KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN "M" DENGAN *TUBERCULOSIS PARU* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH IIA RS STELLA MARIS MAKASSAR

DI SUSUN OLEH:

GITA SABA

E1614401059

GUSNIWANTI BELO PANDUNG

E1614401060

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2019

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN “M” DENGAN *TUBERCULOSIS PARU* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh

Nama Mahasiswa / Nim :

1. Gita Saba/ E1614401059
2. Gusniwanti Belo Pandung/E1614401060

Disetujui oleh

Pembimbing

(Matilda Martha Paseno .,Ns,.M.Kes)

NIDN : 0925107502

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung.,Ns,.MSN.,DN.,Sc)

NIDN : 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya Tulis ini dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN “M” DENGAN *TUBERCULOSIS PARU*DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR”telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan dihadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada :

Hari/tanggal : Rabu 22-05-2019

Pukul : 12.30 – 13.15 / 13:15 – 14:00

Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makssar

Tim penguji :

1. Euis Dedeh Komariah,NS.,MSN ( )
2. Rosdewi, S.Kp.,MSN ( )
3. Matilda Martha Paseno.,Ns., M.Kes ( )

Mengetahui

Ketua Stik Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu.,Si.S.,Ns.,M.Kes)

NIDN.0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama : Gita Saba

Tempat /Tanggal Lahir : Samarinda / 10 Desember 1997

Jenis kelamin : Perempuan

Agama : Protestan

Alamat : Jl.Dirgantara 13 No.13 a

II. Identitas Orang Tua

Ayah/ibu : Simon Petrus/Bertha Arrang

Agama : Kristen

Pekerjaan : Pensiunan PNS/IRT

Alamat : Jl.Dirgantara 13 no.13 a

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD KEMALA BHAYANGKARI : 2004-2010

SMP KATOLIK GARUDA : 2010-2013

SMAN 16 MAKASSAR : 2014-2016

STIK STELA MARIS : 2016-2019

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama : Gusniwanti Belo Pandung

Tempat /Tanggal Lahir : Ke'pe / 11 Juni 1998

Jenis kelamin : Perempuan

Agama : Katolik

Alamat : Jl.Amanagappa No.12

II. Identitas Orang Tua

Ayah/ibu : Benyamin Kullu/Ester Rante Ta'dung

Agama : Katolik

Pekerjaan : Petani/IRT

Alamat : Tana Toraja

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 137 SAMPEAN : 2004-2010

SMP KATOLIK MINANGA : 2010-2013

SMK LAKIPADADA : 2014-2016

STIK STELA MARIS : 2016-2019

Kata Pengantar

Segala puji dan syukur patut dipanjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN "M" DENGAN *TUBERCULOSIS PARU* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR". Sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program studi DIII keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis banyak mendapatkan kesulitan namun berkat bimbingan, pengarahan, bantuan dan motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikannya. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Siprianus Abdu.,S.Si.,NS.,M.Kes, selaku ketua sekolah tinggi ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
2. Henny Pongantung.,Ns.,MSN,.DN.Sc selaku wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Rosdewi, S.Kp.,MSN, selaku wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan.
4. Dr.Thomas Soeharto.,MMR, selaku direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin kepada penulis untuk praktek di RS Stella Maris Makassar terutama dalam penyusunan karya tulis ini.
5. Mery Solon, S.kep.,Ns.,M.Kes, selaku ketua program studi DIII keperawatan yang telah memotivasi, membimbing, mengarahkan penulis selama berada di kampus tercinta STIK Stella Maris Makassar
6. Matilda Martha Paseno,.Ns,.M.Kes, selaku dosen pembimbing dalam penyusunan Karya tulis yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ini.

7. Segenap Dosen beserta staf STIK Stella Maris yang telah membimbing dan membekali penulis berupa ilmu pengetahuan di bidang keperawatan selama mengikuti pendidikan.
8. Euis Dedeh Komariah, Ns.,MSN dan Rosdewi, S.Kp.,MSN selaku dosen penguji karya tulis ilmiah.
9. Seluruh dosen dan staf pegawai stik stella maris makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
10. Tn.”M” selaku penerima asuhan keperawatan dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam penerapa asuhan keperawatan.
11. Teristimewa kepada orang tua Gita Saba, Bapak Simon Petrus dan Ibu Bertha Arrang serta keluarga yang telah memberi dukungan dan doa selama penyususna karya tulis ini.
12. Teristimewa kepa orang tua Gusniwanti Belo Pandung, Bapak Benyamin Kullu dan Ibu Ester Rante Ta’dung serta keluarga yang telah memberi dukungan dan doa selama penyusunan Karya Tulis ini.
13. Buat teman-teman yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini (Indriani, Dafrociana, Destililiana, Yulmi, Gita, Monik, dan Ilma) yang selalu memberikan semangat, dukungan dan doa selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stells Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekeliruan dan kekurangan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, oleh karena itu penulis meminta kritik dan saran yang bertujuan untuk membangun demi menyempurnakan karya tulis ilmiah ini.

Akhir kata penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi semua pihak, terutama bagi mahasiswa/ i STIK Stella Maris Makassar.

