BAB II

TINJAUN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Tuberculosis Paru

1. Pengertian TB Paru

Tuberkulosis paru adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh kuman *Mycrobacterium tuberculosis* yang menyerang paru-paru dan bronkus. TBC paru tergolong penyakit air borne infection, yang masuk ke dalam tubuh manusia melalui udara pernapasan ke dalam paru-paru. Kemudian kuman menyebar dari paru-paru ke bagian tubuh lainnya melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, melalui bronkus atau penyebaran langsung ke bagian tubuh lainnya (*Dini Permata Sari 2022)*

Tuberculosis (TB) adalah penyakit yang disebabkan oleh Mycobacterium tuberculosis. Tuberculosis bisa menyerang bagian paru-paru dan dapat menyerang semua bagian tubuh. Tuberculosis adalah penyakit menular langsung, sebagian besar kuman TB menyerang paru-paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Tuberculosis adalah penyakit infeksius kronik dan berulang biasanya mengenai organ paru yang disebabkan oleh Mycobacterium tuberculosis (Sari, Sarifuddin, Setyawati 2022).

Menurut Kemekes RI (2025) klasifikasi tuberculosis paru berdasarkan lokasi diantaranya:

a. Tb Paru

Tb paru adalah Tb yang menyerang jaringan paru-paru

b. Tb Ekstra Paru

Tb ekstra paru dapat menyerang bagian tubuh lain selain paru, misalnya; selaput otak, selaput jantung, kelenjar getah bening, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain. TB ekstra paru ditentukan oleh dokter berdasarkan gejala TB. Gejala dan keluhan tergantung organ yang terkena.

2. Etiologi

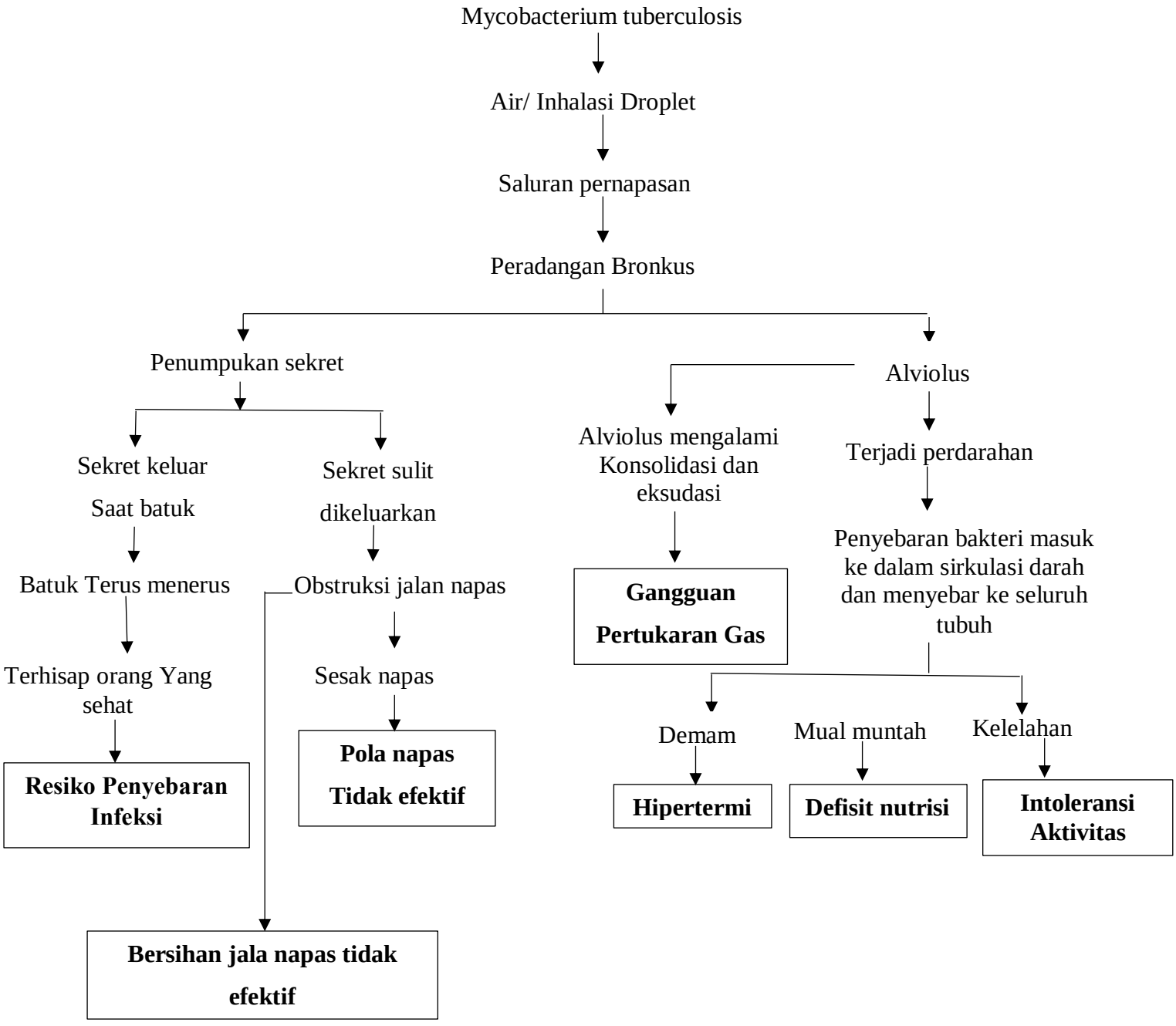
Tuberculosis disebabkan oleh mycobacterium tuberculosis. Penyebarannya melalui percikan dari batuk atau bersin yang dikeluarkan oleh penderita. Infeksi TB biasanya menyebar antara anggota keluarga yang tinggal serumah. Mycobacterium tuberculosis ini berbentuk batang, memiliki dinding lemak yang tebal, tumbuh lambat, tahan terhadap asam dan alkohol, sehingga sering disebut basil tahan asam (BTA). Kuman ini memasuki tubuh manusia terutama melalui paru-paru namun dapat juga lewat kulit, salurah kemih dan saluran makanan (Pralambang & Setiawan,2021).

