

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M. T DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS TUBERKULOSIS PARU  
DI RUANGAN PERAWATAN KHUSUS (RPK)**

**KARYA TULIS ILMIAH**



**OLEH**

**YULIUS ALVARES P. WANGGE**  
**NIM. PO5303202200533**

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

**2024**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M. T DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS TUBERKULOSIS PARU DI  
RUANGAN PERAWATAN KHUSUS (RPK)**

**KARYA TULIS ILMIAH**

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



**OLEH**

**YULIUS ALVARES P. WANGGE**  
**NIM. PO5303202200533**

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

**2024**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**


**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M. T DENGAN DIAGNOSA  
MEDIS TUBERKULOSIS PARU DI RUANGAN PERAWATAN KHUSUS  
(RPK) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ENDE**

OLEH

**YULIUS ALVARES P. WANGGE**  
**PO.5303202200533**

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diperiksa Dan Disetujui  
Oleh Pembimbing Untuk Diujikan  
Ende, 05 Juli 2024

Pembimbing

  
**Syarifuddin, S.Kep. Ns. M.Kep**  
**NIP.198811102020121002**

Mengetahui  
Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende

  
  
**Aris Wawirneko, M.Kep. Ns. Sp.Kep. Kom**  
**NIP. 196601141991021001**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M. T DENGAN DIAGNOSA MEDIS  
TUBERKULOSIS PARU DI RUANGAN PERAWATAN KHUSUS (RPK)  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ENDE**

**OLEH**

**YULIUS ALVARES P. WANGGE**  
**PO.5303202200533**

Karya Tulis Ilmiah ini telah diujikan dan dipertanggungjawabkan  
pada tanggal, 05 Juli 2024

Penguji ketua



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

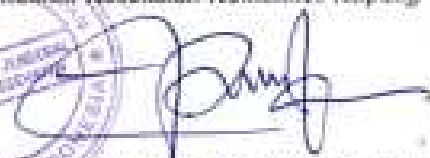
Penguji anggota



Syaputra Arrama Swarifudin, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIP. 198811102020121002

Disahkan Oleh:

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Agus Wibisono, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.,Kam  
NIP. 196601141991021001

### PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Yulius Alvares P, Wangge  
NIM : PO. 5303202200533  
Program Studi : D III Keperawatan Ende  
Judul Karya Tulis : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. M. T DENGAN DIAGNOSA MEDIK 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, 05 Juli 2024

Yang Membuat Pernyataan



Yulius Alvares P. Wangge  
NIM. PO.5303202200533

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmatnya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diagnosa Medis Tuberkulosis Paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende” dengan baik. Dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, tidak lepas dari campur tangan berbagai pihak, sehingga Karya Tulis Ilmiah ini selesai tepat pada waktunya. Untuk itu penulis mengucapkan 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, sekaligus penguji ketua yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini serta telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Dr. Ester Puspa Jelita, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melaksanakan praktek di RSUD Ende.
4. Bapak Syaputra Artama Syarifuddin, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing sekaligus penguji anggota yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Ibu Marianti Ola, S.Kep, Ns selaku Kepala Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende yang telah memberikan izin kepada penulis dalam melaksanakan studi kasus.
6. Orang tua yang selalu mendukung dan memotivasi penulis dalam menyelesaikan pendidikan.
7. Ny. M.T dan Keluarga yang telah bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah
8. Teman-teman tingkat III B, serta siapa saja yang telah membantu dengan caranya masing-masing baik secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis selama penyusunan hingga selesainya laporan studi kasus ini.

Penulis menyadari bahwa 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, 05 Juli 2024

Penulis

## ABSTRACT

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. M. T DENGAN DIAGNOSA MEDIS TUBERCULOSIS PARU DI RUANG PERAWATAN KUSUS (RPK) RSUD ENDE

Yulius A. P. Wangge<sup>(1)</sup> Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom<sup>(2)</sup>

Syaputra Artama Syarifuddin, S.Kep.Ns., M.Kep.<sup>(2)</sup>

[leonardoaprilio0@gmail.com](mailto:leonardoaprilio0@gmail.com)

**Latar Belakang** asuhan keperawatan merupakan salah satu pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan standar dalam proses pemulihan kasus TB Paru. **Tujuan** studi kasus ini untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada Ny. M. T dan menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata. **Metode** yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi keperawatan. **Hasil** pengkajian pada Ny. M.T ditemukan data bahwa pasien mengatakan sesak napas disertai dengan batuk berdahak, mudah lelah, cepat sesak napas saat melakukan aktifitas, selera makannya kurang, porsi makan tidak dihabiskan, tampak kurus, pucat, adanya retraksi dinding dada, frekuensi napas 26x/m (*takipneu*), perkusi paru redup di dada bagian lobus kiri atas, fremitus paru lemah, bunyi napas ronki, pemeriksaan darah lengkap : WBC/Leukosit  $18.64 \times 10^3/uL$  (tinggi) nilai rujukan  $4.0-10.60 \times 10^3/uL$ , TD: 130/70 mmHg, S:  $37^{\circ}C$ , N: 90 x/menit, RR: 24x/menit, Spo2 99%, terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit, TB:157 cm, BB:41,5 kg, indeks massa tubuh (IMT): 13,2. IMT BBK (*underweight*):  $<18,5kg/m^2$ . Diagnosa keperawatan pada Ny.M.T yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas, defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Intervensi yang dilakukan pada Ny.M.T adalah manajemen pola napas, manajemen nutrisi dan manajemen energi. Tindakan dilakukan selama 3 hari mulai dari tanggal 29-01 Mei 2024. Setelah dilakukan perawatan dan pengobatan 3x24 jam terhadap pasien Ny.M.T diperoleh hasil bahwa masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi, masalah defisit nutrisi teratasi dan masalah intoleransi aktifitas teratasi. **Kesimpulan** Setiap penderita TB paru berbeda-beda tanda dan gejalanya tergantung dari lamanya seseorang menderita dan lamanya pengobatan yang dialami pasien. Oleh sebab itu diharapkan untuk tetap menjaga kesehatan, dan selalu patuh dalam minum obat.

**Kepustakaan : 20 Buah (2014-2023)**

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

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



## ABSTRACT

### NURSING CARE IN Ny. M.T WITH MEDICAL DIAGNOSIS OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN THE SPECIAL CARE ROOM (RPK)OF ENDE HOSPITAL

Yulius A. P. Wangge<sup>(1)</sup> Aris Wawomeo, M.Kep., Ns.,Sp.Kep.Kom<sup>(2)</sup>

Syaputra Artama Syarifuddin, S.Kep.Ns.,M.Kep.<sup>(2)</sup>

[leonardoaprilio0@gmail.com](mailto:leonardoaprilio0@gmail.com)

Nursing care background is one of the implementation of nursing care in accordance with standards in the recovery process of Pulmonary TB cases. The purpose of this case study is to describe nursing care in Mrs. M. T and analyze the gap between theory and real cases. The method used in this scientific paper is a case study method with a nursing care approach which includes assessment, nursing diagnosis, nursing intervention, implementation, and nursing evaluation. The results of the study on Mrs. M.T found data that patients said shortness of breath accompanied by coughing up phlegm, easily tired, rapid shortness of breath when doing activities, lack of appetite, portion of food not spent, looked thin, pale, chest wall retraction, breathing frequency 26x / m (tachypneu), dim pulmonary percussion in the chest upper left lobe, weak lung phremitus, ronki breathing sound, complete blood test: WBC/Leukocytes 18.64 x103uL (high) reference value 4.0-10.60 x103uL,TD: 130/70 mmHg, S: 37<sup>0</sup>C, N: 90 x/min, RR: 24x/min, Spo2 99%, attached nasal oxygen cannula 3 liters/min, TB: 157 cm, BB: 41.5 kg, body mass index (BMI): 13.2. BMI BBK (underweight): <18.5kg/m<sup>2</sup>. The nursing diagnosis in Mrs.M.T is that ineffective airway clearance is associated with airway hypersecretion, nutritional deficits are associated with increased metabolic needs and activity intolerance is associated with weakness. The interventions carried out on Mrs.M.T were breath pattern management, nutrition management and energy management. The action will be carried out for 3 days starting from May 29-01, 2024. After 3x24 hours treatment and treatment of Mrs.M.T patients, it was found that the problem of airway clearance was not effectively resolved, the problem of nutritional deficit was resolved and the problem of activity intolerance was resolved. Conclusion Every patient with pulmonary TB has different signs and symptoms depending on the length of time a person suffers and the length of treatment experienced by the patient. Therefore, it is expected to maintain health, and always obey in taking medicine.

**Libraries : 20 Pieces (2014-2023)**

**Keywords : Nursing Care, Pulmonary Tuberculosis**

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

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>LEMBARAN PERSETUJUAN</b> .....	ii
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	iii
<b>PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN</b> .....	iv
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	v
<b>ABSTRAK</b> .....	vii
<b>ABSTRACT</b> .....	viii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xi
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan Studi Kasus .....	4
D. Manfaat Studi Kasus .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	7
A. Konsep Dasar Penyakit .....	7
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan .....	13
<b>BAB III MOTODE STUDI KASUS</b> .....	34
A. Rancangan/Desain Studi Kasus .....	34
B. Subjek Studi Kasus .....	34
C. Batasan Istila (Definisi Operasional) .....	34
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus .....	35
E. Prosedur Studi Kasus .....	35
F. Teknik Pengumpulan Data .....	35
G. Instrument Pengumpulan Data .....	36
H. Keabsahan Data .....	36
I. Analisis Data .....	37

<b>BAB IV MOTODE STUDI KASUS .....</b>	<b>38</b>
A. Hasil Studi Kasus .....	38
B. Studi Kasus .....	39
C. Pembahasan.....	64
<b>BAB V MOTODE STUDI KASUS.....</b>	<b>72</b>
A. Kesimpulan .....	72
B. Saran.....	74
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP</b>	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway .....	10
--------------------------	----

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Defenisi operasional.....	33
Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap .....	46
Tabel 4.2 Terapi/ Pengobatan .....	46
Tabel 4.3 Analisa Data.....	48
Tabel 4.4 Intervensi Keperawatan.....	51

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

*Tuberkulosis* (TB) disebabkan oleh bakteri *mycobacterium tuberculosis* yang paling umum menyerang pada paru-paru. *Tuberkulosis* dapat disembuhkan dan dapat dicegah. TB menyebar dari orang ke orang melalui udara. Saat orang dengan TB paru batuk, bersin, atau meludah, mereka mendorong kuman-kuman TB paru ke udara. Hanya dengan menghirup sejumlah kecil kuman-kuman ini, seseorang dapat terinfeksi (*World Health Organization (WHO), 2022*).

TB paru terjadi di setiap bagian dunia. Pada tahun 2020, jumlah terbesar kasus baru TB paru, yaitu 43%, terjadi di Kawasan WHO Asia Tenggara, diikuti oleh Kawasan WHO Afrika, dengan 25% kasus baru, dan Kawasan WHO Pasifik Barat, dengan 18%. Pada tahun 2020, 86% kasus TB baru terjadi di 30 negara dengan beban TB paru yang tinggi. Delapan negara menyumbangkan dua pertiga kasus TB paru baru: India, Tiongkok, Indonesia, Filipina, Pakistan, Nigeria, Bangladesh, dan Afrika Selatan. (WHO, 2022)

Berdasarkan Laporan Kasus Tuberkulosis Global dan Indonesia (2022) Indonesia berada pada posisi Kedua dengan jumlah penderita TB paru terbanyak di dunia setelah India, diikuti oleh China, Filipina, Pakistan, Nigeria, Bangladesh dan Republik Demokratik Kongo secara berutan. Pada tahun 2021 jumlah kasus tuberkulosis yang ditemukan sebanyak 397.377 kasus, meningkat bila dibandingkan semua kasus

tuberkulosis yang ditemukan pada tahun 2020 yaitu sebesar 351.936 kasus. Jumlah kasus pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan baik secara nasional maupun provinsi. Secara nasional jumlah kasus pada laki-laki sebesar 57,5% dan 42,5% pada perempuan (Profil Kesehatan Indonesia, 2021)

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur (2021), Provinsi Nusa Tenggara Timur menempati posisi ke-29 dari 34 provinsi dengan jumlah kasus TB paru sebanyak 32,2 pada tahun 2018. Kabupaten Ende merupakan salah satu Kabupaten di Indonesia dengan jumlah kasus TB paru cukup tinggi. Kabupaten Ende merupakan salah satu Kabupaten di Indonesia dengan jumlah kasus TB paru cukup tinggi Profil Dinas kesehatan kabupaten kota Ende (2022), kasus TB paru mengalami peningkatan dari tahun 2020 sampai tahun 2022. Pada tahun 2020 penderita penyakit TB Paru di Kabupaten Ende sebanyak 213 orang, pada tahun 2021 sebanyak 331 orang dan pada tahun 2022 sebanyak 545 orang (Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Ende, 2022).