Makassar, Mei 2019

penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL i

HALAMAN PERSETUJUAN ii

HALAMAN PENGESAHAN iii

RIWAYAT HIDUP iv

KATA PENGANTAR vi

DAFTAR ISI viii

BAB I PENDAHULUAN 1

A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 3
C. Manfaat Penulisan 3
D. Metode Penulisan 4
E. Sistematika Penulisan 5

BAB II TINJAUAN TEORITITS 6

A. Konsep Dasar Medis 6
1. Pengertian 6
2. Anatomi Fisiologi 7
3. Etiologi 13
4. Patofisiologi 15
5. Manifestasi Klinik 16
6. Tes Diagnostik 18
7. Penatalaksanaan Medik 18
8. Komplikasi 19

B. Konsep Dasar Keperawatan 20
1. Pengkajian 20
2. Diagnosa Keperawatan 22

3. Intervensi Keperawatan 22
4. Discharge Planning 30
C. Patoflodiagram 31
BAB III PENGAMATAN KASUS' 35
A. Pengkajian 36
B. Analisa Data 55
C. Diagnosa Keperawatan 58
D. Rencana Keperawatan 59
E. Implementasi 63
F. Evaluasi 75
G. Daftar Obat 81
BAB IV PEMBAHASAN KASUS 86
A. Pengkajian 86
B. Diagnosa Keperawatan 88
C. Intervensi Keperawatan 90
D. Implementasi Keperawatan 92
E. Evaluasi 92
BAB V PENUTUP 94
A. Kesimpulan 94
B. Saran 95
DAFTAR PUSTAKA

BAB I

PENDAHULUAN

A.Latar Belakang

Tuberkulosis atau TB Paru merupakan penyakit menular yang menyerang saluran pernapasan yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. TB Paru juga bisa menyerang bagian organ tubuh lainnya.Ada beberapa faktor yang menjadi penyebab penyakit TB Paru diantaranya, faktor kependudukan (umur, jenis kelamin, status gizi, tingkat pendapatan dan tingkat pendidikan), faktor lingkungan (luas ventilasi, kepadatan hunian dan intensitas pencahayaan). Ada pula faktor lain seperti kebiasaan merokok dan minum alkohol. (Smeltzer&Bare, 2015).

Pengobatan TB Paru bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya retensi terhadap OAT (Obat Anti Tuberkulosis). Dalam pemberian OAT harus di berikan dalam dosis yang tepat sesuai dengan kategori pengobatan.

Berdasarkan data *WHO* pada tahun 2016, diperkirakan ada 10,4 juta kasus TB Paru di seluruh dunia. Dengan berbagai upaya pengendalian yang dilakukan, insiden dan kematian akibat TB Paru telah menurun. Tetapi *WHO*menyatakan Indonesia sebagai negara dengan penderita TB Paru terbanyak kedua di dunia yaitu sebanyak 1,2 juta kasus atau 10 % dari total global kasus yang terjadi.

Berdasarkan data Riskesdas 2013-2018, angka kasus TB Paru pada tahun 2018 di indonesia sebesar 245/100.000 penduduk, sangat meningkat bila dibandingkan pada tahun 2013 yang sebesar 81/100.000 penduduk.

Berdasarkan data profil kesehatan Indonesia yang dilaporkan oleh Kemenkes RI 2017 menjelaskan bahwa jumlah penyakit TB Paru sebesar 136/100.000 penduduk atau sekitar 10,12%populasi Indonesia menderita tuberkulosis, atau setara 420.994 kasus tuberculosis, dimana tiap tahun terjadi 100.000 kasus baru.(kemenkes RI, 2017).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Makassar 2017.Penderita TB Paru sudah mencapai kurang lebih 185.000 kasus dimana Makassar merupakan kota dengan penderita TB Paru tertinggi di Sul-Sel dengan angka kasus baru per tahunnya mencapai 254 kasus per *rate* 100.000 penduduk (Kemenkes, 2017).

Berdasarkan data *Medical Record* (MRO) di RS Stella Maris Makassar pada tahun 2019 di peroleh data pada tahun 2016 jumlah penderita TB Paru sebanyak 303 jiwa dengan jumlah penderita laki-laki 182 jiwa (60,06%) dan perempuan 121 jiwa (39,93%) serta yang meninggal sebanyak 22 jiwa (7,26%). Pada tahun 2017 jumlah penderita TB Paru sebanyak 389 jiwa dengan jumlah penderita laki-laki 258 jiwa (66,32%) dan perempuan 131 jiwa (33,67%), serta yang meninggal sebanyak 36 jiwa (9,25%). Pada tahun 2018 jumlah penderita TB Paru sebanyak 364 jiwa dengan jumlah penderita laki-laki 222 jiwa (64,16%) dan perempuan 124 jiwa (35,83%), serta yang meninggal sebanyak 41 jiwa (11,84%). (MRO 2019).

Mengingat kasus TB Paru di atas yang bisa menyebabkan kesakitan dan kematian, maka penanggulangan terhadap kasus TB Paru menjadi tanggung jawab kita bersama, terutama untuk petugas kesehatan dalam mengendalikan lingkungan yang bersih, pengobatan, dan perawatan secara tuntas untuk memutuskan rantai penularan kepada orang lain dengan memberikan penyuluhan kepada penderita dan masyarakat secara luas seperti menjaga kebersihan diri dan lingkungan,

tidak merokok dan minum alkohol, tidak membuang ludah sembarangan dan menjaga pola makan yang sehat.

Dengan melihat kembali angka kejadian di atas dan banyaknya jumlah penderita TB Paru sampai menyebabkan kematian khususnya di RS Stella Maris Makassar, maka penulis tertarik untuk mengangkat masalah TB Paru untuk Karya Tulis Ilmiah di Ruangan Bernadeth II A RS Stella Maris Makssar.

