f. Mengedukasi mencuci tangan sebelum dan sesudah beraktifitas/setelah kontak dengan pasien Tb

#### 10. Komplikasi TB Paru

Penyakit TB Paru bila tidak ditangani dengan benar akan menimbulkan komplikasi. Menurut Pratiwi (2020), komplikasi TB Paru dibagi menjadi dua yaitu:

- a. Komplikasi dini, meliputi pleuritic, efusi pleura, empiema, laringitis, dan menjalar ke organ lain (usus)

- b. Komplikasi lanjut, meliputi obstruksi jalan napas (SOPT: Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis), kerusakan parenkim berat (SOPT/Fibrosa paru), karsinoma paru dan sindrom gagal napas (ARDS) (Yulendasari et al., 2022).

## 11. Pencegahan TB Paru

### a. Pemeriksaan kontak

Pemeriksaan terhadap individu yang bergaul erat dengan penderita tuberkulosis paru Basil Tahan Asam (BTA) positif. Pemeriksaan meliputi testuberkulin, klinis, dan radiologi. Bila tes tuberculin positif, maka pemeriksaan radiologis foto toraks diulang pada 6 dan 12 bulan mendatang. Bila masih negatif, diberikan *Bacillus Calmette dan Guerin* (BCG) vaksinasi. Bila positif, berarti terjadi konversi hasil tes tuberkulin dan berikan kemoprofilaksi.

### b. Mass chest X-ray

Pemeriksaan massal terhadap kelompok-kelompok populasi tertentu.

### c. Vaksinasi BCG (*Bacillus Calmette dan Guerin*).

- d. Kemoprofilaksis dengan menggunakan INH (*Isoniazid*) 5 % mg/kgBB selama 6-12 bulan dengan tujuan menghancurkan atau mengurangi populasi bakteri yang masih sedikit. Indikasi kemoprofilaksis primer atau utama ialah bayi menyusui pada ibu dengan BTA positif (Liyandita & Alfinri, 2018).



## **B. Konsep Asuhan Keperawatan Tuberkulosis Paru**

### 1. Pengkajian

Pengkajian adalah mencatat hasil informasi dari pasien yang telah dikumpulkan, membuat data dasar dan respon pasien tentang kesehatan. Hasil analisis yang baik mempengaruhi identifikasi masalah keperawatan yang akan ditentukan. Tujuan pengkajian untuk mendapatkan data dan informasi yang cukup untuk menentukan masalah keperawatan yang dibutuhkan (Dinarti & Mulyanti, 2017).

#### a. Identitas

Penyakit Tuberkulosis dapat menyerang manusia mulai dari usia anak sampai dewasa dengan perbandingan yang hampir sama antara laki-laki dan perempuan. Namun pada perokok aktif kasusnya lebih banyak terjadi dibanding dengan yang tidak merokok. Penyakit ini biasanya banyak ditemukan pada pasien yang tinggal di daerah dengan tingkat kepadatan tinggi, sehingga masuknya cahaya matahari ke dalam rumah sangat minim. Penderita TB paru juga sering dijumpai pada orang yang golongan ekonominya menengah ke bawah dan dengan jenis pekerjaan yang berada di lingkungan yang banyak terpapar polusi udara (Pramasari, 2019).

#### 1) Riwayat kesehatan

##### a) Keluhan utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus TB adalah batuk, batuk berdahak, batuk berdarah, sesak napas dan, demam.

(Werdhani, 2019).

b) Riwayat kesehatan sekarang

Keluhan atau gangguan yang sehubungan dengan penyakit yang dirasakan saat ini. Sesak nafas, batuk, keringat di malam hari, nafsu makan menurun, suhu badan meningkat Riwayat kesehatan masa lalu. Biasanya klien penderita TB paru, keluhan batuk yang lama pada masa kecil, tuberkulosis dari orang lain (Werdhani, 2019).

c) Riwayat kesehatan keluarga.

Bertanya pada anggota keluarga atau orang terdekat klien yang menderita penyakit tuberkulosis paru sehingga diteruskan penularannya (Werdhani, 2019).

2) Pola-pola fungsi kesehatan

a) Pola persepsi kesehatan.

Persepsi yang buruk terhadap penyakit dapat menghambat respon kooperatif pada diri pasien (Werdhani, 2019).

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 (Werdhani, 2019).

c) Pola eliminasi.

Pada klien TB paru biasanya tidak mengalami perubahan atau kesulitan dalam miksi maupun defekasi (Werdhani, 2019).

d) Pola aktivitas dan latihan.

Klien dapat mengalami kelemahan umum, napas pendek karena kerja, takikardia, takipnea atau dyspnea pada kerja, kelemahan otot (Werdhani, 2019).

e) Pola sensori dan kognitif.

Pada pasien TB paru panca indra (penciuman, perabaan, rasa, penglihatan, pendengaran) tidak ada gangguan (Werdhani, 2019).

f) Pola tidur dan istirahat.

Pasien yang menderita TB paru biasanya pola tidur dan istirahat akan terganggu karena batuk (Werdhani, 2019).

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 (Werdhani, 2019).

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 (Werdhani, 2019).

i) Pola reproduksi seksual

Penderita TB paru akan mengalami perubahan pola reproduksi dan seksual karena kelemahan (Werdhani, 2018).

j) Pola coping/toleransi stres.

Pada pasien dapat ditemukan banyak stresor. Perlu dikaji penyebab terjadinya stres, frekuensi dan pengaruh stres terhadap kehidupan pasien serta cara penanggulangan terhadap stress (Werdhani, 2019).

k) Pola nilai/kepercayaan.

Karena batuk dan sesak nafas, biasanya penderita TB paru sering terganggu dengan ibadahnya (Werdhani, 2019).

3) Pemeriksaan fisik.

a) Keadaan umum

Tekanan darah normal kadang rendah karena kurang istirahat, nadi pada umumnya meningkat, pernafasan biasanya meningkat, suhu biasanya meningkat pada malam hari (Werdhani, 2019).

b) Kepala

Tidak ada edema, bentuk kepala bulat/lonjong

c) Muka Biasanya wajah tampak pucat, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, hidung tidak sianosis, mukosa bibir kering (Werdhani, 2019).

d) Thorak

Kadang terlihat retraksi interkosta dan tarikan dinding dada, biasanya pasien kesulitan saat inspirasi, fremitus paru yang terinfeksi biasanya lemah, saat diperkusi terdapat suara pekak dan bunyi napas ronchi saat diauskultasi (Werdhani, 2019).

e) Abdomen

Tampak simetris, terdapat suara tympani, biasanya bising usus pasien kurang jelas terdengar (Werdhani, 2019).

f) Ekstermitas atas dan bawah

Biasanya CRT>3 detik, akral teraba dingin, tampak pucat, tidak ada edema (Werdhani, 2019).

a. Tabulasi data

Batuk, batuk berdarah, batuk berdahak, sesak napas, demam, keringat di malam hari, nafsu makan menurun, kelemahan otot, berat badan menurun, penggunaan otot bantu pernafasan, suara napas ronchi, napas cuping hidung, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, tekanan darah naik turun, wajah tampak pucat, konjungtiva anemis, mukosa bibir kering.

b. Klasifikasi data

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

DO : Berat badan menurun, batuk, batuk berdahak, batuk berdarah, suara napas ronchi, penggunaan otot bantu pernapasan, kelemahan otot, napas cuping hidung, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, wajah tampak pucat, konyungtiva anemis, mukosa bibir kering

c. Analisa data

1) Sign/symptom.

Data subyektif : Batuk, batuk berdahak, batuk berdarah.

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

Etiologi : Sekresi yang tertahan

Problem : Bersihan jalan napas tidak efektif.

2) Sign/symptom.

Data subyektif : Sesak napas.

Data obyektif : Suara napas roncki, napas cuping hidung.

Etiologi : Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi.

Problem : Gangguan pertukaran gas.

3) Sign/symptom.

Data subyektif : Sesak napas.

Data obyektif : Penggunaan otot bantu pernapasan, sesak napas.

Etiologi : Hambatan upaya napas

Problem : Pola napas tidak efektif.

4) Sign/symptom

Data subjektif : -

Data objektif : Batuk-batuk

Etiologi : Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan.

Problem : Risiko infeksi

5) Sign/symptom.

Data subyektif : Nafsu makan menurun.

Data obyektif : Berat badan menurun, wajah tampak pucat  
Konyungtiva anemis, muksa bibir kering

Etiologi : Faktor psikologis (keengananan untuk makan)

Problem : Defisit nutrisi.

6) Sign/symptom.

Data obyektif : Demam, keringat di malam hari.

Data obyektif : Suhu tubuh meningkat ( $>37,5$ )

Etiologi : Proses penyakit.

Problem : Hipertermi.

7) Sign/symptom.

Data subyektif : Lemah.

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

Etiologi : Kelemahan.

Problem : Intoleransi aktivitas.

## 2. Diagnosa keperawatan

Menurut (Tim POKJA DPP PPNI, 2016) :

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

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

Data subyektif : Sesak napas.

Data obyektif : Penggunaan otot bantu pernapasan, sesak napas.

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

Data subyektif : Batuk, batuk berdahak, batuk berdarah.

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

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

Data subyektif : Sesak napas.

Data obyektif : Suara napas roncki, napas cuping hidung.

- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis(keengganan untuk makan) ditandai dengan :

Data subyektif : Nafsu makan menurun.



- Data obyektif : Berat badan menurun, wajah tampak pucat, mukosa bibir tampak keirng, konyungtiva anemis
- e. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan :
- Data obyektif : Demam, keringat di malam hari.
- Data obyektif : Demam, Suhu meningkat
- f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan:
- Data subyektif : Badan lemah.
- Data obyektif : Kelemahan otot, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat.
- g. Risiko infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.
- Data subjektif : -
- Data objektif : Tanda-tanda infeksi lanjutan dan tidak ada anggota keluarga atau orang terdekat yang tertular penyakit seperti penderita, pasien tampak tidak menunjukkan perilaku etika batuk yang benar.

### 3. Intervensi Keperawatan

Sebelum menentukan intervensi, kita terlebih dahulu menentukan prioritas masalah agar mengetahui masalah mana yang diberikan intervensi terlebih dahulu.

a. Prioritas Masalah

- 1) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
- 2) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya Nafas
- 3) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan pervusi ventilasi
- 4) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)
- 5) Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit
- 6) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
- 7) Resiko infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan

b. Intervensi

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

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola napas membaik, dengan kriteria hasil :

- a) Batuk efektif meningkat
- b) Produksi sputum meningkat
- c) Frekuensi napas membaik
- d) Pola napas membaik

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

2) Pola napas tidak efektif berhubungan hambatan upaya napas

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola napas membaik, dengan kriteria hasil

- a) Dispnea menurun
- b) Penggunaan otot bantu napas menurun
- c) Pemanjangan fase ekspirasi menurun
- d) Frekuensi napas membaik
- e) Kedalaman napas membaik

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 pemasukan oksigen.

3) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pertukaran gas meningkat, dengan kriteria hasil :

- a) Dispnea menurun
- b) Bunyi napas menurun
- c) Takikardia membaik
- d) Warna kulit membaik

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.

4) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :

- a) Porsi makan yang dihabiskan meningkat
- b) Perasaan cepat kenyang menurun
- c) Berat badan membaik
- d) Nafsu makan membaik
- e) Bising usus membaik
- f) Membran mukosa 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 makan

(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.

5) Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan termogulasi membaik dengan kriteria hasil :

- a) Suhu tubuh membaik
- b) Suhu kulit membaik
- c) Tekanan darah membaik

Intervensi

Manajemen hipertermi

### **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**

1) Sediakan lingkungan yang dingin

R : Memudahkan dalam proses penguapan

2) Berikan cairan oral

R : Menganti cairan yang hilang.

3) longgarkan atau lepaskan pakian

R : Memberikan rasa nyaman

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

R : Vasodilatasi sehingga terjadi penguapan lebih cepat.

### **Edukasi**

5) Anjurkan tirah baring

R : Mengurangi aktivitas yang berlebihan.

### **Kolaborasi**

6) 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.

6) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil:

a) Saturasi oksigen meningkat

b) Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat

c) Kecepatan berjalan meningkat

d) Jarak berjalan meningkat

e) Keluhan lelah menurun

f) Dispnea saat beraktivitas menurun

g) Perasaan lemah menurun

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 disisi 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 energy.

7) Risiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:

- a) Kebersihan tangan meningkat
- b) Demam menurun

Intervensi :

Pencegahan infeksi

### **Observasi**

(1) Monitor tanda dan gejala infeksi

R : Untuk mengetahui secara dini penyebaran infeksi

### **Terapeutik**

(2) Batasi jumlah pengunjung

R : Pengunjung yang sedikit dapat mengurangi penyebaran infeksi

(3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien

R : Mencegah terjadinya penularan infeksi

### **Edukasi**

(4) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

R: Agar keluarga pasien mengetahui apa saja tanda dan gejala penyakit infeksi

(5) Ajarkan etika batuk

R : Mencegah terjadinya penularan infeksi tuberkulosis

(6) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

R : Asupan nutrisi yang adekuat dapat meningkatkan daya tahan tubuh

#### 4. Implementasi

Implementasi merupakan pelaksanaan tindakan dari rencana keperawatan yang telah ditetapkan. Pada tahap ini, implementasi harus

berpusat pada kebutuhan klien bertujuan untuk membantu pasien dalam mencapai kesehatan yang diharapkan baik yang diharapkan keluarga, perawat maupun pasien itu sendiri.

#### 5. Evaluasi

Menurut Budiono & Pertami (2015), evaluasi keperawatan merupakan proses penilaian dengan membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan serta kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi keperawatan bertujuan untuk mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan serta meneruskan rencana tindakan keperawatan.

Evaluasi akhir yang diharapkan pada pasien tuberculosis paru terdiri dari beberapa diagnosa yang dirumuskan adalah : pola nafas membaik, pertukaran gas meningkat, statut nutrisi membaik, termogulasi membaik, toleransi aktivitas meningkat, tingkat infeksi menurun.

## **BAB III**

### **METODE STUDI KASUS**

#### **A. Desain Metode Kasus**

Studi kasus ini menggunakan jenis penelitian deskriptif yang bertujuan untuk menggambarkan objek yang diteliti. Dalam hal ini objek yang diteliti yakni pasien dengan diagnosa medis TB Paru yang dirawat di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan Asuhan Keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada pasien TB Paru di Ruang Perawatan Khusus Ende di RSUD Ende.