Berdasarkan data rekam medik Rumah Sakit Umum Daerah Ende diketahui bahwa pada tahun 2020 kasus TB paru sebanyak 62 orang, diantaranya laki-laki 37 orang dan perempuan 25 orang. Pada tahun 2021 sebanyak 22 orang, diantaranya laki-laki 12 orang dan perempuan 10 orang. Pada tahun 2022 sebanyak 87 orang, diantaranya laki-laki 60 orang dan perempuan 27 orang (RSUD Ende, 2022). Dari data di atas menunjukkan peningkatan penderita TB paru yang signifikan dari tahun 2021 hingga 2022.

Peningkatan tersebut dapat terjadi akibat kurangnya pengetahuan terkait cara pencegahan TB Paru dan ketidakpatuhan dalam pengobatan.

Ada beberapa faktor kemungkinan yang menjadi resiko terjadinya penyakit Tuberculosis Paru diantaranya yaitu faktor kependudukan (umur, jenis kelamin, status gizi, peran keluarga, tingkat pendapatan, tingkat pendidikan), faktor lingkungan rumah (luas ventilasi, kepadatan hunian, intensitas pencahayaan, jenis lantai, kelembaban rumah, suhu dan jenis dinding), perilaku (kebiasaan membuka jendela setiap pagi dan kebiasaan merokok) dan riwayat kontak (Sajodin, 2022).

Tuberculosis (TB) akan menimbulkan dampak secara langsung bagi penderita yaitu kelemahan fisik, batuk terus menerus, keringat di malam hari dan panas tinggi sedangkan dampak bagi keluarga yaitu penderita TB Paru yang tidak diobati akan menularkan kuman TB pada keluarganya, dan akan sangat sulit jika penderita TB tinggal dalam satu rumah dengan banyak orang (Girin Kartika Sari, 2022). Komplikasi yang terjadi pada penyakit TB Paru yaitu, batuk darah, pneumotoraks, efusi pleura dan empiema, luluh paru serta penyebaran TB ke Organ lainnya (Nurrasyidah, 2018).

Berdasarkan tingginya angka kejadian TB paru, di harapkan penularanya dapat di cegah melalui salah satunya peran diri ataupun keluarga. Oleh karena itu melalui asuhan keperawatan pada pasien TB dapat menjadi upaya yang efektif dalam meningkatkan pemahaman perawatan penyakit TB paru pada pasien maupun keluarga. Asuhan keperawatan pada pasien TB paru yang dilakukan dari tahap pengkajian pasien hingga menyelesaikan masalah



keperawatan pasien TB paru, diharapkan sebagai penunjang kesembuhan pasien dan pencegahan penularan TB paru. Salah satu upaya lain dari pelaksanaan asuhan keperawatan itu dengan meningkatkan peran keluarga dalam proses penyembuhan dengan cara kepatuhan minum obat dan program pengawas minum obat (PMO). Melalui edukasi Kepedulian keluarga menjadi salah satu cara menekan penularan TB paru. Menurut Tamamengka et al., (2019) terdapat hubungan fungsi afektif dan perawatan keluarga dengan proses kesembuhan pasien TB paru.

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

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah adalah “Bagaimanakah gambaran Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan TB paru di RSUD Ende”

## **C. Tujuan**

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

### **1. Tujuan umum**

Diketuainya dan dilaksananya proses asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis TB paru di Ruang RPK RSUD Ende.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Diketuinnnya dan dilaksanaanya pengkajian pada pasien dengan diangnosa medis TB paru di Ruangan RPK RSUD Ende.
- b. Dirumuskannya diangnosa keperawatan pada pasien dengan diangnosa medis TB paru di Ruangan RPK RSUD Ende.
- c. Ditapkannya rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan diangnosa medis TB paru di Ruangan RPK RSUD Ende.
- d. Diketuinnnya dan dilaksanaanya implementasi keperawatan pada pasien dengan diangnosa medis TB paru di RSUD Ende.
- e. Diketuinnnya dan dilaksanaanya evaluasi keperawatan pada pasien dengan diangnosa medis TB paru di Ruangan RPK RSUD Ende.
- f. Diketahui kesenjangan teori dan praktik asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis TB paru di Ruangan RPK RSUD Ende.

## **D. Manfaat Studi Kasus**

### 1. Peneliti

Sebagai bahan acuhan untuk menambah pengetahuan, memperluas wawasan, dan pemahaman penulis tentang TB Paru.

### 2. Rumah Sakit

Sebagai masukan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dengan diagnosa medis TB Paru.

3. Pelayanan kesehatan

Sebagai sumber informasi atau bahan masukan bagi institusi terkait di wilayah Nusa Tenggara Timur dan menentukan kebijakan terhadap penegahan dan penanganan terhadap kejadian TB Paru.

4. Bagi Pasien dan Keluarga

Pasien dan keluarga dapat mengetahui tentang TB Paru yang diderita pasien dan mengetahui cara penanganan pasien dengan TB Paru.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Teori Penyakit**

##### **1. Pengertian**

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

Tuberkulosis adalah penyakit yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*. Tuberkulosis biasanya menyerang bagian paru-paru, yang kemudian dapat menyerang kesemua tubuh. Infeksi biasanya terjadi pada 2-10 minggu. Pasca 10 minggu, akan muncul manifestasi penyakit pada pasien karena gangguan dan ketidakefektifan respon imun. Namun demikian, proses aktivasi TBC ini juga dapat berlangsung secara berkepanjangan (Kardiyudiani Ketut Ni, 2019).

## 2. Etiologi

Menurut Kardiyudiani Ketut Ni (2019), tuberculosis (TBC) disebabkan oleh sejenis bakteri yang disebut *Mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini menyebar saat penderita TB batuk atau bersin dan orang lain menghirup *droplet* yang dikeluarkan, yang mengandung bakteri TB. Meskipun TB menyebar dengan cara yang sama dengan flu, penyakit ini tidak menular dengan mudah, dibutuhkan kontak dalam waktu beberapa jam dengan orang yang terinfeksi. Misalnya, infeksi TBC biasanya menyebar antar anggota keluarga yang tinggal di rumah yang sama. Akan sangat tidak mungkin bagi seseorang untuk terinfeksi dengan duduk di samping orang yang terinfeksi di bus atau kereta api. Selain itu, tidak semua orang dengan TB dapat menularkan TB. Anak dengan TB atau orang dengan infeksi TB yang terjadi di luar paru-paru (TB ekstrapulmoner) tidak menyebarkan infeksi.

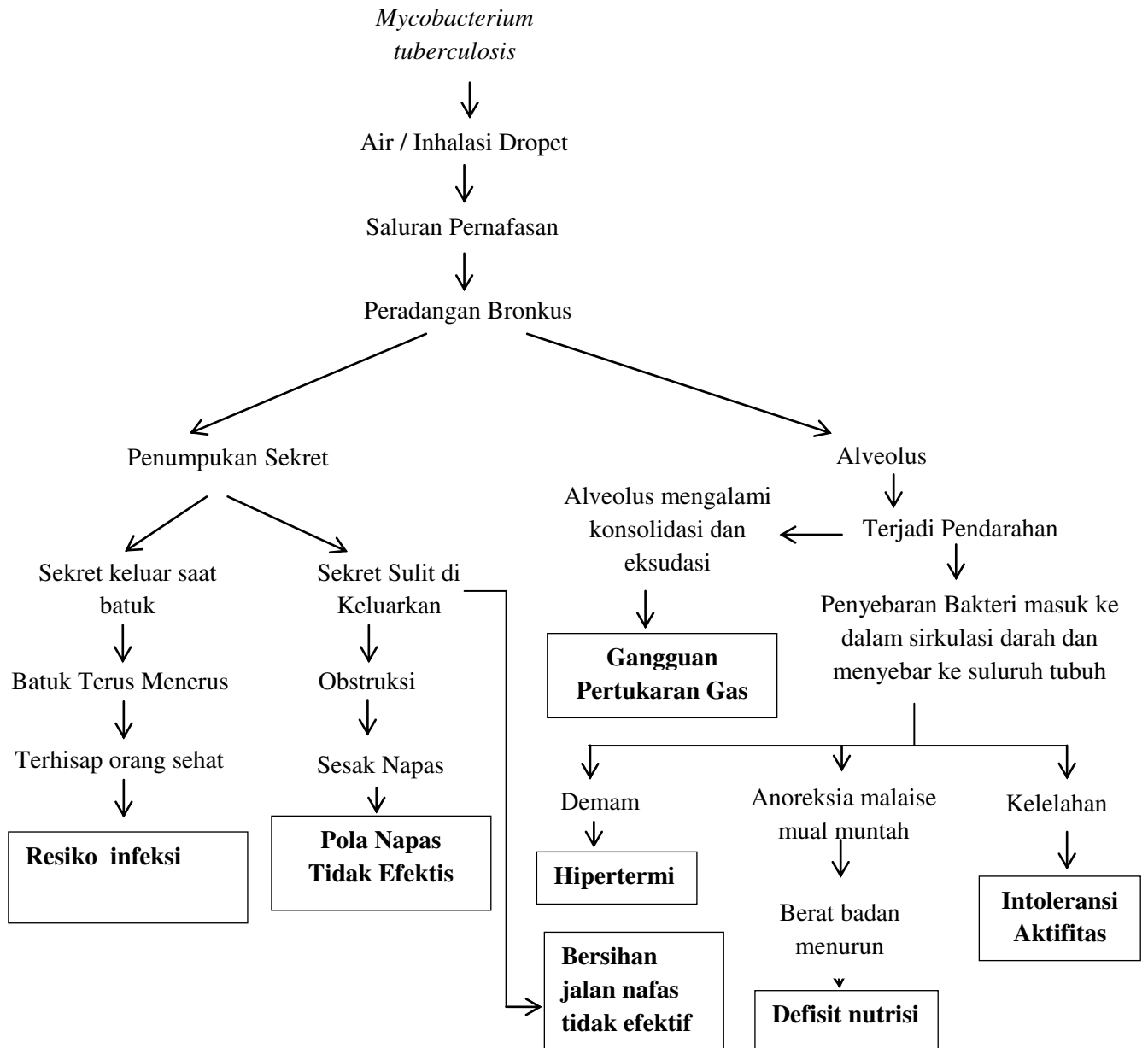
## 3. Patofisiologi

Menghirup *micobaceterium tuberculosis* menyebabkan salah satu dari empat kemungkinan hasil, yakni pembersihan organisme, infeksi laten, permulaan penyakit aktif (penyakit primer), penyakit aktif bertahun-tahun kemudian (rektivasi penyakit). Sumber utama penularan penyakit ini adalah pasien TB BTA positif. Pada saat pasien batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nucle*). Sekali batuk, pasien TB BTA positif dapat menghasilkan 3.000 percikan dahak. Umumnya, penularan terjadi dalam ruangan dimana dahak berada

dalam waktu yang lama. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan gelap dan lembap (Werdhani, 2011).

Setelah terhirup, droplet infeksius tetesan menular menetap di seluruh saluran udara. Sebagian besar bakteri terjebak dibagian atas saluran napas dimana sel epitel mengeluarkan lendir. Lendir yang dihasilkan menangkap zat asing dan sila di permukaan sel terus-menerus menggerakkan lendir dan partikelnya yang tertangkap untuk dibuang. Sistem ini memberi tubuh pertahanan fisik awal yang mencegah infeksi tuberculosis (Kardiyudiani Ketut Ni 2019).

## Pathway



Gambar 2.1 Pathway TB Paru

Arif Mutaqin, 2017

#### 4. Manifestasi Klinis

Menurut Burhan Erlina, dkk, (2020), Gejala penyakit TB tergantung pada lokasi lesi, sehingga dapat menunjukkan manifestasi klinis sebagai berikut:

- a. Batuk lebih dari 2 minggu
- b. Batuk berdahak
- c. Batuk berdahak dapat bercampur darah
- d. Dapat disertai nyeri dada
- e. Sesak napas

Dengan gejala lain meliputi :

- a. Malaise
- b. Penurunan berat badan
- c. Menurunnya nafsu makan
- d. Menggigil
- e. Demam
- f. Berkeringat di malam hari

#### 5. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Kardiyudiani Ketutu Ni (2019), beberapa tes digunakan untuk mendiagnosis TB paru, bisa sulit dan beberapa tes biasanya diperlukan. Pasien menjalani pemeriksaan sinar-X dada untuk mencari perubahan pada gambaran infiltrasi paru-paru yang menandakan TB. Sampel dahak juga akan sering diperiksa untuk memastikan keberadaan



bakteri TB. Tes ini penting dalam membantu menentukan pengobatan yang paling efektif.