B. Tujuan penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan TB Paru.

2. Tujuan Khusus

Penulis dapat memperoleh pengalaman dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan TB Paru secara komprehensif yang mencakup :

a. Melakukan pengkajian keperawatan dan menganalisa data.
b. Menetapkan diagnosa keperawatan.
c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan (intervensi).
d. Melaksanakan tindakan keperawatan (implementasi).
e. Mengevaluasi tindakan keperawatan.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Pasien

Pasien dapat memperoleh asuhan keperawatan yang berkesinambungan, menyadari pentingnya pengobatan serta mau berpartisipasi dalam program pengobatan dan mau melakukan perubahan pola hidup sehat untuk mencegah komplikasi dan berulangnya penyakit.

2. Bagi Rumah Sakit

   Sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi perawat di Rumah Sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan khususnya pada pasien dengan *Tubercolosis* paru.

3. Bagi Institusi / Pendidikan

   Menilai/mengevaluasi sejauh mana pemahaman mahasiswa dalam menyerap dan menerapkan ilmu yang telah diberikan khususnya dalam melaksanakan proses keperawatan.

4. Bagi Penulis

   Menambah pengetahuan dan keterampilan penulis dalam memberikan asuhan keparawatan pada pasien dengan *Tuberculosis Paru*serta mellakukan pendokumentasian dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

D. Metode penulisan

Karya tulis ini menggunakan metode penulisan deskriptif melalui pendekatan sebagai berikut :

1. Studi Kasus, terdiri dari
   a. Observasi

      Melihat atau memonitor secara langsung segala kegiatan pelaksanaan keadaan pasien selama dalam perawatan.

   b. Wawancara

      Mengadakan wawancara dengan pasien, keluarga, dan tim kesehatan yang terkait seperti : perawat di ruangan untuk memperoleh data yang diinginkan.

   c. Pemeriksaan fisik dengan cara : inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

d. Studi Dokumentasi

Dengan mempelajari dokumen dari pasien berupa status pasien dan laporan catatan medik (*medical record*).

2. Studi Kepustakaan

Penulis menggunakan berbagai bacaan yang ada hubungannya dengan karya tulis ilmiah ini seperti : buku-buku medis, makalah, catatan kuliah dan situs internet.

E. Sistematika Penulisan

Karya Tulis Ilmiah tersusun atas lima BAB yang terdiri dari, BAB I "Pendahuluan", BAB ini "menguraikan tentang latar belakang penulisan", tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan, BAB II "Tinjauan Teoritis", BAB ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medis dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medis yang meliputi pengetahuan, anatomi fisologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksananaan medik dan kompilkasi, sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, *Discharge Plannning*, dan patoflowdiagram. BAB III "Pengamatab Kasus", menguraikan tentang pengkajian, analisa data, perencanaan keperawatan, evaluasi serta daftar obat pasien. BAB IV "Pembahasan Kasus" BAB ini membahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan di lapangan. BAB V "Penutup", terdiri dari Kesimpulan dan Saran.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A.Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

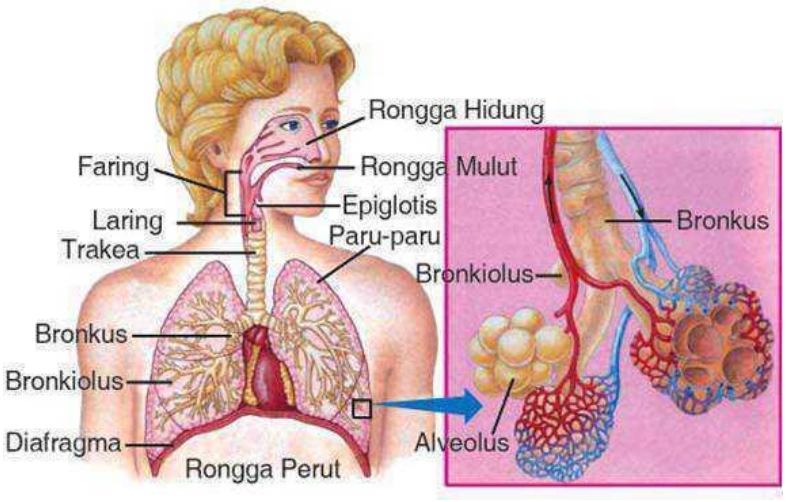
Tuberkulosis atau TB Paru adalah suatu penyakit menular yang paling sering mengenai parenkim paru, yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. TB Paru juga dapat menyebar ke bagian tubuh lain, termasuk meningen, ginjal, tulang dan nodus limfe (Smeltzer&Bare, 2015).

Tuberkulosis merupakan penyakit yang di sebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*yang merupakan kuman aerob yang dapat hidup terutama di paru-paru atau berbagai organ tubuh lainnya yang mempunyai tekanan pasrsial oksigen yang tinggi. (Rab, 2016).

Tuberculosis merupakan penyakit menular yang disebakan oleh *Mycobacterium tuberculosis,* yaitu suatu bakteri aerob tahan asam yang menginfeksi melalui udara dengan cara inhalasi partikel kecil yang mencapai alveolus, droplet tersebut keluar saat berbicara, batuk, dan bersin. (Blach&Hawks, 2014).

