

## BAB 2

### TINJAUAN TEORI

#### 2.1 Konsep Tbc

##### 2.1.1 Pengertian TBC

*Tuberculosis* (TBC) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*, yang paling umum menyerang berbagai organ, terutama paru-paru. Penyakit TBC dapat ditularkan cairan tenggorokan dan paru-paru seseorang dengan penyakit pernapasan akut *Tuberculosis* adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Tuberculosis* yang sebagian besar kuman ini menyerang paru-paru tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lain (Hasudungan & Wulandari, 2020)

##### 2.1.2 Klasifikasi

Menurut (Faralina et al., 2023) Klasifikasi pasien ditentukan berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya.

Ada beberapa tipe pasien yaitu:

1. Kasus baru Pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (4 minggu).
2. Kasus kambuh (Relaps) Pasien tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, didiagnosis kembali dengan BTA positif
3. Kasus setelah putus berobat (Default) Pasien yang telah berobat dan putus berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif.

4. Kasus setelah gagal (Failure) Pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.
5. Kasus pindahan (Transfer In) Pasien yang dipindahkan dari UPK yang memiliki register TB lain untuk melanjutkan pengobatannya
6. Kasus lain Semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan diatas. Dalam kelompok ini termasuk Kasus Kronik, yaitu pasien dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulangan.

Kemudian Klasifikasi Menurut (Nazori Suhandi et al., 2025)

1. Kategori 0: tidak pernah terpapar, dan terinfeksi, riwayat kontak negatif, tes tuberculin negatif.
2. Kategori 1: terpapar tapi tidak terbukti ada infeksi, riwayat kontak positif, tes tuberculin negatif.
3. Kategori 2: terinfeksi tuberculosis, tetapi tidak sakit. tes tuberculin positif, radiologis dan sputum negatif.
4. Kategori 3 : Terinfeksi tubercolosis dan sak

### **2.1.3 Etiologi**

*Tuberculosis* di sebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*, sejenis kuman yang berbentuk batang dengan ukuran panjang 1 – 4 mm dan tebal 0,3 - 0,6 mm dan di golongan dalam basil tahan asam (BTA) karena dinding kuman terdiri atas asam lemak (lipid). *Mycobakterium Tuberculosis*, sebagian besar (80 %) menyerang tuberculosis cepat mati dengan matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup pada tempat yang gelap dan lembab dalam jaringan tubuh. Kuman dapat dormant (tertidur sampai beberapa tahun). (paru-paru. *Mycobacterium tuberculosis*

basil gram positif,berbentuk batang,dinding selnya mengandung kompleks lipida – gliko lipida serta lilin (wax) yang sulit ditembus zat kimia umumnya kuman ini mempunyai sifat khusus, yakni tahan terhadap asam pada pewarnaan hal ini dipakai untuk identifikasi dahak secara mikroskopis,sehingga disebut sebagai basil tahan asam (BTA). *Mycobacterium tuberculosis* cepat mati dengan matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup pada tempat yang gelap dan lembab dalam jaringan tubuh.Kuman dapat dormant (tertidur sampai beberapa tahun)

(Ruang et al., 2024)

#### **2.1.4 Manifestasi Klinis**

Menurut (Nuriyanto, 2019). Tanda dan gejala yang sering di jumpai pada penderita infeksi TB paru adalah sebagai berikut.