3. Patofisiologi

Patofisiologi penyakit tuberculosis dimulai dari masuknya bakteri mycobacterium tuberculosis masuk ke dalam saluran pernapasan sehinggga terjadi peradangan bronkus. alveoli lalu sistem imun dan sistem kekebalan tubuh akan merespon dengan cara melakukan reaksi inflamasi. Fagosit menekan bakteri dan limfosit spesifik tuberculosis 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,2020)

4. Pathway


Mycobacterium tuberculosis
Air/ Inhalasi Droplet
Saluran pernapasan
Peradangan Bronkus
Penumpukan sekret
Sekret keluar
Saat batuk
Batuk Terus menerus
Terhisap orang Yang sehat
Resiko Penyebaran Infeksi
Sekret sulit dikeluarkan
Obstruksi jalan napas
Sesak napas
Pola napas Tidak efektif
Bersihan jala napas tidak efektif
Alviolus mengalami Konsolidasi dan eksudasi
Gangguan Pertukaran Gas
Alviolus
Terjadi perdarahan
Penyebaran bakteri masuk ke dalam sirkulasi darah dan menyebar ke seluruh tubuh
Demam
Hipertermi
Mual muntah
Defisit nutrisi
Kelelahan
Intoleransi Aktivitas

5. Manifestasi **Klinis**

Manifestasi klinis tuberkulosis paru dapat bervariasi tergantung pada tingkat keparahan infeksi dan organ yang terlibat. Gejala umum yang sering ditemukan pada pasien TB paru adalah batuk yang berlangsung lebih dari 2 minggu, demam, keringat di malam hari, penurunan berat badan, badan tampak kurus dan kelelahan. Selain itu, pasien juga dapat mengalami batuk darah (hemoptisis), nyeri dada dan sesak napas. Pada kasus yang lebih parah, infeksi dapat menyebar ke organ lain seperti tulang, ginjal, atau otak, yang akan menimbulkan gejala sesuai dengan organ yang terinfeksi (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

6. **Komplikasi**

Komplikasi dari tuberculosis paru dapat terjadi jika infeksi tidak diobati dengan tepat dan cepat. Komplikasi yang sering terjadi meliputi kerusakan permanen pada paru-paru, seperti fibrosis paru, emfisema, dan bronkiektasis. Selain itu, infeksi dapat menyebar ke organ lain seperti meninges (meningitis TB), tulang (osteomielitis TB), dan ginjal (TB ginjal). Komplikasi lain yang mungkin terjadi adalah sindrom gangguan pernapasan akut (ARDS) dan gagal napas (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2021).