## 6. Komplikasi

Menurut Kardiyudiani Ketutu Ni (2019), komplikasi tuberkulosis meliputi :

- a. Nyeri tulang belakang
- b. Kerusakan sendi
- c. Infeksi pada meningen (meningitis)
- d. Masalah hati atau ginjal
- e. Gangguan jantung

## 7. Penatalaksanaan

### a. Penatalaksanaan Medis

- 1) Obat lini pertama: isoniazid atau INH (Nydrasid), rifampisin (Rifadin), pirazinamida, dan etambutol (Myambutol) setiap hari selama 8 minggu dan berlanjut hingga 4 sampai 7 bulan.
- 2) Obat lini kedua: capreomycin (Capastat), etionamida (Trecator), sodium para-aminosalicylate, dan sikloserin (Seromisin).
- 3) Vitamin B (Piridoksin) biasanya diberikan dengan INH, (Kardiyudiani Ketutu Ni, 2019).

### b. Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) Mengatur posisi pasien semi fowler
- 2) Mengajarkan teknik batuk efektif dan menarik napas dalam

- 3) Memberikan dan menganjurkan pasien minum air 7-8 gelas berukuran 230 ml per hari atau dengan total 2 liter.
- 4) Menganjurkan pasien makan makanan yang tinggi kalori dan protein.
- 5) Menganjurkan pasien banyak istirahat.
- 6) Menganjurkan menggunakan masker

## **B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

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

### 1. Pengkajian

#### a. Pengumpulan data

##### 1) Biodata

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

##### 2) Riwayat kesehatan

###### a) Keluhan utama

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

b) Riwayat kesehatan sekarang

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

c) Riwayat kesehatan masa lalu

Biasanya klien penderita TB paru, keluhan batuk yang lama pada masa kecil, tuberculosis dari orang lain, pembesaran getah bening dan penyakit lainnya yang memperberat TB paru seperti diabetes melitus.

d) Riwayat kesehatan keluarga.

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

3) Pola-pola fungsi kesehatan

a) Pola persepsi kesehatan.

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

b) Pola nutrisi dan metabolic.

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

c) Pola eliminasi.

Pada klien TB paru biasanya tidak mengalami perubahan atau kesulitan dalam BAK maupun BAB

d) Pola aktivitas dan latihan.

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

e) Pola sensori dan kognitif.

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

f) Pola tidur dan istirahat.

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

g) Pola persepsi dan konsep diri.

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

h) Pola hubungan dan peran

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

i) Pola reproduksi seksual

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

j) Pola koping/toleransi stres.

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

k) Pola nilai/kepercayaan.

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

b. Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum

Tekanan darah normal (kadang rendah karena kurang istirahat), nadi pada umumnya meningkat, pernafasan biasanya meningkat (normal pernapasan 16-20x/m), suhu biasanya meningkat pada malam hari dan, tampak kurus.

b) Kepala

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

c) Thorak

Kadang terlihat retraksi interkosta dan tarikan dinding dada, biasanya pasien kesulitan saat inspirasi, fremitus paru yang terinfeksi biasanya

lemah, saat diperkusi terdapat suara pekak dan bunyi napas ronchi saat di auskultasi.

d) Abdomen

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

e) Ekstermitas atas dan bawah

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

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai Kesehatan yang optimal (Tim Pokja SDKI PPNI, 2016). Menurut peneliti dalam kasus TB Paru diagnosa keperawatan yang muncul diantaranya sebagai berikut :

a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Sekresi yang tertahan di tandai dengan:

Data subyektif : Batuk, batuk berdarah, batuk berdarah.

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

b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya napas yang di tandai dengan:

Data subyektif : Sesak napas.

Data obyektif : Penggunaan otot bantu pernapasan, sesak napas

- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi.

Data subyektif : dispnea  $PCO_2$  meningkat/menurun,  $PO_2$  menurun, takikardia, pH arteri meningkat/menurun, bunyi napas tambahan

Data obyektif : pusing, penglihatan kabur sianosis, diaforesis, gelisah, napas cuping hidung, pola napas abnormal (cepat/lambat, regular/ireguler, dalam/dangkal), warna kulit abnormal (mis. pucat, kebiruan), kesadaran menurun.

- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan Peningkatan kebutuhan metabolisme yang ditandai dengan :

Data subyektif : cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen nafsu makan menurun.

Data obyektif : Berat badan menurun.

- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan yang ditandai dengan :

Data subyektif : Badan lemah.

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

- f. Hipertermia berhubungan dengan Proses penyakit yang ditandai dengan:

Data obyektif : Demam, keringat di malam hari.

Data obyektif : Demam. Suhu meningkat.

- g. Resiko infeksi berhubungan dengan Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan yang ditandai dengan :

Data subyektif : Mengeluh Lelah

Data obyektif : frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, 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. Rencana Tindakan Keperawatan

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Sekresi yang tertahan.

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

Penyebab fisiologis : spasme jalan napas, hipersekresi jalan napas, disfungsi neuromuskuler, benda asing dalam jalan napas, Sekresi yang tertahan, hiperplasia dinding jalan napas, proses infeksi, respon alergi, efek agen farmakologis (misalnya. Anastesi).

Penyebab situasional : merokok aktif, ,merokok pasif, terpajan polutan.

Gejala dan Tanda mayor :

Subjektif : -

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

Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif : dispnea, sulit bicara, ortopnea.

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



Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah

Bersihan jalan napas tidak efektif teratasi

Kriteria hasil :

- 1) Batuk efektif meningkat
- 2) Produksi sputum menurun
- 3) Mengi menurun
- 4) Wheezing menurun
- 5) Dispnea membaik
- 6) Sianosis membaik
- 7) Gelisah membaik
- 8) Frekuensi napas membaik
- 9) Pola napas membaik

Intervensi :

- 1) Manajemen jalan napas
- 2) Observasi :
  - a) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
  - b) Monitor bunyi napas (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronki kering)
  - c) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
- 3) Terapeutik :
  - a) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head-tilt* dan *chin-lift* (*jaw-thrust* jika curiga trauma servikal)
  - b) Posisikan semi-fowler atau fowler

- c) Berikan minum hangat
- d) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
- e) Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik
- f) Berikan oksigen, jika perlu

4) Edukasi :

- a) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi
- b) Anjurkan teknik batuk efektif

5) Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspetoran, mukolitik, jika perlu

b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya napas.

Definisi : Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

Penyebab : Depresi pusat pernapasan, hambatan Upaya napas (mis. Nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan), deformitas dinding dada, deformitas tulang dada, gangguan neuromuskular, gangguan neurologis (mis. Elektroensefalogram [EEG] positif, cedera kepala, gangguan kejang), imaturitas neurologis, penurunan energi, obesitas, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, sindrom hipoventilasi, kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf C5 ke atas), cedera pada medulla spinalis, efek agen farmakologis, kecemasan.

Gejala dan Tanda mayor :

Subjektif : Sesak napas

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

Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif : Ortopnea

Objektif : pernapasan pursed-lip, pernapasan cuping hidung, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, ekskursi dada berubah.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah pola napas tidak efektif teratasi

Kriteria hasil :

- 1) Dispnea menurun
- 2) Penggunaan otot bantu napas menurun
- 3) Pernapasan cuping hidung menurun
- 4) Frekuensi napas membaik
- 5) Kedalaman napas membaik

Intervensi :

- 1) Manajemen pola napas
- 2) Observasi :
  - a) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman)
  - b) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Mengi, wheezing).
- 3) Terapeutik :
  - a) Posisikan dengan posisi semi fowler.
  - b) Berikan air hangat

4) Edukasi :

a) Ajarkan teknik batuk efektif.

5) Kolaborasi :

a) Kolaborasi pemberian oksigen.

c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi.

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

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

Gejala dan Tanda mayor :

Subjektif : dispnea.

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

Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif : pusing, penglihatan kabur.

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

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah

Gangguan pertukaran gas teratasi

Kriteria hasil :

- 1) Dispnea menurun
- 2) Bunyi napas tambahan menurun
- 3) Napas cuping hidung menurun
- 4) sianosis membaik
- 5) pola napas membaik

Intervensi :

- 1) Pemantauan respirasi
- 2) Obserfasi :
  - a) Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas
  - b) Monitor pola napas
  - c) Monitor kemampuan batuk efektif
  - d) Monitor adanya produksi sputum
  - e) Monitor adanya sumbatan jalan napas
  - f) Askultasi bunyi napas
  - g) Monitor saturasi oksigen
- 3) Terapeutik
  - a) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
  - b) Dokumentasikan hasil pemantauan
- 4) Edukasi
  - a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
  - b) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

d. Defisit nutrisi berhubungan dengan Peningkatan kebutuhan metabolisme.

Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

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

Gejala dan Tanda mayor :

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

Gejala dan Tanda Minor :

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

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

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah

Defisit nutrisi teratasi

Kriteria hasil :

- 1) Porsi makan yang di habiskan meningkat
- 2) Kekuatan otot pengunyah meningkat
- 3) Kekuatan otot menelan meningkat
- 4) Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat

- 5) Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat
- 6) Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat
- 7) Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat
- 8) Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat
- 9) Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat
- 10) Perasaan cepat kenyang menurun
- 11) Nyeri abdomen menurun
- 12) Berat badan membaik
- 13) Indikasi masa tubuh (IMT) membaik
- 14) Frekuensi makan membaik
- 15) Nafsu makan membaik
- 16) Bising usus membaik
- 17) Tebal lipatan kulit trisep membaik
- 18) Membrane mukosa membaik

Intervensi :

- 1) Manajemen nutrisi
- 2) Observasi
  - a) Identifikasi status nutrisi
  - b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
  - c) Identifikasi makanan yang disukai
  - d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
  - e) Monitor asupan makanan
  - f) Monitor berat badan

- g) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
- 3) Terapeutik
- a) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
  - b) Fasilitasi pedoman penentuan diet (mis, piramida makan)
  - c) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
  - d) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
  - e) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
  - f) Berikan suplemen makanan, jika perlu
  - g) Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi
- 4) Edukasi
- a) Anjurkan posisi duduk, jika mampu
  - b) Anjurkan diet yang diprogramkan
- 5) Kolaborasi
- a) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri, antiemetic), jika perlu
  - b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan.

Definisi : Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

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

Gejala dan Tanda mayor :



Subjektif : mengeluh lelah

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

Gejala dan Tanda Minor :

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

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

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan respon fisiologis terhadap aktifitas yang membutuhkan tenaga mambaik

Kriteria hasil :

- 1) Frekuensi nadi meningkat
- 2) Saturasi oksigen meningkat
- 3) Kemudahan dalam melakukan aktifitas sehari-hari meningkat
- 4) Kecepatan berjalan meningkat
- 5) Jarak berajalan meningkat
- 6) Kekuatan tubuh bagian atas meningkat
- 7) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat
- 8) Toleransi dalam menaiki tangga meningkat
- 9) Keluhan lelah menurun
- 10) Dyspnea saat aktifitas menurun
- 11) Dyspnea setelah aktifitas menurun
- 12) Perasaan lemah menurun

- 13) Aritmia saat aktifitas menurun
- 14) Aritmia setelah aktifitas menurun
- 15) Sianosis menurun
- 16) Warna kulit membaik
- 17) Tekanan darah membaik
- 18) Frekuensi napas membaik
- 19) EKG iskemia membaik

#### Intervensi

- 1) Manajemen energy
- 2) Observasi
  - a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
  - b) Monitor kelelahan fisik dan emosional
  - c) Monitor pola dan jam tidur
  - d) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas
- 3) Terapeutik
  - a) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus ( mis, cahaya, suara, kunjungan)
  - b) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif
  - c) Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan
  - d) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.

- 4) Edukasi
  - a) Anjurkan tirah baring
  - b) Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap
  - c) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
  - d) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan.
- 5) Kolaborasi
  - a) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

f. Hipertermia berhubungan dengan Proses penyakit.

Definisi : Suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh.

Penyebab : Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, proses penyakit (misalnya. infeksi, kanker), ketidaksesuaian pakian dengan suhu lingkungan, peningkatan laju metabolisme, respon trauma, aktivitas berlebihan, penggunaan incubator.

Gejala dan Tanda mayor :

Subjektif : Demam .

Objektif : suhu tubuh di atas nilai normal, kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, kulit teraba hangat.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan di harapkan agar suhu tubuh tetap berada pada rentang normal.

Kriteria hasil :

- 1) Kulit merah menurun

- 2) Kejang menurun
- 3) Suhu tubuh membaik
- 4) Suhu kulit membaik

Intervensi :

- 1) Manajemen hipertermia
- 2) Observasi :
  - a) Identifikasi hipertermi (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator.)
  - b) Monitor suhu tubuh
  - c) Monitor kadar elektrolit
  - d) Monitor komplikasi akibat hipertermia
- 3) Terapeutik
  - a) Sediakan lingkungan yang dingin
  - b) Longgarkan atau lepaskan pakaian
  - c) Basahi dan kipasi permukaan tubuh
  - d) Berikan cairan oral
  - e) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih)
  - f) Lakukan pendinginan eksternal (mis, selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)
- g. Resiko infeksi berhubungan dengan Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.