1. Berat badan pasien biasanya semakin menurun
2. Demam dengan suhu tubuh bisa mencapai 40 – 41<sup>o</sup> C
3. Batuk lama atau kurang lebih 3 minggu atau adanya batuk kronis
4. Batuk yang kadang disertai hemoptoe
5. Sesak nafas dan nyeri dada
6. tidak ada nafsu untuk makan

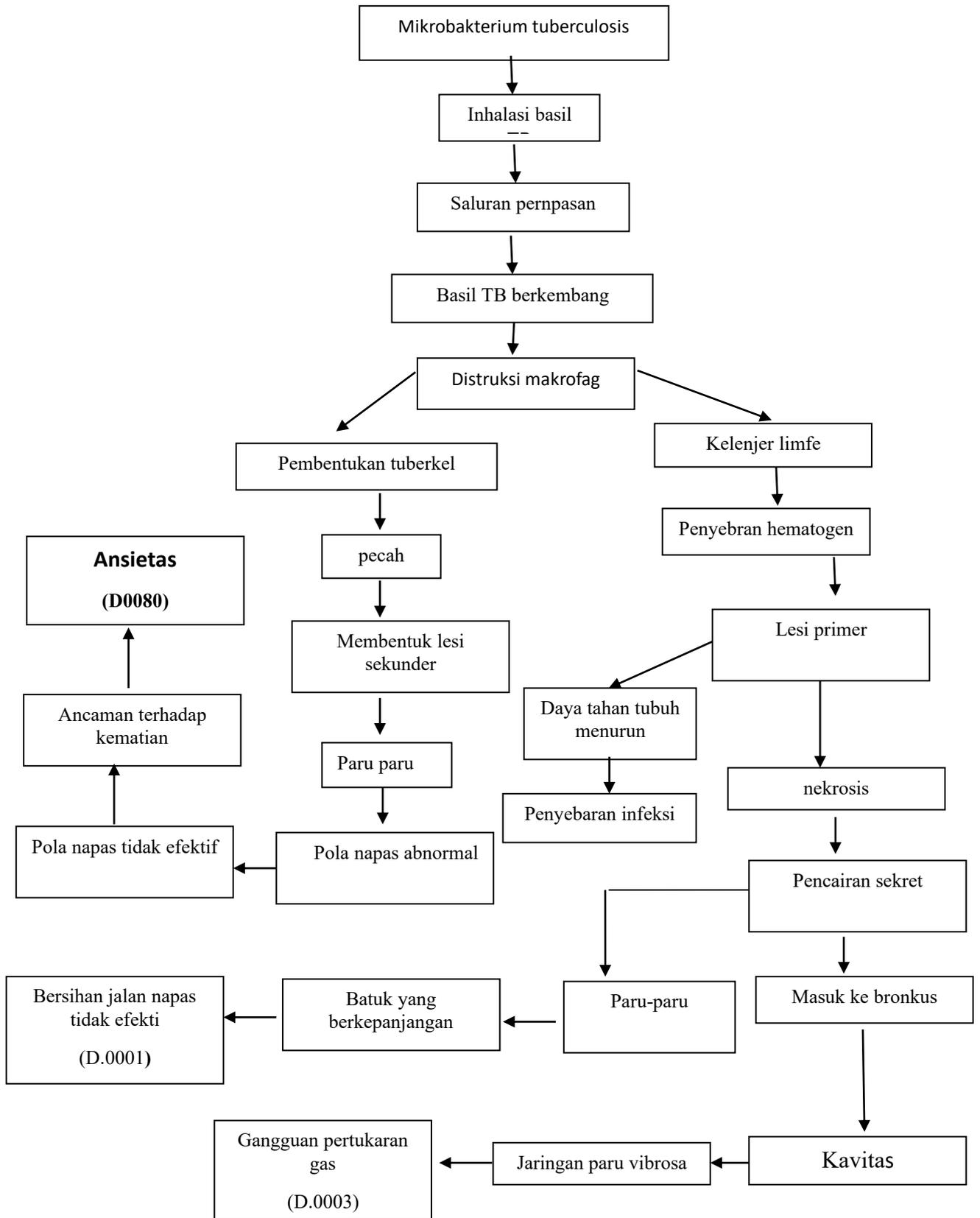
#### **2.1.5 Patofisiologi**

Tempat masuknya kuman Mikrobakterium Tuberculosis adalah saluran pernafasan,saluran pencernaan, saluran pencernaan dan adanya luka yang terbuka pada kulit. Kebanyakan infeksi TBC terjadi melalui udara yaitu melalui inhalasi droplet yang mengandung kuman tuberkolosis yang berasal dari orang yang terinfeksi. Penyakit TBC sering menyerang paru-paru,karena di tularkan melalui inhalasi percikan sputum yang tercemar yang di batukan oleh pengidap TB aktif.