7. **Pemeriksaan diagnostik**

Pemeriksaan diagnostik untuk tuberculosis paru meliputi beberapa metode, antara lain pemeriksaan dahak untuk mendeteksi adanya Basil Tahan Asam (BTA), pemeriksaan radiologi seperti foto thorax, dan tes tuberkulin (Mantoux test). Selain itu, pemeriksaan molekuler seperti tes Xpert MTB/RIF juga dapat digunakan untuk mendeteksi adanya

Mycobacterium Tuberculosis dan resistensi terhadap rifampisin. Pemeriksaan histopatologi dan kultur bakteri juga dapat dilakukan untuk konfirmasi diagnosis (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan tuberculosis paru meliputi terapi obat anti-tuberkulosis (OAT) yang diberikan dalam dua fase, yaitu fase intensif dan fase lanjutan. Fase intensif bertujuan untuk membunuh bakteri secara cepat, sedangkan fase lanjutan bertujuan untuk mencegah kekambuhan. Obat yang digunakan dalam terapi TB paru meliputi isoniazid, rifampisin, pirazinamid, dan etambutol. Selain terapi obat, penatalaksanaan juga meliputi dukungan nutrisi, edukasi pasien, dan pemantauan efek samping obat (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2021).

B. Konsep Asuhan Keperawatan Tuberculosis Paru

1. Pengkajian

Pengkajian dalam asuhan keperawatan merupakan sumber data dasar yang komprehensif yang dapat digunakan oleh perawat untuk menegakkan diagnosa. Pengkajian meliputi :

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Pasien

a) Usia: Usia 15-65 tahun ke atas berpotensi lebih besar tekena tuberculosis paru. Pada usia 15-35 tahun karena gaya hidup seperti kebiasan merokok dan mengonsumsi alkohol. Kebiasaan merokok dapat meningkatkan resiko infeksi pada paru-paru sedangkan mengonsumsi alkohol dapat melemahkan sistem imun tubuh dan dapat menyebabkan kerusakan pada paru-paru, sedangkan pada umur 40-65 tahun ke atas karena sistem kekebalan tubuh yang menurun.

b) Jenis Kelamin: laki-laki lebih berpotensi terkena tuberculosis paru dikarenakan gaya hidup yang sering merokok serta mengonsumsi alkohol

c) Tempat tinggal/alamat: lingkungan rumah sangat mempengaruhi keberadaan mycobacterium dapat hidup selama 1 sampai 2 jam bahkan sampai beberapa hari hingga berminggu-minggu tergantung ada tidak nya sinar matahari, ventilasi, kelembaban, suhu, dan kepadatan penghuni rumah.

d) Pekerjaan: pekerjaan dapat memicu terjadinya tuberculosis paru. Umumnya ditemukan jenis pekerjaan yaitu pekerja tambang, pekerja pabrik atau industri dan petani atau peternak karena polusi udara yang berdebu.

2) Keluhan Utama

Keluhan utama yang biasanya dikeluhkan pada penderita tuberculosis paru adalah: batuk, batuk berdarah, sesak napas, nyeri dada, demam, penurunan nafsu makan

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang penderita tuberculosis paru diantaranya keluhan-keluhan yang dialami seperti sesak nafas, batuk, nyeri dada, keringat di malam hari, nafsu makan menurun, suhu tubuh meningkat.

4) Riwayat Kesehatan Dahulu

Biasanya pasien penderita tuberculosis paru, keluhan batuk yang lama pada masa kecil, pembesaran getah bening dan penyakit lainnya yang memperberat tuberculosis paru seperti diabetes melitus.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Biasanya ada riwayat penyakit tuberculosis pada generasi keluarga sebelumnya

6) Pengumpulan Data Perpola

a) Pola Presepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Pada pola presepsi penderita penyakit tuberculosis paru karena kurangnya pengetahuan tentang penyakit TB Paru sedangkan pada pola pemeliharaan kesehatan penderita harus menjaga

kebersihan diri dan lingkungan, mengonsumsi obat-obatan secara teratur, menjaga pola makan yang sehat serta melakukan pemeriksaan rutin.

b) Pola nutrisi dan metabolic.