Definisi : Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenetik.

Penyebab : Penyakit kronis (mis. Diabetes melitus), efek prosedur invasive, malnutrisi, peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan.

Gejala dan Tanda mayor :

Subjektif : mengeluh lelah

Objektif : frekuensi jantung meningkat  $>20\%$  dari kondisi istirahat, 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.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan respon fisiologis terhadap aktifitas yang membutuhkan tenaga membaik

Kriteria hasil :

- 1) Kebersihan tangan meningkat
- 2) Kebersihan badan meningkat
- 3) Nafsu makan meningkat
- 4) Demam menurun
- 5) Kemerahan menurun
- 6) Nyeri menurun
- 7) Sputum berwarna hijau menurun
- 8) Kadar sel darah putih membaik

### Intervensi

- 1) Manajemen energy
- 2) Terapeutik
  - a) Batasi jumlah pengunjung
  - b) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- 3) Edukasi
  - a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
  - b) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
  - c) Ajarkan etika batuk
  - d) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

#### 4. Implementasi keperawatan

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

#### 5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi, perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan dalam kriteria hasil.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Rancangan /Desain Studi Kasus**

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

#### **B. Subjek Studi Kasus**

Subjek yang digunakan pada studi kasus asuhan keperawatan ini hanya berjumlah satu kasus dengan masalah keperawatan yang komprehensif dan holistic pada klien dengan TB Paru di RSUD Ende

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

Tabel 3.1 Defenisi operasional dalam studi kasus ini :

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

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

Studi kasus akan dilakukan di Rumah sakit Umum Daerah Ende di Ruang Perawatan Kusus RSUD Ende selama 3 hari (April 2024).

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

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

#### **F. Teknik Pengumpulan Data**

Pada penulisan ini metode pengumpulan data yang digunakan yaitu :

##### **1. Wawancara**

Wawancara dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata klien,



tanggung jawab, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

## 2. Observasi dan pemeriksaan fisik

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

## 3. Studi Dokumentasi

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

### **G. Instrument Pengumpulan data**

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah.

### **H. Keabsahan Data**

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

### 1. Data primer

Sumber data yang dikumpulkan dari klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya meliputi , biodata klien, biodata penanggung jawab, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan terdahulu, dan keluhan-keluhan pasien selama dirawat di rumah sakit.

### 2. Data Sekunder

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

## **I. Analisis Data**

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

## **BAB IV**

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

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

##### **1. Gambaran 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 Samratulangi, Sebelah Timur berbatasan dengan : Pemukiman penduduk, Sebelah Barat berbatasan dengan : Kali/Sungai kering, Sebelah Selatan berbatasan dengan: Jl. Prof. Dr. W. Z. Yohanes RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah Ruang Perawatan Khusus dimana ruangan ini merupakan ruangan isolasi yang merawat pasien berpenyakit menular yang ditularkan lewat udara, percikan ludah, droplet (airborne). Ruang Perawatan Khusus terdiri dari 3 ruangan dengan kapasitas 9 bed yang terdiri dari ruangan Flamboyan A jumlah 3 bed, ruangan Flamboyan B 3 bed dan ruangan Flamboyan C 3 bed dengan tenaga perawat sebanyak 12 orang yang terdiri dari Diploma 3 berjumlah 11 orang, dan Strata Satu (S1) Keperawatan Ners berjumlah 1 orang dengan struktur organisasi tertinggi adalah kepala Ruang.

## **B. Studi Kasus**

### 1. Pengkajian

#### a. Pengumpulan Data

Studi kasus dilakukan selama 3 hari dimulai tanggal 29 April hingga 1 Mei 2024 dan dilakukan pengumpulan data melalui wawancara kepada pasien, keluarga pasien serta perawat ruangan yang bertugas, juga observasi dan pemeriksaan fisik yang diperoleh dari pasien dengan studi dokumentasi yang bersumber dari catatan medis maupun keperawatan yang termuat dalam status pasien. Berikut data-data yang diperoleh:

#### 1) Biodata

Klien berinisial Ny. M.T, berusia 54 tahun, asal Aekoro, pekerjaan sehari-hari sebagai Petani. Klien beragama Katolik dan pendidikan terakhir adalah Sekolah Dasar, klien sudah menikah dan mempunyai 3 orang anak dan cucu, penanggung jawab klien Ny. O.B umur 28 tahun, hubungan dengan klien adalah anak kandung, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan petani. Klien masuk Rumah Sakit pada tanggal 24 April 2024. Tanggal dilakukan pengkajian Senin 29 April 2024, pukul 14.15 Wita.

#### 2) Keluhan Utama

sesak nafas disertai batuk dengan dahak yang sulit di keluarkan.

#### 3) Riwayat Kesehatan

##### a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien mengatakan masih batuk disertai dengan dahak dan sesekali masih sesak nafas. Keadaan umum klien tampak lemah, dan duduk

dengan posisi setengah duduk di tempat tidur, klien tampak pucat dan tampak kurus, terpasang O<sup>2</sup> nassal kanul 3 Lpm.

b) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Anak klien mengatakan bahwa sebelumnya klien tidak memiliki riwayat TB Paru. Anak klien mengatakan Klien pernah memeriksa kesehatan di Puskesmas Nuabosi pada bulan Januari 2024, dengan keluhan sesak napas dan batuk. Pada tanggal 23 april 2024 pasien datang kembali memeriksa kesehatannya di Puskesmas Nuabosi dengan keluhan lemah, sesak napas dan batuk namun batuk yang disertai darah, Dokter mendiagnosis bahwa klien memiliki tanda gejala TB Paru. Dokter segera merujuk klien dan diantarkan ke RSUD Ende dengan diagnosa TB Paru disertai keluhan sesak napas, batuk berdahak bercampur darah, dan pada tanggal 24 April 2024 klien dipindahkan ke ruangan RPK untuk mendapatkan perawatan lanjut pada pukul 15:30 WITA.

c) Alasan masuk rumah sakit

Keluarga klien mengatakan klien mengeluh batuk disertai sesak napas yang tidak kunjung membaik, namun pada saat itu klien batuk disertai dengan dahak bercampur darah. Ketika dibawa ke Puskesmas Nuabosi, Dokter mendiagnosis bahwa klien memiliki tanda gejala TB Paru. Dokter segera merujuk klien dan diantarkan ke RSUD Ende.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita sakit seperti yang di alami klien.

4) Pola-Pola Kesehatan

a) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Sebelum MRS : Klien mengatakan belum tahu mengenai penyakit yang dideritanya. klien mengatakan dirinya sering terpapar asap rokok. klien mengatakan jika dirinya sakit langsung dibawa ke fasilitas kesehatan terdekat yaitu Puskesmas Nuabosi.

Saat MRS : klien menyadari bahwa dirinya sedang sakit dan perlu pengobatan agar segera sembuh.

b) Pola Nutrisi Metabolik

Sebelum MRS : klien mengatakan klien makan 3x sehari dengan menu makan nasi, sayur, tempe tahu, dan ikan, serta menghabiskan porsi makan yang disediakan. Tidak ada pantangan makanan, minum air putih 6-7 gelas/hari (250 cc) berat badan 48 kg, tinggi badan 159 cm.

Saat MRS : klien mengatakan makan 3x sehari, porsi makan tidak dihabiskan, selera makannya kurang, menu makanan bubur TKTP sesuai yang di berikan dari ahli gizi RSUD Ende, sesekali klien makan nasi dengan lauk sayuran hijau, telur dan daging, terkadang saat makan sesekali klien mual, klien minum air putih 5-6 gelas/hari, Tinggi badan: 157 cm, Berat Badan: 41,5 kg.

## c) Pola Eliminasi

Sebelum MRS : Klien mengatakan BAB 1-2 kali sehari dengan konsistensi padat, warna kuning kecoklatan, dan tidak mengalami gangguan saat BAB. BAK 3-4 kali sehari warna kuning, lancar, dan tidak terasa nyeri saat berkemih.

Saat MRS : klien baru BAB 1 kali. Sedangkan BAK 2-3 kali sehari dengan warna kuning. Klien berkemih secara spontan.

## d) Pola Aktifitas dan Latihan

Sebelum MRS : klien mengatakan sehari-hari ia bekerja di kebun dan Semua aktifitas dapat dilakukan secara mandiri.

Saat MRS : klien mengatakan klien tidak mampu melakukan aktifitas secara mandiri dan mudah lelah, aktifitas dibantu oleh keluarga dan perawat seperti makan, berpakaian, berpindah dan buang air kecil.

## e) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum MRS : Klien mengatakan bahwa ia tidur malam dari jam 20.00 dan bangun jam 05.00 wita, istirahat siang 1-3 jam. Saat tidur maupun istirahat tidak ada keluhan batuk ataupun sesak napas. pasien tidur puas dan nyenyak.

Saat MRS: Klien mengatakan bahwa ia tidur malam dari jam 20.00 dan bangun jam 06.00, istirahat siang 2-3 jam. Saat tidur maupun istirahat pasien masih merasakan sesak.

f) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

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

Saat MRS : klien dapat menyebutkan nama barang, bentuk dan warna, klien dapat menjawab dengan baik pada saat ditanya, bulan berapa sekarang, tanggal berapa dan klien tidak tahu penyakit apa yang diderita sekarang.

g) Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

Sebelum MRS : Klien mengatakan ia adalah seorang istri dan ibu serta oma bagi anak dan cucunya. Ia bekerja sebagai petani. Klien selalu berhubungan baik dengan sesama, tetangganya dan berhubungan harmonis dengan anggota keluarganya.

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

h) Pola Reproduksi Seksual

Sebelum MRS : Klien mengatakan ia telah berkeluarga dan memiliki 3 orang anak. Klien mengatakan tidak mengalami gangguan pada alat reproduksinya. Klien mengatakan ia dan suaminya saling mencintai dan menyayangi satu sama lain.

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



## i) Pola Nilai/Kepercayaan

Sebelum MRS : klien mengatakan sebelumnya dirinya sering ke gereja untuk beribadah.

Saat MRS : klien mengatakan bahwa ia tidak pernah ke gereja, tapi klien selalu berdoa didalam hatinya meminta kepada Tuhan agar lekas sembuh dari penyakitnya saat ini.

## 5) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum Lemah, tampak kurus, pucat, kesadaran Composmentis (sadar penuh), nilai GCS 15 dengan respon eye 4 (membuka spontan), respon verbal 5 (Spontan bicara) dan respon motorik 6 (mengikuti perintah), Tanda vital: TD: 130/70 mmHg, Suhu: 37°C, Nadi: 90 x/menit, RR: 26x/menit, SpO<sub>2</sub> 99%, Tinggi badan: 157 cm, Berat Badan: 41,5 kg, Indeks Massa Tubuh (IMT): 13,2. IMT BBK (*underweight*): <18,5kg/m<sup>2</sup>.