#### **B. Subyek Studi Kasus**

Subjek yang digunakan pada studi kasus asuhan keperawatan ini berjumlah satu orang responden yakni Tn. "B. W" dengan diagnosa medis TB Paru di Ruang Perawatan Khusus di RSUD Ende.

#### **C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)**

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

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

#### **D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus**

Studi kasus telah dilaksanakan di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende selama 3 hari dari tanggal 9 sampai 11 Mei 2024.

#### **E. Prosedur Studi Kasus**

Pada tanggal 5 September 2023 penulis mengajukan judul proposal tentang Tuberculosis Paru dan disetujui oleh pembimbing, penulis melakukan proses penyusunan proposal dan peroleh data awal dan pengumpulan referensi kasus yang dikonsultasi sebanyak 6 kali dan disetujui untuk ujian proposal pada tanggal 23 Februari 2024, dan melakukan kontrak waktu dengan penguji. Tanggal 1 Maret 2024 melaksanakan ujian proposal, kemudian melakukan revisi, dan diterima oleh penguji tanggal 19 April dan pada tanggal 3 Mei penulis menghadap pembimbing dan disetujui untuk melakukan studi kasus. Pada tanggal 7 Mei 2024 penulis meminta ijin kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan ijin dari Direktur dilanjutkan meminta ijin kepada kepala ruangan perawatan khusus, serta menyerahkan surat ijin pengambilan kasus. Setelah mendapatkan ijin penulis diarahkan untuk menentukan pasien yang berkaitan dengan penyakit TB Paru yakni Tn. B. W yang baru dirawat di ruangan.

Pada tanggal 9 Mei penulis memperkenalkan nama, menjelaskan tujuan, kontrak waktu dan melakukan penandatanganan *informed consent* pada Tn “B. W” dan keluarga. Penulis mulai melakukan pengumpulan data melalui wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik yang dilakukan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi pada Tn. “B. W” selanjutnya membuat diagnosa



keperawatan dari data-data yang telah dikumpulkan setelah itu membuat perencanaan keperawatan, melakukan tindakan keperawatan lalu melakukan evaluasi dan yang terakhir melakukan dokumentasi keperawatan.

## **F. Teknik Pengumpulan Data**

### 1. Wawancara

Wawancara dilakukan pada tanggal 9 Mei pada Tn. "B. W" berkaitan dengan biodata, keluhan utama, riwayat penyakit dahulu, serta pola-pola kesehatan. Wawancara juga dilakukan pada istri pasien berinisial Ny. M. A untuk menanyakan biodata penanggung jawab, riwayat penyakit keluarga, serta terapi apa saja yang dilakukan sebelum pasien dirawat di rumah sakit. Selain itu, wawancara juga dilakukan pada perawat di ruangan untuk mengkonfirmasi hasil-hasil pemeriksaan yang tercantum pada status pasien yang kurang dipahami penulis.

### 2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi pada pasien dilakukan dengan mengamati keadaan umum yakni kondisi ketergantungan sedang, dan observasi terhadap aktivitas pasien yang terbatas dan dibantu oleh keluarga, selain itu dilakukan pemeriksaan fisik secara langsung secara *head to toe* dengan pendekatan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi,

### 3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan membaca serta mencatat hasil pemeriksaan laboratorium, catatan medis dan keperawatan medis yang termuat di dalam status pasien. Hasil lab didapatkan BTA pasien positif

tuberculosis paru, dan hasil pemeriksaan darah lengkap pasien WBC/Leukosit  $6.00 \times 10^3/u/L$  ( $3.80-10.60 \times 10^3/u/L$ ), HB 11.6 G/Dl ( $13.2-17.3$  g/dL).

### **G. Keabsahan Data**

Uji keabsahan data bertujuan untuk menghasilkan validitas data studi kasus yang tinggi. Di samping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrumen utama) uji keabsahan data dilakukan dengan:

1. Memperpanjang waktu pengamatan/tindakan sampai kegiatan studi kasus guna mengumpulkan data yang diperoleh peneliti langsung dari pasien maupun data yang diperoleh peneliti melalui keluarga. Dalam studi kasus ini waktu yang ditentukan adalah tiga hari akan tetapi apabila belum mencapai validitas data yang diinginkan maka waktu untuk mendapatkan data studi kasus diperpanjang satu hari sehingga waktu yang diperlukan dalam studi kasus adalah empat hari.
2. Sumber informasi tambahan hasil pemeriksaan fisik secara langsung, dan hasil pemeriksaan diagnostik pasien.

### **H. Analisa Data**

Analisa data dilakukan pada awal pengkajian dan didokumentasikan pada setiap hari untuk mendapatkan perkembangan klien. Urutan dari analisis data antara lain:

1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan pendokumentasian. Data tersebut ditulis dalam catatan yang terstruktur. Pengumpulan data diperoleh dengan melakukan pengkajian setelah itu menetapkan diagnosis keperawatan, melakukan perencanaan keperawatan untuk mengatasi masalah yang timbul, melakukan tindakan keperawatan serta mengevaluasi setiap tindakan keperawatan.

2. Mereduksi Data

Data yang diperoleh kemudian dikelompokkan menjadi data subjektif dan data objektif. Kemudian data tersebut dianalisis berdasarkan data yang diperoleh dari pasien dan dirumuskan diagnosa sesuai kriteria data analisis pada pasien.

3. Penyajian Data

Penyajian data dilakukan secara naratif disertai tabel, kerahasiaan klien terjaga dengan mengaburkan identitas klien.

4. Kesimpulan

Setelah data disajikan, data akan dibahas serta berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan, dibandingkan dengan teori dan hasil penelitian terdahulu. Penarikan kesimpulan terkait pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi kegiatan.

## **BAB IV**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Studi Kasus**

##### **1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus**

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

## A. Studi Kasus

### 1. Pengkajian

#### a. Pengumpulan Data

##### 1) Biodata

Pasien berinisial Tn. "B. W" berusia 73 tahun, asal dari Welamosa mautenda, pekerjaan sehari-hari sebagai Petani. Pasien beragama Katolik dan pendidikan terakhir adalah Sekolah Dasar, Pasien sudah menikah dan memiliki 6 anak, penanggung jawab pasien adalah Tn. Y. B sebagai keponakanya umur 29 tahun, pendidikan terakhir adalah SD, pekerjaan sebagai Petani, pasien masuk rumah sakit tanggal 7 Mei 2024, dan dilakukan pengkajian tanggal 9 Mei 2024.

##### 2) Status Kesehatan

###### a) Status Kesehatan Saat Ini

###### (1) Keluhan Utama

Pasien mengatakan sesak nafas, tidak nafsu makan dan lemah.

###### (2) Riwayat Keluhan Utama

Pasien mengatakan sesak nafas, tidak nafsu makan dan lemah kurang lebih 1 bulan.

###### (3) Alasan Masuk Rumah Sakit dan Perjalanan Penyakit Saat Ini

Pasien mengatakan sesak nafas tidak nafsu makan kurang lebih sejak 1 bulan, kemudian pada tanggal 7 Mei 2024

keluarga pasien membawa pasien ke RSUD Ende dan dirawat di Ruang Penyakit Dalam III dan dilakukan pemeriksaan BTA pada tanggal 9 dan dinyatakan positif hasil pemeriksaan laboratorium BTA pasien positif tuberculosis paru dan dipindahkan ke Ruang Perawatan Khusus.

(4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Keluarga mengatakan menggosok pasien dengan menggunakan minyak kayu putih di dada untuk mengurangi rasa sesak, dan memberikan minuman perasan daun herbal atau daun ende untuk menurunkan suhu tubuh.

b) Status kesehatan masa lalu

(1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan pernah mengalami sakit batuk, pilek, dan panas dan pernah mengalami batuk lendir bercampur darah pada tahun 2021 bulan Agustus. Pasien tidak pernah berobat ke fasilitas kesehatan.

(2) Pernah dirawat

Pasien mengatakan belum pernah dirawat difasilitas kesehatan

(3) Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi

(4) Kebiasaan (Merokok/Kopi/Alkohol)

Pasien mengatakan memiliki kebiasaan merokok sejak usia masih muda, pasien dalam sehari dapat menghabiskan 1-2 bungkus rokok. Pasien berhenti merokok dalam 1 bulan terakhir, pasien juga memiliki kebiasaan minum kopi dipagi hari dan makan sirih pinang.

c) Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keluarga seperti (DM, Hipertensi, dan TB Paru).

d) Diagnosa Medis dan Therapy Yang Didapat Sebelumnya

Pasien mengatakan tidak pernah mendapat diagnosa medis dan therapy sebelumnya.

e) Pola Kebutuhan Dasar (Data Bio–Psiko–Sosio–Spiritual)

(1) Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Pasien mengatakan tidak mengetahui penyakit yang dialaminya, dan pasien punya kebiasaan merokok dan baru berhenti 1 bulan terakhir, dan pasien mengatakan tidak pernah memeriksakan dirinya ke fasilitas kesehatan.

(2) Pola Nutrisi dan Metabolik

Sebelum Sakit :

Pasien mengatakan memiliki nafsu untuk makan, pasien makan 3 kali sehari, porsi makan dihabiskan, jenis makanan (Nasi, sayur, ikan, tempe, tahu), pasien tidak mengalami gangguan menelan, cara pemberian melalui oral, dan makan

secara mandiri, pasien tidak menggunakan obat penambah selera makan, pasien minum air putih 7-8 gelas/ Hari, berat badan sebelum sakit 49 Kg

Saat Sakit :

Pasien mengatakan tidak memiliki selera makan, pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan, pasien makan 3 kali sehari porsi makan tidak dihabiskan, jenis makanan lunak ( Diet bubur, sayur bening, telur rebus), cara pemberian secara oral, dan pasien makan disuap istrinya, pasien tidak menggunakan obat penambah selera makan, pasien minum air hangat 4-5 gelas/Hari, berat badan 33,6 Kg.

### (3) Pola Eliminasi

#### (a) BAB

Sebelum Sakit :

Pasien mengatakan BAB 1-2 kali sehari, biasanya di malam dan pagi hari, tidak ada keluhan saat BAB, warna feses kuning, aroma khas feses, konsistensi lunak, pasien mengatakan tidak menggunakan obat pelancar BAB.

Saat Sakit :

Pasien mengatakan dari pagi – sore BAB 1 kali, tidak ada keluhan saat BAB, tidak ada keluhan saat BAB,



warna feses kuning, aroma khas feses, konsistensi lunak pasien mengatakan tidak menggunakan obat pelancar BAB.

(b) BAK

Sebelum Sakit :

Pasien mengatakan BAK 4-5 kali sehari, tidak ada keluhan saat BAK, warna urine kuning, aroma khas amonia

Saat Sakit :

Dari pagi-sore pasien mengatakan BAK 3 kali, tidak ada keluhan saat BAK, warna urine kuning, aroma khas amonia

(4) Pola Aktivitas dan Latihan

(a) Aktivitas

Tabel 4.1 Aktivitas

<b>Kemampuan Perawatan Diri</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Makan dan minum			✓		
Mandi			✓		
Toileting			✓		
Berpakaian			✓		
Berpindah			✓		

Keterangan : 0= Mandiri, 1= Dibantu sebagian, 2= Dibantu

orang lain, 3= Dibantu orang lain dan alat, 4= Dibantu total

Nilai tingkat kemandirian pasien = 2, Aktiitas pasien dibantu orang lain.

(b) Latihan

Sebelum Sakit :

Kebiasaan sehari-hari, pasien mengatakan bahwa aktivitas sehari-harinya hanya berkebun. Ketika melakukan aktivitas tersebut pasien tidak merasakan sesak napas ataupun cepat lelah.

Saat Sakit :

Pasien mengatakan hanya berada di atas tempat tidur karena sesak napas, merasa cepat lelah dan terpasang selang oksigen nasal kanul 4 LPM, nampak sesak saat melakukan aktivitas.

(5) Pola Kognitif dan Persepsi

(a) Kognitif

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan/masalah dalam memori ingatannya, pasien mampu mengingat kejadian masalah sampai hari ini.

(b) Persepsi

Pasien tidak mengalami masalah/gangguan pada indra penciuman, indra pendengaran, indra peraba, indra perasa, penglihatan.

(6) Pola Persepsi Konsep Diri

(a) Identitas Diri

Pasien mampu mengenali identitasnya sebagai seorang kepala keluarga.

(b) Gambaran Diri

Pasien merasa kalau dirinya sakit dan memerlukan pertolongan dan pengobatan.

(c) Ideal Diri

Pasien emngatakana ingin segera sembuh dari sakit yang dialaminya dan pulang untuk berkumpul dengan keluarga di kampung.

(d) Harga diri

Pasien mengatakan dirinya berharga, dan tidak merasa minder dengan penyakit yanag dialaminya sekarang.

(e) Peran Diri

Pasien mengatakan tidak mampu berperan menjadi kepala keluarga untuk sementara waktu karena sakit yang dialaminya.

#### (7) Pola Tidur dan Istirahat

##### Sebelum Sakit :

Pasien mengatakan puas dengan kualitas dan jam tidurnya, pasien biasanya tidur pada jam 19:00/20:00 WITA dan bangun di pagi hari jam 06:00/07:00 WITA, pasien tidak menggunakan obat bantu tidur.

##### Saat Sakit :

Keadaan saat ini: Pasien mengatakan bahwa ia tidur malam dari jam 20.00-05.00 WITA, pasien terbangun setiap perawat melakukan tindakan keperawatan, pasien istirahat siang 2 sampai 3 jam.

#### (8) Pola–Peran Hubungan

##### Sebelum Sakit :

Pasien adalah seorang kepala keluarga dan tidak memiliki anak. Pasien juga mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarganya ia memiliki hubungan baik dengan lingkungannya, baik tetangga, teman ataupun keluarganya.

##### Saat Sakit :

Pasien tidak dapat menjalankan perannya sebagai kepala keluarga. Pasien juga memiliki hubungan baik dengan para perawat.

### (9) Pola Toleransi dan Stres Koping

#### Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan saat ada masalah pasien akan melampiaskannya dengan marah-marah, tetapi setelah selesai marah-marah pasien akan kembali berbicara dengan istrinya untuk mendiskusikan masalah yang terjadi untuk memperoleh jalan keluar.

#### Saat Sakit :

Pasien lebih tenang dan selalu berdiskusi tentang sakit yang dialaminya dengan istrinya untuk setiap tindakan yang dilakukan perawat untuk kesembuhannya.