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

c) Pola eliminasi.

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

d) Pola aktivitas dan latihan.

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

e) Pola sensori dan kognitif.

Pada pasien TB Paru tidak ditemuhkan gangguan pada panca indra baik penciuman, perabaan, rasa, penglihatan, sampai pendengaran.

f) Pola tidur dan istirahat.

Klien tuberkulosis pada umumnya mengeluh kesulitan tidur pada malam hari dikarenakan demam, batuk berdahak dan berdarah terus menerus disertai suara napas ronchi dan napas cuping

hidung, nyeri dada, berkeringat pada malam hari serta suhu meningkat.

g) Pola persepsi konsep diri.

Karena nyeri dan sesak nafas akan meninggalkan emosi dan rasa khawatir klien tentang penyakitnya serta umumnya mendapatkan pandangan klien tentang dirinya seperti merasa tidak berdaya dan merepotkan keluarganya.

h) Pola Peran Hubungan

Klien dengan TB Paru mengalami perasaan asolasi karena penyakit menular, pastinya klien memliki peran penting dalam keluarganya, sehingga keluarga pastinya merasa sangat sedih melihat keadaan yang dialami klien dengan harapan agar klien cepat pulih kembali.

i) Pola seksual-reproduksi

Pada penderita TB Paru, pola reproduksi dan seksual akan berubah karena kelemahan dan nyeri dada.

j) Pola toleransi stres- koping

Dengan adanya proses pengobatan yang lama maka akan mengakibatkan stres pada penderita yang bisa mengakibatkan penolakan terhadap pengobatan.

k) Pola nilai-kepercayaan

Karena sesak nafas, nyeri dada dan batuk menyebabkan terganggunya aktifitas ibadah klien

7) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

Badan tampak kurus, pucat, sesak napas, mukosa bibir kering, konjungtiva anemis, cuping hidung, sianosis, batuk terus menerus, tekanan darah normal (kadang rendah karena kurang istirahat), nadi pada umumnya meningkat, pernafasan biasanya meningkat (normal pernafasan 16-20×/m), suhu biasanya meningkat pada malam hari.

(1) Mata:

Inspeksi : Konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik

(2) Hidung:

Inspeksi : Terdapat pernapasan cuping hidung

(3) Mulut dan Bibir

Inspeksi : Bibir terlihat pucat dan mukosa bibir kering

(4) Leher

Kesulitan menelan, dan terjadi pembesaran kelenjar tyroid

(5) Dada

Inspeksi : Pada pasien tb paru pernafasan meningkat, adanya tarikan dinding dada, dan adanya penggunaan otot bantu pernafasan

Palpasi : Adanya penurunan gerakan dinding pernafasan, adanya penurunan taktil fremitus pada klien dengan TB paru.

Perkusi : Pada saat perkusi terdapat suara pekak

Auskultasi : Terdapat suara nafas tambahan yaitu ronchi

(6) Ekstermitas

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

b. Tabulasi Data

Dispnea, bunyi suara napas tambahan, napas cuping hidung, sianosis, gelisah, sputum berlebih, tidak mampu mengeluarkan sputum, batuk, batuk berdarah, pengunaan otot bantu pernapasan, nafsu makan menurun, mual muntah, badan tampak kurus, berat badan menurun, demam, suhu tubuh meningkat, kulit terasa hangat, keringat di malam hari, kelelahan, tarikan dinding dada, nyeri dada.

c. Klasifikasi data

DS : Dispnea, tidak mampu mengeluarkan sputum, lelah, nafsu makan menurun, mual muntah, sulit tidur, demam, keringat di malam hari, batuk, batuk berdarah,