Namun bagian lain tubuh (ekstra paru) dapat terkena karena bakteri masuk di dalam aliran darah melalui system limfe. Setelah infeksi awal, jika respons sistem imun tidak adekuat maka penyakit akan menjadi lebih parah, penyakit yang kian parah dapat timbul akibat infeksi ulang atau bakteri yang sebelumnya tidak aktif kembali menjadi aktif. Pada kasus ini, ghon tubercle mengalami ulserasi sehingga menghasilkan Necrotic Caseosa didalam bronchus. Tuberkel yang ulserasi selanjutnya menjadi sembuh dan membentuk jaringan parut. Paru-paru yang terinfeksi kemudian meradang, mengakibatkan timbulnya bronkopneumonia, membentuk tuberkel, dan seterusnya. Pneumonia selular ini dapat sembuh dengan sendirinya. Proses ini berjalan terus dan basil terus difagosit atau berkembang biak didalam sel. Makrofag yang mengadakan infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu membentuk sel tuberkel epiteloid yang dikelilingi oleh limfosit (membutuhkan 10-20 hari). Daerah yang mengalami nekrosis dan jaringan granulasi yang dikelilingi sel epiteloid dan fibroblast akan menimbulkan respons berbeda, kemudian pada akhirnya akan membentuk suatu kapsul yang dikelilingi oleh tuberkel (Indraswari et al., 2021)

## 2.1.5 Pathway

Gambar 2.1



### **2.1.6 Cara Penularan**

Menurut (Marwah et al., 2024) Cara Penularan TBC ditularkan ketika seseorang penderita penyakit paru aktif mengeluarkan organisme. Individu yang rentan menghirup lewat udara (Droplet) dan menjadi terinfeksi. Bakteri ditransmisikan ke alveoli dan memperbanyak diri. Dan reaksi inflamasi menghasilkan eksudat di alveoli dan bronkopneumonia, granuloma, dan jaringan fibrosa

Menurut (Zatihulwani et al., 2019) penularan biasanya melalui paparan basil tuberkulosis melalui cairan dari orang yang terkena TBC paru selama berbicara, batuk, atau bersin. Gejala umum adalah batuk, demam, hemoptisis, nyeri dada, kelelahan, dan penurunan berat badan. Masa inkubasi adalah 4 hingga 12 minggu. Periode paling kritis untuk pengembangannya adalah 6 sampai 12 bulan pertama setelah infeksi. Sekitar 5% dari mereka yang awalnya terinfeksi dapat mengembangkan TBC paru atau keterlibatan di luar paru. Infeksi pada sekitar 95% dari mereka yang awalnya terinfeksi menjadi laten akan tetapi dapat terinfeksi kembali di kemudian hari pada orang dewasa atau lebih tua (lansia), orang yang mengalami kekurangan berat badan dan kurang gizi dan mereka yang menderita diabetes, silikosis, atau gastrektomi.

### **2.1.7 Pemeriksaan Penunjang TBC**

1. Pemeriksaan sputum tujuan untuk mendeteksi bakteri penyebab TBC
2. Foto thoraks tujuannya untuk mengetahui gambaran paru-paru yang terpapar bercak-bercak putih akibat bakteri penyebab TBC
3. pemeriksaan sinar-X dada tujuannya untuk melihat kondisi paru-paru dari pasien TBC.