### (10) Pola Nilai Kepercayaan

#### Sebelum Sakit :

Pasien beragama Katolik, pasien jarang ke gereja setiap hari minggu.

#### Saat Sakit :

Pasien selalu berdoa tiap bangun dan saat hendak tidur, pasien percaya sakit yang dialaminya adalah pemberian dari Tuhan dan akan sembuh karena pertolongan Tuhan.

### (1) Pemeriksaan Fisik

#### a) Keadaan Umum : Lemah

1) Tingka kesadaran : Composmetis (Kesadaran Penuh)

2) GCS : Verbal = 5, Motorik = 6, Eye = 4

## b) Tanda-tanda Vital

Nadi : 111 x/Menit, Suhu : 36.5 °C

Tekanan Darah: 110/80 mmHg, Frekuensi Nafas : 28 Kali/Menit

SpO<sub>2</sub> : 95%(Normal > 95 %)

MAP(*Mean Arteri Pressure*):  $2 \times (\text{Diastol}) + \text{Sistol} / 3$

$$= 2 \times 80 + 100 / 3$$

$$= 260 / 3$$

$$= 90$$

Jadi MAP(*Mean Arteri Pressure*) = 90 mmHg (Normal 70-110 mmHg)

## c) Berat Badan : 33,6 Kg

Tinggi Badan : 157 cm

Indeks Massa Tubuh :  $\text{BB}(\text{Kg}) / \text{TB}(\text{Cm})$  dibawa ke  $(\text{M})^2$

$$= 36,6 \text{ kg} / 157\text{cm ke } (\text{M})^2$$

$$= 33,6 / (1,57)^2$$

$$= 33,6 / 2,46$$

$$= 13,65 \text{ (Dibulatkan menjadi 14)}$$

Pasien termaksud dalam kategori kurus karena IMT < 18,5

Berat Badan Ideal :  $(\text{TB} - 100) - (\text{TB} - 100) / 10\%$

$$= (157 - 100) - (157 - 100) / 10\%$$

$$= 57 - (57 \times 10 / 100)$$

$$= 57 - 5,7$$

$$= 51,3 \text{ (Dibulatkan menjadi 51)}$$

Jadi Berat Badan Ideal yang harus dicapai = 51 Kg

Selisih berat Badan Ideal dan Berat badan Actual :

$36,6 - 51 = -14,4$  Kg ( Pasien kekurangan berat badan untuk mencapai Berat Badan Ideal adalah = 14,7 Kg).

d) Keadaan Fisik ( Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

(1) Kepala dan Leher

(a) Inspeksi

Kepala berbentuk lonjong, rambut berwarna putih, kulit kepala tampak bersih, telinga tampak bersih, wajah tampak simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, wajah tampak pucat, konjungtiva pucat, bibir tampak simetris, mukosa bibir kering, lidah tampak kotor/ berwarna putih.

(b) Palpasi

Tidak teraba udem, tidak ada pembesaran kelenjar teroid, tidak ada nyeri tekan.

(2) Dada

(a) Inspeksi

Dada tampak simetris, tampak retraksi dinding dada ringan, tampak upaya nafas pada pasien, frekuensi napas 28 x/ Menit.

(b) Perkusi

Perkusi paru redup

(c) Palpasi

Taktil fermitus teraba lemah, tidak ada nyeri tekan

(d) Auskultasi

Terdengar suara nafas tambahan ronkhi

(3) Jantung

(a) Inspeksi

Tidak ada pembesaran nadi carotis

(b) Palpasi

Ictus cardis, nadi teraba kuat, batas-batas jantung normal.

(4) Abdomen

(a) Inspeksi

Perut tampak rata, tidak ada lesi

(b) Perkusi

Suara tympani

(c) Palpasi

Tidak teraba udem, tidak teraba pembesaran hati.

(d) Auskultasi

Terdengar suara bising usus 23 kali/ Menit

(e) Intigumen



(5) Inspeksi

Warna kulit sawo matang, kulit tampak keriput, kulit tampak kering, tidak ada lesi.

(6) Ekstremitas

(a) Ekstremitas Atas :

Skala kekuatan otot 3, pasien mampu mengangkat tangannya dan hanya dapat menahan tekanan sedang

(1) Inspeksi

Kedua tangan dapat digerakan, jari tangan lengkap, tidak ada lesi, tangan kiri terpasang infus 20 Tpm.

(2) Palpasi

Tidak teraba udem, tidak ada nyeri tekan.

(b) Ekstremitas Bawah

(1) Inspeksi

Kedua kaki dapat digerakan, jari kaki tampak lengkap, tidak ada lesi.

(2) Palpasi

Tidak teraba udem, tidak ada nyeri tekan.

(7) Pemeriksaan Penunjang

(a) Pemeriksaan Darah Lengkap tanggal 8 Mei 2024

WBC/Leukosit  $6.00 \times 10^3/uL$  (normal) nilai rujukan

3.80-10.60  $\times 10^3$ uL, HB 11.6 g/dl (normal) nilai rujukan  
13.2 17.3g/dl.

(b) Pemeriksaan BTA pada tanggal 8 Mei 2024

Pemeriksaan BTA pertama, hasil pemeriksaan BTA Positif

(+) MTB *Decteted High*

(8) Penatalaksanaan Pengobatan

Terapi per Tanggal 9 - 11 Mei 2024 (Ruang Perawatan  
Khusus)

Ambroxol 30 mg (jenis golongan mukolitik) digunakan untuk mengencerkan dahak dan mengurangi batuk. rifampisin 150 mg (jenis golongan antibiotik) digunakan untuk mengobati beberapa infeksi akibat bakteri diantaranya tuberculosis. teosal 1.2 mg (obat golongan xanthine bronchodilator) digunakan untuk mengatasi gangguan atau obstruksi pernapasan. dexametashone injeksi 5 mg (jenis golongan glukokortikoit) digunakan untuk mencegah kerusakan jaringan tubuh dan membantu produksi hormone yang kurang.

b. Tabulasi Data

Pasien mengatakan sesak nafas, lemah, tidak nafsu makan kurang lebih 1 bulan, pasien mengatakan cepat kenyang saat makan, porsi makan tidak dihabiskan dan aktivitas pasien dibantu oleh orang lain nilai tingkat kemandirian 2, wajah tampak pucat, konjungtiva pucat,

mukosa bibir kering, lidah tampak kotor/berwarna putih, tampak retraksi dinding dada, tampak upaya nafas pada pasien, frekuensi napas 28 x/ Menit, taktil fermitus lemah, terdengar suara nafas tambahan ronkhi.

Skala kekuata otot 3, pasien mampu mengangkat tangannya dan hanya dapat menahan tekanan sedang. Nadi : 111 kali/Menit, Suhu : 36.5 °C  
Tekanan Darah: 110/80 mmHg, Frekuensi Nafas : 28 Kali/Menit  
SPO2 : 99%, IMT pasien 14.

c. Klasifikasi Data

DS :

Pasien mengatakan sesak nafas, batuk berdahak dan mampu batuk, sejak 1 bulan yang lalu, lemah, tidak nafsu makan porsi makan tidak dihabiskan.

DO :

Wajah tampak pucat, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering, lidah tampak kotor/berwarna putih, tampak retraksi dinding dada, tampak upaya nafas pada pasien, frekuensi napas 28 x/ Menit, taktil fermitus lemah, terdengar suara nafas tambahan ronkhi basah pada lobus bawah skala kekuata otot 3, pasien mampu mengangkat tangannya dan hanya dapat menahan tekanan sedang. Nadi : 111 kali/Menit, Suhu : 36.5 °C Tekanan Darah: 110/80 mmHg, Frekuensi Nafas : 28 Kali/Menit, SPO2 : 99%, IMT pasien 14( kategori kurus).

d. Analisa Data

Tabel 4.2 Analisa Data

<b>Sign Symptom Data Subjektif dan Data Objektif</b>	<b>Etiologi</b>	<b>Problem</b>
<p>DS : Pasien mengatakan sesak nafas</p> <p>DO : tampak retraksi dinding dada, tampak upaya nafas pada pasien, frekuensi napas 28 x/ Menit, taktil fermitus lemah, terdengar suara nafas tambahan ronkhi basah pada lobus bawah, terpasang oksigen nasal kanul 4 Lpm, TD: 10/80 mmHg, N :111x/Menit, S : 36,5°C, SPO2 :99%.</p>	<p>Hambatan upaya nafas</p>	<p>Pola nafas tidak efektif</p>
<p>DS : Pasien mengatakan tidak memiliki selera makan, pasien mengatakan cepat kenyang saat makan porsi makan tidak dihabiskan</p> <p>DO : Wajah tampak pucat, mukosa bibir tampak kering, lidah tampak kotor/berwarna putih, konjungtiva pucat, berat badan 33,6 Kg, IMT pasien 14.</p>	<p>Faktor psikologis keengganan untuk makan</p>	<p>Defisit nutrisi</p>

<p>DS : Pasien mengatakan lemah  DO : Keadaan umum lemah, Pasien tampak lemah, aktivitas pasien dibantu orang lain ( mandi, makan, berpakaian, berpindah) nilai kemandirian 2  Skala kekuatan otot 3, pasien mampu mengangkat tangannya dan hanya dapat menahan tekanan sedang.</p>	<p>Kelemahan</p>	<p>Intoleransi aktivitas</p>
---	------------------	------------------------------

## 2. Diagnosa Keperawatan

- a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas ditandai dengan :

Data Subjektif : Pasien mengatakan sesak nafas

Data Objektif : Tampak retraksi dinding dada, tampak upaya nafas pada pasien, frekuensi napas 28 x/ Menit, taktil fermitus lemah, terdengar suara nafas tambahan ronkhi basah pada lobus bawah, terpasang oksigen nasal kanul 4 Lpm, TD: 100/80 mmHg, N :111x/Menit, S : 36,5°C, SPO2 :99%.

- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis keenganan untuk makan, ditandai dengan :

Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak memiliki selera makan, pasien mengatakan cepat kenyang saat makan , porsi makan tidak dihabiskan.

Data Objektif : Wajah tampak pucat, mukosa bibir tampak kering, konjungtiva pucat, berat badan 33,6 Kg, IMT pasien 14(kategori kurus)

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ditandai dengan :

Data Subjektif : Pasien mengatakan lemah

Data Objektif : Keadaan umum lemah, Pasien tampak lemah, aktivitas pasien dibantu orang lain ( mandi, makan, berpakaian, berpindah ) nilai kemandirian 2 Skala kekuatan otot 3, pasien mampu mengangkat tangannya dan hanya dapat menahan tekanan sedang.

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

Prioritas masalah

- 1) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas
- 2) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis keengganan untuk makan
- 3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

### 3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan masalah di atas maka dibuatkan perencanaan keperawatan sebagai berikut :

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

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali 24 Jam diharapkan pola napas membaik, dengan Kriteria hasil:

- 1) Dispnea menurun (5)
- 2) Penggunaan otot bantu napas menurun (5)
- 3) Pemanjangan fase ekspirasi menurun (5)
- 4) Frekuensi napas membaik (5)
- 5) Kedalaman napas membaik

Intervensi : Manajemen pola nafas

Manajemen pola napas

### **Observasi**

- a) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman)

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

- b) 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**

- c) Posisikan dengan posisi semi fowler.

R : Dengan posisi semi fowler dapat mengurangi sesak napas

d) Kolaborasi pemberian oksigen.

R : Memaksimalkan pernapasan dengan meningkatkan pemasukan oksigen.

b. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali 24 Jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat (5)
- 2) Perasaan cepat kenyang menurun (5)
- 3) Berat badan membaik (5)
- 4) Nafsu makan membaik (5)
- 5) Membran mukosa membaik (5)

Intervensi :

Manajemen nutrisi

### **Observasi**

a) Identifikasi status nutrisi

R : Menentukan derajat masalah dan membuat intervensi yang tepat

b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

R : Mengetahui pasien memiliki alergi terhadap makanan

c) Monitor asupan makanan

R : Mengetahui dan mempertahankan keseimbangan nutrisi tubuh.



d) Monitor berat badan

R : Mengetahui kecukupan dan status nutrisi klien

### **Terapeutik**

e) Lakukan oral hygiene sebelum makan dan sesudah makan

R : Dapat meningkatkan nafsu makan

f) 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

g) Berikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori

R : Makanan tinggi kalori dan protein dibutuhkan ketika kebutuhan nutrisi tidak efektif

### **Edukasi :**

h) Anjurkan posisi duduk

R : Membantu makanan yang dimakan agar dapat dicerna dengan baik

i) Ajarkan diet yang diprogramkan

R : Membantu pasien memenuhi kebutuhan nutrisi pasien dengan tepat

c. Intoleransi berhubungan dengan kelemahan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan keperawatan selama 3 kali 24 Jam, diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :

1) Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat (5)

- 2) Keluhan lelah menurun (5)
- 3) Dispnea saat beraktivitas menurun (5 )
- 4) Perasaan lemah menurun (5)

Intervensi

Manajemen energi:

**Observasi**

- a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan Kelelahan  
 R : Mengetahui bagian tubuh yang bermasalah sehingga mengganggu dalam beraktivitas.
- b) Fasilitas duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.  
 c) R : Mengurangi resiko jatuh terhadap pasien.

**Edukasi**

- d) Anjurkan melakukan aktivitas bertahap  
 R : Melatih kekuatan otot dan pergerakan agar tidak terjadi kekauan otot dan sendi.

4. Impementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan dari tanggal 9-11 Juni 2023.

- a. Implementasi Hari Pertama tanggal 09 Mei 2024
  - 1) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas.