Menurut Penulis penyakit TuberkulosisParu adalah penyakit infeksius yang dapat menular melalui udara (droplet) yang menyerang parenkim paru, dapat juga ke bagian tubuh lainnya seperti meningen, ginjal, tulang dan nodus limfe, yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis.*

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 : Anatomi sistem pernafasan (Sasrawan, 2015)

Sistem penafasan terdiri pada manusia dibagi menjadi beberapa bagian. Saluran penghantar udara dari hidung hingga mencapai paru-paru sendiri meliputi 2 bagian, yaitu saluran pernafasan bagian atas dan bagian bawah.(Evelyn C. Pearce, 2011).

a. Saluran Pernafasan Bagian Atas

Secara umum fungsi utama dari saluran pernfasan atas adalah sebagai saluran udara (air conduction) menuju saluran nafas bagian bawah untuk pertukaran gas melindungi saluran nafas bagian bawah dari benda asing dan sebagai penghangat, penyaring, serta pelembab dari udara yang di hirup oleh hidung. Saluran pernafasan atas ini terdiri dari organ-organ sebagai berikut:

1) Rongga hidung

Rongga hidung bagian eksternal berbentuk *pyramid*disertai dengan satu akar dan dasar. Udara dari luar akan masuk lewat rongga hidung (*Cavun nasalis*). Rongga hidung berlapis selaput lendir, didalammnya terdapat kalenjar minyak (*Minyak sebasea*) dan kalenjar keringat (kalenjer sudorifera). Selaput lendir berfungsi menangkap benda asing yang masul lewat saluran pernafasan. Selain itu, terdapat juga rambut pendek dan tebal yang berfungsi menyaring partikel kotoran yang masuk bersama udara. Selain sebagai organ pernafasan , hidung juga merupakan indra pembau yang sensitif. Dengan kemmapuan tersebut, manusia dapat terhindar dari gas-gas yang beracun atau berbau busuk yang mungkn mengandung bakteri dan bahan penyakit lainnya.

2) Faring

Faring adalah pipa berotot yang berjalan dari dasar tengkorak sampai persambungan dan esophagus, pada ketinggian tulang rawan krikoid. Oleh karena itu, letak faring di belakang laring.

3) Laring (Tenggorokan)

Laring adalah saluran pernafasan yang membawa udara menuju ke trakea. Fungsi utama laring adalah untuk melindungi saluran pernafasan dibawahnya dengan cara menutup secara cepat pada stimulasi mekanik, sehingga mencegah masuknya benda asing kedalam saluran nafas.

b. Saluran Pernapasan Bagian Bawah

Ditinjau dari fungsinya secara umum saluran pernafasan bagian bawah terbagi menjadi dua komponen. Pertama saluran udara kondusif atau yang sering disebut sebagai percabangan dari

trakeobronkialis. Saluran ini terdiri dari trakea, bronki, dan bronkeioli. Kedua, satuan respiratorius terminal yang merupakan satuan udara konduktif dengan fungsi utamanya sebagai penyalur (konduksi) gas masuk dan keluar dari satuan respiratorius terminal merupakan tempat pertukaran gas yang sesungguhnya. Alveoli sendiri merupakan bagian dari satuan respiratrius terminal.

1) Trakea

Trakea atau batang tenggorokan memiliki panjang kira-kira 9 cm, organ ini merentang dari laring sampai di bagian atas vetebrata torakalis kelima. Dari tempat ini, trakea becabang menjadi dua bronkus.

2) Bronkus dan Bronkeoli

Bronkus yang terbentuk dari belahan dua trakea pada tingkatan vetebrata torakalis kelima mempunyai struktur serupa dengan trakea dilapisi oleh sejenis sel yang sama. Bronkus kanan lebih pendek dan lebar dari bronkus kiri, sedikit lebih tinggi dari arteri pulmonalis dan mengeluarkan sebuah cabang utama lewat bawah ateri yang disebut bronkus lobus bawah. Bronkus kiri lebih panjang dan lebih langsing dari yang kanan, serta merentang di bawah arteri pulmonalis sebelum akhirnya terbelah menjadi beberapa cabang menuju ke lobus atas dan bawah. Cabang utama bronkus kanan dan kiri bercabang lagi menjadi bronkus lobalis dan kemudian menjadi lobus mentalis. Percabangan ini merentang terus menjadi bronkus yang ukurannya semakin kecil sampai akhirnya menjadi bronkhiolus terminalis, yaitu saluran udara yang tidak mengandung alveoli (Kantong udara).

3) Alveolus

Kedua sisi dari alveolus merupakan tempat pertukaran udara dengan darah. Membran alveolus adalah permukaan tempat

terjadinya pertukaran gas. Darah yang kaya akan karbondioksida (CO_2) dipompa dari seluruh tubuh ke dalam pembuluh darah alveolaris, dimana melalui difusi, ia melepaskan karbondioksida (CO_2) dan menyerap oksigen (O_2).

4) Paru-Paru

Struktur elastis seperti spon, berada pada rongga thorax yang terkandung dalam susuna tulang-tulang iga dan letaknya di sisi kiri dan kanan mediastinum. Pulmo (paru-paru) memiliki :

a) Apex, apex pulmo meluas ke dalam leher sekitar 2,5 cm di atas calvikula.
b) Permukaan costa vetebra, menempel pada bagian dalam dinding dada.
c) Permukaan mediastinal, menempel pada picardium dan jantung.

Paru-paru dilapisi oleh membran tipis yang lembab disebut pleura. Lapisan yang ada di rongga thorax adalah pleura *parietalis,* yang berada di dasar paru ke seluruh permukaan paru adalah pleura visceral. Pada keadaan normal paru-paru di kembangkan untuk mengisi rongga thorax sepenuhnya dan kavum pleura pemisah antara pleura parietal dan visceral agar tidak bersentuhan satu sama lain dan (Spasium pleura) berisi sedikit cairan pelumas agar tidak terjadi friction (Gesekan).