### **2.1.8 Komplikasi TBC**

Menurut (Muhammad Jushman Rau et al., 2022) Tanpa pengobatan, tuberkulosis bisa berakibat fatal. Penyakit aktif yang tidak diobati biasanya menyerang paru-paru, namun bisa menyebar ke bagian tubuh lain melalui aliran darah. Komplikasi tuberkulosis meliputi:

1. Nyeri tulang belakang, Nyeri punggung dan terasa kekakuan adalah komplikasi tuberkulosis yang umum
2. Kerusakan sendi. Atritis tuberkulosis biasanya menyerang pinggul dan lutut.
3. Meningitis. Hal ini dapat menyebabkan sakit kepala yang berlangsung lama yang terjadi selama berminggu-minggu.
4. Masalah hati atau ginjal. Hati dan ginjal membantu menyaring limbah dan kotoran dari aliran darah. Fungsi ini menjadi terganggu jika hati atau ginjal terkena tuberkulosis.
5. Gangguan jantung. Meskipun jarang terjadi, tuberkulosis dapat mengidentifikasi jaringan yang mengelilingi jantung, menyebabkan pembengkakan kemampuan jantung untuk memompa secara efektif.

### **2.2 Konsep Teknik Relaksasi.**

#### **a) Defenisi relaksasi nafas dalam**

Relaksasi adalah suatu teknik yang dapat membuat pikiran dan tubuh menjadi rileks melalui sebuah proses yang secara progresif akan melepaskan ketegangan otot di setiap tubuh. Teknik relaksasi berguna

dalam berbagai situasi, misalnya nyeri, cemas, kurangnya kebutuhan tidur, stres, serta emosi yang ditunjukkan.

Relaksasi memelihara reaksi tubuh terhadap respon fight or flight, penurunan respirasi, nadi, dan jumlah metabolik, tekanan darah dan energi yang digunakan.

b) Efek relaksasi bagi tubuh manusia

Adapun efek relaksasi, relaksasi memiliki beberapa manfaat yaitu dapat menurunkan tekanan darah, nadi, pernapasan; penurunan konsumsi oksigen; penurunan ketegangan otot, penurunan kecepatan metabolisme, peningkatan kesadaran; kurang perhatian terhadap stimulus lingkungan; tidak ada perubahan posisi yang volunteer; perasaan damai dan sejahtera; periode kewaspadaan yang santai, terjaga, dan dalam.

c) Macam-macam Teknik relaksasi

1. Napas Dalam Latihan pernapasan terdiri atas latihan dan praktik pernapasan yang dirancang dan dijalankan untuk mencapai ventilasi yang lebih terkontrol.
2. Relaksasi Otot Progresif Relaksasi otot progresif merupakan teknik relaksasi yang terdiri atas penegangan dan pelepasan otot tubuh secara berurutan dan individu yang melakukan teknik ini dapat merasakan perbedaannya. Relaksasi progresif sangat baik dilakukan bila pasien dalam posisi berbaring pada bantal yang lunak atau lantai dan di ruang yang tenang.
3. Guided imagery adalah metode relaksasi yang dimana pasien akan disuruh untuk menghayal atau berimajinasi ke tempat yang disukai

atau membuat pasien memikirkan hal-hal yang menurutnya menyenangkan untuk menghilangkan kecemasan yang dialami.

### 2.3 Konsep Dasar Ansietas.

#### a) Definisi ansietas

Ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. Ansietas merupakan perasaan tidak tenang, cemas, khawatir perasaan yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respons (penyebab tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu)

#### b) Tanda dan gejala.

Menurut SDKI (2016) tanda dan gejala ansietas sebagai berikut ini:

Tabel 2.1

Tanda gejala minor	Tanda gejala mayor
Subjektif	Subjektif
1. Mengeluh pusing	1. Merasa bingung
2. Anoreksia	2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
3. Alpitasi	3. Sulit berkonsentrasi
4. Merasa tidak berdaya	Objektif
Objektif	1. Tampak gelisah
1. Frekuensi napas meningkat	2. Tampak tegang
2. Frekuensi nadi meningkat	3. sulit tidur
3. Tekanan darah Meningkat	
4. Diaphoresis	
5. Tremor	
6. Muka tampak pucat	
7. Suara bergetar	
8. Kontak mata buruk	
9. Sering berkemih	
10. Berorientasi pada masa lalu	

c) Tingkat ansietas.