Jam 15:45 mengukur vital sign pasien, hasil : Nadi : 111 kali/Menit, Suhu : 36.5 °C TD: 110/80 mmHg, , SPO2 : 99%.  
Jam 15:48 memasang oksigen Nasal kanul 4 Lpm. Jam 15:50 memonitor selang oksigen dan jumlah oksigen dalam tabung, hasil : selang oksigen terpasang dengan baik dengan jumlah oksigen da,am tabung 4000 Liter. Jam 15:52 memonitor frekuensi pernapasan pasien, hasil : 28x/menit. Jam 15:55 mengauskultasi bunyi napas tambahan, hasil : bunyi napas ronchi. Jam 15:58 mengatur posisi semi fowler, hasil : pasien berbaring dengan posisi semi fowler atau setengah duduk dan pasien merasa nyaman, Jam : 16:00 mengukur saturasi oksigen, hasil saturasi oksigen 99%. 16:05 melayani pemberian obat rimpafisin 150mg/oral

2) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (Keenganan untuk makan)

Jam 15:45 mengukur vital sign pasien, hasil : Nadi : 111 kali/Menit, Suhu : 36.5 °C, RR : 28 x/Menit TD: 110/80 mmHg, , SPO2 : 99%. Jam 16:10 mengidentifikasi status nutrisi pasien, hasil : Status gizi pasien kurang, IMT pasien : 14 pasien kategori kurus  $IMT < 18,5$ . Jam 16:15 mengukur berat badan pasien, hasil : Berat badan pasien 33,6 Kg. jam 16:20 melakukan oral hygiene, hasil : dilakukan oral hygiene menggunakan kassa dan air hangat pada lidah pasien (lidah pasien sudah tampak mulai

bersih) . Jam 16:30 mengajarkan pasien makan sedikit tapi sering, hasil : pasien mengerti apa yang disampaikan. Jam 16:35 mengajarkan pasien makan makanan sesuai program, hasil : mengajarkan pasien untuk makan makanan TKTP ( Telur, ikan, daging, tempe/tahu, bubur dan sayur). Jam 18:00 memberi makan pasien, dengan suhu yang sesuai, hasil : pasien diberi makanan yang hangat. Jam 18: 05, menganjurkan pasien makan dengan posisi duduk, hasil : pasien makan dengan posisi duduk. Jam 18:10 memonitor asupan makanan pasien, hasil : pasien makan 8 sendok makan, ½ porsi dihabiskan, dan pasien makan bubur, ikan, telur dan sayur sop.

3) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

Jam 15:45 mengukur vital sign pasien, hasil : Nadi : 111 kali/Menit, Suhu : 36.5 °C, RR : 28 x/Menit TD: 110/80 mmHg, SPO2 : 99%. Jam 16: 40 mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, hasil : pasien mengatakan tidak mampu beraktivitas karena mengalami sesak nafas saat beraktivitas. Jam 16:45 mengukur vital sign sebelum melakukan aktivitas, hasil : vital sign sebelum pasien melakukan aktivitas TD : 100/80 mmHg, SPO2 : 99 %,RR : 26 x/Menit, Nadi : 99x/Menit. Jam 16:50 memfasilitasi duduk disisi tempat tidur, hasil : Pasien mampu duduk disisi tempat tidur dibantu oleh keluarga selama kurang lebih 3 menit. Jam 16: 55

menganjurkan melakukan aktivitas bertahap, hasil :Pasien duduk bersandar di tembok menggunakan sandaran bantal. Jam 17:00, melakukan vital sign setelah melakukan aktivitas, hasil : TD :100/80 mmHg, SPO2 : 98%, Nadi : 110 x/Menit, RR : 27x/Menit

b. Implementasi keperawatan 10 Mei 2024

1) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas

Jam 07:10 mengukur vital sign pasien, hasil : Nadi : 97 x/Menit, Suhu : 36.3 °C TD: 100/80 mmHg, , SPO2 : 98%. Jam 07:15 memonitor selang oksigen terpasang dengan baik dan jumlah oksigen dalam tabung 3.500 Liter, hasil : terpasang dengan baik 07:20 memonitor frekuensi pernapasan pasien, hasil : 24x/menit Jam 07:22 mengauskultasi bunyi napas tambahan, hasil : bunyi napas ronchi masih ada. Jam 08:00 mengatur posisi semi fowler, hasil : pasien berbaring dengan posisi semi fowler atau setengah duduk dan pasien merasa nyaman, Jam 08:10 mengukur saturasi oksigen, hasil saturasi oksigen 99%. 11:00 melayani pemberian obat rimpafisin 150mg/oral.

2) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (Keenganan untuk makan)

Jam 07:10 mengukur vital sign pasien, hasil : Nadi : 97 x/Menit, RR: 24 x/Menit, Suhu : 36.3 °C TD: 100/80 mmHg, , SPO2 :

98%. Jam 07:30 mengukur berat badan pasien, hasil : Berat badan pasien 33,6 Kg. jam 11: 30 melakukan oral hygiene, hasil : Melakukan oral hygiene pada pasien menggunakan kassa dan air hangat (lidah pasien tampak sudah mulai bersih. Jam 11: 40 mengajarkan pasien makan sedikit tapi sering, hasil : Pasien mengerti apa yang disampaikan. Jam 11:45 mengajarkan pasien makan makanan sesuai program, hasil : Mengajarkan pasien untuk makan makanan TKTP ( Telur, ikan, daging, tempe/tahu, bubur dan sayur bayam). Jam 12:00 memberi makan pasien, dengan suhu yang sesuai, hasil : pasien diberi makanan yang hangat. Jam 12:05 menganjurkan pasien makan dengan posisi duduk, hasil : pasien makan dengan posisi duduk. Jam 12:35 memonitor asupan makanan pasien, hasil : pasien makan 9 sendok makan ½ porsi dihabiskan, dan pasien makan bubur, tempe tahu, telur dan sayur bening sawi

### 3) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

Jam 07:10 mengukur vital sign pasien, hasil : Nadi : 97 x/Menit, RR: 24 x/Menit, Suhu : 36.3 °C TD: 100/80 mmHg, , SPO2 : 98%.Jam 08:15 mengukur vital sign sebelum melakukan aktivitas, hasil : vital sign sebelum pasien melakukan aktivitas TD : 120/80 mmHg, SPO2 : 100 %,RR : 20 x/Menit, Nadi : 98x/Menit. Jam 08:20 memfasilitasi duduk disisi tempat tidur, hasil : Pasien mampu duduk disisi tempat tidur dibantu oleh

keluarga selama kurang lebih 4 menit. Jam 08:30 menganjurkan melakukan aktivitas bertahap, hasil :Pasien duduk bersandar di tembok masih dengan sandaran bantal. Jam 08:50 melakukan vital sign setelah melakukan aktivitas hasil : TD :110/80 mmHg, SPO2 : 102%, Nadi : 96 x/Menit, RR : 25 x/Menit

c. Implementasi tanggal 11 Mei 2024

1) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya

Jam 07:25 mengukur vital sign, TD 100/80 mmHg, Nadi :99 x/ menit, SPO2 : 100%. Jam 07:30 memonitor selang oksigen terpasang dengan baik dan jumlah oksigen dalam tabung 2. 500 Liter, hasil : terpasang dengan baik 07:40 memonitor frekuensi pernapasan pasien, hasil : 20x/menit Jam 07:50 mengauskultasi bunyi napas tambahan, hasil : bunyi napas ronchi masih ada. Jam 08:00 mengatur posisi semi fowler, hasil : pasien berbaring dengan posisi semi fowler atau setengah duduk dan pasien merasa nyaman, Jam 08:20 mengukur saturasi oksigen, hasil saturasi oksigen 100%. 11:00 melayani pemberian obat rimpafisin 150mg/oral.

2) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (Keenganan untuk makan)

Jam 07:25 mengukur vital sign, TD 100/80 mmHg, Nadi :99 x/ menit, SPO2 : 100%, RR :20x/menit. Jam 08:10 mengukur berat badan pasien, hasil : Berat badan pasien 33,6 Kg. jam 11: 25

melakukan oral hygiene, hasil : melakukan oral hygiene pada pasien menggunakan kassa dan air hangat (lidah pasien tampak bersih. Jam 11: 30 mengajarkan pasien makan sedikit tapi sering, hasil : pasien mengerti apa yang disampaikan. Jam 11:55 mengajarkan pasien makan makanan sesuai program, hasil : mengajarkan pasien untuk makan makanan TKTP ( Telur, ikan, daging, tempe/tahu, bubur dan sayur). Jam 12:00 memberi makan pasien, dengan suhu yang sesuai, hasil : pasien diberi makanan yang hangat. Jam 12:05 menganjurkan pasien makan dengan posisi duduk, hasil : pasien makan dengan posisi duduk. Jam 12:20 memonitor asupan makanan pasien, hasil : pasien makan 1 porsi dihabiskan, dan pasien makan bubur, ikan, telur dan sayur sawi bening.

### 3) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

Jam 07:25 mengukur vital sign, TD 100/80 mmHg, Nadi :99 x/ menit, SPO2 : 100%, RR :20x/menit. Jam 08:15 mengukur vital sign sebelum melakukan aktivitas, hasil : vital sign sebelum pasien melakukan aktivitas TD : 110/80 mmHg, SPO2 : 100 %,RR : 24 x/Menit, Nadi : 95x/Menit. Jam 10:05 memfasilitasi duduk disisi tempat tidur, hasil : Pasien mampu duduk disisi tempat tidur dibantu oleh keluarga selama kurang lebih 8 menit. Jam 10:20 menganjurkan melakukan aktivitas bertahap, hasil :Pasien duduk bersandar di tembok tanpa menggunakan



sandaran bantal. Jam 10:40 melakukan vital sign setelah melakukan aktivitas, hasil : TD :110/80 mmHg, SPO2 : 102%, Nadi : 96 x/Menit, RR : 25 x/Menit

## 5. Evaluasi Keperawatan

### a. Evaluasi Keperawatan tanggal 9 Mei 2024

#### 1) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas

S : Pasien mengatakan masih merasakan sesak, O : Keadaan umum lemah, kesadaran compocmentis, napas ronchi(+), SPO2 :99%, RR: 23 x/Menit, TD :100/80mmHg, Nadi :95x/Menit, Suhu : 36,5°C, terpasang oksigen nasal kanul 4 Lpm. A : Masalah pola nafas tidak efektif sebagian teratasi. P : Intervensi dilanjutkan.

#### 2) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (Keenganann untuk makan)

DS: Pasien mengatakan masih merasakan cepat kenyang, dan nafsu makan belum membaik. DO : Keadaan umum lemah, kesadaran compocmentis, pasien makan 8 sendok makan ½ porsi dihabiskan, lidah pasien tampak mulai bersih RR: 23 x/Menit: TD :100/80mmHg, Nadi :95x/Menit, Suhu : 36,5°C BB : 33,6 Kg . A : Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi. P : Intervensi dilanjutkan.

#### 3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

DS : Pasien mengatakan masih sesak dan lemah setelah beraktivitas. DO: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, aktivitas pasien masih dibantu pasien, TD :100/80mmHg, Nadi :95x/Menit, Suhu : 36,5°C, BB : 33,6 Kg, RR: 23 x/Menit, A : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan.

b. Evaluasi tindakan keperawatan tanggal 10 Mei 2024

- 1) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas

S : Pasien mengatakan sesak nafas mulai berkurang, O : Keadaan tampak mulai baik, kesadaran compocmentis, napas ronchi berkurang, SPO2 : 100%, RR: 21 x/Menit, TD :110/80mmHg, Nadi :97x/Menit, Suhu : 36,7°C , terpasang oksigen nasal kanul 4 Lpm. A : Masalah pola nafas tidak efektif sebagian teratasi. P : Intervensi dilanjutkan.

- 2) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (Keenganann untuk makan)

DS: Pasien mengatakan perasaan cepat kenyang berkurang, dan nafsu makan sudah mulai membaik. DO : Keadaan tampak mulai membaik, kesadaran compocmentis, pasien makan 9 sendok makan 1 porsi dihabiskan, lidah pasien tampak bersih RR: 21 x/Menit: TD :100/80mmHg, Nadi :95x/Menit, Suhu : 36,7°C , BB

: 33,6 Kg . A : Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi. P : Intervensi dilanjutkan.

3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

DS : Pasien mengatakan sesak mulai berkurang setelah beraktivitas. DO: Keadaan umum mulai membaik, kesadaran composmentis, aktivitas pasien masih dibantu pasien, SPO2 : 100%, RR: 21 x/Menit, TD :110/80mmHg, Suhu : 36,7°C, Nadi :97x/Menit, terpasang oksigen nasal kanul 4 Lpm. A : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan.

c. Evaluasi tindakan keperawatan tanggal 11 Mei 2024

1) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas

S : Pasien mengatakan sesak nafas mulai berkurang, O:: Keadaan umum tampak baik, kesadaran compocmentis, napas ronchi berkurang, SPO2 : 103%, RR: 19 x/Menit, TD :110/80mmHg, Suhu : 36,4°C, Nadi :95x/Menit, terpasang oksigen nasal kanul 4 Lpm. A : Masalah pola nafas tidak efektif sebagian teratasi. P : Intervensi dihentikan dilanjutkan perawatan ruangan.

2) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (Keenganann untuk makan)

DS: Pasien mengatakan nafsu makan sudah mulai membaik.  
DO : Keadaan tampak mulai membaik, kesadaran

composmentis, SPO2 : 103%, RR: 19 x/Menit, TD :110/80mmHg, Nadi :95x/Menit, Suhu : 36,4°C. Pasien makan 1 porsi dihabiskan, lidah pasien tampak bersih, BB : 33,7 Kg . A : Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi. P : Intervensi dihentikan dilanjutkan perawat ruangan.

### 3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

DS : Pasien mengatakan sesak mulai berkurang setelah beraktivitas. DO : Keadaan umum mulai membaik, kesadaran composmentis, aktivitas pasien masih dibantu pasien, SPO2 : 103%, RR: 19 x/Menit, TD :110/80mmHg, Suhu : 36,4°C, Nadi :95x/Menit. A : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi. P : Intervensi dihentikan dilanjutkan perawat ruangan.

## A. Pembahasan

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

### 1. Pengkajian

Pada pasien Tn.“B.W” tidak ditemukan batuk bercampur demam dan keringat pada malam hari, tetapi nafsu makan pada pasien tidak ada, berat badan menurun, lemah walapun tanp aktivitas. Pada Mar’iyah dkk

(2021) mengatakan bahwa orang dengan TB Paru umumnya mengeluh berat badan menurun selama 3 bulan berturut-turut, demam, meriang, batuk, dada terasa nyeri, sesak nafas, nafsu makan tidak ada atau berkurang, Mudah lesu atau malaise, berkeringat pada malam hari walaupun tanpa aktivitas fisik, dahak bercampur darah.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata, dimana pada kasus nyata pasien tidak mengalami keluhan batuk berdarah. Batuk berdarah pada pasien TB dikarenakan infeksi mycobacterium sudah sampai merusak parenkim paru. Sedangkan pada pasien Tn. B. W kemungkinan infeksi tersebut belum merusak parenkim paru yang dimana dapat mencederai pembuluh darah yang menyebabkan perdarahan. Pada kasus tidak ditemukan nyeri dada. Nyeri dada pada pasien TB dapat timbul apabila kuman mycobacterium tuberculosis menginfiltrat pleura sehingga terjadinya pleuritis dan nyeri yang dirasakan akibat iritasi pleura parietalis terasa tajam seperti ditusuk-tusuk dengan pisau. Sedangkan pada pasien kuman mycobacterium tuberculosis tidak mengiritasi pleura sehingga tidak terjadinya pleuritis. Pada kasus tidak menunjukkan gejala demam, meriang dan keringat malam hari karena gejala ini hilang timbul dan biasanya dirasakan pada tahap awal infeksi aktif selama lebih dari 3 minggu. Hal ini menunjukkan tidak terjadinya pelepasan endotoksin yang merangsang prostaglandin (substansi kimia yang menyebabkan peradangan) sehingga demam tidak dipersepsikan pada *set point* (hipotalamus).