5) Thorax, Diagfragma dan pleura

Rongga thorax berfungsi melindungi paru-paru, jantung, dan pembuluh darah besar. Bagian rongga thorax terdiri atas 12 iga costa, pada bagian atas thorax di daerah leher, terdapat dua oto tambahan untuk proses inspirasi, yakni sklaneus dan sterno kleidomastoideus. Otot sklaneus menaikkan tulang iga pertama dan kedua selama inspirasi untuk memperluas rongga dada atas

dan menstabilkan dinding dada. Otot sterno kleidomastoideus berfungsi untuk mengangkat stenum. Di antara tulang iga terdapat otot intercostal. Otot intercostal eskternum adalah otot yang menggerakkan tulang iga keatas dan depan, sehingga dapat meningkatkan diameter anteriorposterior dari dinding dada. Diagfragma terdapat di bawah rongga thorax. Pada keadaan relaksasi, diagfragma ini berbentuk kubah. Mekanisme pengaturan otot diagfragma (Nervus frenikus) terdapat pada tulang belakang (spinal cord) di servikal ke-3 (C3). Oleh karena itu jika terjadi masalah pada pada saraf C3, maka hala ini dapat menyebabkan gangguan ventilasi. Pleura merupakan membran serosa yang menyelimuti paru. Terdapat tiga macam pleura yaitu pleura parietal yang melapisi rongga thorax dan pleura visceral yang menutupi setiap paru-paru diantara kedua pleura, kemudian terdapat kavum pleura yang berisi cairan pleura menyerupai selaput tipis yang memungkinkan kedua permukaan tersebut tidak terjadi gesekan satu sama lain selama respirasi. Tekanan dalam rongga pleura lebih rendah dari tekanan atmosfer, sehingga mencegah terjadinya kolaps paru. Jika pleura bermasalah, misalnya mengalami peradangan, maka udara cairan dapat masuk kedalam rongga pleura. Hal tersebut menyebabkan paru-paru tertekan dan kolaps. (Mustikawati, 2017).

c. Fisiologi Pernafasan

Proses fisiologi pernafasan dimana oksigen dipindahkan dari udara ke dalam jaringan-jaringan dan CO_2 di keluarkan ke udara (ekspirasi) dapat dibagi menjadi dua lapisan (stadium), yaitu stadium pertama dan kedua :

1) Stadium pertama

Stadium pertama ditandai dengan fase ventilasi yaitu masuknya campuran gas-gas ke dalam dan keluar paru-paru. Mekanisme ini di memungkinkan karena ada selisih tekanan antara atmosfer dan alveolus, akibat kerja mekanik dari otot-otot.

2) Stadium kedua

Transportasi pada fase ini terdiri dari beberapa aspek, yaitu:

a) Difungsi gas antara alveolus dan kapiler paru-paru (respirasi eksternal) serta antara darah sitemik dan jaringan-jaringan sel.
b) Distribusi darah dalam sirkulasi pulmonal dan peyesuaian dengan distribusi udara dalam alveolus.
c) Reaksi kimia dan fisik O_2 dan CO_2 dengan darah repirasi internal merupakan stadium akhir dari respirasi, dimana oksigen dioksida untuk mendapatkan energi, dan CO_2 terbentuk sebagai sampah dari proses metabolisme sel dan di keluarkan oleh paru-paru.
d) Transportasi adalah tahap kedua dari proses pernafasan yang mencakup proses difusi gas-gas melintasi membran alveolus kapiler yang tipis (tebalnya kurang dari 0,5 mm). Kekuatan mendorong untuk pemindahan ini dapat di peroleh dari selisih tekanan persial antara darah dan fase gas.
e) Perfusi adalah pemindahan gas secara efektif antara alveoulus dan kapiler Paru-paru yang membutuhkan distribusi merta udara dalam paru-paru dan perfusi (aliran darah) dalam kapiler. Denagb kata lain, ventilasi dan perfusi dari unit *pulmonary*yang sudah sesuai dengan orang normal pada posisi tegak dan keadaan istirhat (Widoyono, 2011)

3. Etiologi

Penyakit ini disebabkan oleh *bacteri mycobakterium tuberculosis.* Bakteri atau kuman ini berbentuk batang, dengan ukuran 1-4 mm dan tebal 0,3-0,6 mm. Sebagian besar kuman berupa lemak/lipid, sehingga kuman tahan terhadap asam dan lebih tahan terhadap kimia atau fisik. Sifat lain dari kuman ini adalah aerob yang menyukai aerah dengan banyak oksigen, dan daerah banyak yang memiliki kandungan oksigen tinngi yaitu apical/apeks paru. Daerah ini menjadi prediksi penyakit tuberkulosi (Andra & Yessie, 2013). Tuberkulosis juga tahan dalam keadaan kering dan dingin.

Bakteri tuberkulosis ini mati pada pemanasan 100^0C selama 5-10 menit atau pada pemanasan 60^0C selama 30 menit, dan dengan alkohol 70-95% selama 15-30 detik. Bakteri ini tahan selama 1-2 jam di udara terutama di tempat yang lembab dan gelap (bisa berbulan-bulan), namun tidak tahan terhdap sinar atau aliran udara. Adapun beberapa faktor seperti faktor pendukung/prediposisi dan faktor pencetus/prepitasi antara lain:

a. Faktor pendukung

1) Umur

Penyakit tuberkulosis paru sering ditemukan pada usia muda atau usia produktif yaitu 15-50 tahun. Dewasa ini dengan terjadinya transisi demografi, menyebabkan usia harapan hidup lansia menjadi lebih tinggi. Pada usia lanjut lebih dari 55 tahun sistem imunologi seseorang menurun, sehingga sangat rentan terhadap berbagai penyakit, termasuk penyakit tuberculosis paru.