DO : Bunyi suara napas tambahan, napas cuping hidung, sianosis, gelisah, sputum berlebih, batuk, batuk berdarah, penggunaan otot bantu pernapasan, suhu tubuh meningkat, kulit terasa hangat, tampak kurus, berat badan menurun

d. Analisa Data

Tabel 2.1 Analisa Data

No	Sing/Symtomph	Etiologi	Problem
1	DS: Dispnea, tidak mampu mengeluarkan sputum, batuk, batuk berdarah. DO: Batuk, batuk berdarah, sputum berlebih, bunyi suara napas tambahan	Hipersekresi jalan napas	Bersihan jalan napas tidak efektif
2	DS: Dispnea DO: Penggunaan otot bantu pernapasan, pernapasan cuping hidung, adanya tarikan dinding dada, sesak napas.	Hambatan upaya napas	Pola Napas Tidak Efektif
3	DS: Dispnea DO: Napas cuping hidung, sianosis, gelisah	Perubahan membran alveolus-kapiler	Gangguan pertukaran gas
4	DS: mual muntah, nafsu makan menurun DO: BB menurun, tampak kurus	Peningkatan kebutuhan metabolisme	Defisit nutrisi
5	DS: Mengeluh lelah, dispnea DO: Sianosis	Kelemahan	Intoleransi aktivitas
6	DS: Demam, keringat dimalam hari DO: suhu tubuh meningkat	Proses penyakit	Hipertermi
7	DS: lemah DO: Demam, pasien banyak mengeluarkan sputum yang terhirup orang sehat	Peningkatan paparan organisme pathogen Lingkungan	Resiko penyebaran infeksi

2. Diagnosa Keperawatan

a. Bersihkan jalan napas Tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan:

DS : Dispnea, tidak mampu mengeluarkan sputum, batuk, batuk berdarah.

DO : Batuk, batuk berdarah, sputum berlebihan, bunyi suara napas tambahan

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

DS : Dispnea

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

c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Perubahan membran alveolus-kapiler ditandai dengan:

DS : Dispnea

DO : Napas cuping hidung, sianosis, gelisah

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

DS : mual muntah, nafsu makan menurun

DO : BB menurun, tampak kurus

e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan:

DS : Mengeluh lelah, dispnea

DO : Sianosis

f. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit di tandai dengan:

DS : Demam, keringat dimalam hari

DO : Suhu tubuh meningkat

g. Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan Peningkatan paparan organisme pathogen ditandai dengan:

DS : Lemah

DO : Demam, pasien banyak mengeluarkan sputum yang terhirup orang sehat

3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan Diagnosa keperawatan di atas maka prioritas masalah keperawatan diantaranya:

1) Bersihan jalan napas tidak efektif
2) Pola napas tidak efektif
3) Gangguan pertukaran gas
4) Defisit nutrisi
5) Intoleransi aktivitas
6) Hipertermi
7) Resiko penyebaran infeksi

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

DS : Dispnea, tidak mampu mengeluarkan sputum, batuk, batuk berdarah

DO : Batuk, batuk berdarah, sputum berlebihan, bunyi suara napas tambahan Setelah dilakukan tindakan keperawatan

diharapkan bersihan jalan napas membaik dengan kriteria hasil

1) Batuk efektif meningkat
2) Produksi spuntum menurun
3) Mengi menurun
4) Wheezing menurun

Intervensi keperawatan : (Manajemen Jalan Napas)

Tindakan

Observasi

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

   R : Memantau pola napas membantu mengidentifikasi frekuensi, kedalaman usaha napas

2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, whezzing, ronchi kering)

   R : Memantau bunyi napas tambahan seperti gurgling, mengi,whezzing, ronchi kering

3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

   R : Untuk mengetahui jumlah, warna, dan aroma sputum

Terapeutik

1) Posisikan semi-Fowler atau Fowler

   R : Membantu dan memperluas rongga dada sehingga sehingga memfasilitasi pernapasan yang efektif

2) Berikan minum air hangat

   R : Dengan minum air hangat dapat mengencerkan dahak

3) Lakukan fisioterapi dada jika perlu

R : Membantu membersihkan secret dari bronkus dan mencegah penumpukan secret, memperbaiki pergerakan dan aliran secret

4) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik

R : Untuk mempertahankan kepatenan jalan napas

5) Berikan oksigen jika perlu

R : Membantu meningkatkan kadar oksigen dalam darah

Edukasi

1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika perlu

R : Untuk membantu mengencerkan dahak

2) Ajarkan Teknik batuk efektif

R : Dapat mengeluarkan secret dari saluran pernapasan dan meningkatkan ekspansi paru