## 2. Diagnosa Keperawatan

Pada pasien Tn. "B. W" ditemukan diagnosa keperawatan pola nafas tidak efektif, defisit nutrisi, dan intoleransi aktivitas. Pada Tn. "B. W" tidak ditemukan masalah hipertermi hal ini dikarenakan pasien tidak mengalami demam, suhu normal 36,5 C<sup>0</sup> dan pasien tidak mengalami keringat dimalam hari, pada kasus Tn. "B. W" tidak ditemukan masalah resiko infeksi hal ini dikarenakan baik pasien maupun keluarga selalu menggunakan masker saat berbicara dengan orang lain dan menyediakan peralatan makan bagi pasien tersendiri.

## 3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan 3 diagnosa yang ditegakkan pada kasus Tn "B. W" maka tujuan intervensi antara lain mengatasi pola napas yang tidak efektif, memenuhi kebutuhan nutrisi dan pasien dapat toleran terhadap berbagai aktivitas. Untuk mencapai tujuan tersebut maka tindakan yang dilakukan mengatasi pola napas tidak efektif adalah memberikan oksigen untuk mensuplai kebutuhan oksigen yang normal selanjutnya mengatur posisi semi fowler agar konsentrasi oksigen akan lebih kepada daerah vital dan memungkinkan ekspansi dada lebih luas dengan tindakan seperti ini maka pola napas bisa efektif. Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi defisit nutrisi adalah, melakukan oral hygiene pada lidah pasien menggunakan kassa dan air hangat untuk meningkatkan nafsu makan pada pasien, memberikan makan pasien dengan suhu makanan yang hangat agar pasien dapat makan dengan baik, memberikan pasien makan

sedikit tetapi sering, tindakan seperti ini maka dapat memenuhi kebutuhan nutrisi pasien. Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi intoleransi aktivitas adalah membantu pasien melakukan aktifitas secara bertahap seperti duduk disisi tempat tidur, dengan tindakan ini dapat mencegah terjadi kekauan pada sendi dan otot pasien, dan pasien dapat toleran terhadap aktivitas.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Berdasarkan rencana tindakan yang ditetapkan, tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah ada beberapa yakni mengukur saturasi oksigen, mengatur posisi semi fowler, memasang oksigen Nasal kanul 4 Lpm, melakukan oral hygiene, menganjurkan makan sedikit tapi sering, menyajikan makanan dengan suhu yang hangat, membantu pasien melakukan aktifitas secara bertahap, kolaborasi pemberian obat oral rifampisin diberikan hari kamis, jumat, dan sabtu. Berdasarkan rencana tindakan yang ditetapkan, maka implementasi pada kasus Tn. "B.W" dilakukan sesuai kondisi pasien, dan rekomendasi dokter.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan berdasarkan tujuan yang ditetapkan melalui catatan perkembangan. Pada Tn. "B.W" dapat dievaluasi bahwa masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi dengan hasil sesak napas berkurang, pasien sudah mampu menggunakan oksigen nasal kanul 4 liter/menit, frekuensi pernapasan 20 x/m, SPO2 100%, bunyi napas vesikuler. Untuk masalah defisit nutrisi sebagian teratasi dengan hasil 1

porsi makan sudah dihabiskan, BB 33,7 kg. untuk masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi dengan hasil pasien mengatakan saat aktivitas sesaknya berkurang dan beberapa aktivitas mulai mandiri.

Naimah dkk (2023) mengatakan bahwa evaluasi keperawatan yang didapatkan pada pasien TB adalah, masalah keperawatan pola nafas tidak efektif teratasi, masalah keperawatan defisi nutrisi teratasi, dan masalah intoleransi aktivitas teratasi. Perbedaan antara evaluasi tindakan keperawatan pada tinjauan teoritis dan tinjauan kasus dimana pada tinjauan kasus masalah keperawatan pola nafas tidak efektif sebagian teratasi, masalah keperawatan defisit nutrisi sebagian teratasi, masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi. Dan juga kriteria hasil yang tercapai pada pasien pola napas membaik, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik, porsi makan yang dihabiskan meningkat, perasaan cepat kenyang menurun, keluhan lemah menurun, sedangkan kriteria hasil yang tidak tercapai berat badan pasien belum meingkat, aktivitas pasien masih dibantu sebagian keluarga. Hal ini dikarenakan lama waktu melakukan studi kasus hanya 3 hari berbeda dengan tinjauan teoritis yang dilakukan selama 7 hari.

#### **B. Keterbatasan Kasus**

Dalam melakukan penelitian studi kasus ini terdapat keterbatasan yaitu factor waktu pelaksanaan studi kasus yang hanya 3 hari dilakukan sehingga masalah keperawatan yang dialami pasien tidak diatasi secara menyeluruh dan tuntas selain itu faktor orang atau manusia, orang dalam hal



ini pasien sebagai responden yang hanya berfokus pada satu pasien saja membuat peneliti tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah-masalah yang mungkin didapatkan dari pasien yang lainnya.

### **C. Implikasi untuk Keperawatan**

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

#### **1. Sebagai pendidik**

Pada studi kasus ditemukan peran perawat sebagai pendidik adalah memberikan edukasi atau pendidikan terkait penyakit yang dialami, dalam hal ini perawat menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai dampak dari tuberculosis.

#### **2. Sebagai Advokat**

Pada studi kasus nyata ini ditemukan peran perawat sebagai advokat yakni menjadi penghubung antara pasien dan tim kesehatan lain, dimana perawat selalu melakukan kolaborasi dengan tim medis lainnya bertujuan untuk mempercepat proses kesembuhan pasien.

#### **3. Sebagai Pemberi Perawatan**

Peran perawat sebagai pemberi perawatan secara langsung pada individu, keluarga atau kelompok, pada studi kasus nyata ini ditemukan perawat melakukan asuhan keperawatan langsung kepada pasien Tn. B.W Hasil penelitian ini bisa digunakan sebagai pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan TB Paru selain itu juga sebagai bahan

masukan untuk meningkatkan pelayanan pasien TB Paru di Ruang Perawatan Khusus, khususnya di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Hasil studi kasus Kesimpulan**

pada Tn. “B.W” dengan diagnosa medis TB Paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian ditemukan Tn “B. W” sesak napas, porsi makan tidak dihabiskan, tidak ada mual muntah, dan mengalami penurunan berat badan 19 Kg. Pasien mengatakan mudah lelah, cepat capek, aktivitas dibantu oleh keluarga seperti makan, berpindah, berpakaian dan toileting. Keadaan umum lemah, bunyi napas ronchi, ada retraksi dinding dada, perkusi paru redup, fremitus paru lemah,, SpO2: 98%, nadi : 111 x/menit, BB: 33,6 kg IMT pasien 14, hasil gambaran TB Paru lama, suspek efusi pleura, terpasang oksigen nasal kanul 4 Lpm, semua ADL dibantu oleh keluarga, sesak napas saat melakukan aktivitas.
2. Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien Tn “B. W” adalah sebagai berikut : pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya, defisit nutrisi berhubungan peningkatan metabolisme, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.
3. Intervensi keperawatan yang diberikan pada Tn. “B.W” dengan diagnosa medis Tuberkulosis Paru, ditetapkan sesuai dengan tiga masalah keperawatan yang ditemukan dengan tujuan akhir agar masalah

keperawatan dapat diatasi. Berdasarkan intervensi yang ditetapkan pada teori dilakukan sebagai implementasi pada kasus.

4. Implementasi keperawatan merupakan realisasi kegiatan dari perencanaan yang sudah ditetapkan sebelumnya berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada Tn. "B.W" dengan diagnosa medis Tuberkulosis Paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende yang dilaksanakan selama 3 hari dengan tujuan akhir adalah mampu mengatasi masalah-masalah yang ditemukan seperti pola nafas tidak efektif, defisit nutrisi, dan intoleransi aktivitas. Implementasi pada kasus dilakukan semua sesuai intervensi yang telah ditetapkan.
5. Evaluasi merupakan langkah akhir dari semua tindakan keperawatan yang diberikan kepada Tn. "B.W" dengan Diagnosa Medis Tuberculosis Paru di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende, dengan tujuan untuk mengetahui keberhasilan tindakan keperawatan yang diberikan, kegiatan evaluasi dilaksanakan selama 3 hari. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa tindakan keperawatan yang dilaksanakan belum mampu mengatasi masalah-masalah keperawatan yang ditemukan seperti pola nafas tidak efektif, defisit nutrisi, dan intoleransi aktivitas.
6. Ada kesenjangan antara data yang ditemukan pada kasus nyata dengan data yang ditemukan pada teori. Data yang ditemukan pada kasus mengalami sesak napas, keadaan umum lemah, tampak sesak, pernapasan 28x/menit, bunyi napas ronchi, ada retraksi dinding dada, perkusi paru redup, fremitus paru lemah, terpasang oksigen nasal kanul 4 Lpm, dan

data yang ada diteori yang tidak ditemukan pada kasus adalah batuk dahak bercampur darah, demam, dada terasa nyeri, berkeringat di malam hari dan meriang.

## **B. Saran**

### 1. Bagi Klien dan Keluarga

Diharapkan klien dan keluarga untuk terus mengikuti anjuran dan instruksi yang diberikan oleh petugas kesehatan, sehingga proses penyembuhan dapat berlangsung lebih cepat. Keluarga diharapkan untuk terus memberikan dukungan dan motivasi kepada klien supaya klien tidak merasa sendiri dalam mengatasi masalahnya.

### 2. Bagi Pasien

Diharapkan untuk menyampaikan semua keluhan dengan jujur dan kooperatif sehingga petugas kesehatan dalam hal ini perawat dapat menggali informasi yang lebih kompleks mengingat penyakit TB dapat menimbulkan masalah-masalah bukan hanya sistem pernapasan saja, penyakit ini dapat menyebabkan masalah-masalah pada sistem yang lain.

### 3. Bagi Tenaga Kesehatan

Petugas kesehatan diharapkan untuk terus melakukan pendidikan kesehatan baik perindividu maupun berkelompok sehingga pengetahuan klien tentang penyakit TB ataupun penyakit lainnya dapat meningkat, yang berdampak pada menurunnya angka prevelensi kejadian penyakit tersebut.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bachrudin, M. (2016). Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Badan Pusat Statistik, (2022). Jumlah Kasus Penyakit Menurut Kabupaten/Kota
- Dinarti, & Mulyanti, Y. (2017). Dokumentasi Keperawatan. Kementerian Hasil Keperawatan Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Kardiyudiani, N. K. (2019). Keperawatan Medikal Bedah 1. Yogyakarta: Pustaka Baru Press Kemenkes RI Kesehatan Republik Indonesia, 167.
- Kemenkes RI (2021) *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021* . Jakarta : Kemenkes RI
- Listia, (2019). Asuhan Keperawatan Di Ruang Tulip, Kupang 2019 Diambil pada 15 November 2023 dari <http://repository.poltekeskupang.ac.id>
- Liyandita, N. & Alfinri, C. (2018). *Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Tb Paru Di Ruang Seruni Rsud Abdul Wahab Sjahranie Samarinda*.
- Maisyarah, M., & Athosra, A. (2022). Evaluasi pelaksanaan penanggulangan penyakit tb paru di kota bukittinggi. *Jurnal endurance*, 7(2), 378-388. Diambil pada 11 November 2023 dari <https://doi.org/10.22216/jen.v7i2.1057>
- Mar'iyah Khusnul, Zulkarnain (2021). *Patofisiologi Penyakit Infeksi Tuberkulosis*. [Http://Journal.Uin-Alauddin.Ac.Id/Index.Php/Psb](http://Journal.Uin-Alauddin.Ac.Id/Index.Php/Psb)
- Nurjana, & Sahabuddin, R. (2022). Keputusan Berwirausaha Kalangan Wanita di Kota Makassar. Yogyakarta: Nas Media Pustaka.
- Pangkey, B. C., Hutapea, A. D., Simbolon, I., Sitanggang, Y. F., Pertami, S. B., Manalu, N. V., et al. (2021). Dasar-dasar Dokumentasi Keperawatan. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Pitaloka, W., Siyam, N., & alamat. (2020). Penerapan empat pilar program pencegahan dan pengendalian infeksi tuberkulosis paru. *Higeia (journal of public health research and development)*, 4(1), 133–145. Diambil pada 11 November 2023 dari <https://doi.org/10.15294/higeia.v4i1.33147>
- Pramasari, D. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tuberculosis Paru Di Ruang Seruni Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

- Pratiwi, R. D., Medis, R., Informasi, D., Sekolah, K., & UGM, v. (2020). Gambaran Komplikasi Penyakit Tuberkulosis berdasarkan kode international classification of disease 10. *Jurnal kesehatan al-irsyad*, 13(2), 93–101. Diambil pada tanggal 11 November 2021 dari <https://doi.org/10.36760/jka.v13i2.136>
- Ramdhan, M. (2021). *Metode Penelitian*. Surabaya: Cipta Media Nusantara.
- Riset Kesehatan Dasar. (2021) *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021*. Jakarta
- Rukmi, D. K., Dewi, S. U., Pertamina, S. B., Agustina, A. N., Carolina, Y., Wasilah, H., et al. (2022). *Metodologi Proses Asuhan Keperawatan*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Rumah Sakit Umum Daerah Ende (2023) *Jumlah Kasus Tuberculosis Paru 2023*. Ende: RSUD Ende
- Savitri, A. R., . M. (2021). Karakteristik penderita tuberkulosis paru dengan diabetes melitus di kabupaten badung tahun 2017-2018. *E-jurnal medikaudayana*, 10(1), 60–64. Di ambil pada 9 November 2023 dari <https://doi.org/10.24843/10.24843.mu.2021.v10.i1.p11>
- Setiyowati, E., Hanik, U., Wardani, E. M., Afandi, M. D., & Njoman, N. (2020). Self-Management Education for the Quality of Life of Patients with Pulmonary Tuberculosis. *International Journal Of Psychosocial Rehabilitation*, 24(7), 9107–9116.
- Sugiarti, S., Ricky, M., Ramadhian, M. R., & Carolia, N. (2018). Vitamin d sebagai suplemen dalam terapi tuberkulosis paru. *Jurnal majority*, 7(2), 198–202. Diambil pada 13 november 2023 dari <https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/1876>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia*. (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia*. (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standart Luaran Keperawatan Indonesia*. (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Werdhani.(2019). Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Pernafasan Diperoleh tanggal 15 November 2023, dari <http://tb.rg-adguard.net/public.php>.