2) Laki > perempuan

Pada laki-laki penyakit ini lebih tinggi, karena merokok dan minum alkohol dapat menurunkan sistem pertahanan tubuh. Sehingga

wajar jika perokok dan peminum alkohol sering disebut agen dari penyakit tuberkulosis paru.

b. Faktor pencetus/prepitasi

1) Sosial Ekonomi

Faktor sosial ekonomi sangat erat kaitannya dengan kondisi rumah, kepadatan hunian lingkungan perumahan serta lingkungan sanitasi lingkungan kerja yang buruk. Pendapatan keluarga juga sangat erat dengan penularan tuberculosis, karena pendapatan yang kecil membuat orang tidak dapat hidup.

2) Status gizi

Kekurangan kalori, protein, vitamin, zat besi, malnutrisi akan mempengaruhi daya tahan tubuh seseorang, sehingga rentan terhadap berbagai penyakit, termasuk tuberculosis paru. Keadaan ini merupakan bagian penting yang berpengaruh di negara miskin baik pada orang dewasa atau anak-anak.

3) Lingkungan

Lingkungan perumahan dengan kondisi rumah gelap atau kurang pencahayaan, ventilasi buruk serta padat penghuni beresiko terkena penyakit tuberculosis paru. Kondisi rumah gelap dan ventilasi buruk membuat kuman *mycobacterium tuberculosis*bertahan sampai berhari-hari bahkan berbulan-bulan. Kondisi rumah dengan padat penghuni di samping menyebabkan kurangnya konsumsi oksigen, dan juga bila salah satu anggota kelurga terkena penyakit infeksi tuberkulosis paru, akan mudah menular kepada anggota keluarga lain. (Sholes S.Naga, 2012).

4) Merokok

Rokok mengandung zat berbahaya. Salah satunya adalah karbon Monoksida (CO). Karbon monoksida menggantikan sekitar 15% jumlah oksigen yang di bawah oleh sel darah merah ke tubuh,

sehingga suplai oksigen dalam paru-paru berkurang. Karbon monoksida sangat berbahaya karena akan menyebabkan penderita mengalami sesak nafas. Merokok dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga tubuh mudah terserang penyakit (salah satunya penyakit Tuberkulosis paru) terutama pada laki-laki yang mempunyai kebiasaan merokok. (Widoyono, 2011).

4. Patofisiologi

Seseorang yang dicurigai menghirup hasil *mycobacterium tuberculosis*akan menjadi terinfeksi. Bakteri menyebar melalui jalan nafas ke alveoli, dimana pada daerah tersebut bakteri bertumpuk dan berkembang biak. Penyebaran basil ini juga bisa melalui sistem limfe dan aliran darah kebagian tubuh lainnya, dan area paru-paru (lobus atas).

Sistem kekebalan tubuh berespon dengan melakukan reaksi inflamasi. Neutrofil dan makroag memfagositosis (menelan) bakteri. Limfosit yang spesifik terhadap tuberkulosis mennghancurkan basil dan jaringan normal. Reaksi jaringan ini mengakibatkan terakumulasinya eksudat dalam alveoli dan terjadi bronkopnemonia. Infeksi awal biasanya timbul waktu 2-10 minggu setelah terpapar (Andra & Yessie, 2013).

Massa jaringan baru disebut granuloma, yang berisi gumpalan basil yang hidup dan yang sudah mati, dikelilingi oleh makrofag yang membentuk dinding, granuloma berupa bentuk menjadi massa jaringan fibrosa. Bagian tengah dari massa tersebut disebut *Ghon Tubercle.* Materi yang terdiri atas makrofag dan bakteri menjadi nekrotik, membentuk perkejuan (*Necrotizing caseosa).* Setelah itu akan terbentuk klafikasi, membentuk jaringan kolagen bakteri menjadi non-aktif.

Penyakit akan berkembang menjadi aktif setelah infeksi awal karena respons sistem imun yang tidak adekuat. Penyakit aktif juga dapat timbul akibat infeksi ulang atau aktifnya kembali bateri yang tidak aktif. Pada kasus ini terjadi ulserasi pada *Ghon Tubercle*dan akhirnya menjadi perkejuan. Tuberkel ulserasi mengalami proses penyembuhan membantu jaringan parut. Paru-paru yang terinfeksi kemudian meradang, mengakibatkan bronkopnemonia, pembentukan tuberkel, dan seterusnya. Pnemonia seluler ini dapat sembuh dengan sendirinya. Proses ini berjalan terus dan basil terus fagosit atau berkembang baik di dalam sel. Basil juga menyebar melalui kalenjer getah bening. Makrofag yang mengadakan infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu membentuk sel tuberkel epiteloid yang di kelilingi oleh limfosit, (membutuhkan waktu 10-12 hari). Daerah yang yang mengalami nekrosis serta jaringan granulasi yang dikelilingi sel epiteloid dan fibroblast akan menimbulkan respon berbeda dan akhirnya membentuk sesuatu kapsul yang dikelilingi oleh tuberkel (Widoyono, 2011).