## b) Pemeriksaan Fisik

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

dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Dada Paru-paru: *Inspeksi*: bentuk simetris, ekspansi paru simetris, adanya retraksi dinding dada, frekuensi napas 26x/m (*takipneu*), terpasang oksigen nassal kanul 3 liter/menit. *Perkusi*: redup di dada bagian lobus kiri atas, *Palpasi*: fremitus lemah, *Auskultasi*: adanya suara napas tambahan ronki, Abdomen: *Inspeksi*: tidak ada luka, *Auskultasi*: bising usus 12x/menit, *Palpasi*: tidak ada nyeri tekan, *Perkusi*: tidak ada kembang. Genitalia: Klien berjenis kelamin wanita dan tidak dikaji. Ekstermitas: Atas: *Inspeksi*: bentuk simetris, jari-jari lengkap, terpasang infus NaCl 20 tpm ditangan kanan, *Palpasi*: turgor kulit tampak elastis, akral hangat. Bawah: *Inspeksi*: bentuk simetris, jari-jari lengkap, *Palpasi*: tidak ada edema.

c) Pemeriksaan Penunjang

(1). Pemeriksaan X-Ray/Rontgen

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

## (2). Pemeriksaan Darah Lengkap

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
<b>WBC</b>	<b>18.64</b>	(4.0/10.60)
<b>LYM</b>	<b>0.7 sL</b>	(0.8/4.0)
MID	0.5 s	(0.1/1.5)
GRA	6.8 s	(2.0/0.7)
<b>LYM %</b>	<b>9.0 sL</b>	(20.0/40.0)
MID%	6.4 s	(3.0/15.0)
<b>GRA %</b>	<b>84.6 sH</b>	(50.0/70.0)
<b>RBC</b>	<b>3.85 L</b>	(4.00/5.00)
<b>HGB</b>	<b>8.1 L</b>	(14.0/16.0)
<b>HCT</b>	<b>26.1 L</b>	(40.0/54.0)
<b>MCV</b>	<b>67.9 L</b>	(80.0/100.0)
<b>MCH</b>	<b>21.0 L</b>	(27.0/34.0)
<b>MCHC</b>	<b>31.0 L</b>	(32.0/36.0)
<b>RDW</b>	<b>29.2 H</b>	(11.0/16.0)
<b>PLT</b>	<b>359*</b>	(150/400)
<b>MPV</b>	<b>8.4*</b>	(6.5/12.0)

Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap

## 6) Terapi/ pengobatan

NO	NAMA OBAT	DOSIS	INDIKASI
1	<i>Paracetamol</i>	3x500 mg/oral	Sebagai anti analgesik dan anti piretik
2	<i>CTM</i>	3x4 mg/oral	Meredakan gejala alergi serta dapat meringankan gejala batuk pilek(common colf).
3	Vitamin B6	1x1 mg/oral	Memproduksi sel darah merah dan mengubah makanan yang dikonsumsi menjadi energi.
4	Obat anti Tuberculosis (OAT) kategori I Fase awal	1x3 tab/oral	Obat anti tuberculosis sebagai obat dalam penyembuhan penderita TB-Paru

Tabel 4.2 Terapi/ Pengobatan

### 7) Tabulasi Data

Klien mengatakan sesak napas disertai batuk dengan dahak yang sulit di keluarkan. Klien mengatakan mudah lelah saat melakukan aktivitas dan cepat merasa sesak napas, selera makannya kurang, porsi makan tidak dihabiskan, menu makanan TKTP, terkadang saat makan sesekali klien mual. Keadaan umum lemah, tampak kurus, pucat, kesadaran Composmentis (sadar penuh), ADL/aktifitas klien dibantu sebagian oleh keluarga, seperti mandi, toileting, berpakaian, dan berpindah, adanya retraksi dinding dada, frekuensi napas 26x/m (*takipneu*), perkusi paru redup di dada bagian lobus kiri atas, fremitus paru lemah, bunyi napas ronki, pemeriksaan darah lengkap : WBC/Leukosit  $18.64 \times 10^3/uL$  (tinggi) nilai rujukan  $4.0-10.60 \times 10^3/uL$ , Hasil rontgen Thoraks PA: terdapat infiltrate pada lapangan atas tengah paru kanan kiri, terdapat gambaran TB Paru dan suspek efusi pleura, TD: 130/70 mmHg, S:  $37^0$  C, N: 90 x/menit, RR: 24x/menit, SpO<sub>2</sub> 99%, terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit, TB:157 cm, BB:41,5 kg, IMT: 13,2. IMT BBK (*underweight*):  $<18,5kg/m^2$ .

### 8) Klasifikasi Data

DS : klien mengatakan sesak napas disertai batuk dengan dahak yang sulit di keluarkan, Klien mengatakan mudah lelah saat melakukan aktivitas dan cepat merasa sesak napas, selera makannya kurang, porsi makan tidak dihabiskan, terkadang saat makan sesekali klien merasa mual.

DO: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tampak kurus, pucat, ada retraksi dinding dada, frekuensi napas 26x/m (*takipneu*), perkusi paru redup di dada bagian lobus kiri atas, fremitus paru lemah, bunyi napas ronki, pemeriksaan darah lengkap : WBC/Leukosit  $18.64 \times 10^3$ uL (tinggi) nilai rujukan 4.0-10.60  $\times 10^3$ uL, Hasil rontgen Thoraks PA: terdapat infiltrate pada lapangan atas tengah paru kanan kiri, terdapat gambaran TB Paru dan suspek efusi pleura, TD: 130/70 mmHg, S: 37<sup>0</sup> C, N: 90 x/menit, RR: 24x/menit, Spo2 99%, terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit, TB: 157 cm, BB: 41,5 kg, IMT: 13,2. IMT BBK (*underweight*):  $<18,5\text{kg/m}^2$ , ADL/aktifitas klien dibantu sebagian oleh keluarga, seperti mandi, toileting, berpakaian, dan berpindah.

#### 9) Analisa data

**Tabel 4.3 Analisa data**

NO	Sign/Symptom	Etiologi	Problem
1.	Data subyektif : klien mengatakan sesak napas disertai batuk dengan dahak yang sulit di keluarkan. Data obyektif : keadaan umum lemah, tampak sesak, pernapasan cepat ( <i>takipneu</i> ), ada retraksi dinding dada, perkusi paru redup di dada bagian lobus kiri atas, fremitus paru lemah, bunyi napas ronki. WBC/Leukosit $18.64 \times 10^3$ uL (tinggi), Hasil rontgen Thoraks PA: terdapat infiltrate pada lapangan atas tengah paru	Hipersekresi jalan napas	Bersihan jalan napas tidak efektif

	kanan kiri, terdapat gambaran TB Paru dan suspek efusi pleura, TD: 130/70 mmHg, S: 37 <sup>0</sup> C, N: 90 x/menit, RR: 26x/menit, Spo2 99%, terpasang oksigen nassal kanul 3 liter/menit.		
2.	Data subyektif : klien mengatakan selera makannya kurang, porsi makan tidak dihabiskan, terkadang saat makan sesekali mual. Data obyektif : keadaan umum lemah, tampak kurus, pucat, TB: 157 cm, BB: 41,5 kg, IMT: 13,2. IMT BBK ( <i>underweight</i> ): <18,5kg/m <sup>2</sup> .	Peningkatan kebutuhan metabolisme	Defisit nutrisi
3.	Data Subyektif : klien mengatakan cepat lelah dan merasa sesak napas saat melakukan aktifitas. Data obyektif : keadaan umum lemah, ADL/aktifitas dibantu keluarga seperti mandi, toileting, berpakaian, berpindah, terpasang oksigen nassal kanul 3 liter/menit.	kelemahan	Intoleransi aktifitas.

Tabel 4.3 Analisa data

## 2. Diagnosa Keperawatan.

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Hipersekresi jalan napas yang ditandai dengan :

Data subyektif : klien mengatakan sesak napas disertai batuk dengan dahak yang sulit di keluarkan.

Data obyektif : keadaan umum lemah, tampak sesak, pernapasan cepat (*takipneu*), ada retraksi dinding dada, perkusi paru redup di dada bagian lobus kiri atas, fremitus paru lemah, bunyi napas ronki. WBC/Leukosit 18.64 x10<sup>3</sup>uL (tinggi). Hasil rontgen Thoraks PA: terdapat infiltrate pada

lapangan atas tengah paru kanan kiri, terdapat gambaran TB Paru dan suspek efusi pleura, TD: 130/70 mmHg, S: 37<sup>0</sup> C, N: 90 x/menit, RR: 26x/menit, Spo2 99%, terpasang oksigen nassal kanul 3 liter/menit.

- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan Peningkatan kebutuhan metabolisme yang ditandai dengan :

Data subyektif : klien mengatakan selera makannya kurang, porsi makan tidak dihabiskan, terkadang saat makan sesekali mual.

Data obyektif : keadaan umum lemah, tampak kurus, pucat, TB: 157 cm, BB: 41,5 kg, IMT: 13,2. IMT BBK (*underweight*): <18,5kg/m<sup>2</sup>.

- c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan :

Data Subyektif : klien mengatakan cepat lelah dan merasa sesak napas saat melakukan aktifitas.

Data obyektif : keadaan umum lemah, ADL/aktifitas dibantu keluarga seperti mandi, toileting, berpakaian, berpindah, terpasang oksigen nassal kanul 3 liter/menit.

Prioritas masalah :

- 1) Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif
- 2) Defisit Nutrisi
- 3) Intoleransi Aktifitas

### 3. Intervensi Keperawatan

Sebelum dibuatkan rencana keperawatan terhadap masalah yang 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 sesuai dengan SDKI, SIKI, dan SLKI.

**Tabel 4.4 Intervensi Keperawatan**

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



			<p>5) Posisikan semi-fowler atau fowler</p> <p>6) Berikan minum hangat</p> <p>7) Berikan oksigen.</p> <p>8) Anjurkan teknik batuk efektif</p> <p>9) Penatalaksanaan pemberian terapi pengobatan OAT.</p>	<p>warna dan aroma pada sputu, Terjadi infeksi apabila sputum dengan warna kuning, atau hijau</p> <p>5) Agar pasien tidak terlalu merasakan sesak yang di alami serta memaksimalkan ekspansi paru.</p> <p>6) Dapat membantu mengencerrkan dahak.</p> <p>7) Agar dapat memaksimalkan pernapasan dengan meningkatkan masukan oksigen.</p> <p>8) Untuk memudahkan dalam mengeluarkan sputum.</p> <p>9) Untuk mengetahui adanya perubahan fungsi respirasi dan penggunaan otot tambahan menandakan kondisi penyakit yang masih dalam kondisi penanganan penuh.</p>
--	--	--	--	--

2.	Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme.	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah defisit nutrisi dapat teratasi.</p> <p>1) Kriteria hasil : Nafsu makan membaik(5) 2) berat badan membaik(5) 3) indeks massa tubuh (IMT) membaik(5) 4) Frekuensi makan membaik(5). 5) porsi makan yang dihabiskan meningkat (5)</p>	<p><b>Manajemen Nutrisi</b></p> <p>1) Lakukan oral hygiene sebelum makan dan sesudah makan.</p> <p>2) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai.</p> <p>3) Anjurkan makan sedikit tapi sering.</p> <p>4) Ajarkan diet yang diprogramkan</p>	<p>1) dengan kondisi mulut yang bersih dapat membantu meningkatkan nafsu makan</p> <p>2) membantu dalam meningkatkan daya tarik klien untuk makan yang banyak</p> <p>3) meminimalkan anoreksia dan mual</p> <p>4) membantu pasien mengenal makanan yang baik bagi kesehatannya</p>
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan respon fisiologis terhadap aktifitas yang membutuhkan tenaga membaik</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1) Kemudahan dalam melakukan aktifitas sehari-hari meningkat(5) 2) Keluhan lelah menurun(5) 3) Dyspnea saat aktifitas menurun(5)</p>	<p><b>Manajemen energi</b></p> <p>1) Sediakan lingkungan nyaman.</p> <p>2) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif</p> <p>3) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, atau berpindah</p>	<p>1) rasionalnya Lingkungan yang nyaman dapat meningkatkan kenyamanan pada pasien.</p> <p>2) Dengan latihan rentang gerak dapat mencegah terjadi kekakuan pada sendi dan otot.</p> <p>3) melatih otot dan sendi agar tidak kaku.</p>

		4) Perasaan lemah menurun(5)	4) Anjurkan untuk batasi aktifitas/ melakukan aktifitas secara bertahap	4) agar pasien tidak mudah lelah dan sesak napas.
--	--	------------------------------	---	---

#### 4. Implementasi

Pelaksanaan implementasi dilakukan sesuai dengan masing-masing diagnosa keperawatan.

Pelaksanaan implementasi pada hari Senin, 29 Mei 2024

##### 1) Diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif

Pukul 14.25 mengkaji keadaan umum dan mengukur vital sign: keadaan umum ; klien tampak lemah, TD: 130/70 mmHg, S: 37<sup>0</sup> C, N: 90 x/menit, RR: 26x/menit, SpO<sup>2</sup> 99%, terpasang oksigen nassal kanul 3 liter/menit. pukul 15.00 memonitor frekuensi, irama, dan kedalaman napas klien, serta sputum Hasil : suara napas vesikuler, irama napas teratur, terdapat suara napas tambahan ronki, frekuensi napas 26 x/menit (*Takipnea*), adanya retraksi dinding dada, produksi sputum ± 10-20 cc dengan warna putih kekuningan. pukul 15.30 mengatur posisi tidur pasien semi fowler dimana posisi kepala tempat tidur ditinggikan. pukul 15.40 menganjurkan klien untuk minum air hangat 8 gelas perhari. pukul 15.45 memonitor oksigen klien Hasil : klien terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit, saturasi oksigen 99%. pukul 16.00 Mengajarkan serta menganjurkan pada klien dan keluarga teknik batuk efektif dengan cara menganjurkan klien untuk tarik napas dalam melalui hidung ditahan selama 3 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan), anjurkan mengulangi teknik

napas dalam hingga 3 kali, anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3 dan buang dahak pada tempat yang telah disediakan Hasil : klien dan keluarga bisa memahami dan dapat mengulang kembali teknik batuk efektif. pukul 18.00 melayani vitamin B6 1x1 tablet Hasil : klien meminumnya dan tidak dimuntahkan. pukul 20.00 melayani obat OAT 3 Tablet/PO Hasil : klien meminumnya dan tidak dimuntahkan sama sekali.

