

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar T1uberculosis Paru

1. Pengertian

Tuberculosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh basil *Mycobacterium tuberculosis*. *Mycobacterium* ini ditransmisikan melalui droplet udara, sehingga seorang penderita tuberculosis merupakan sumber penyebab penularan tuberculosis (Demayaty Santi Dwi,dkk 2018).

Tuberculosis (TB) paru merupakan suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* dengan metode penularan melalui udara yang terkontaminasi bakteri *Mycobakterium tuberculosis* (Michelle Angelika,dkk 2021).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Tubercolosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh bakteri *mycobacterium tuberculosis* yang ditularkan melalui percikan dahak pasien TB Paru.

2. Etiologi

Tuberculosis paru disebabkan oleh sejenis bakteri yang disebut *mycobakterium tuberculosis*. Tuberculosis pada umumnya yang menyerang organ paru manusia. Penyakit ini menyebar saat penderita TB batuk atau bersin dan orang lain menghirup droplet yang di keluarkan, yang mengandung bakteri TB. Bakteri yang menyebar di udara dapat di hirup oleh orang sehat sehingga dapat menyebabkan infeksi. *Mycobakterium tuberculosis* merupakan bakteri gram positif yang bersifat aerob obligat (bakteri yang mutlak memerlukan oksigen bebas dalam hidupnya), tidak mempunyai endospore dan kapsul, tidak motil, tahan terhadap asam, bentuk sel

batang dengan ukuran 0,2-0,4* 2-10 µm, tumbuh pada suhu 37°C dengan pertumbuhan yang lambat yaitu 2-60 hari. Genus bakteri ini mempunyai karakteristik yang unik karena memiliki dinding sel yang kaya akan lipid dan lapisan tebal peptidoglikan yang mengandung asam mikolat, arabinogalaktan (Dewi et al. 2019)

3. Manifestasi Klinis

Menurut (Mar'iyah, Khusnul., Zulkarnain, 2021) manifestasi klinis TB paru adalah:

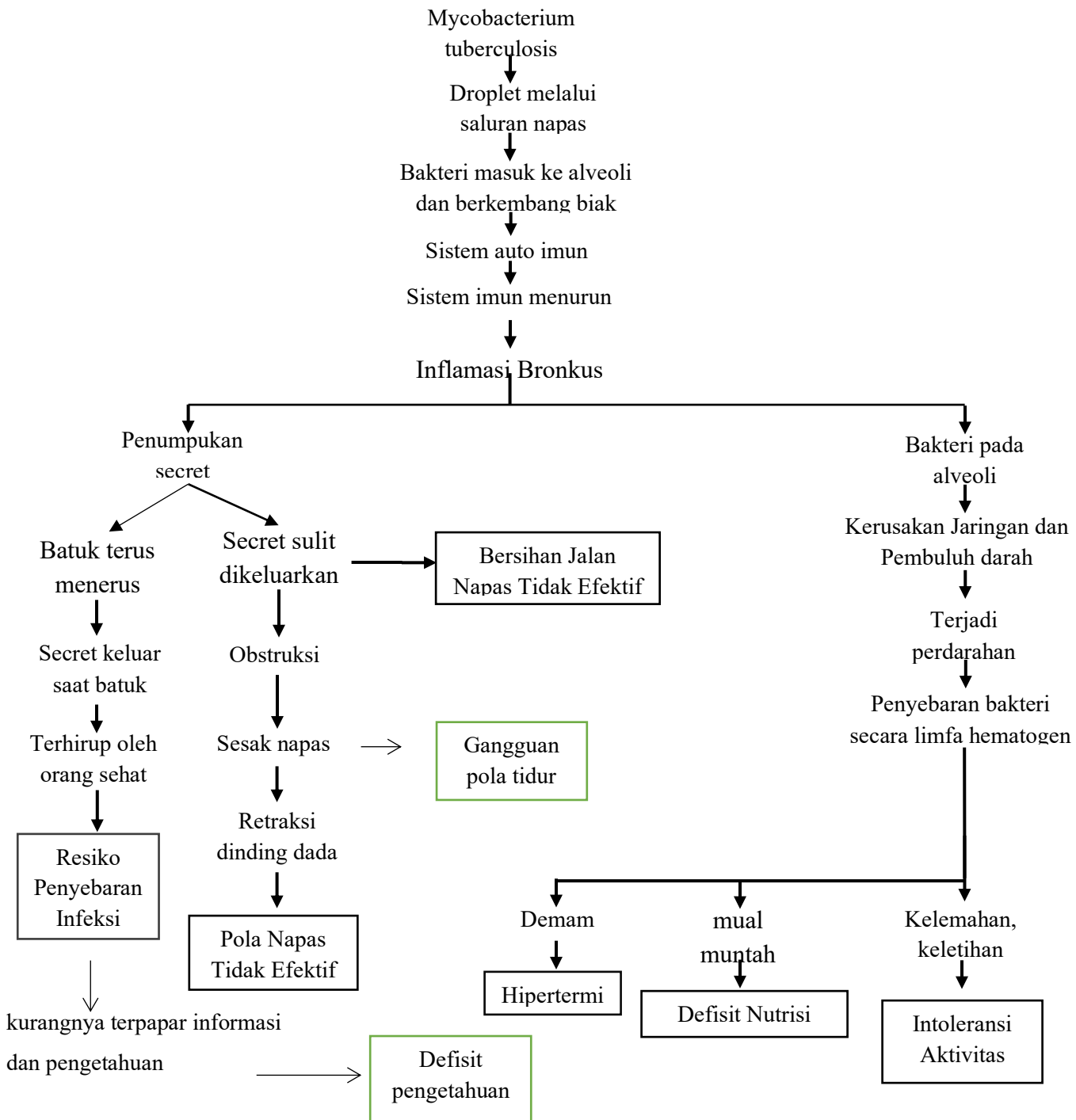
- a) Berat badan turun selama 3 bulan berturut-turut.
- b) Demam
- c) Meriang
- d) Batuk
- e) Dada terasa nyeri.
- f) Sesak napas.
- g) Nafsu makan tidak ada atau berkurang.
- h) Mudah lelah
- i) Berkeringat pada malam hari walaupun tanpa aktivitas fisik.
- j) Dahak bercampur darah.