5. Manifestasi Klinis (Saydam, 2011)

Untuk mengetahui tentang penderita tuberkulosis dengan baik harus di ketahui tanda dan gejala. Seorang di tetapkan sebagai penderita TB Paru apabila di temukan gejala klinis utama (*cardinal sympom)*pada dirinya. Gejala utama pada penderita TB Paru adalah :

a. Batuk berdahak lebih dari 2-3 minggu

Lendir awalnya bersifat mukolat dan keluar dalam jumlah sedikit kemudian berubah menjadi *mokupurulen*/kuning-kuning hijau sampai purulent, kemudian berubah menjadi kental bila sudah terjadi pengkijauan atau pelunakan jaringan berbau busuk kecuali bila ada infeksi aerob.

b. Batuk berdarah (*Hemoptysis*)

Gejala ini banyak ditemukan. Batuk karena adanya iritasi pada bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk-produk radang bronkus keluar, karena terlibatnya bronkus pada setiap penyakit tidak sama, mungkin saja batuk baru setelah penyakit berkembang dalam jaringan paru yakni setelah berminggu-minggu atau berbulan-bulan peradangan bermula.

c. Sesak nafas disertai nyeri dada

Pada penyakit yang ringan atau baru tumbuh dapat dirasakan sesak. Sesak napas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut, yang infiltrasinya sudah meliputi setengah bagian paru-paru sedangkan nyeri dada timbul jika infiltrasi radang dada sudah sampai ke pleura.

d. Malaise

Penyakit tuberkulosis bersifat radang yang menahun. Gejala malaise sering ditemukan berupa anoreksia, badan kurus (BB menurun), sakit kepala, meriang, nyeri otot, dan keringat pada malam hari. Gejala ini semakin lama semakin berat dan terjadi hilang timbul secara teratur.

e. Keringat pada malam hari dan demam

Keringat pada malam hari di sebabkan karena kuman TB paru bermetabolisme pada malam hari. Demam pada TB Paru timbul pada sore hari dan malam hari mirip dengan influenza, hilang timbul dan makin lama makin panjang serangannya.

6. Test Diagnostik (Saydam, 2011)
   a. Kultur sputum : menunjukkan hasil positif untuk *Mycobacterium tuberculosis* pada stadium akhir.
   b. Ziehl Neelsen (*Acid-fast Staind applied to smear of body fluid*) : positif untuk bakteri tahan asam BTA.
   c. Foto rontgen dada (chest x-ray): dapat memperlihatkan infiltrasi kecil pada lesi awal di bagian paru-paru bagian atas, deposit kalsium pada lesi primer yang membaik atau cairan pada efusi pleura.
   d. *Needle biopsy of lung tissue* : positif untuk granuloma tuberculosis, adanya sel-sel besar yang mengindikasikan nekrosis.
   e. Bronkografi : merupakan pemeriksaan khusus untuk melihat kerusakan bronkus atau kerusakan paru karena tuberculosis.
   f. Darah : Leukositosis, laju endap darah (LED) meningkat.
   g. Tes fungsi paru : VC menurun yang meningkatkan, TLC meningkat dan saturasi oksigen menurun yang merupakan gejala sekunder dari fibrosis/Infiltrasi perenkim paru dan penyakit pleura.

7. Penatalaksanaan medik (Saydam, 2011).
   a. Penatalaksanaan farmakologi

      Penatalaksanaan tuberculosis paru sebagai berikut;

      1) Pencegahan tuberculosis paru
         a) Vaksinasi BCG, reaksi positif terjadi jika setelah mendapat vaksinasi BCG langsung terdapat reaksi lokasi yang besar dalam waktu kurang dari 7 hari setelah penyuntikan**.**
         b) Kemoprokfilaksis, yaitu dengan menggunakan INH 5 mg/kg BB selama 6-12 bulan dengan tujuan menghancurkan atau mengurangi populasi bakteri yang masih sedikit**.**

2) Pengobatan tuberkulosis paru

Tujuan pengobatan pada penderita tuberculosis paru, selain untuk mengobati juga untuk mencegah kematian, kekambuhan, resistensi kuman terhadap OAT, serta memutuskan mata rantai penularan.

a) *Isoniazid (INH)* sebagai bakterisidial terhadap basil yang tumbuh aktif. Obat ini diberikan selama 18-24 bulan dari dengan dodid 10-20 mg/kg BB/hari melalui oral**.**
b) Kombinasi antara *INH, rifampicin* dan *pyrazinamide* yang diberikan selama 6 bulan**.**
c) Obat tambahan, antara lain *streptomycin* (diberikan intramuscular) dan ethambutol**.**
d) Terapi kortikosteroid diberikan bersama dengan obat anti-*Tuberculosis* untuk mengurangi respons peradangan, misalnya pada meningitis.

3) Pembedahan dilakukan jika kemoterapi tidak berhasil. Tindakan ini dilakukan dengan mengangkat jaringan paru yang rusak.
4) Pencegahan dilakukan dengan menghindari kontak langsung dengan orang yang terinfeksi basil tuberculosis serta mempertahankan asupan nutrisi yang memadai. Pemberian imunisasi BCG juga diperlukan untuk meningkatkan dayatahan tubuh terhadapa infeksi basil tuberkulosis virulen.
5) Terapi nutrisi

8. Komplikasi (Widoyono, 2011)

a. Pleuritis

Bila proses tuberculosis terjadi dibagian paru yang dekat dengan pleura maka pleura akan ikut meradang dan menghasilkan cairan eksudat atau akan terjadi pleuritis eksudatif. Bila cairan banyak

makaakan dilakukan fungsi dan cairan eksudat dikeluarkan sebanyak mungkinuntuk menghindari terjadinya *achwartedi* kemudian hari.

b. Efusi pleura

Akibat adanya penumpukan eksudat dalam alveoli yang berdekatan dengan pleura menyebabkan peradangan pada pleura sehingga proses pembentukan cairan pleura tidak seimbang dengan penyerapan akibat adanya infeksi.

c. Empisema

Infeksi sekunder yang mengenai cairan eksudat, pada pleuritis eksudatif akan mengakibatkan terjadinya empisema, tuberkulosis dari kavitas yang memecah mengeluarkan efusi nanah.