## 2) Diagnosa Defisit Nutrisi

Pukul 16.30 Membantu klien melakukan oral hygiene dengan berkumur menggunakan air hangat/menyikat gigi Hasil : mulut klien tampak lebih bersih dan terlihat segar. pukul 16.40 Mengukur BB H/ 41 Kg. pukul 17.00 Anjurkan klien makan sedikit tapi sering Hasil : Klien mengerti apa yang dianjurkan oleh penulis. pukul 17.50 Menyajikan makanan dengan suhu yang hangat Hasil : klien makan dalam keadaan hangat. pukul 17.55 Melayani makan per oral Hasil : klien makan hanya 5 sendok. Memberikan makanan tambahan yaitu buah semangka  $\frac{1}{4}$  potong.

## 3) Diagnosa intoleransi aktifitas

Pukul 16.35 menyediakan lingkungan yang nyaman bagi klien, dengan cara menganjurkan keluarga agar selalu menutup sampiran agar klien nyaman saat ingin beristirahat serta membatasi pengunjung. Pukul 16.41 membantu pasien bangun, duduk dan berjalan. Pukul 16.45 menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap, misalnya bangun duduk di atas tempat tidur, jalan 5 hingga 10 langkah semampu klien dan menjelakan pada pasien

jika lelah bisa istirahat dan berhenti melakukan aktivitas. Hasil : pasien tampak mengangguk dan mengerti yang dikatakan penulis. pukul 16.50 membantu pasien duduk di atas tempat tidur. Pukul 20.15 membantu pasien beristirahat dengan cara memposisikan tidur klien semifowler dan menganjurkan keluarga untuk menutup sampiran dan menjaga ketenangan saat klien sedang beristirahat.

Pelaksanaan implementasi pada hari Selasa, 30 April 2024

1) Diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif

Pukul 14.15 mengkaji keadaan umum dan mengukur vital sign: keadaan umum ; klien tampak baik, TD: 120/70 mmHg, S: 36,8<sup>0</sup> C, N: 85 x/menit, RR: 24x/menit, SpO<sup>2</sup> 99%. pukul 14.45 memonitor frekuensi, irama, dan kedalaman napas klien, serta sputum Hasil : suara napas vesikuler, irama napas teratur, terdapat suara napas tambahan ronki, frekuensi napas 24 x/menit (*Takipnea*), retraksi dinding dada (-), produksi sputum ± 5-8 cc dengan warna putih kekuningan. pukul 15.15 mengatur posisi tidur pasien semi fowler dimana posisi kepala tempat tidur ditinggikan. pukul 15.35 menganjurkan klien untuk minum air hangat 8 gelas perhari. pukul 16.00 Mengajarkan serta menganjurkan pada klien dan keluarga teknik batuk efektif dengan cara menganjurkan klien untuk tarik napas dalam melalui hidung ditahan selama 3 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan), anjurkan mengulangi teknik napas dalam hingga 3 kali, anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3 dan buang dahak pada tempat yang telah disediakan Hasil : klien dan

keluarga bisa memahami dan dapat mengulang kembali teknik batuk efektif. pukul 18.00 melayani vitamin B6 1x1 tablet Hasil : klien meminumnya dan tidak dimuntahkan. pukul 20.00 melayani obat OAT 3 Tablet/PO Hasil : klien meminumnya dan tidak dimuntahkan sama sekali.

## 2) Diagnosa Defisit Nutrisi

Pukul 16.15 Membantu klien melakukan oral hygiene dengan berkumur menggunakan air hangat/menyikat gigi Hasil : mulut klien tampak lebih bersih dan terlihat segar. pukul 16.40 Mengukur BB H/ 41,3 Kg. pukul 17.00 Anjurkan klien makan sedikit tapi sering H/ Klien mengerti apa yang dianjurkan oleh penulis. pukul 17.55 Menyajikan makanan dengan suhu yang hangat Hasil : klien makan dalam keadaan hangat. pukul 17.59 Melayani makan per oral Hasil : klien makan hanya 8 sendok. Memberikan makanan tambahan yaitu buah pisang ½ potong.

## 3) Diagnosa intoleransi aktifitas

Pukul 16.30 menyediakan lingkungan yang nyaman bagi klien, dengan cara menganjurkan keluarga agar selalu menutup sampiran agar klien nyaman saat ingin beristirahat serta membatasi pengunjung. Pukul 16.40 membantu pasien bangun, duduk dan berjalan. Pukul 16.43 menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap, misalnya bangun duduk di atas tempat tidur, jalan 5 hingga 10 langkah semampu klien dan menjelaskan pada pasien jika lelah bisa istirahat dan berhenti melakukan aktivitas. Hasil : pasien tampak mengangguk dan mengerti yang dikatakan penulis. pukul 16.50 membantu pasien duduk di atas tempat tidur. Pukul 20.20 membantu

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

## 5. Evaluasi

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

### a. Pada hari Senin, 29 april 2024

evaluasi hari pertama, senin, 29 april 2024 dilaksanakan pada pukul 20.30 wita dengan hasil sebagai berikut :

#### 1) diagnosa I, bersihan jalan napas tidak efektif.

S : klien mengatakan masih batuk disertai sesak napas sesekali.

O : klien tampak lemah, tampak sesak napas, TD: 130/70 mmHg, S: 37<sup>0</sup> C, N: 90 x/menit, RR: 26x/menit, SpO<sub>2</sub> 99%, terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit, suara napas vesikuler, irama napas teratur, terdapat suara napas tambahan ronki, frekuensi napas 26 x/menit (*Takipnea*), adanya retraksi dinding dada, produksi sputum ± 10-20 cc dengan warna putih kekuningan.

A : masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi.

P : intervensi dilanjutkan

- 1) Kaji keadaan umum dan Tanda-tanda vital
  - 2) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
  - 3) Monitor bunyi napas (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronki kering/basah)
  - 4) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
  - 5) Posisikan semi-fowler atau fowler
  - 6) Berikan minum hangat
  - 7) Berikan oksigen.
  - 8) Anjurkan teknik batuk efektif
  - 9) Penatalaksanaan pemberian terapi pengobatan OAT
- 2) diagnosa II, Defisit nutrisi
- S : Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan, masih merasakan cepat kenyang dan sudah melakukan oral hygiene dengan cara sikat gigi dan kumur air hangat.
- O : Tampak pucat, Porsi makan tidak dihabiskan, BB 41 kg, tidak ada gangguan menelan dan tidak ada mual muntah.
- A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi.
- P : Intervensi dilanjutkan
- 1) Lakukan oral hygiene sebelum makan dan sesudah makan.
  - 2) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai.
  - 3) Anjurkan makan sedikit tapi sering.
  - 4) Ajarkan diet yang diprogramkan.



3) diagnosa III, Intoleransi aktifitas

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

O : pasien tampak sesak saat melakukan aktivitas, pasien mampu duduk selama 5 menit, SpO<sup>2</sup> 99%.

A : masalah intoleransi aktifitas belum teratasi.

P : intervensi dilanjutkan

- 1) Sediakan lingkungan nyaman.
- 2) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif
- 3) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, atau berpindah
- 4) Anjurkan untuk batasi aktifitas/ melakukan aktifitas secara bertahap

b. Pada hari selasa, 30 april 2024

Evaluasi Hari kedua selasa, 30 april 2024, dilaksanakan pada pukul 20.30 dengan hasil sebagai berikut :

1) Diagnosa I, Bersihan jalan napas tidak efektif

S : klien mengatakan sesak napas nya berkurang, klien mengatakan hanya sesekali mengeluarkan dahak.

O : keadaan umum tampak baik, tampak sesak dan sesekali batuk, TD: 120/70 mmHg, S: 36,8<sup>0</sup> C, N: 85 x/menit, RR: 24x/menit, Spo<sub>2</sub> 99%.  
suara napas vesikuler, irama napas teratur, suara napas tambahan ronki berkurang, produksi sputum ± 5-8 cc dengan warna putih kekuningan,

retraksi dinding dada (-), perkusi masih redup di bagian lobus kiri bawah, Klien dapat mendemonstrasikan kembali teknik batuk efektif dan napas dalam sesuai anjuran yang telah di ajarkan dan demonstrasikan sebelumnya.

A : masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian.

P : intervensi dilanjutkan

- 1) Kaji keadaan umum dan Tanda-tanda vital
  - 2) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
  - 3) Monitor bunyi napas (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronki kering/basah)
  - 4) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
  - 5) Posisikan semi-fowler atau fowler
  - 6) Berikan minum hangat
  - 7) Berikan oksigen.
  - 8) Anjurkan teknik batuk efektif
  - 9) Penatalaksanaan pemberian terapi pengobatan OAT
- 2) Diagnosa II, Defisit nutrisi

S : Pasien mengatakan nafsu makan mulai Membaik, porsi makan dihabiskan, tidak lagi merasakan cepat kenyang dan sudah melakukan oral hygiene dengan cara sikat gigi dan kumur air hangat.

O : Tampak pucat, mukosa bibir lembab, Porsi makan dihabiskan, BB 41,3 kg, tidak ada gangguan menelan dan tidak ada mual muntah.

A : Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

- 1) Lakukan oral hygiene sebelum makan dan sesudah makan.
- 2) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai.
- 3) Anjurkan makan sedikit tapi sering.
- 4) Ajarkan diet yang diprogramkan.

3) Diagnosa III, Intoleransi aktifitas

S : Pasien mengatakan bisa mengangkat kaki dan tangan secara bergantian, pasien mengatakan sudah mampu berjalan selama 2 menit tanpa menggunakan oksigen nasal kanul, pasien juga bisa bangun tanpa harus dipegang

O : pasien tampak rileks saat melakukan aktivitas, kaki dan tangan pasien mampu digerakan secara bergantian, pasien berjalan selama 2 menit, SPO2 99%.

A : masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian.

P : lanjutkan intervensi

- 1) Sediakan lingkungan nyaman.
- 2) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif
- 3) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, atau berpindah
- 4) Anjurkan untuk batasi aktifitas/ melakukan aktifitas secara bertahap

c. Pada Hari Rabu, 1 Mei 2024

Hari ketiga Rabu, 1 Mei 2024 evaluasi dilaksanakan pada pukul 09.30 dengan hasil sebagai berikut :

1) Diagnosa I, Bersihan jalan napas tidak efektif

S : klien mengatakan tidak sesak napas, tidak batuk lagi.

O: keadaan umum baik, TD:120/90mmHg, S:36,5°C, N:99x/menit, RR:20x/menit, SPO2 100%, suara napas vesikuler, suara napas tambahan ronki (-), retraksi dinding dada (-), tidak ada dahak lagi. Klien dapat mendemonstrasikan teknik batuk efektif dan napas dalam sesuai anjuran yang telah di ajarkan.

A : masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi.

P : intervensi dihentikan. Advis dokter klien di pulangkan pukul 10.00 wita. Aff Stopper.

2) Diagnosa II, Defisit nutrisi

S : Pasien mengatakan selera makannya baik, makannya sudah banyak, porsi makan sudah dihabiskan, tidak ada keluhan mual muntah, tidak merasakan cepat kenyang dan sudah melakukan oral hygiene dengan cara sikat gigi dan kumur air hangat.

O: Tidak tampak pucat, mukosa bibir lembab, Porsi makan dihabiskan, BB 41,5 kg, tidak ada gangguan menelan dan tidak ada mual muntah.

A: Masalah defisit nutrisi teratasi

P: Intervensi dihentikan. Advis dokter klien di pulangkan pukul 10.00 wita. Aff Stopper.

### 3) Diagnosa III, Intoleransi aktifitas

S : Klien mengatakan sudah dapat melakukan aktifitasnya secara mandiri, sudah tidak merasa sesak napas dan tidak merasa lelah saat melakukan aktifitas.

O : pasien tampak sedang duduk di kursi.

A : masalah intoleransi aktivitas teratasi.

P : Intervensi dihentikan. Advise dokter klien di pulangkan pukul 10.00 wita. Aff Stopper.

## C. Pembahasan

Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan antara teori dan pelaksanaan (kasus nyata) yang ditemukan pada Ny. M. T di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende.

### 1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan melalui pengumpulan data mulai dari biodata klien, riwayat kesehatan, pola-pola fungsi kesehatan, pemeriksaan fisik, tabulasi, klasifikasi, analisa data, hingga dalam menentukan masalah keperawatan.

Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Ny. M.T ditemukan sesak napas disertai batuk dengan dahak yang sulit di keluarkan, mudah lelah saat melakukan aktivitas dan cepat merasa sesak napas, selera makannya kurang, porsi makan tidak dihabiskan, terkadang saat makan sesekali klien mual. Keadaan umum lemah, tampak kurus, pucat, kesadaran Composmentis

(sadar penuh), ADL/aktifitas klien dibantu sebagian oleh keluarga, adanya retraksi dinding dada, frekuensi napas 26x/m (*takipneu*), perkusi paru redup di dada bagian lobus kiri atas, fremitus paru lemah, bunyi napas ronki, pemeriksaan darah lengkap : WBC/Leukosit  $18.64 \times 10^3/\text{uL}$  (tinggi) nilai rujukan  $4.0-10.60 \times 10^3/\text{uL}$ , Hasil rontgen Thoraks PA: terdapat infiltrate pada lapangan atas tengah paru kanan kiri, terdapat gambaran TB Paru dan suspek efusi pleura, TD: 130/70 mmHg, S:  $37^0$  C, N: 90 x/menit, RR: 24x/menit, SpO<sub>2</sub> 99%, terpasang oksigen nassal kanul 3 liter/menit, TB:157 cm, BB:41,5 kg, IMT: 13,2. IMT BBK (*underweight*):  $<18,5\text{kg}/\text{m}^2$ .