4. Patofisiologi

Patofisiologi penyakit tuberculosi dimulai dari masuknya bakteri ke dalam alveoli lalu sistem imun dan sistem kekebalan tubuh akan merespon dengan cara melakukan reaksi inflamasi. Fagosit menekan bakteri dan limfosit spesifik tuberculosi menghancurkan bakteri dan jaringan normal. Reaksi tersebut menimbulkan penumpukan eksudat di dalam alveoli yang bisa mengakibatkan

bronchopneumonia. Selanjutnya terbentuk granulomas yang diubah menjadi fibrosa, bagian sentral dari masa tersebut disebut ghon tuberculosis dan menjadi nekrotik membentuk masa seperti keju dan membentuk jaringan kolagen kemudian bakteri menjadi dorman. Penularan tuberculosis dipengaruhi oleh faktor umur, jenis kelamin, kebiasaan merokok, pekerjaan, status ekonomi, dan lingkungan. Penderita tuberculosis umumnya akan mengalami gejala seperti batuk lebih dari dua minggu, sesak nafas, mudah lelah, nafsu makan turun, dahak bercampur darah yang berasal dari saluran pernapasan yang sepanjang salurannya terdapat daerah yang menghasilkan enzim/asam dengan warna biasanya merah segar dan mungkin disertai gumpalan, demam, dan berat badan menurun (Khusnul Mar'iyah,2021)

5. Patway



Gambar 2.1 Pathway TB Paru Sumber: Mar'iyah & Zulkarnain, 2021

6. Komplikasi

(Menurut PDPI 2021), pada pasien tuberculosis dapat terjadi beberapa komplikasi, baik sebelum pengobatan atau dalam masa pengobatan maupun setelah selesai pengobatan. Beberapa komplikasi yang mungkin timbul adalah:

- a. Batuk Darah
- b. pneumotoraks
- c. Gagal napas
- d. Gagal jantung

Sedangkan menurut (Safitri Wahyu Niken, 2024) adalah:

- a. Efusi pleura, pleuritis, empyema

Pada awalnya terjadi pleuritis karena adanya fokus pada pleura sehingga pleura robek atau fokus masuk melalui kelenjar limfe, kemudian cairan melalui sel mesotelial masuk kedalam rongga pleura dan juga dapat masuk ke pembuluh limfe sekitar pleura. Proses penumpukan cairan pleura karena proses peradangan. Bila peradangan karena bakteri piogenik akan membentuk pus/nanah sehingga terjadi empiema. Bila mengenai pembuluh darah sekitar pleura dapat menyebabkan hemotorak

b. Obstruksi jalan nafas

Komplikasi lanjut dari TB paru karena adanya peradangan pada sel-sel otot jalan nafas. Dari peradangan yang kronis itu menyebabkan paralisis silia sehingga terjadi statis mukus dan adanya infeksi kuman. Karena adanya infeksi sehingga menyebabkan erosi epitel, fibrosis, metaplasia sel skuamosa serta penebalan lapisan mukosa sehingga terjadi obstruksi jalan nafas yang irreversible (stenosis). Dari Infeksi tersebut terjadi proses inflamasi yang menyebabkan bronkospasme sehingga terjadi obstruksi jalan nafas yang reversible.

c. CA paru

Mutasi gen yang menyebabkan terjadinya hiperekspresi onkogen dan atau hilangnya fungsi gen suppresor yang menyebabkan sel tumbuh dan berkembang tak terkendali sehingga menjadi ca paru.

d. Kor pulmonal

Penyakit paru kronis menyebabkan: berkurangnya “vascularized” paru, disebabkan oleh terdesaknya pembuluh darah oleh paru yang mengembang atau kerusakan paru, Asidosis dan hiperkapnia, hipoksia alveolar yang merangsang vasokonstriksi pembuluh paru, polisitemi dan hiperviskositas darah. Ke empat kelainan ini akan menyebabkan timbulnya hipertensi pulmonal. Dalam jangka panjang mengakibatkan hipertrofi dan dilatasi ventrikel kanan dan kemudian akan berlanjut menjadi gagal jantung kanan

7. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik yang sering dilakukan pada pasien TB paru yaitu:

a. Pemeriksaan Laboratorium

1) Pemeriksaan Sputum

Pemeriksaan sputum BTA adalah pemeriksaan yang khusus dilakukan untuk mengetahui adanya *Mycobacterium tuberculosis*. Diagnosa Tb paru secara pasti dapat ditegakkan apabila di dalam biakan terdapat *Mycobacterium tuberculosis* (Manurung, 2018).

2) Pemeriksaan Radiologi Dada

Pemeriksaan radiologis dada atau rotgen dada pada pasien TB paru bertujuan untuk memberikan gambaran karakteristik untuk TB paru yaitu adanya lesi terutama di bagian atas paru, bayangan yang berwarna atau terdapat bercak (Manurung, 2018).

8. Penatalaksanaan

(Menurut, Sagadji Faisal, Dkk, 2024).

a. Penatalaksanaan medis

menurut Kemenkes, 2020. Tahap pengobatan TB terdiri dari 2 tahap, yaitu:

- 1) Tahap Awal (Tahap Intensif)Pengobatan diberikan setiap hari. Tahap ini ditujukan untuk efektifitas fokus dalam penurunan jumlah kuman yang ada pasien-pasien sekaligus mengurangi beberapa kecil pengaruh apabila beberapa kuman dalam pasien sebelum pasien melaksanakan pengobatan ada yang sudah resisten. Proses tahap awal adalah selama 2 bulan. Umumnya 2 minggu pertama jika tahap awal dilaksanakan dengan baik dan teratur, infeksi kuman TB sudah sangat menurun (Kemenkes,2020).

2) Tahap Lanjut

Pengobatan tahap lanjut difokuskan untuk membunuh sisa dari kuman yang masih berada dalam tubuh, terkhusus kuman paresistem agar pasien sembuh dan kekambuhan tidak terjadi. Durasi tahap lanjutan selama 4 bulan. Pada fase lanjutan seharusnya obat diberikan setiap hari (Kemenkes, 2020).

b. Penatalaksanaan keperawatan

- 1) Mengatur posisi pasien semifowler
- 2) Ajarkan teknik napas dalam dan batuk efektif
- 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 pada pasien Tuberculosis Paru

1. Pengkajian

(Menurut, Nurchayati Sofia, Dkk, 2024).