Adapun tingkat ansietas adalah:

1. Ansietas ringan, yaitu ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya.
2. Ansietas sedang, memusatkan perhatian pada hal-hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Perhatian seseorang menjadi selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah lewat arahan dari orang lain.
3. Ansietas berat (Severe Anxiety), kecemasan berat ditandai lewat sempitnya persepsi seseorang. Selain itu, memiliki perhatian terpusat pada hal yang spesifik dan tidak dapat berpikir tentang hal-hal lain, dimana semua perilaku ditunjukkan untuk mengurangi ketegangan, tidak konsentrasi, cemas dan kebingungan, dan takut akan akan hal-hal yang akan mengancam dirinya/atau takut akan terjadi hal diluar yang tidak diinginkan.
4. Panik, setiap seseorang memiliki kepanikan. Hanya saja, kesadaran dan kepanikan itu memiliki kadarnya masing-masing. Kepanikan muncul disebabkan karena kehilangan kendali diri dan detail perhatian kurang. Ketidakmampuan melakukan apapun meskipun dengan perintah menambah tingkat kepanikan seseorang.

d) Etiologi

menyatakan bahwa ansietas dapat diekspresikan secara langsung melalui timbulnya gejala atau mekanisme koping yang dikembangkan untuk menjelaskan asal ansietas

1. Faktor predisposisi

- a) Faktor Psikoanalitik, ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian Id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif seseorang, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan, dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.
- b) Faktor Interpersonal, bahwa ansietas timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Ansietas juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kelemahan spesifik. Orang dengan harga diri rendah terutama mudah mengalami perkembangan ansietas yang berat.
- c) Faktor Perilaku, ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan.
- d) Kajian dukungan keluarga menunjukkan bahwa gangguan ansietas biasanya terjadi karena kurangnya perhatian dari keluarga.

Gangguan ansietas juga tumpang tindih antara gangguan ansietas dengan depresi.

- e) Kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepin, obat-obatan yang meningkatkan neuroregulatory inhibisi asamgama-aminobutirat (GABA), yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan ansietas. Selain itu, kesehatan umum individu dan riwayat ansietas pada keluarga memiliki efek nyata sebagai predisposisi ansietas. Ansietas mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kemampuan individu untuk mengatasi stressor.

## 2. Faktor presipitas.

Stressor pencetus dapat berasal dari sumber internal atau eksternal. Stressor pencetus dapat dikelompokkan dalam dua kategori:

- a) Ancaman terhadap integritas fisik meliputi disabilitas fisiologi yang akan terjadi atau penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari.
- b) Ancaman terhadap sistem diri dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi pada individu

## **2.4 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.4.1 Pengkajian**

Merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Tahap pengkajian merupakan pemikiran dasar dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu. Pengkajian yang lengkap, akurat, sesuai kenyataan, kebenaran. Data sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu. Pengkajian yang dapat dilakukan pada pasien dengan TBC menurut (Muhammmad Jushman Rau et al., 2022)

yaitu sebagai berikut:

1. Identitas pasien

Ada identitas biasanya meliputi nama, usia, agama, alamat, suku/bangsa, pendidikan, dan tanggal masuk dan penanggung jawab pasien.

2. Keluhan utama.

Keluhan yang sering muncul antara lain:

- a. Demam: (40-41°C) hilang timbul
- b. Batuk yang berkepanjangan: terjadi karena adanya iritasi pada bronchus. Batuk ini terjadi untuk mengeluarkan produksi radang yang dimulai dari batuk kering sampai dengan batuk purulen (menghasilkan sputum)
- c. Sesak nafas: bila sudah lanjut dimana infiltrasi radang sampai setengah paru-paru.