Menurut Burhan Erlina, dkk, (2020), mengatakan bahwa orang dengan TB Paru umumnya batuk lebih dari 2 minggu, Batuk berdahak, Batuk berdahak dapat bercampur darah, Dapat disertai nyeri dada, Sesak napas dan dengan gejala lain seperti Malaise, Penurunan berat badan, Menurunnya nafsu makan, Menggigil, Demam, dan Berkeringat di malam hari. Pada kasus ditemukan berat badan menurun selama 1 bulan berturut-turut, sesak nafas disertai dengan batuk berdahak, mudah lesu atau malaise saat melakukan aktifitas, dan nafsu makan tidak ada.

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 Ny. M. T kemungkinan infeksi tersebut belum merusak parenkim paru yang dimana dapat mencederai pembuluh darah yang menyebabkan

perdarahan. Hal ini dikarenakan pasien baru terinfeksi dan sudah mendapatkan penanganan dan pengobatan sebelumnya. 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

Diagnosa keperawatan dilakukan berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, dan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai Kesehatan yang optimal.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. M. T adalah Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas yang ditandai dengan DS : klien mengatakan sesak napas disertai batuk dengan dahak yang sulit di keluarkan. DO : keadaan umum lemah, tampak sesak, pernapasan cepat (*takipneu*), ada retraksi dinding dada, perkusi paru redup di dada bagian

lobus kiri atas, fremitus paru lemah, bunyi napas ronki. WBC/Leukosit  $18.64 \times 10^3/uL$  (tinggi), Hasil rontgen Thoraks PA: terdapat infiltrate pada lapangan atas tengah paru kanan kiri, terdapat gambaran TB Paru dan suspek efusi pleura TD: 130/70 mmHg, S:  $37^0$  C, N: 90 x/menit, RR: 26x/menit, Spo2 99%, terpasang oksigen nassal kanul 3 liter/menit. Defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme ditandai dengan DS: klien mengatakan selera makannya kurang, porsi makan tidak dihabiskan, terkadang saat makan sesekali mual, DO: keadaan umum lemah, tampak kurus, pucat, TB: 157 cm, BB: 41,5 kg, Indeks massa tubuh (IMT): 13,2. IMT BBK (*underweight*):  $<18,5kg/m^2$  dan Intoleransi aktivitas b.d kelemahan ditandai dengan DS: klien mengatakan cepat lelah dan merasa sesak napas saat melakukan aktifitas, DO : keadaan umum lemah, ADL/aktifitas dibantu keluarga seperti mandi, toileting, berpakaian, berpindah, terpasang oksigen nassal kanul 3 liter/menit.

Diagnosa keperawatan yang ada di teori adalah pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas, gangguan pertukaran gas b.d ketidakstabilan ventilasi-perfusi, hipertermi b.d proses penyakit, resiko infeksi d.d peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata, dimana pada kasus pasien Ny. M.T tidak ditemukan diagnosa pola napas tidak efektif dan gangguan pertukaran gas. Hal ini dikarenakan masalah utama yang muncul pada keluhan utama klien adalah sesak napas dan batuk dengan dahak berlebih, sehingga penulis mengatasi bersihan jalan



napas tidak efektif. Pada diagnosa Hipertermi tidak ditegaskan pasien tidak mengalami demam, suhu normal  $37^{\circ}$  c, dan pasien tidak mengalami keringat dimalam hari. Pada diagnosa resiko infeksi tidak ditegakkan hal ini dikarenakan baik pasien maupun keluarga selalu menggunakan masker saat berbicara dengan orang lain dan menyediakan peralatan makan bagi pasien tersendiri. Hal ini berbeda dengan studi kasus yang dilakukan (Pu'u I margaritha, 2019) diagnosa keperawatan yang muncul 1) Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi mukopuleran dan kurangnya upaya batuk, 2) kurang pengetahuan b.d kurangnya informasi tentang proses penyakit dan penatalaksanaan perawatan di rumah, 3) kecemasan berhubungan dengan proses penyakit. Hal ini dikarenakan masalah utama yang muncul pada keluhan utama klien adalah batuk berdahak berwarna kuning kehijauan di sertai darah dan sesak nafas.

### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien, intervensi keperawatan pada Ny. M. T disusun berdasarkan teori menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2016 dan dibandingkan dengan masalah keperawatan pada kasus.

Berdasarkan 3 diagnosa yang ditegakkan pada kasus Ny. M. T intervensi antara lain mengatasi bersihan jalan napas tidak efektif, ada 1)kaji keadaan umum dan tanda-tanda vital, 2)monitor pola napas (frekuensi,kedalaman,usaha napas), 3)monitor bunyi napas, 4)monitor sputum (jumlah,warna, aroma), 5)Posisikan semifowler atau fowler,

6)berikan minum hangat, 7)berikan oksigen, 8)anjurkan teknik batuk efektif, 9)penatalaksanaan pemberian bronkodilator. Semua intervensi pada diagnosa keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif baik teori maupun kasus Ny. M. T semuanya dilaksanakan.

Intervensi defisit nutrisi ada 1) lakukan oral hygiene sebelum makan dan sesudah makan, 2) sajikan makanan secara menarik dengan suhu yang sesuai, 3) anjurkan makanan sedikit tapi sering, 4) ajarkan diet yang diprogramkan. Semua intervensi pada diagnosa keperawatan defisit nutrisi baik teori maupun kasus Ny. M. T semuanya dilaksanakan.

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

intervensi berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, yang ada pada teori terdapat 7 Diagnosa keperawatan dengan 7 masing-masing 1 intervensi utama dan masing-masing 1 intervensi pendukung.

Hal ini berbeda dengan studi kasus yang dilakukan (Dadi M Bapista, 2022) menggunakan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018)

dimana pada kasus dan teori terdapat perbedaan jumlah intervensi, peneliti mengangkat diagnose keperawatan 1) Bersihan jalan napas tidak efektif sebanyak 6 intervensi, pada teori terdapat 8 intervensi, 2 intervensi yang tidak dilaksanakan, 2) Pola napas tidak efektif sebanyak 6 intervensi dan semua dilaksanakan, 3) Resiko penyebaran infeksi sebanyak 5 intervensi dan terdapat satu modifikasi intervensi yaitu dengan memasukan ajarkan cara cuci tangan, sedangkan pada teori terdapat 7 intervensi, 2 intervensi yang tidak dilaksanakan, dan 1 intervensi tambahan.

#### 4. Implementasi

Semua tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018). Implementasi dilakaukan pada Ny. M. T dillaksanakan selama 3 hari sesuai intervensi keperawatan dan dimodifikasi lagi seperti kaji tanda-tanda vital dan keadaan umum, serta penatalaksanaan pemberian obat anti tuberkulosis (OAT), semua perencanaan yang ada di teori semuanya di lakukan.

Berdasarkan rencana tindakan yang ditetapkan, maka implementasi pada kasus Ny. M. T dilakukan sesuai kondisi pasien, dan rekomendasi dokter. Dalam hal ini salah satu intervensi yang ditetapkan semuanya dilakukan dilaksanakan tidak terdapat kesenjangan atau perbedaan karena pada dasarnya implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya.

#### 5. Evaluasi

Evaluasi tindakan keperawatan yang diberikan kepada Ny. M. T dengan diagnosa medis Tuberculosis Paru, evaluasi dilakukan berdasarkan tujuan yang ditetapkan melalui catatan perkembangan. Pada Ny. M.T dapat dievaluasi bahwa pada diagnosa pertama masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi dengan hasil pasien mampu mendemonstrasikan batuk efektif, tidak sesak napas suara napas vesikuler, suara napas tambahan ronki (-), retraksi dinding dada (-), tidak ada dahak lagi dan dapat disimpulkan diagnosa pertama evaluasi pada teori dan kasus nyata sudah dapat tercapai. pada diagnosa keperawatan kedua defisit nutrisi teratasi dengan kriteria hasil Tidak tampak pucat, mukosa bibir lembab, Porsi makan dihabiskan, BB 41,5 kg, tidak ada gangguan menelan dan tidak ada mual muntah dan dapat disimpulkan diagnosa pertama evaluasi pada teori dan kasus nyata sudah dapat tercapai. Pada diagnosa ketiga intoleransi aktifitas teratasi dengan kriteria hasil pasien dapat melakukan aktiiftasnya secara mandiri, tidak sesak napas saat melakukan aktifitas.

Berdasarkan rencana tindakan yang ditetapkan, maka evaluasi pada kasus Ny. M. T dilakukan sesuai kondisi pasien, dan rekomendasi dokter. Dalam hal ini salah satu intervensi yang ditetapkan semuanya dilakukan dilaksanakan tidak terdapat kesenjangan atau perbedaan karena pada dasarnya implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

1. Data pengkajian pada pasien Ny. M. T dengan diagnosa medis Tuberkulosis Paru ditemukan Pasien mengatakan sesak napas disertai dengan batuk berdahak, mudah lelah saat melakukan aktivitas dan cepat merasa sesak napas, selera makannya kurang, porsi makan tidak dihabiskan, tampak kurus, pucat, ADL/aktifitas klien dibantu sebagian oleh keluarga, seperti mandi, toileting, berpakaian, dan berpindah, adanya retraksi dinding dada, frekuensi napas 26x/m (*takipneu*), perkusi paru redup di dada bagian lobus kiri atas, fremitus paru lemah, bunyi napas ronki, pemeriksaan darah lengkap : WBC/Leukosit  $18.64 \times 10^3 \text{uL}$  (tinggi) nilai rujukan  $4.0-10.60 \times 10^3 \text{uL}$ , TD: 130/70 mmHg, S:  $37^0 \text{ C}$ , N: 90 x/menit, RR: 24x/menit, Spo2 99%, terpasang oksigen nassal kanul 3 liter/menit, TB:157 cm, BB:41,5 kg, indeks massa tubuh (IMT): 13,2. IMT BBK (*underweight*):  $<18,5 \text{kg/m}^2$ .
2. Diagnosa keperawatan yang di tegakan pada kasus Ny. M. T yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas, defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dan intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan.
3. Intervensi keperawatan untuk diagnosa keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif yaitu kaji keadaan umum dan tanda-tanda vital, penatalaksanaan pemberian OAT, monitor pola napas (frekuensi,

kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronki kering/basah), monitor sputum (jumlah, warna, aroma), posisikan semi-fowler atau fowler, berikan minum hangat, berikan oksigen, anjurkan teknik batuk efektif, penatalaksanaan pemberian bronkodilator, ekspektoran. Pada diagnose defisit nutrisi yang dilakukan adalah lakukan iral hygiene sebelum makan dan sesudah makan, sajikan makanan secara menarik dengan suhu yang sesuai, anjurkan makan sedikit tapi sering, ajarkan diet yang diprogramkan. Pada diagnosa intoleransi aktifitas, intervensi yang dilakukan adalah sediakan lingkungan nyaman, lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif, fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, atau berpindah, Anjurkan untuk batasi aktifitas/ melakukan aktifitas secara bertahap.