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

R : Bronkodilator dapat membantu melegakan pernapasan

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

DS : Dispnea

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

Tujuan dan kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil :

1) Dispnea menurun
2) Penggunaan otot bantu menurun
3) Pernapasan cuping hidung menurun

Intervensi keperawatan: (Manajemen Jalan Napas)

Tindakan

Observasi

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

   R : Memantau pola napas membantu mengidentifikasi frekuensi, kedalaman usaha napas

2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, whezzing, ronchi kering)

   R : Memantau bunyi napas tambahan seperti gurgling, mengi, whezzing, ronchi kering

3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

   R : Untuk mengetahui jumlah, warna, dan aroma sputum

Terapeutik

1) Posisikan semi-Fowler atau Fowler

   R : Membantu dan memperluas rongga dada sehingga sehingga memfasilitasi pernapasan yang efektif

2) Berikan minum air hangat

   R : Dengan minum air hangat dapat mengencerkan dahak

3) Lakukan fisioterapi dada jika perlu

R : Membantu membersihkan secret dari bronkus dan mencegah penumpukan secret, memperbaiki pergerakan dan aliran secret

4) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik

R : Untuk mempertahankan kepatenan jalan napas

5) Berikan oksigen jika perlu

R : Membantu meningkatkan kadar oksigen dalam darah

Edukasi

1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika perlu

R : Untuk membantu mengencerkan dahak

2) Ajarkan Teknik batuk efektif

R : Dapat mengeluarkan secret dari saluran pernapasan dan meningkatkan ekspansi paru

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

R : Bronkodilator dapat membantu melegakan pernapasan

c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Perubahan membran alveolus-kapiler ditandai dengan:

DS : Dispnea

DO : Napas cuping hidung, sianosis, gelisah

Tujuan dan kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan gangguan pertukaran gas teratasi dengan kriteria hasil :

1) Dispnea menurun

2) Gelisah menurun

3) Napas cuping hidung menurun

4) Sianosis membaik

Intervensi : (Pemantauan Respirasi)

Tindakan

Observasi

1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas

   R : Dengan mengetahui frekuensi irama dan kedalamam upaya napas pasien perawat dapat menentukan tindakan yang tepat untuk klien tersebut

2) Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea)

   R : Mengetahui pola napas klien

3) Monitor kemampuan batuk efektif

   R : Mengetahui apakah klien dapat batuk efektif atau tidak

4) Monitor adanya produksi sputum

   R : Dengan adanya produksi sputum perawat dapat melihat dan merasakan aroma dari sputum

5) Monitor adanya sumbatan jalan napas

   R : Melihat apakah ada benda asing dijalan napas klien jika ada langsung bebaskan jalan napas klien

6) Auskultasi bunyi napas

   R : Dengan auskultasi klien kita dapat mengetahui napas tambahan yang dapat muncul pada klien

7) Monitor saturasi oksigen

R : Dengan memonitor saturasi oksigen klien dapat mengetahui apakah saturasi normal atau tidak

Terapeutik

1) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien

   R : Agar tidak menganggu kenyamanan klien

2) Dokumentasi hasil pemantauan

   R : Agar bisa melakukan tindakan selanjutnya dari hasil pemantauan

Edukasi

1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

   R : Menjelaskan pada klien tujuan dari pemantuan yaitu untuk mengetahui kondisi klien dari waktu ke waktu.

2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

   R : Dari hasil pemantaun dapat dilakukan tindakan keperawatan selanjutnya

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

   DS : mual muntah, nafsu makan menurun

   DO : BB menurun, tampak kurus

   Tujuan dan kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan manajemen nutrisi membaik dengan kriteria hasil :

   1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat
   2) Berat badan membaik
   3) Frekuensi makan membaik

4) Nafsu makan membaik

5) Membran mukosa membaik

(Manajemen Nutrisi)