a. Pengumpulan Data

- 1) Biodata : Identitas pasien nama, umur, pekerjaan (dilihat dari pekerjaan sebagai buru pasir, berarti beresiko terkena Tb karena polusi udara yang berdebu). Jenis kelamin (dilihat dari jenis kelamin seperti laki-laki lebih sering memiliki perilaku yang beresiko terkena Tb Paru seperti, merokok, minum alkohol). Alamat atau tempat tinggal (beresiko terkena Tb Paru karena kondisi lingkungan

dengan polusi udara yang tinggi, dalam rumah tidan memiliki ventilasi sebagai pencahayaan).

2) Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus TB adalah batuk, batuk berdarah, dan menghasilkan sputum timbul dalam waktu selama ($\pm$ 2 minggu). sesak napas, nyeri dada, demam pada malam hari.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

pada umumnya Keluhan atau gangguan yang sehubungan dengan penyakit yang dirasakan saat ini. Riwayat batuk, sesak napas, nyeri dada, keringat di malam hari, atau menggigil, nafsu makan menurun, suhu badan meningkat, penurunan berat badan.

c. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Biasanya klien penderita TB paru, keluhan batuk yang lama pada masa kecil dan tidak sembuh, berobat tapi tidak sembuh, berobat tidak teratur, kontak dengan penderita penyakit TB.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji apakah pasien memiliki anggota keluarga yang juga mengalami penyakit Tuberculosis paru.

e. Pola-Pola Fungsi Kesehatan Gordon.

1. pola pernapasan

Pada pasien dengan Tb Paru mengalami, sesak napas, batuk, batuk berdarah, batuk berdarah dan menghasilkan sputum tmbul dalam waktu ($\pm$ 2 minggu), bunyi napas ronchi.

Penggunaan oto bantu pernapasan, napas cuping hidung, adanya retraksi dinding dada, adanya tarikan dinding dada, dari pola pernapasan di atas maka munculah masalah keperawatan: Bersiham Jalan Napas Tidak Efektif dan Pola Napas Tidak Efektif.

2. Pola Nutrisi Dan Metabolik

Biasanya kehilangan napsu makan, mual dan muntah, nampak kurus dari pola nutrisi metabolik ini maka munculah masalah keperawatan: Defisit Nutrisi.

3. Pola Aktivitas dan Latihan

Pasien dapat mengalami kelemahan umum, napas pendek karena kerja, takikardia, takipnea atau dyspnea pada saat melakukan aktivitas, dari pola aktivitas dan latihan maka munculah masalah keperawatan: Intoleransi Aktivitas.

4. Pola Tidur dan Istirahat

Biasanya pada pasien Tb Paru kesulitan tidur karena sering terbangun malam hari akibat batuk terus menerus, dari pola tidur dan istirahat di atas maka munculah masalah keperawatan: Gangguan Pola Tidur.

5. Pola Persepsi dan Kosep Diri

Pada pasien dengan Tb Paru karena kurangnya pengetahuan tentang penyakit Tb Paru, dari pola persepsi konsep diri maka munculah masalah keperawatan: Defisit Pengetahuan.

f. Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan keadaan umum dan tanda-tanda vital.

Pada pasien dengan Tb Paru biasanya, mengalami peningkatan suhu tubuh, frekuensi napas meningkat disertai sesak napas.

2) Dada

Terlihat retraksi dada dan tarikan dinding dada, biasanya pasien kesulitan saat inspirasi, adanya penurunan gerakan dinding pernafasan, adanya penurunan taktil fremitus pada klien dengan TB Paru, Paru suara pekak, Terdengar bunyi napas ronchi.

b. Tabulasi Data

Batuk, batuk berdahak, batuk berdarah dan menghasilkan sputum timbul dalam waktu selama ($\pm$ 2 minggu), sesak napas, nyeri dada, suhu badan meningkat, keringat di malam hari, nafsu makan menurun, mual, muntah, badan tampak kurus, kelemahan otot, berat badan menurun, sulit tidur, penggunaan otot bantu pernafasan, bunyi napas ronchi, napas cuping hidung, adanya retraksi dinding dada, tarikan dinding dada, fremitus paru lemah, perkusi paru suara pekak.