- Widowati, H., & Evi Rinata, MK. (2021). Buku Ajar Anatomi. *Umsida press*, 0, 1– 230. Diambil pada 16 November 2023 dari <https://doi.org/10.21070/2020/978-623-6833-12-4>
- Widyanto & Triwibowo. (2019). Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi Pada Pasien TB Paru Di Ruang Rawat Inap Paru RSUP DR. M. Djamil Padang. Diambil pada tanggal 15 november 2023 dari <http://pustaka.poltekkes-pdg.ac.id>
- WHO (World Health Orgonation), (2021) Global Tuberculosis Report . 2022
- Yulendasari, r., prasetyo, r., sari, i., sari, l. Y., melyana, f., & penulis, k. (2022). Penyuluhan kesehatan tentang tuberculosis (tb paru). *Journal of public health concerns*, 2(3), 125–130. Diambil pada 9 November 2023 dari <https://doi.org/10.56922/phc.v2i3.202>
- Zaitun, N., Esti, j., & Siti., F (2023) Asuhan Keperawatan Pada Ny. F Keluarga Tn. S DenganGangguan Sistem Pernafasan : Tuberkulosis Paru Di Desa Kutayu, Kecamatan Tonjong Kabupaten Brebes *Jurnal Medika Nusantara* ,1(5), 27-336. Diambil pada 1 Juli 2024 dari





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



Direktorat : Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp : (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256 ; Email : [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)

---

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN “B, W” DENGAN DIAGNOSA**  
**MEDIS TUBERCULOSIS PARU DI RUANGAN PERAWATAN KHUSUS**  
**(RPK) PADA TANGGAL 9 – 11 MEI 2024**

**A. Pengkajian**

**1. Pengumpulan Data**

a. Identitas pasien

Nama : Tn. B. W  
Umur : 48 tahun  
Jenis kelamin : Laki-laki  
Pendidikan : SD Sedejarat  
Pekerjaan : Petani  
Alamat : Welamosa Mautenda

b. Identitas penanggung jawab

Nama : Tn. Y. B  
Umur : 29 tahun  
Hubungan dengan klien : Keponakan

Alamat : Welamosa Mautenda  
 Pendidikan : SD  
 Pekerjaan : Petani  
 Diagnosa medik : TB Paru

1) Waktu dan Tanggal pengobatan : 9 Mei 2024

2) Obat-obat yang didapat :

No	Nama Obat	Dosis
1.	Rifampisin	150 mg / oral
2.	Omeprazole	1x1 tablet / oral
3.	Paracetamol	3x1 gr / IV
4.	Ambroxol	30 mg /oral
5.	Vitamin B6	1x1 tablet/oral

## 2. Keadaan Umum

### a. Riwayat kesehatan

#### 1) Keluhan utama

Pasien mengatakan sesak nafas, tidak nafsu makan dan lemah

#### 2) Riwayat kesehatan sekarang

Pasien mengatakan sesak nafas, tidak nafsu makan dan lemah kurang lebih 1 bulan.

#### 3) Riwayat kesehatan masa lalu

Pasien mengatakan pernah mengalami sakit batuk, pilek, dan panas dan pernah mengalami batuk lendir bercampur darah pada tahun 2021 bulan Agustus. Dan pasien tidak pernah pergi berobat ke fasilitas kesehatan.

#### 4) Pola – pola kesehatan

##### a) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Pasien mengatakan tidak mengetahui penyakit yang dialaminya, dan pasien punya kebiasaan merokok dan baru berhenti 1 bulan terakhir, dan pasien mengatakan tidak pernah memeriksakan dirinya ke fasilitas kesehatan.

##### b) Pola nutrisi metabolik

Sebelum Sakit :

Pasien mengatakan memiliki nafsu untuk makan, pasien makan 3 kali sehari, porsi makan dihabiskan, jenis makanan ( Nasi, sayur, ikan, tempe, tahu), pasien tidak mengalami gangguan menelan, cara pemberian melalui oral, dan makan secara mandiri, pasien tidak menggunakan obat penambah selera makan, pasien minum air putih 7-8 gelas/ Hari, berat badan sebelum sakit 49 Kg

Saat Sakit :

Pasien mengatakan tidak memiliki selera makan, pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan, pasien makan 3 kali sehari porsi makan tidak dihabiskan, jenis makanan lunak ( Diet bubur, sayur bening, telur rebus), cara pemberian secara oral, dan pasien makan disuap istrinya, pasien tidak menggunakan obat penambah selera makan, pasien minum air hangat 4-5 gelas/Hari, berat badan 33,6 Kg.

c) Pola eliminasi

(1) BAB

Sebelum sakit :

Pasien mengatakan BAB 1-2 kali sehari, biasanya di malam dan pagi hari, tidak ada keluhan saat BAB, warna feses kuning, aroma khas feses, konsistensi lunak, pasien mengatakan tidak menggunakan obat pelancar BAB.

Saat Sakit :

Pasien mengatakan dari pagi – sore BAB 1 kali, tidak ada keluhan saat BAB, tidak ada keluhan saat BAB, warna feses kuning, aroma khas feses, konsistensi lunak pasien mengatakan tidak menggunakan obat pelancar BAB.

(2) BAK

Sebelum sakit :

Pasien mengatakan BAK 4-5 kali sehari, tidak ada keluhan saat BAK, warna urine kuning, aroma khas amonia

Saat Sakit :

Dari pagi-sore pasien mengatakan BAK 3 kali, tidak ada keluhan saat BAK, warna urine kuning, aroma khas amonia.

## d) Pola aktifitas dan latihan

## (1) Aktifitas

<b>Kemampuan Perawatan Diri</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Makan dan minum			✓		
Mandi			✓		
Toileting			✓		
Berpakaian			✓		
Berpindah			✓		

Keterangan : 0= Mandiri, 1= Dibantu sebagian, 2= Dibantu orang lain, 3= Dibantu orang lain dan alat, 4= Dibantu total, Nilai tingkat kemandirian pasien = 2, Aktiitas pasien dibantu orang lain.

## (2) Latihan

Sebelum Sakit :

Kebiasaan sehari-hari, pasien mengatakan bahwa aktivitas sehari-harinya hanya berkebun. Ketika melakukan aktivitas tersebut pasien tidak merasakan sesak napas ataupun cepat lelah.

Saat Sakit :

Pasien mengatakan hanya berada di atas tempat tidur karena sesak napas, merasa cepat lelah dan terpasang selang oksigen nasal kanul 4 LPM, nampak sesak saat melakukan aktivitas.

e) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit :

Pasien mengatakan puas dengan kualitas dan jam tidurnya, pasien biasanya tidur pada jam 19:00/20:00 WITA dan bangun di pagi hari jam 06:00/07:00 WITA, pasien tidak menggunakan obat bantu tidur.

Sebelum sakit :

Keadaan saat ini: Pasien mengatakan bahwa ia tidur malam dari jam 20.00-05.00 WITA, pasien terbangun setiap perawat melakukan tindakan keperawatan, pasien istirahat siang 2 sampai 3 jam.

f) Pola kognitif dan persepsi sensori

(1) Kognitif

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan/masalah dalam memori ingatannya, pasien mampu mengingat kejadian masalah sampai hari ini.

(2) Persepsi sensori

Pasien tidak mengalami masalah/gangguan pada indra penciuman, indra pendengaran, indra peraba, indra perasa, penglihatan.

## g) Pola hubungan-peran

Sebelum Sakit :

Pasien adalah seorang kepala keluarga dan tidak memiliki anak. Pasien juga mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarganya ia memiliki hubungan baik dengan lingkungannya, baik tetangga, teman ataupun keluarganya.

Saat Sakit :

Pasien tidak dapat menjalankan perannya sebagai kepala keluarga. Pasien juga memiliki hubungan baik dengan para perawat.

## 5) Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan umum : lemah,
- b) Kesadaran : composmentis
- c) Tanda tanda vital
  - TD : TD: 110/80 mmHg
  - Nadi : 111x/mnt
  - Suhu : 36,5°C
  - RR : 28 x/mnt
  - SpO2 : 95%
- d) Berat badan : 33,6 Kg
- e) Terpasang oksigen 4 Lpm
- f) Tangan kiri terpasang infus 20 Tpm

6) Pemeriksaan fisik

g) Kepala dan leher

Kepala berbentuk lonjong, rambut berwarna putih, kulit kepala tampak bersih, telinga tampak bersih, wajah tampak simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, wajah tampak pucat, konjungtiva pucat, bibir tampak simetris, mukosa bibir kering, lidah tampak kotor/ berwarna putih, tidak teraba udem, tidak ada pembesaran kelenjar teroid, tidak ada nyeri tekan.

h) Dada

Dada tampak simetris, tampak retraksi dinding dada ringan, tampak upaya nafas pada pasien, frekuensi napas 28 x/ Menit, perkusi paru redup, taktil fermitus teraba lemah, tidak ada nyeri tekan, terdengar suara nafas tambahan ronkhi.

i) Abdomen

Perut tampak rata, tidak ada lesi, suara tympani, Tidak teraba udem, tidak teraba pembesaran hati, Terdengar suara bising usus 23 kali/ Menit

j) Ekstremitas

Skala kekuatan otot 3, pasien mampu mengangkat tangannya dan hanya dapat menahan tekanan sedang, kedua tangan dapat digerakan, jari tangan lengkap, tidak ada lesi, tangan kiri terpasang infus 20 Tpm, tidak teraba udem, tidak ada nyeri tekan.



k) Pemeriksaan penunjang

(1) Pemeriksaan Darah Lengkap tanggal 8 Mei 2024

WBC/Leukosit  $6.00 \times 10^3/uL$  (normal) nilai rujukan 3.80-10.60  $\times 10^3/uL$ , HB 11.6 g/dl (normal) nilai rujukan 13.2-17.3g/dl.

(2) Pemeriksaan BTA pada tanggal 8 Mei 2024

Pemeriksaan BTA pertama, hasil pemeriksaan BTA Positif  
(+) MTB *Decteted High*

7) Terapi

Terapi per Tanggal 9 - 11 Mei 2024 (Ruang Perawatan Khusus)

Ambroxol 30 mg (jenis golongan mukolitik) digunakan untuk mengencerkan dahak dan mengurangi batuk. rifampisin 150 mg (jenis golongan antibiotik) digunakan untuk mengobati beberapa infeksi akibat bakteri diantaranya tuberculosis. teosal 1.2 mg (obat golongan xanthine bronchodilator) digunakan untuk mengatasi gangguan atau obstruksi pernapasan. dexametashone injeksi 5 mg (jenis golongan glukokortikoit) digunakan untuk mencegah kerusakan jaringan tubuh dan membantu produksi hormone yang kurang.

**B. TABULASI DATA**

Pasien mengatakan sesak nafas, lemah, tidak nafsu makan kurang lebih 1 bulan, pasien mengatakan cepat kenyang saat makan, porsi makan tidak dihabiskan dan aktivitas pasien dibantu oleh orang lain nilai tingkat

kemandirian 2, wajah tampak pucat, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering, lidah tampak kotor/berwarna putih, tampak retraksi dinding dada, tampak upaya nafas pada pasien, frekuensi napas 28 x/ Menit, taktil fermitus lemah, terdengar suara nafas tambahan ronkhi. Skala kekuata otot 3, pasien mampu mengangkat tangannya dan hanya dapat menahan tekanan sedang. Nadi : 111 kali/Menit, Suhu : 36.5 °C Tekanan Darah: 110/80 mmHg, Frekuensi Nafas : 28 Kali/Menit, SPO2 : 99%, IMT pasien 14.

### **C. KLASIFIKASI DATA**

DS :

Pasien mengatakan sesak nafas, batuk berdahak dan mampu batuk, sejak 1 bulan yang lalu, lemah, tidak nafsu makan porsi makan tidak dihabiskan.

DO :

Wajah tampak pucat, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering, lidah tampak kotor/berwarna putih, tampak retraksi dinding dada, tampak upaya nafas pada pasien, frekuensi napas 28 x/ Menit, taktil fermitus lemah, terdengar suara nafas tambahan ronkhi basah pada lobus bawah skala kekuata otot 3, pasien mampu mengangkat tangannya dan hanya dapat menahan tekanan sedang. Nadi : 111 kali/Menit, Suhu : 36.5 °C Tekanan Darah: 110/80 mmHg, Frekuensi Nafas : 28 Kali/Menit, SPO2 : 99%, IMT pasien 14( kategori kurus).

#### D. ANALISA DATA

<b>Sign Symptom Data Subjektif dan Data Objektif</b>	<b>Etiologi</b>	<b>Problem</b>
<p>DS : Pasien mengatakan sesak nafas</p> <p>DO : tampak retraksi dinding dada, tampak upaya nafas pada pasien, frekuensi napas 28 x/ Menit, taktil fermitus lemah, terdengar suara nafas tambahan ronkhi basah pada lobus bawah, terpasang oksigen nasal kanul 4 Lpm, TD: 10/80 mmHg, N :111x/Menit, S : 36,5°C, SPO2 :99%.</p>	<p>Hambatan upaya nafas</p>	<p>Pola nafas tidak efektif</p>
<p>DS : Pasien mengatakan tidak memiliki selera makan, pasien mengatakan cepat kenyang saat makan porsi makan tidak dihabiskan</p> <p>DO : Wajah tampak pucat, mukosa bibir tampak kering, lidah tampak kotor/berwarna putih, konjungtiva pucat, berat badan 33,6 Kg, IMT pasien 14.</p>	<p>Faktor psikologis keengganan untuk makan</p>	<p>Defisit nutrisi</p>

<p>DS : Pasien mengatakan lemah  DO : Keadaan umum lemah, Pasien tampak lemah, aktivitas pasien dibantu orang lain ( mandi, makan, berpakaian,berpindah) nilai kemandirian 2  Skala kekuatan otot 3, pasien mampu mengangkat tangannya dan hanya dapat menahan tekanan sedang.</p>	<p>Kelemahan</p>	<p>Intoleransi aktivitas</p>
--	------------------	------------------------------

#### E. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas ditandai dengan :

Data Subjektif : Pasien mengatakan sesak nafas

Data Objektif : Tampak retraksi dinding dada, tampak upaya nafas pada pasien, frekuensi napas 28 x/ Menit, taktil fermitus lemah, terdengar suara nafas tambahan ronkhi basah pada lobus bawah, terpasang oksigen nasal kanul 4 Lpm, TD: 100/80 mmHg, N :111x/Menit, S : 36,5°C, SPO2 :99%.