Tindakan

Observasi

1) Identifikasi status nutrisi

   R : Untuk mengetahui status nutrisi klien

2) Identifikasi alergi dan toleransi makanan

   R : Untuk mengetahui alergi yang di rasakan klien

3) Identifikasi makanan yang disukai

   R : Dapat membantu pola makan klien

4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient

   R : Untuk memastikan asupan kalori dan nutrien mendukung fungsi tubuh yang tepat

5) Monitor asupan makanan

   R : Mengetahui asupan makanan yang dihabiskan oleh klien

6) Monitor berat badan

   R : Mengetahui berat badan klien

7) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

   R : Mengetahui perkembangan kondisi klien

Terapeutik

1) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu

   R : Meningkatkan nafsu makan klien

2) Sajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai

R : Makanan yang menarik dan suhu yang tepat dapat meningkatkan daya tarik klien untuk makan yang banyak

3) Berikan makanan tinggi kalori tinggi protein

R : meningkatkan kebutuhan energi tubuh

Edukasi

1) Anjurkan psosisi duduk jika mampu

R : Untuk melakukan pemulihan

2) Ajarkan diet yang diprogramkan

R : Dengan mematuhi diet yang diprogramkan untuk membantu pemulihan lebih cepat

Kolaborasi

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

R : Makanan yang seimbang dapat meningkatkan keseimbangan nutrisi tubuh

e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan :

DS : Mengeluh lelah, dispnea

DO : Sianosis

Tujuan dan kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :

1) Kemudahan melakukan aktivitas seharin hari meningkat
2) Keluhan lelah menurun
3) Kecepatan berjalan meningkat
4) Jarak berjalan meningkat

5) Kekuatan tubuh atas dan bawah meningka

Intervensi

(Manajemen Energi)

Tindakan

Observasi

1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

   R : Kelelahan terus menerus tanpa penyebab yang jelas dapat mempengaruhi fasilitas kehidupan seseorang seperti menurunkan produktivitas, suasana hati dan aktivitas harian

2) Monitor kelelahan fisik dan emosional

   R : Dengan mengetahui kelelahan secara fisik dan emosional klien perawat dapat memberikan edukasi yang tepat

3) Monitor pola dan jam tidur

   R : Mengetahui pola tidur klien sebelum sakit dan saat sakit

4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

   R : Mengetahui lokasi ketidaknyamanan klien saat melakukan aktivitas

Terapeutik

1) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)

   R : Dengan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus dapat memberi kenyamanan pada klien saat sakit

2) Lakukan latihan rentang gerak pasif/atau aktif

R : Dengan latihan rentang gerak pasif dan aktif dapat membantu pasien merasa lebih nyaman dan dapat melakukan kembali aktivitas seperti biasa

3) Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan

R : Dapat membantu pasien agar bisa melakukan aktivitas dengan nyaman dan aman

4) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

R : Dapat membantu pasien berjalan saat pasien memiliki keterbatasan dalam berjalan

Edukasi

1) Anjurkan tirah baring

R : Agar tidak terjadi komplikasi lainnya

2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

R : Dengan melakukan aktivitas secara bertahap dapat membantu pasien memulihkan kembali kelemahan otot

3) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

R : Agar dapat mengetahui apakah klien mengalami tanda gejala kelelahan semakin parah

4) Anjurkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

R : Dengan menggunakan strategi koping dapat mengurangi kelelahan yang terjadi pada klien

Kolaborasi

1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

   R : Dengan asupan makanan yang baik dapat membantu pasien melakukan aktivitas dengan efektif

f. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit di tandai dengan :

   DS : Demam, keringat dimalam hari

   DO : suhu tubuh meningkat

   Tujuan dan kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil :

   1) Suhu tubuh membaik
   2) Mengigil menurun
   3) Suhu kulit membaik

   Inervensi keperawatan

   (Manajemen Hipertermi)

   Tindakan

   Observasi

   1) Identifikasi penyebab hipertermi (mis. Dehidrasi terpapar lingkungan panas)

      R : Identifikasi penyebab yang tepat memungkinkan intervensi yang lebih berfokus seperti pemberian antipiretik untuk demam akibat infeksi

   2) Monitor suhu tubuh

R : Monitor suhu tubuh secara berkala memungkinkan deteksi awal peningkatan atau penurunan suhu yang signitif

3) Monitor kadar elektrolit

R : Monitor kadar elektrolit sangat penting mendeteksi, mencegah, dan mengelolah ketidakseimbangan berpotensi menyebabkan komplikasi serius