c. klasifikasi Data

DS : Batuk, batuk berdahak, batuk berdarah dan menghasilkan sputum timbul dalam waktu selama ($\pm$ 2 minggu), sesak napas, nafsu makan menurun, mual,

muntah, suhu meningkat di malam hari, keringat di malam hari, nyeri dada, sulit tidur

DO : Berat badan menurun, tampak kurus, batuk, batuk berdarah, bunyi napas ronchi, penggunaan otot bantu pernapasan, kelemahan otot, nyeri dada, napas cuping hidung, tarikan dinding dada, fremitus paru lemah, perkusi paru suara pekak, suhu badan meningkat, adanya retraksi dinding dada.

d. Analisa Data

No	Sign/Simtom	Etiologi	Masalah
1	DS: Batuk, batuk berdahak, batuk berdarah dan menghasilkan sputum timbul dalam waktu selama ($\pm$ 2 minggu). DO: Batuk, batuk berdahak, batuk berdarah, bunyi napas ronchi, fremitus paru lemah, perkusi paru suara pekak	hipersekreasi jalan nafas	Bersihan jalan nafas tidak efektif
2	DS: Sesak napas DO: Penggunaan otot bantu pernapasan, sesak napas, napas cuping hidung, adanya tarikan Data dinding dada, adanya retraksi dinding dada.	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif
3	DS : - DO: Tampak mengeluarkan banyak sputum yang terhirup orang sehat.	Peningkatan paparan organisme lingkungan	Risiko penyebaran infeksi
4	DS : Mual, muntah, Nafsu makan menurun. DO: Berat badan menurun, tampak kurus	Peningkatan kebutuhan metabolisme	Defisit nutrisi
5	DS : Suhu badan meningkat, keringat di malam hari. DO : Suhu meningkat.	Peningkatan laju metabolisme	Hipertermia
6	DS : Badan lemah DO : Kelemahan otot, sesak napas.	Kelemahan	Intoleransi Aktivitas
7	DS: Mengeluh sulit tidur, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup, mengeluh kemampuan beraktivitas menurun DO: nampak sulit tidur, mata sembab	Penyakit paru	Gangguan pola napas
8	DS: Menanyakan masalah yang dialami. DO: menunjukkan persepsi keliru terhadap	Kurangnya terpapar informasi	Defisit pengetahuan

masalah, menunjukkan perilaku berlebihan, menjalani pemeriksaan yang tepat	uan
--	-----

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Buku Ajaran Keperawatan Medikal Bedah(2023) dan SDKI (2017)

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas, ditandai dengan :

DS : Batuk, batuk berdahak, batuk berdarah berdarah dan menghasilkan sputum timbul dalam waktu selama ($\pm$ 2 minggu).

DO : Batuk, batuk berdahak, batuk berdarah, bunyi nafas ronchi, fremitus paru lemah, perkusi paru suara pekak2. Diagnosa Keperawatan

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

DS : Sesak napas

DO : Penggunaan otot bantu pernapasan, sesak napas, napas cuping hidung, adanya tarikan dinding dada.

- c. Resiko infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ditandai dengan :

DS : -

DO : Tampak mengeluarkan banyak sputum yang terhirup orang sehat.

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

DS : Mual, muntah, Nafsu makan menurun

DO : Berat badan menurun, tampak kurus

- e. Hipertermia berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme, ditandai dengan :

DS : suhu badan meningkat, keringat di malam hari.

DO : suhu meningkat.

- f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ditandai dengan:

DS : Badan lemah

DO : Kelemahan otot, sesak napas.

3. Rencana Tindakan Keperawatan

(Menurut, SIKI, 2018, SLKI, 2019)

- a. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah bersihan jalan napas dapat meningkat.

Kriteria hasil : Batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, mengi menurun.

Observasi

- 1) Medentifikasi kemampuan batuk

Rasional: ketidakmampuan membersihkan jalan napas yang dapat menimbulkan penggunaan otot bantu pernapasan dan peningkatan kerja pernapasan.

- 2) Monitor adanya retensi sputum.

Rasional : mengetahui apakah terdapat perubahan warna, dan aroma pada sputum.

Terapeutik

1) Atur posisi semi fowler atau fowler.