4. Implementasi yang dilakukan pada Ny. M. T dilaksanakan selama 3 hari sesuai intervensi keperawatan, semua intervensi keperawatan terlaksanakan serta tidak adanya hambatan dalam peroses implementasi.
5. Evaluasi dilaksanakan selama 3 hari. Diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif teratasi dihari ketiga, diagnosa defisit nutrisi teratasi dihari ketiga, sedangkan diagnosa intoleransi aktifitas teratasi pada hari ketiga.
6. Terdapat kesenjangan kesenjangan pada kasus Ny. M. T semuanya berada di proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

## **B. Saran**

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

### **1. Bagi perawat**

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

### **2. Bagi institusi pendidikan**

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

### **3. Bagi Pasien dan Keluarga**

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

## DAFTAR PUSTAKA

- Arif, Mutaqin. (2017). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Penerbit Selemba.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Ende. (2021). Kabupaten Ende dalam Angka Tahun 2021. <https://endekab.bps.go.id/publication/2021/02/26/442d0745883ffa424070cab0/kabupaten-ende-dalam-angka-2021.html>
- Dadi M Bapista. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. W. O. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS TUBERCULOSIS PARU DI RUANG PERAWATAN KHUSUS RSUD ENDE*. 101.
- Burhan Erlina., dkk, (2020). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana Tuberkulosis.
- Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur. (2018). Profil Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2018. <https://dinkes-kotakupang.web.id/bankdata/category/1-profil-kesehatan.htm>
- Girin Kartika Sari, S. T. (2022). Tuberkulosis Paru Post Wodec Pleural Efusion : Laporan Kasus Pulmonary Tuberculosis Post Wodec Pleural Effusion : Case Report. *Jurnal Medical Profession (Medpro)*, Vol.4, No. 2.
- Kardiyudiani Ketutu Ni., dkk, (2019). Keperawatan Medikal Bedah I. PT. Pustaka Baru
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. Jakarta Selatan <https://pusdatin.kemkes.go.id/.../pusdatin/infodatin/infodatin-tuberkulosis-2018>.
- Nurrasyidah, I. (2018). *Sehat Untuk Semua Orang, Untuk Semua Tempat*. Kalimantan Selatan: Media Informasi RSUD Ulin Banjarmasin.
- Pu'u l margaritha. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Nn. A.n Dengan Tuberculosis Paru Di Ruang Tulip RSUD Prof. Dr. W.Z. JOHANES KUPANG. *Jurnal Keperawatan Terpadu (Integrated Nursing Journal)*, 54
- Primadi Oscar., et. Al. (2018). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2018*. Jakarta
- RSUD Ende. (2022). Data tuberculosis 2019-2022. Pemerintah Kabupaten Ende
- Setiaji., dkk (2022). Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta
- Sajodin, V. d. (2022). Persepsi Berhubungan Dengan Stigma Masyarakat Pada Penderita Tuberculosis Paru. *Jurnal Keperawatan*.



Tim Pokja SDKI PPNI, 2016, *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, definisi dan indikator Diagnostik*. Jakarta , Dewan Pengurus PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018, *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, definisi dan tindakan keperawatan*, edisi I, cetakan II.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018, *Standar Luaran Keperawatan Indonesia, definisi dan kriteria hasil keperawatan*, edisi I, cetakan II.

Tamamengka, D., Kepel, B., & Rompas, S. (2019). Fungsi Afektif dan Perawatan Keluarga dengan Kepatuhan Pengobatan TB Paru. *E-Journal Keperawatan (eKp)*, 7(2), 1–10.  
<https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/download/24462/24139>

WHO, 2022. *Global Tuberculosis Report 2022*, Indonesia.  
<https://www.who.int/indonesia/news/campaign/tb-day-2022/fact-sheets>

Yayasan KNCV Indonesia. (2022). Laporan Kasus Tuberkulosis (TBC) Global dan Indonesia 2022  
Laporan Kasus Tuberkulosis (TBC) Global dan Indonesia 2022 | Yayasan KNCV Indonesia (yki4tbc.org)

## LAMPIRAN



**INFORMED CONSENT**  
(Persetujuan menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa: saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh : Yulius alvares P. Wangge dengan judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Tuberkulosis Paru.

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 sewaktu-waktu tanpa sanksiapapun.

Ende, 23 April 2024

Saksi



Yulius Alvares P. Wangge

Yang memberikan persetujuan



Marta Ton

Peneliti



Yulius Alvares P. Wangge  
NIM PO5303202200533

## PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/ Ibu/ Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Tuberkulosis Paru.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah Untuk mengetahui dan melaksanakan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis TB paru di RSUD Ende yang dapat memberi manfaat berupa Pasien dan keluarga dapat mengetahui tentang TB Paru yang diderita pasien dan mengetahui cara penanganan pasien dengan TB Paru studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari di mulai pada tanggal 29 April – 01 Mei 2024.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/ pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak menimbulkan masalah kesehatan/ memperburuk status kesehatan Bapak/ Ibu/ Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/ Ibu/ saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/ Ibu/ Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/ Ibu/ Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak/ Ibu/ Saudaramembutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silakan menghubungi saya pada nomor HP : 082145622745

Ende, 29 April 2024

Peneliti



Yulius Alvares P. Wangge  
NIM PO5303202200533

## FORMAT LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA .....  
DENGAN DIAGNOSA MEDIS .....

DI .....

TANGGAL.....

### I. PENGKAJIAN

#### A. PENGUMPULAN DATA

##### 1. Identitas

###### a. Identitas Pasien

Nama : *Maria F.*  
Umur : *54 tahun (20-12-1969)*  
Agama : *Katolik*  
Jenis Kelamin : *Perempuan*  
Status : *Menikah*  
Pendidikan : *SD*  
Pekerjaan : *Pensiun*  
Suku Bangsa : *ID*  
Alamat : *Aekora*  
Tanggal Masuk :  
Tanggal Pengkajian : *29-01-2024*  
No. Register : *199371*  
Diagnosa Medis : *TG paru*

###### b. Identitas Penanggung Jawab

Nama :  
Umur :  
Hub. Dengan Pasien :  
Pekerjaan :  
Alamat :

##### 2. Status Kesehatan

###### a. Status Kesehatan Saat Ini

###### 1) Keluhan Utama

*sesak nafas terutama ketika bangun tidur yg sudah lama*

###### 2) Riwayat Keluhan Utama

*semakin lama semakin berat + sering terbangun malam*

3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

sebelum ini masuk rumah sakit karena sakit di bagian paru-paru  
karena tidak ada demam & batuk-bersin dan lain-lain

4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

ada pemberian obat-obatan di bagian paru-paru  
dan lain-lain yang diberikan oleh dokter

b. Status Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

tidak ada penyakit yang pernah dialami

2) Pernah dirawat

tidak pernah dirawat di rumah sakit

3) Alergi

tidak ada alergi yang pernah dialami

4) Kebiasaan (merokok/kopi/alkohol dll)

tidak ada kebiasaan yang pernah dialami

c. Riwayat Penyakit Keluarga

tidak ada riwayat penyakit keluarga yang pernah dialami

d. Diagnosa Medis dan therapy yang didapat sebelumnya

tidak ada diagnosa medis dan therapy yang didapat sebelumnya

3. Pola Kebutuhan Dasar ( Data Bio-psiko-sosio-kultural-spiritual)

a. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

100% tidak ada keluhan kesehatan yang signifikan dan  
tidak ada keluhan lain.

b. Pola Nutrisi-Metabolik

Sebelum sakit :  
makan porsi besar (3x sehari) nasi, ikan tanpa lemak  
dan sayur.

Saat sakit :  
makan porsi kecil, porsi sayuran lebih sedikit dan  
susu dan mentega.

c. Pola Eliminasi

1) BAB

Sebelum sakit :  
1-2 kali per hari secara normal.

Saat sakit :  
1 kali per hari perdarah.

2) BAK

Sebelum sakit :  
5-9 kali per hari.

Saat sakit :  
2-3 kali per hari.

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Aktivitas

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

Ket:

0: mandiri, 1: Alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung total

2) Latihan

Sebelum sakit

...sangat suka ia suka ke kebun. seperti biasa.

Saat sakit

...sangat sedih seperti biasanya karena ia suka pergi ke kebun.

e. Pola kognitif dan Persepsi

...sangat sedih karena ia suka pergi ke kebun.

f. Pola Persepsi-Konsep diri

...sangat sedih karena ia suka pergi ke kebun.

g. Pola Tidur dan Istirahat

Sebelum sakit :

...tidur 20.00 - 05.00 siang 1-3 jam.

Saat sakit :

...tidur 20.00 - 06.00 siang 2-3 jam karena merasa sedih.

h. Pola Peran-Hubungan

i. Pola Seksual-Reproduksi

Sebelum sakit :

...sangat suka ia mempunyai 3 anak.

Saat sakit :

...

j. Pola Toleransi Stress-Koping

k. Pola Nilai-Kepercayaan

...sangat suka ia suka pergi ke kebun. sangat sedih karena ia suka pergi ke kebun.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Kesadaran umum : *comata, suka ke kebun.*

Tingkat kesadaran : komposmetis / apatis / somnolen / delirium / sopor/koma

GCS: verbal: 2 motorik: 6 eye: 4

b. Tanda-tanda Vital: Nadi = 94/m, Suhu = 37.2, TD = 110/70, RR = 24/m, SpO2 = 93%  
(dan nilai normal)



- c. Berat Badan : 41,5  
 Tinggi Badan : 157  
 Indeks Massa Tubuh : 17,1 (16-18,5)  
 Berat Badan Ideal :

d. Keadaan fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

1) Kepala dan leher :

Inspeksi kepala tidak ada rasa nyeri, tidak ada kelainan pada mata, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

2) Dada :

• Papan

Inspeksi dada tidak ada kelainan, pernafas normal, tidak ada ronkhi.

• Jantung

3) Payudara dan ketiak :

4) Abdomen :

Inspeksi tidak ada kelainan.

5) Genitalia :

Inspeksi tidak ada kelainan.

6) Integumen :

Inspeksi tidak ada kelainan, tidak ada ruam, tidak ada luka.

7) Ekstremitas :

• Atas

Inspeksi tidak ada kelainan.

• Bawah

Inspeksi tidak ada kelainan.

d. Neurologis :

• Status mental dan emosi :

• Pengkajian saraf kranial :

• Pemeriksaan refleks :

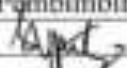
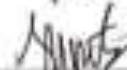

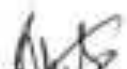

• Keluhan subyektif (Nyeri)





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

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL

Nama : Yulius Alvares P. Wangge  
NIM : PO 5303202200533  
Pembimbing : Syaputra Artama Syarifuddin, S.Kep.,Ns.,M.Kep






No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	24/02/23	Mengajukan judul	Tb Paru	
2.	02/03/23	Konsultasi BAB I	Perbaiki cara penulisan Tambahkan sumber Perbaiki daftar pustaka	
3.	06/03/23	Konsultasi BAB I	Lengkapi naskah pada latar belakang Daftar pustaka 5thn terakhir Penulisan asuhan keperawatan Tambahkan data masalah Tb Paru Perbaiki cara penulisan	
4.	16/05/23	Konsultasi BAB I-II	Sesuaikan penulisan daftar pustaka Lengkapi data pada latar belakang Sesuaikan daftar pustaka Perbaiki penulisan diagnosa Perbaiki penulisan manfaat Tambahkan pemeriksaan diagnostic Sesuaikan penulisan intervensi Lengkapi BAB III	
5.	19/05/23	Konsultasi BAB III	Perbaiki BAB III dari rancangan/ desai studi kasus sampai analisa data Sesuaikan cara penulisan	


6.	22/05/23	Konsultasi Keseluruhan	Tambahkan lampiran Sesuaikan cara penulisan Sesuaikan daftar pustaka Lanjut bikin PPT	
7.	25/05/23	Konsultasi PPT	Tambahkan tujuan Sesuaikan tata cara penulisan Sesuaikan penulisan diagnosa Tambahkan daftar pustaka	

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

LEMBAR KONSULTASI STUDI KASUS

Nama : Yulius Alvares P. Wangge  
NIM : PO 5303202200533  
Pembimbing : Irwan Budiana, S.Kep., Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	19/03/24	Konsultasi revisi proposal	Perbaiki penulisan kata pengantar, lengkapi latar belakang, perbaiki penulisan pada BAB2 (Phatway – intervensi), perbaiki penulisan pada BAB 3.	
2.	21/03/24	Revisi proposal	Lengkapi kata yang kurang pada bagian kata pengantar, perbaiki sumber phatway, perbaiki pada lokasi dan waktu studi kasus.	
3.	25/05/24	Revisi proposal	Perbaiki nama pada kata pengantar, sesuaikan spasi tiap paragraph laporan.	
4.	26/03/24		ACC – kembali ke pembimbing.	
5.	05/07/24	Revisi KTI (I)	Perbaiki penulisan pada lembar pengesahan, hilangkan kata yang tidak perlu pada kata pengantar, perbaiki intervensi keperawatan pada kasus, perbaiki pembahasan mulai dari Dx – evaluasi, focus perbedaan teori dan kasus setelahnya baru di jelaskan peneliti lain.	
	19/08/24	(II)	Perbaiki abstrak, perbaiki	

			lembar pengesahan, tambahkan ke aslian tulisan dan lampiran serta biodata.	
	20/08/24	(III)	ACC	

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Data Diri

Nama : Yulius Alvares Pelly Wangge  
Tempat/ Tanggal lahir : Ende, 21 Juli 2001  
Alamat : JL. Gatot Subroto, Kec. Ende Timur, Kabupaten  
Ende, Nusa Tenggara Timur.  
Jenis Kelamin : Laki - Laki  
Agama : Katolik

### B. Riwayat Pendidikan

1. SDI Ende 14
2. SMPN 1 Ende
3. SMAK St. Petrus

### MOTTO

**“HAL KECIL YANG TERUS MENERUS DILAKUKAN, AKAN  
MENJADI KEBIASAAN SEHARI-HARI”**