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis keenganan untuk makan, ditandai dengan :

Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak memiliki selera makan, pasien mengatakan cepat kenyang saat makan , porsi makan tidak dihabiskan.

Data Objektif : Wajah tampak pucat, mukosa bibir tampak kering, konjungtiva pucat, berat badan 33, 6 Kg, IMT pasien 14(kategori kurus)

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ditandai dengan

Data Subjektif : Pasien mengatakan lemah

Data Objektif : Keadaan umum lemah, Pasien tampak lemah, aktivitas pasien dibantu orang lain ( mandi, makan, berpakaian, berpindah ) nilai kemandirian 2 Skala kekuata otot 3, pasien mampu mengangkat tangannya dan hanya dapat menahan tekanan sedang.

## **F. INTERVENSI KEPERAWATAN**

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali 24 Jam diharapkan pola napas membaik, dengan Kriteria hasil:

- a. Dispnea menurun (5)
- b. Penggunaan otot bantu napas menurun (5)
- c. Pemanjangan fase ekspirasi menurun (5)
- d. Frekuensi napas membaik (5)
- e. Kedalaman napas membaik (5)

Intervensi : Manajemen pola nafas

### **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

**Kolaborasi :**

## 4) Kolaborasi pemberian oksigen

R : Memaksimalkan pernapasan dengan meningkatkan pemasukan oksigen.

## 2. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis keengganan untuk makan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali 24 Jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :

- a. Porsi makan yang dihabiskan meningkat (5)
- b. Perasaan cepat kenyang menurun (5)
- c. Berat badan membaik (5)
- d. Nafsu makan membaik (5)
- e. Membran mukosa membaik (5)

Intervensi : Manajemen nutrisi

**Observasi :**

## 1) Identifikasi status nutrisi

R : Menentukan derajat masalah dan membuat intervensi yang tepat

## 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

R : Mengetahui pasien memiliki alergi terhadap makanan

## 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 makan

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

7) Berikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori

R : Makanan tinggi kalori dan protein dibutuhkan ketika kebutuhan nutrisi tidak efektif

### **Edukasi**

8) Anjurkan posisi duduk

R : Membantu makanan yang dimakan agar dapat dicerna dengan baik

(3) Ajarkan diet yang diprogramkan

R : Membantu pasien memenuhi kebutuhan nutrisi pasien dengan tepat



### 3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan keperawatan selama 3 kali 24 Jam, diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :

- a. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat (5)
- b. Keluhan lelah menurun (5)
- c. Dispnea saat beraktivitas menurun (5 )
- d. Perasaan lemah menurun (5)

Intervensi : Manajemen energi

#### **Observasi :**

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan

Kelelahan

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

- 2) Fasilitas duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.

R : Mengurangi resiko jatuh terhadap pasien.

#### **Edukasi :**

- 3) Anjurkan melakukan aktivitas bertahap

R : Melatih kekuatan otot dan pergerakan agar tidak terjadi kekauan otot dan sendi.

## G. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

1. Tindakan keperawatan dilakukan dari tanggal 9-11 Juni 2023.

a. Implementasi Hari Pertama tanggal 09 Mei 2024

1) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.

Jam 15:45 mengukur vital sign pasien, hasil : Nadi : 111 kali/Menit, Suhu : 36.5 °C TD: 110/80 mmHg, , SPO2 : 99%. Jam 15:48 memasang oksigen Nasal kanul 4 Lpm. Jam 15:50 memonitor selang oksigen dan jumlah oksigen dalam tabung, hasil : selang oksigen terpasang dengan baik dengan jumlah oksigen da,am tabung 4000 Liter. Jam 15:52 memonitor frekuensi pernapasan pasien, hasil : 28x/menit. Jam 15:55 mengauskultasi bunyi napas tambahan, hasil : bunyi napas ronchi. Jam 15:58 mengatur posisi semi fowler, hasil : pasien berbaring dengan posisi semi fowler atau setengah duduk dan pasien merasa nyaman, Jam : 16:00 mengukur saturasi oksigen, hasil saturasi oksigen 99%. 16:05 melayani pemberian obat rimpafisin 150mg/oral

2) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (Keenganan untuk makan)

Jam 15:45 mengukur vital sign pasien, hasil : Nadi : 111 kali/Menit, Suhu : 36.5 °C, RR : 28 x/Menit TD: 110/80 mmHg, , SPO2 : 99%. Jam 16:10 mengidentifikasi status nutrisi pasien,

hasil : Status gizi pasien kurang, IMT pasien : 14 pasien kategori kurus  $IMT < 18,5$ . Jam 16:15 mengukur berat badan pasien, hasil : Berat badan pasien 33,6 Kg. jam 16:20 melakukan oral hygiene, hasil : dilakukan oral hygiene menggunakan kassa dan air hangat pada lidah pasien (lidah pasien sudah tampak mulai bersih) . Jam 16:30 mengajarkan pasien makan sedikit tapi sering, hasil : pasien mengerti apa yang disampaikan. Jam 16:35 mengajarkan pasien makan makanan sesuai program, hasil : mengajarkan pasien untuk makan makanan TKTP ( Telur, ikan, daging, tempe/tahu, bubur dan sayur). Jam 18:00 memberi makan pasien, dengan suhu yang sesuai, hasil : pasien diberi makanan yang hangat. Jam 18: 05, menganjurkan pasien makan dengan posisi duduk, hasil : pasien makan dengan posisi duduk. Jam 18:10 memonitor asupan makanan pasien, hasil : pasien makan 8 sendok makan,  $\frac{1}{2}$  porsi dihabiskan, dan pasien makan bubur, ikan, telur dan sayur sop.

### 3) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

Jam 15:45 mengukur vital sign pasien, hasil : Nadi : 111 kali/Menit, Suhu :  $36,5^{\circ}C$ , RR : 28 x/Menit TD: 110/80 mmHg, , SPO2 : 99%. Jam 16: 40 mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, hasil : pasien mengatakan tidak mampu beraktivitas karena mengalami sesak nafas saat beraktivitas. Jam 16:45 mengukur vital sign sebelum melakukan aktivitas, hasil : vital sign sebelum pasien melakukan aktivitas TD

: 100/80 mmHg, SPO2 : 99 %,RR : 26 x/Menit, Nadi : 99x/Menit.

Jam 16:50 memfasilitasi duduk disisi tempat tidur, hasil : Pasien mampu duduk disisi tempat tidur dibantu oleh keluarga selama kurang lebih 3 menit. Jam 16: 55 menganjurkan melakukan aktivitas bertahap, hasil :Pasien duduk bersandar di tembok menggunakan sandaran bantal. Jam 17:00, melakukan vital sign setelah melakukan aktivitas, hasil : TD :100/80 mmHg, SPO2 : 98%, Nadi : 110 x/Menit, RR : 27x/Menit

## 2. Implementasi keperawatan 10 Mei 2024

### a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas

Jam 07:10 mengukur vital sign pasien, hasil : Nadi : 97 x/Menit, Suhu : 36.3 °C TD: 100/80 mmHg, , SPO2 : 98%. Jam 07:15 memonitor selang oksigen terpasang dengan baik dan jumlah oksigen dalam tabung 3.500 Liter, hasil : terpasang dengan baik 07:20 memonitor frekuensi pernapasan pasien, hasil : 24x/menit Jam 07:22 mengauskultasi bunyi napas tambahan, hasil : bunyi napas ronchi masih ada. Jam 08:00 mengatur posisi semi fowler, hasil : pasien berbaring dengan posisi semi fowler atau setengah duduk dan pasien merasa nyaman, Jam 08:10 mengukur saturasi oksigen, hasil saturasi oksigen 99%. 11:00 melayani pemberian obat rimpafisin 150mg/oral.

### b. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (Keinginan untuk makan)

Jam 07:10 mengukur vital sign pasien, hasil : Nadi : 97 x/Menit, RR: 24 x/Menit, Suhu : 36.3 °C TD: 100/80 mmHg, , SPO2 : 98%.

Jam 07:30 mengukur berat badan pasien, hasil : Berat badan pasien 33,6 Kg. jam 11: 30 melakukan oral hygiene, hasil : Melakukan oral

hygiene pada pasien menggunakan kassa dan air hangat (lidah pasien tampak sudah mulai bersih. Jam 11: 40 mengajarkan pasien makan sedikit tapi sering, hasil : Pasien mengerti apa yang disampaikan.

Jam 11:45 mengajarkan pasien makan makanan sesuai progam, hasil : Mengajarkan pasien untuk makan makanan TKTP ( Telur,

ikan, daging, tempe/tahu, bubur dan sayur bayam). Jam 12:00

memberi makan pasien, dengan suhu yang sesuai, hasil : pasien

diberi makanan yang hangat. Jam 12:05 menganjurkan pasien

makan dengan posisi duduk, hasil : pasien makan dengan posisi

duduk. Jam 12:35 memonitor asupan makanan pasien, hasil : pasien

makan 9 sendok makan ½ porsi dihabiskan, dan pasien makan

bubur, tempe tahu, telur dan sayur bening sawi

c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

Jam 07:10 mengukur vital sign pasien, hasil : Nadi : 97 x/Menit,

RR: 24 x/Menit, Suhu : 36.3 °C TD: 100/80 mmHg, , SPO2 :

98%.Jam 08:15 mengukur vital sign sebelum melakukan aktivitas,

hasil : vital sign sebelum pasien melakukan aktivitas TD : 120/80

mmHg, SPO2 : 100 %,RR : 20 x/Menit, Nadi : 98x/Menit. Jam

08:20 memfasilitasi duduk disisi tempat tidur, hasil : Pasien

mampu duduk disisi tempat tidur dibantu oleh keluarga selama kurang lebih 4 menit. Jam 08:30 meganjurkan melakukan aktivitas bertahap, hasil :Pasien duduk bersandar di tembok masih dengan sandaran bantal. Jam 08:50 melakukan vital sign setelah melakukan aktivitas hasil : TD :110/80 mmHg, SPO2 : 102%, Nadi : 96 x/Menit, RR : 25 x/Menit

### 3. Implementasi tanggal 11 Mei 2024

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

Jam 07:25 mengukur vital sign, TD 100/80 mmHg, Nadi :99 x/ menit, SPO2 : 100%. Jam 07:30 memonitor selang oksigen terpasang dengan baik dan jumlah oksigen dalam tabung 2. 500 Liter, hasil : terpasang dengan baik 07:40 memonitor frekuensi pernapasan pasien, hasil : 20x/menit Jam 07:50 mengauskultasi bunyi napas tambahan, hasil : bunyi napas ronchi masih ada. Jam 08:00 mengatur posisi semi fowler, hasil : pasien berbaring dengan posisi semi fowler atau setengah duduk dan pasien merasa nyaman, Jam 08:20 mengukur saturasi oksigen, hasil saturasi oksigen 100%. 11:00 melayani pemberian obat rimpafisin 150mg/oral.

#### b. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (Keenganan untuk makan)

Jam 07:25 mengukur vital sign, TD 100/80 mmHg, Nadi :99 x/ menit, SPO2 : 100%, RR :20x/menit. Jam 08:10 mengukur berat badan pasien, hasil : Berat badan pasien 33,6 Kg. jam 11: 25 melakukan oral

hygiene, hasil : melakukan oral hygiene pada pasien menggunakan kassa dan air hangat (lidah pasien tampak bersih. Jam 11: 30 mengajarkan pasien makan sedikit tapi sering, hasil : pasien mengerti apa yang disampaikan. Jam 11:55 mengajarkan pasien makan makanan sesuai program, hasil : mengajarkan pasien untuk makan makanan TKTP ( Telur, ikan, daging, tempe/tahu, bubur dan sayur). Jam 12:00 memberi makan pasien, dengan suhu yang sesuai, hasil : pasien diberi makanan yang hangat. Jam 12:05 menganjurkan pasien makan dengan posisi duduk, hasil : pasien makan dengan posisi duduk. Jam 12:20 memonitor asupan makanan pasien, hasil : pasien makan 1 porsi dihabiskan, dan pasien makan bubur, ikan, telur dan sayur sawi bening.

c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

Jam 07:25 mengukur vital sign, TD 100/80 mmHg, Nadi :99 x/ menit, SPO2 : 100%, RR :20x/menit. Jam 08:15 mengukur vital sign sebelum melakukan aktivitas, hasil : vital sign sebelum pasien melakukan aktivitas TD : 110/80 mmHg, SPO2 : 100 %,RR : 24 x/Menit, Nadi : 95x/Menit. Jam 10:05 memfasilitasi duduk disisi tempat tidur, hasil : Pasien mampu duduk disisi tempat tidur dibantu oleh keluarga selama kurang lebih 8 menit. Jam 10:20 menganjurkan melakukan aktivitas bertahap, hasil :Pasien duduk bersandar di tembok tanpa menggunakan sandaran bantal. Jam 10:40 melakukan vital sign setelah melakukan

aktivitas, hasil : TD :110/80 mmHg, SPO2 : 102%, Nadi : 96 x/Menit,  
RR : 25 x/Menit

## H. EVALUASI KEPERAWATAN

### 1. Evaluasi Keperawatan tanggal 9 Mei 2024

#### a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas

S : Pasien mengatakan masih merasakan sesak, O : Keadaan umum lemah, kesadaran compocmentis, napas ronchi(+), SPO2 :99%, RR: 23 x/Menit, TD :100/80mmHg, Nadi :95x/Menit, Suhu : 36,5°C, terpasang oksigen nasal kanul 4 Lpm. A : Masalah pola nafas tidak efektif sebagian teratasi. P : Intervensi dilanjutkan.