Rasional : posisi semi fowler atau fowler membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan.

2) Buang sekret pada tempatnya

Rasional : penyebaran virus dapat terjadi jika sekret dibuang pada sembarang tempat hingga terhirup oleh orang sehat.

Edukasi

1) Jelaskan tujuan dan prosedur batuk

Rasional : prosedur batuk efektif dapat meningkatkan pengeluaran dahak secara maksimal.

2) Anjurkan menggunakan teknik napas dalam

Rasional : mengisi ruang paru kiri dan kanan dengan udara (O₂)

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu.

Rasional : membantu memaksimalkan proses pengeluaran sputum

b. Pola napas tidak efektif berhubungan hambatan upaya napas.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah pola napas dapat membaik.

Kriteria hasil : Penggunaan otot bantu napas menurun, dispnea menurun, pernapasan cuping hidung menurun

Manajemen Pola Napas

Observasi

- 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, dan usaha napas)

Rasional : Frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas dapat menunjukkan pola napas yang tidak efektif.

- 2) Monitor bunyi napas tambahan (mis:ronkhi, mengi)

Rasional : Penurunan bunyi napas dapat menunjukkan atelectasis ronkhi, mengi menunjukkan akumulasi secret/ketidakmampuan untuk membersihkan jalan napas yang dapat menimbulkan penggunaan otot bantu pernapasan dan peningkatan kerja pernapasan.

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

Rasional: Perubahan jumlah, warna, dan konsistensi sputum sering kali terkait dengan infeksi saluran pernapasan, seperti tuberculosis. Warna sputum yang hijau atau kuning biasanya menunjukkan infeksi bakteri, sedangkan warna yang jernih atau putih lebih sering ditemukan pada infeksi virus atau iritasi ringan.

Terapeutik

- 1) Posisikan semi fowler atau fowler

Rasional : Posisi semi fowler atau fowler membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan.

- 2) Lakukan fisioterapi dada,jika perlu

Rasional : Membantu membersihkan secret dari bronkus dan mencegah penumpukan secret serta memperbaiki pergerakan dan aliran secret.

3) Berikan oksigen

Rasional : Alat dalam memperbaiki hipoksemia yang dapat terjadi sekunder terhadap penurunan ventilasi/menurunnya permukaan alveolar paru

Edukasi

1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari

Rasional : Pemasukan tinggi cairan membantu untuk mengencerkan secret, membuatnya mudah dikeluarkan.

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian bronkodilator,jika perlu

Rasional : Bronkodilator meningkatkan ukuran lumen percabangan trakeobronkial, sehingga menurunkan tahanan terhadap aliran udara.

c. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah status nutrisi kembali membaik.

Kriteria hasil : Nafsu makan membaik, porsi makan dihabiskan meningkat, Frekuensi makan membaik

Manajemen Nutrisi

Observasi

1) Identifikasi status nutrisi

Rasional: mengevaluasi jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi sehari-hari untuk memastikan bahwa kebutuhan nutrisi terpenuhi.

1) Identifikasi makanan yang disukai

Rasional: Makanan yang disukai klien dapat menarik kemampuan keinginan makan pasien dan meningkatkan kualitas asupan nutrisi, menghindari kebosanan makanan, dan memastikan kepatuhan terhadap rencana diet.

2) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien

Rasional : Melihat kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan oleh pasien, kebutuhan kalori dan nutrisi sangat penting untuk mendukung fungsi tubuh yang optimal, pertumbuhan, dan perkembangan yang sehat.

3) Monitor asupan makanan

Rasional : Mengidentifikasi kekurangan dan kebutuhan makanan.

4) Monitor berat badan

Rasional : Memberikan informasi tentang kebutuhan diet.

Terapeutik

4) Sajikan makanan secara menarik.

Rasional: Makanan yang menarik dapat menarik minat pasien untuk makan.

5) Berikan makanan tinggi kalori tinggi protein

Rasional: Makanan tinggi kalori dan tinggi protein dapat membantu meningkatkan system kekebalan tubuh.

Kolaborasi

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

Rasional : Diet yang tepat dapat menurunkan masalah kebutuhan nutrisi.

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah toleransi aktivitas meningkat.

Kriteria hasil : Keluhan lelah menurun, sesak setelah aktivitas menurun.