- d. Kecemasan berlebih kerana lamanya proses penyembuhan dan tubuh semakin lemah dan kurus
- e. Kecemasan berlebih kerana lamanya proses penyembuhan dan tubuh semakin lemah dan kurus.
- f. Nyeri dada: jarang ditemukan, nyeri akan timbul bila infiltrasi radang sampai ke pleura sehingga menimbulkan pleuriti.
- g. Malaise:ditemukan berupa anoreksia, nafsu makan menurun, berat badan menurun, sakit kepala, nyeri otot dan keringat malam

3. Riwayat penyakit sekarang.

Biasanya gejala yang muncul yaitu badan lemas,demam, batuk yang berkepanjang,pilek, sakit tenggorokan dan nafsu makan menurun.

4. Riwayat penyakit masa lalu

Biasanya penderita penyakit ini sudah pernah mengalami penyakit ini sebelumnya.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Penyakit ini bukan termasuk penyakit turunan namun penyakit ini mudah sekali menular atau ada anggota keluarga yang juga penderita TBC.

6. Riwayat Sosial

Penyakit ini bisa disebabkan oleh faktor lingkungan seperti lingkungan yang tidak bersih, berdebu dan kepadatan penduduk dan biasa dapat juga tertular bila tinggal bersama dengan penderita.

7. Pola Fungsi Kesehatan

Adalah tentang pandangan diri terhadap apa yang dihadapi dan tentang kebiasaan atau gaya hidup dari pasien yang meliputi:

- a) Pola Persepsi Kesehatan
- b) Pola Nutrisi-Metabolis
- c) Pola Eliminasi
- d) Pola Aktivitas Dan Istirahat
- e) Pola Persepsi Kognitif
- f) Pola Persepsi Diri
- g) Pola Seksualitas
- h) Pola Hubungan Peran
- i) Pola Koping Terhadap Diri/toleransi stress
- j) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh pasien secara keseluruhan atau hanya bagian tertentu yang dianggap perlu, dan untuk memperoleh data yang sistematis dan komprehensif sehingga dapat menunjang hasil anamnesa sehingga dapat menentukan masalah, intervensi dan implementasi yang tepat untuk masalah pasien pemeriksaan fisik pada pasien TBC umumnya persistem berikut pemeriksaan fisik menggunakan Bodysistem pada pasien TBC

#### 1. B1 (Breathing) :

Inspeksi: Bentuk dada dan gerakan pernafasan, bentuk dada menjadi tidak simetris. Palpasi: pada saat dilakukan palpasi, gerakan dada saat bernafas biasanya tidak seimbang antara kiri dan kanan. Getaran yang terasa ketika perawat meletakkan tangannya di

dada pasien saat pasien berbicara adalah bunyi yang dibangkitkan Getaran suara (fremitus vokal). auskultasi: Pada pasien dengan TB paru didapatkan bunyi nafas tambahan (ronkhi) pada sisi paru yang sakit.m

2. B2 (Blood):

Pada pasien dengan TB paru pengkajian yangdidapatmeliputi : Inspeksi:inspeksi tentang adanya parut dan keluhan kelemahan fisik Palpasi: denyut nadi perifer melemah Perkusi: batas jantung mengalami pergeseran pada TB Paru dengan efusi pleura masif mendorong ke sisi sehat. Auskultasi:tekanan darah biasanya normal. Bunyi jantung tambahan biasanya tidak didapatkan.

3. B3(Brain):

kesadaran biasanya compos mentis,ditemukan adanya sianosis perifer apabila ada gangguan perfusi jaringan berat. Pada pengkajian objektif, pasien tampak dengan wajah meringis,saat dilakukan pengkajian pada mata,konjungtiva anemis.