#### b. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (Keengganan untuk makan)

DS: Pasien mengatakan masih merasakan cepat kenyang, dan nafsu makan belum membaik. DO : Keadaan umum lemah, kesadaran compocmentis, pasien makan 8 sendok makan ½ porsi dihabiskan, lidah pasien tampak mulai bersih RR: 23 x/Menit: TD :100/80mmHg, Nadi :95x/Menit, Suhu : 36,5°C BB : 33,6 Kg . A : Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi. P : Intervensi dilanjutkan.

#### c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

DS : Pasien mengatakan masih sesak dan lemah setelah beraktivitas. DO: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, aktivitas pasien masih dibantu pasien, TD :100/80mmHg, Nadi :95x/Menit,



Suhu : 36,5°C, BB : 33,6 Kg, RR: 23 x/Menit, A : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan.

2. Evaluasi tindakan keperawatan tanggal 10 Mei 2024

a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas

S : Pasien mengatakan sesak nafas mulai berkurang, O : Keadaan tampak mulai baik, kesadaran compocmentis, napas ronchi berkurang, SPO2 : 100%, RR: 21 x/Menit, TD :110/80mmHg, Nadi :97x/Menit, Suhu : 36,7°C , terpasang oksigen nasal kanul 4 Lpm. A : Masalah pola nafas tidak efektif sebagian teratasi. P : Intervensi dilanjutkan.

b. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (Keenggann untuk makan)

DS: Pasien mengatakan perasaan cepat kenyang berkurang, dan nafsu makan sudah mulai membaik. DO : Keadaan tampak mulai membaik, kesadaran compocmentis, pasien makan 9 sendok makan 1 porsi dihabiskan, lidah pasien tampak bersih RR: 21 x/Menit: TD :100/80mmHg, Nadi :95x/Menit, Suhu : 36,7°C , BB : 33,6 Kg . A : Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi. P : Intervensi dilanjutkan.

c. I ntoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

DS : Pasien mengatakan sesak mulai berkurang setelah beraktivitas. DO: Keadaan umum mulai membaik, kesadaran composmentis, aktivitas pasien masih dibantu pasien, SPO2 : 100%, RR: 21 x/Menit, TD :110/80mmHg, Suhu : 36,7°C, Nadi :97x/Menit,

terpasang oksigen nasal kanul 4 Lpm. A : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan.

3. Evaluasi tindakan keperawatan tanggal 11 Mei 2024

a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas

S : Pasien mengatakan sesak nafas mulai berkurang, O:: Keadaan umum tampak baik, kesadaran compocmentis, napas ronchi berkurang, SPO2 : 103%, RR: 19 x/Menit, TD :110/80mmHg, Suhu : 36,4°C, Nadi :95x/Menit, terpasang oksigen nasal kanul 4 Lpm. A : Masalah pola nafas tidak efektif sebagian teratasi. P : Intervensi dihentikan dilanjutkan perawat ruangan.

b. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (Keengganan untuk makan)

DS: Pasien mengatakan nafsu makan sudah mulai membaik. DO : Keadaan tampak mulai membaik, kesadaran compocmentis, SPO2 : 103%, RR: 19 x/Menit, TD :110/80mmHg, Nadi :95x/Menit, Suhu : 36,4°C. Pasien makan 1 porsi dihabiskan, lidah pasien tampak bersih, BB : 33,7 Kg . A : Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi. P : Intervensi dihentikan dilanjutkan perawat ruangan.

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

DS : Pasien mengatakan sesak mulai berkurang setelah beraktivitas. DO : Keadaan umum mulai membaik, kesadaran composmentis, aktivitas pasien masih dibantu pasien, SPO2 : 103%, RR: 19 x/Menit, TD :110/80mmHg, Suhu : 36,4°C, Nadi :95x/Menit. A : Masalah intoleransi

aktivitas belum teratasi. P : Intervensi dihentikan dilanjutkan perawatan ruangan.

**LAMPIRAN 2**






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





**LEMBAR KONSUL PROPOSAL**

Nama : Sesilia Desi Yanti Lani  
 NIM : PO. 5303202210033  
 Nama Pembimbing : Syaputra Artama Syarifudin, S.Kep.,Ns., M.Kep  
 Nama Penguji : Yustina P.M. Paschalia, S.Kep.,Ns.,M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1.	7 September 2023	Konsultasi Latar Belakang	Latar belakang dimulai dari: 1. Konsep tuberculosis (bukan definisi dari penyakit tuberculosis) 2. Data kasus Tuberculosis paru di dunia, Indonesia, Provinsi, kabupaten Ende, dan kasus dirumah sakit 3. Faktor-faktor yang mendukung meningkatnya kasus tuberculosis 4. Upaya yang dilakukan dalam penanganan penyakit tuberculosis 5. Alasan memilih kasus Tuberculosis	
2.	18, September 2023	Konsultasi Latar Belakang	Latar belakang dimulai dari: 1. Konsep tuberculosis (bukan definisi dari penyakit tuberculosis) menggunakan bahasa yang baik dan benar untuk konsep tuberculosis 2. Data kasus Tuberculosis paru di dunia, Indonesia, Provinsi, kabupaten Ende, dan kasus dirumah sakit ( memperhatikan cara	

4.	14. November 2023	Konsultasi 1. Latar belakang 2. Bab II	<p>Latar belakang dimulai dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konsep tuberculosis (bukan definisi dari penyakit tuberculosis) menggunakan bahasa yang baik dan benar untuk konsep tuberculosis</li> <li>2. Data kasus Tuberculosis paru di dunia, Indonesia, Provinsi, kabupaten Ende, dan kasus dirumah sakit. ( memperhatikan cara pengetikan data dan jumlah kasus, dan penggunaan bahasa dalam pengetikan</li> <li>3. Faktor-faktor yang mendukung meningkatnya kasus tuberculosis. ( faktor-faktor tersebut bisa terjadi mulai dalam diri pasien dan juga peran perawat dalam menangani pasien Tb</li> <li>4. Upaya yang dilakukan dalam penanganan penyakit tuberculosis ( dapat dimulai dari peran perawat dan pasien serta keluarga)</li> <li>5. Alasan memilih kasus Tuberculosis</li> <li>6. Memperhatikan sumber, cara pengetikan dan penggunaan bahasa</li> </ol> <p>BAB II :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Setiap poin dalam tinjauan teoritis diketik sumber dengan penulisan sumber yang baik dan benar</li> <li>2. Jarak setiap paragraf diperhatikan, cara pengetikan spasi dan garis kerapian setiap paragraf diperhatikan</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Latar belakang di bagian peran perawat dalam penanganan penyakit tuberculosis</li> <li>2. BAB II diperbaiki cara pengetikan sumber B III diperbaiki cara pengetikan Sumber</li> </ol>	
----	-------------------------	---	--	---

5.	22, Januari 2023	Konsultasi 1. Latar belakang 2. BAB II 3. BAB III	1. Latar belakang di bagian peran perawat dalam penanganan penyakit tuberculosis 2. BAB II diperbaiki cara pengetikan sumber, dan tanda baca 3. B III diperbaiki cara pengetikan Sumber dan lengkapi daftar pustaka	
6.	29, Januari 2023	Konsultasi 1. Latar belakang 2. BAB II 3. BAB III	1. Latar belakang 2. (diubah bagian peran perawat dalam menangani penyakit tuberculosis) 3. BAB II 4. Perhatikan cara pengetikan sumber setiap poin, tanda baca dan kata-kata yang harus bercetak miring. 5. Daftar pustaka di lengkapi	



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

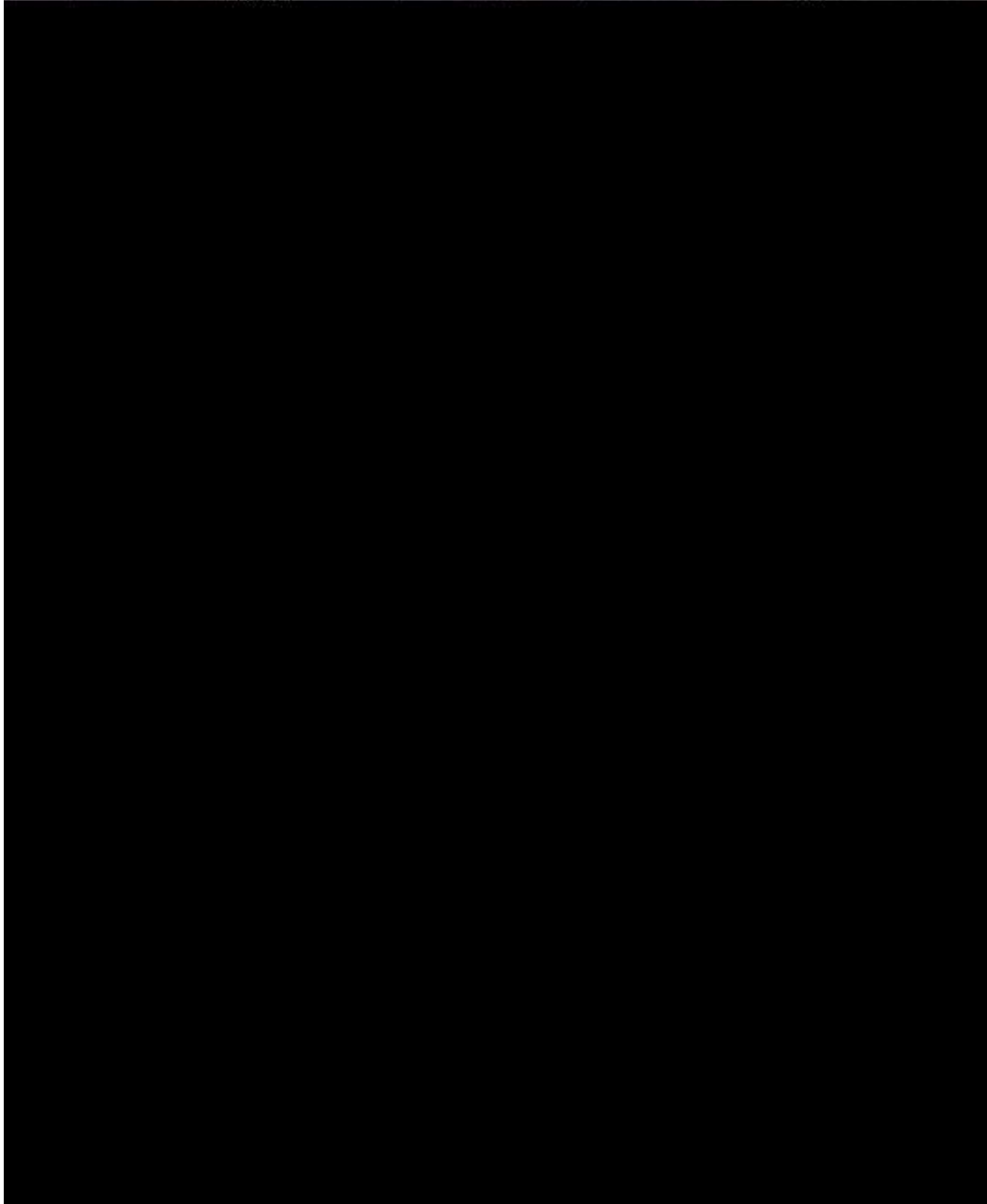


### LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama : Sesilia Desi Yanti Lani  
NIM : PO. 5303202210033  
Pembimbing Utama : Syaputra Artama Syarifudin, S.Kep.,Ns., M.Kep  
Pembimbing Pendamping: Yustina P.M. Paschalia, S.Kep.,Ns.,M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1.	Jumad, 1 Maret 2024	Konsultais Revisi : BAB I- BAB III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kata pengantar diperbaiki</li> <li>2. BAB I Latar belakang : Data penderita TB di kabupaterrn ditambahkan, sebagai perbandingan kasus TB meningkat/menurun.</li> <li>3. BAB II               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pathway diperbaiki dipelajari, sesuaikan dengan masalah keperawatan yang ada (Bersihan jalan nafas tidak efektif).</li> <li>b. Penatalaksanaan keperawatan disederhanakan sesuai tindakan keperawatan yang dapat dilakukan.</li> <li>c. Intervensi keperawatan disesuaikan dan tujuan dengan (SIKI dan SLKI).</li> <li>d. Implementasi diperbaiki dengan pemahaman yang lebih sederhana</li> <li>e. Evaluasi disesuaikan tujuan dari hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan.</li> </ol> </li> <li>4. BAB III : Subyek studi kasus dikriteria eksklusi diubah menjadi :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien TB baru dengan komplikasi</li> </ol> </li> </ol>	

2.	Selasa, 19 Maret 2024	Konsultasi Revisi : Cover- B&P I	I. Cover : Nama penulis spasi 1.
----	--------------------------	--	-------------------------------------







JADWAL KEGIATAN

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

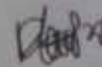
## LAMPIRAN 4

## PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak / Ibu / Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus berjudul ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS TUBERCULOSIS.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah yang dapat memberi manfaat berupa Studi kasus ini berlangsung selama
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 tidak akan menimbulkan masalah kesehatan / memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu /Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus 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 silahkan menghubungi saya pada nomor HP : 082220973775

Ende, 09 Mei 2024

Peneliti,



SESILIA DESI YANTLLANI  
PO\_5303202210033

## LAMPIRAN 5


**INFORMED CONSET**  
( Persetujuan menjadi Partisipan )

Yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa : saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh SESILIA DESI YANTI LANI dengan judul ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS TUBERCULOSIS  
Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun. Apabila selama penelitian studi kasus ini saya mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri tanpa sanksi apapun.

Ende, 9 Mei 2024

Saksi

Yang memberikan Persetujuan

  
Bernadete Trispasetia Hidar

  
Zakarias Sili Sari

Peneliti,

  
SESILIA DESI YANTI LANI  
PO. 5303202210033

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP****A. Data Diri**

Nama : Sesilia Desi Yanti Lani  
Tempat/Tanggal lahir : Ende, 04 Desember 2002  
Alamat : Lokoboko  
Jenias Kelamin : Perempuan  
Agama : Katolik

**B. Riwayat Pendidikan**

SD Inpres Ende 14  
SMPN 1 Ndona  
SMA Katolik St Petrus Ende  
Prodi DIII Keperawatan Ende

**MOTTO**

“KEHILANGAN BUKAN AKHIR UNTUK MENGGENGAM MASA  
DEPAN”