Manajemen Energi:

Observasi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

Rasional: Memberikan kemampuan atau kebutuhan pasien dan memfasilitasi pasien dalam memilih intervensi.

- 2) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.

Rasional : Mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait aktivitas yang akan dilakukan.

Edukasi

- 1) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

Rasional: Mempertahankan pernafasan lambat, sedang dan latihan yang diawasi memperbaiki kekuatan otot asesori dan fungsi pernafasan.

Terapeutik

- 1) Lakukan Latihan rentang gerak pasif/aktif

Rasional: Membantu meningkatkan rentang gerak klien dalam beraktivitas.

- 2) Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan

Rasional: Aktivitas distraksi yang menyenangkan dapat memberikan rasa nyaman pada klien.

- e. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit.

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah termoregulasi membaik.

Kriteria hasil : Suhu tubuh membaik.

Manajemen Hipertermi

Observasi

- 1) Identifikasi penyebab hipertermi

Rasional: Dengan mengetahui penyebab terjadinya hipertemi dapat lebih waspada terhadap faktor resiko terjadinya hipertermi.

- 2) Monitor suhu tubuh

Rasional: Peningkatan suhu tubuh secara tiba-tiba dapat menyebabkan kejang.

Terapeutik

- 3) Longgarkan atau lepaskan pakaian

Rasional : Tindakan tersebut meningkatkan kenyamanan dan menurunkan suhu tubuh.

- 4) Berikan cairan oral

Rasional: Cairan oral menggantikan proses cairan yang hilang selama proses evaporasi.

- 5) Berikan kompres hangat

Rasional: Tindakan pemberian kompres hangat dapat menyebabkan terjadinya proses induksi perpindahan panas dari tubuh pasien ke kompres.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena

Rasional : Pemberian cairan dan elektrolit intravena diberikan untuk mengganti cairan yang hilang selama proses evaporasi

- f. Risiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan masalah tingkat infeksi menurun.

Kriteria hasil : Pasien dapat memperlihatkan perilaku sehat (menutup mulut ketika batuk atau bersin), Tidak ada muncul tanda-tanda infeksi lanjutan dan tidak ada anggota keluarga yang tertular.

Pencegahan Infeksi

Observasi

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Rasional : Tanda dan gejala infeksi membantu untuk mengetahui tindakan yang akan dilakukan

Terapeutik

- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Rasional: Penyebaran infeksi dapat terjadi ketika kontak dengan pasien yang mengalami tuberculosis, cuci tangan dapat mengurangi resiko infeksi.

Edukasi

- 1) Jelaskan tanda dan gejala penyebaran infeksi

Rasional: Mengetahui tanda dan gejala infeksi merupakan langkah awal untuk mencegah terjadinya infeksi.

- 2) Ajarkan etika batuk

Rasional: Mengetahui cara batuk yang baik dan benar agar mengurangi resiko terjadinya infeksi.

- 3) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan

Rasional : Makanan yang mengandung banyak nutrisi dapat meningkatkan system kekebalan tubuh agar dapat melawan virus yang menyerang.

- 4) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.

Rasional : Mencuci tangan dengan benar salah satu cara terbaik untuk mencegah terjadinya infeksi

4. Implementasi

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

5. 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. Setelah melakukan tindakan keperawatan pada masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif didapatkan hasil evaluasi pasien pola napasnya sudah membaik, frekuensi napasnya normal, sudah tidak lagi sesak napas. Pada masalah keperawatan pola napas tidak efektif didapatkan hasil evaluasi frekuensi napasnya normal, sudah tidak lagi sesak napas, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan. Pada masalah keperawatan defisit nutrisi didapatkan hasil evaluasi berat badannya kembali normal, nafsu makan sudah membaik, dapat menghabiskan makanan yang diberikan. Pada masalah keperawatan hipertermi didapatkan hasil evaluasi suhu tubuhnya sudah kembali normal. Pada masalah keperawatan intoleransi aktivitas didapatkan hasil evaluasi sudah bisa melakukan aktivitas sehari-hari, dapat berjalan sendiri tanpa dibantu, sudah tidak terasa cepat lelah saat berjalan atau beraktivitas, sudah tidak sesak napas saat beraktivitas.