4. B4 (Bladder):

Pengukuran volume output urine berhubungan dengan intake cairan. Oleh karena itu, perawat perlu memonitor adanya oliguria karena hal tersebut merupakan tanda awal dari syok

5. B5(Bowel) :

Pasien biasanya mengalami mual,muntah, penurunan nafsu makan, dan penurunan berat badan.

B6 (Bone) :

Aktivitas sehari-hari berkurang banyak pada pasien dengan TBC Paru. Gejala yang muncul antara lain kelemahan, kelelahan dan insomnia.

#### **2.4.2 Diagnosa Keperawatan.**

Menurut North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (2020, dalam Carpenito, 2021) diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah-masalah kesehatan/ proses kehidupan yang aktual atau risiko. Diagnosa keperawatan memberikan dasar-dasar pemilihan intervensi untuk mencapai hasil yang menjadi tanggung gugat perawat. Komponen-komponen diagnosa pada masing-masing jenis diagnosis keperawatan dan metode penulisan diagnosis sebagai berikut. (Pokja S.D.PPNI, 2020)

##### 1) Diagnosa Aktual

Diagnosa ini menggambarkan respon pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses hidupnya yang menyebabkan pasien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada pasien. Rumus penulisan diagnosa aktual adalah penulisan tiga bagian dengan formulasi sebagai yaitu : masalah berhubungan dengan penyebab dibuktikan dengan tanda dan gejala.

## 2) Diagnosa Risiko

Diagnosa ini menggambarkan respon pasien terhadap kondisi resiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada pasien, namun pasien memiliki faktor resiko mengalami masalah

kesehatan. Rumus penulisan diagnosa resiko adalah penulisan dua bagian dengan formulasi yaitu : masalah dibuktikan dengan faktor resiko.

## 3) Diagnosa Promosi Kesehatan

Diagnosa ini menggambarkan adanya keinginan atau motivasi pasien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal. Rumus penulisan diagnosa promosi kesehatan adalah penulisan dua bagian dengan formulasi yaitu : masalah dibuktikan dengan tanda/gejala. Diagnosa yang biasanya muncul pada pasien TBC sebagai berikut:( pokja S.D. PPNI, 2021)

- 1)Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian (D.0080).
- 2) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus (D.0003)

### **2.4.3 Intervensi Keperawatan.**

Dalam membuat perencanaan keperawatan meliputi: penetapan prioritas,penetapan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan, menentukan intervensi keperawatan yang tepat dan pengembangan intervensi asuhan keperawatan.Setelah diagnosa keperawatan dirumuskan secara spesifik, perawat menggunakan kemampuan berfikir kritis untuk segera menetapkan prioritas diagnosa keperawatan dan intervensi yang penting sesuai dengan kebutuhanpasien

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Pasien TB

NO	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1	Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian (D.0080).	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: 1) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2) Perilaku gelisa menurun 3) Frekuensi pernapasan dan membaaik 4) Tekanan darah membaik 5) Pola tidur membaik	Terapi Relaksasi (I.09326) Observasi 1) Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2) Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3) Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 4) Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 5) Monitor respon terhadap terapi relaksasi Terapeutik 1) Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2) Berikan informasi tertulis tentangpersiapan dan prosedur teknik relaksasi 3) Gunakan pakaian longgar 4) Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5) Gunakan relaksasi sebagai strategipenunjang dengan analgetik. Edukasi 1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih

			<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Anjurkan mengambil posisi nyaman Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</li> <li>4. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</li> <li>5. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam peregangan, atau imajinasiterbimbing)</li> <li>6. Ancurkan pasien untuk bercerita tentang apapun yang inginkan/rasakan</li> <li>7. Edukasi keluarga untuk selalu menjadi pendengar yang baik bagi pasien.</li> </ol>
			<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat penenang jika dibutuhkan</li> </ol>
2	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus (D.0003)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) bunyi nafas tambahan menurun</li> <li>2) dispnea menurun</li> <li>3) PO2 meningkat</li> <li>4) pco2 meningkat</li> <li>5) takikardi membaik</li> <li>6) Pola nafas membaik</li> <li>7) warna kulit membaik</li> <li>8) gelisah menurun</li> </ol>	<p>Terapi oksigen(I.O1O26)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor Kecepatan aliran oksigen</li> <li>2. Monitor posisi alat terapi oksigen</li> <li>3. Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup</li> <li>4. Monitor efektifitas terapi oksigen (mis. oksimetri, analisa gas darah), jika perlu</li> <li>5. Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan</li> <li>6. Monitor tanda-tanda hipoventilasi</li> <li>7. Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelektasis</li> <li>8. Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen</li> <li>9. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bersihkan sekret pada mulut, hidung dan trakea, jika perlu</li> </ol>

- 
2. Perhatikan kepatenan jalan napas
  3. Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen
  4. Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien

Edukasi

1. Anjurkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi penentuan dosis oksigen
  - 2) Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan atau tidur
-

#### 2.4.4 Implementasi

Penatalaksanaan adalah bagian dari rencana keperawatan yang disusun secara khusus untuk membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, meliputi peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kondisi, serta penguatan kemampuan pasien dalam menghadapi berbagai tantangan.

1. Tahap persiapan

Mempersiapkan seluruh aspek yang diperlukan dalam tindakan mencakup peninjauan kembali terhadap prosedur keperawatan yang telah dirancang dalam tahap perencanaan, memahami kebutuhan akan pengetahuan dan keterampilan keperawatan yang sesuai, menata serta menyiapkan lingkungan kerja, serta melakukan identifikasi terhadap aspek hukum dan etika yang berkaitan dengan potensi risiko dalam pelaksanaan tindakan.

2. Tahap pelaksanaan Tindakan

Fokus pelaksanaan tindakan adalah mengimplementasikan rencana yang memenuhi kebutuhan fisik dan emosional pasien, sesuai dengan kewenangan dan tanggung jawab profesional berdasarkan standar praktik keperawatan.

3. Tindakan

Independen adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat secara mandiri tanpa arahan atau instruksi dari dokter maupun tenaga kesehatan lainnya. Jenis tindakan keperawatan yang bersifat independen dikategorikan ke dalam empat kelompok, yaitu:

- a) Tindakan diagnostik mencakup wawancara dengan pasien, observasi serta pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium untuk menilai kondisi kesehatan.
- b) Tindakan terapeutik bertujuan untuk mengurangi, mencegah, dan menangani masalah kesehatan yang dialami pasien.
- c) Tindakan edukatif berfokus pada perubahan perilaku kesehatan pasien melalui promosi kesehatan dan edukasi dalam bentuk penyuluhan.
- d) Tindakan merujuk menekankan kemampuan perawat dalam mengambil keputusan mengenai kondisi pasien serta menjalin kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain untuk penanganan yang lebih optimal.

#### **2.4.5 Evaluasi**

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

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan menilai sejauh mana tujuan perawatan telah tercapai.

##### **2. Jenis Evaluasi**

- a) Evaluasi formatif adalah proses penilaian yang dilakukan selama pelaksanaan rencana tindakan, dengan tujuan memperoleh respons secara langsung.
- b) Evaluasi sumatif adalah rangkuman hasil observasi dan analisis kondisi pasien pada periode tertentu, sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan pada setiap tahap perencanaan.

### 3. Tujuan evaluasi.

Evaluasi berfungsi sebagai alat ukur untuk menentukan apakah suatu tujuan dengan kriteria tertentu telah tercapai sepenuhnya atau hanya sebagian. Tujuan dikatakan tercapai apabila seluruh aspek terpenuhi, sedangkan tujuan tercapai sebagian apabila belum terpenuhi secara keseluruhan, sehingga perlu dilakukan identifikasi masalah atau penyebabnya