4) Monitor haluan urin

R : Mengetahui urin yang keluar untuk menambahkan kembali cairan yang keluar akibat hipertemi

5) Monitor komplikasi akibat hipertermi

R : Pemantauan komplikasi pada hipertermi sangat penting untuk menghindari kondisi yang mengancam jiwa menjaga fungsi tubuh pastikan intervensi yang tepat untuk mencegahnya

Terapeutik

1) Sediakan lingkungan yang dingin

R : Dengan lingkungan yang dingin dapat menurunkan suhu tubuh yang panas

2) Longgarkan atau lepaskan pakaian

R : Dengan melonggarkan pakaian pasien dapat meningkatkan kenyamanan dan menurunkan suhu tubuh pasien

3) Basahi dan kipasi permukaan tubuh

R : Basahi kain dan berikan kompres dingin pada pasien agar suhu tubuh kembali normal

4) Lakukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)

R : Dengan melakukan pendinginan eksternal dapat menurunkan suhu tubuh pasien

Edukasi

1) Anjurkan tirah baring

R : Dengan tirah baring dapat menjaga klien agar tidak terjadi cedera atau komplikasi lainnya

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena jika perlu

R : Dengan memberikan cairan dapat membantu menurunkan suhu tubuh pasien dan mengembalikan cairan yang hilang

g. Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan Peningkatan paparan organisme pathogen ditandai dengan:

DO : Lemah

DS : Demam, pasien banyak mengeluarkan sputum yang terhirup orang sehat

Tujuan dan kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :

1) Demam menurun
2) Sputum berwarna hijau menurun
3) Kultur sputum membaik

Intervensi

(Pencegahan Infeksi)

Tindakan

Observasi

1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

   R: Untuk mengetahui secara dini penyebaran infeksi

Terapeutik:

2) Batasi jumlah pengunjung

   R: Untuk mengurangi jumlah resiko penularan infeksi

3) Cuci tangan sebelum dan sesudah dan sesudah kontak dengan pasien dan limgkungan pasien

   R: Mencegah terjadinya penularan infeksi

4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien, keluarga pasien maupun perawat yang beresiko tinggi

   R: Mencegah terjadinya infeksi

Edukasi:

5) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

   R: Agar pasiem dan keluarga mengetahui apa saja tanda dan gejala infeksi

6) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

   R: Mencuci tangan yang benar menghilangkan kuman bakteri sehingga mengurangi resiko penyebaran infeksi

7) Ajarkan etika batuk

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

8) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

R: Untuk memperkuat sistem kekebalan tubuh

9) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

R: Makanan yang mengandung banyak nutrisi dapat meningkatkan sistem kekebalan tubuh agar dapat melawan virus yang menyerang

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Pada tahap ini untuk melaksanakan intervensi atau perencanaan dan aktivitas-aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan pasien. Agar implementasi/pelaksanaan ini dapat berjalan sesuai dengan rencana dan tepat waktu serta dapat efektif maka perlu mengidentifikasi prioritas perawatan, memantau, dan mencatat respon pasien terhadap setiap intervensi/perencanaan yang dilaksanakan serta mendokumentasikan pelaksanaan perawatan.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan suatu proses continue yang terjadi saat setelah melakukan asuhan keperawatan untuk mengetahui tingkat keberhasilan dari asuhan keperawatan yang diberikan agar bias menentukan apakah tindakan tersebut dilanjutkan atau dihentikan. 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 napa 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 sudah tidak lagi sesak napas, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, dan tidak ada pernapasan cuping hidung. Pada masalah keperawatan gangguan pertukaran gas didapatkan hasil evaluasi tidak lagi sesak napas, tidak ada gelisah dan tidak ada sianosis. Pada masalah defisit nutrisi didapatkan hasil evaluasi nafsu makan sudah membaik, berat badan kembali normal, dapat menghabiskan makanan yang diberikan. Pada masalah keperawatan intoleransi aktivitas didapatkan hasil evaluasi sudah bisa melakukan akivitas sehari-hari, sudah tidak terasa cepat lelah. Pada masalah keperawatan hipertermi didapatkan hasil evaluasi suhu tubuhnya sudah kembali normal.