B. Konsep Dasar Keperawatan (Barara, 2013)

Proses keperawatan adalah metode dimana suatu konsep diterapkan dalam praktek keperawatan atau suatu pendekatan *problem solving*, yang memerlukan ilmu, teknik dan keterampilan interpersonal dan ditujukan untuk memenuhi kebutuhan pasien atau keluarga, proses keperawatan merupakn lima tahap proses yang konsisten sesuai dengan perkembangan profesi keperawatan.

1. Pengkajian

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

DS: Riwayat kesehatan keluarga, riwayat tuberculosisparu sebelumnya, riwayat pengobatan tuberculosis sebelumnya, riwayat pekerjaan seperti jenis pekerjaan, tempat dan waktu.

DO: Batuk > 2 minggu, *hygiene* yang kurang.

b. Pola nutrisi dan metabolik

DS: Kehilangan nafsu makan, pelaporan penurunan berat badan.

DO: Turgor kulit tidak elastis, kulit kering, penurunan berat badan.

c. Pola eliminasi

DS: Berkeringat malam hari, konstipasi dan diare.

DO: Warna urine kuning.

d. Pola aktivitas dan latihan

DS: Kelemahan umum, melaporkan keletihan dan kelemahan secara verbal.

DO: Takikardi, *takipnea/dysnea* saat beraktifitas.

e. Pola tidur dan istirahat

DS: Pasien melaporkan kesulitan untuk tidur, sering terbangun pada malam hari, mimpi buruk.

DO:Gelisah, sering menguap, tampak palpebral berwarna gelap.

f. Persepsi sensorik dan kognitif

DS:Perasaan nyeri dada.

DO: Bingung dan gelisah.

g. Pola persepsi konsep diri

DS: Perasaan tidak berdaya, harapan tidak ada.

DO: Ketakutan, menyangkal, ansietas.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

DS: Perasaan isolasi dan penolakan karena penyakit.

DO: Perubahan pola kapitas fisik dalam melaksanakan peran.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

DS: Masalah seksualitas yang berhubungan dengan penyakit.

DO: Perilaku distraksi, penurunan libido, perilaku seksual yang menyimpang.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress
DS: Adanya faktor stress yang lama, perasaan tidak berdaya.

DO: Menyangkal, ketakutan, dan mudah tersinggung.

k. Pola sistem nilaidan kepercayaan
DS: Tekanan spiritual yang terjadi sehubungan sakit.

DO: Tampak melakukan ibadah, alat doa tersedia.

2. Diagnosa Keperawatan (Herdman& Kamitsuru, 2016).

a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebih, *hemoptysis.*
b. Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan, faktor biologis.
c. Hipertermi berhubungan dengan infeksi *Mycobacterium tuberculosis.*
d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan adanya batuk sesak napas dan nyeri dada.
e. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan kerusakan membrane alveolar.
f. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan menurunya ekspansi paru sekunder terhadap penumpukan cairan dalam rongga pleura.
g. Defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan kelemahan.

3. Intervensi Keperawatan

a. Ketidakefktifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan.

1) Hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan jalan napas pasien kembali efektif dengan kriteria hasil:Status pernapasandipertahankan pada skala 2 (devisiasi cukup berat dari kisaran normal)ditingkatkan ke skala 3 (devisiasi sedang dari kisaran normal) :
   a) Frekuensi pernapasan.
   b) Irama pernapasan.
   c) Penggunaan otot bantu.
   d) Suara napas tambahan (Moorhead, 2013).
2) Intervensi
   a) Monitor tanda-tanda vital :
      Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapsan dengan tepat.
   b) Menejemen jalan napas :
      (1) Lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya.
      (2) Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk..
      (3) Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif.
      (4) Auskultasi suara napas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan.
   c) Terapi oksigen :
      a) Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan.
      b) Monitor aliran oksigen.
   d) Pengaturan posisi :
      Posisikan pasien untuk mengurangi dypnea (misalnya posisi semi fowler atau fowler).
   e) Pencegahan aspirasi :
      Jaga kepala tempat tidur dinggikan 30 sampai 45 menit setelah pemberian makan.
   f) Pemberian obat :

Berikan pasien mengenai jenis obat, alasan pemberian obat hasil yang diharapkan dan efek lanjutan yang akan terjadi sebelum pemberian obat (Bulechek,2013).

b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan fakor biologis.

1) Hasil yang diharapkanSetelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan meningkatnya asupan makan dan peningkatan berat badan dengan kriteria hasil:

a) Nafsu makan dipertahankan pada skala 2 (Banyak terganggu)ditingkatkan ke skala 3 (Cukup terganggu):

(1) Hasrat/keinginan untuk makan.

(2) Menyenangi makanan.

b) Status nutrisi : asupan nutrisi dipertahankan pada skala 2 (Sedikit adekuat) ditingkatkan ke skala 3 (Cukup adekuat)

(1) Asupan protein.

(2) Asupan lemak.

(3) Asupan karbohidrat.

(4) Asupan serat (Moorhead, 2013).

2) Intervensi :

a) Monitor tanda-tanda vital :

Monitor tanda-tanda vital, nadi, suhu dan status pernapasan.

b) Terapi nutrisi :

(1) Tentukan jumlah kalori dan tipe nutrisi yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dengan berkolaborasi bersama ahli gizi, sesuai kebutuhan.

(2) Pastikan bahwa dalam diet mengandung makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi.

(3) Ajarkan pasien dan keluarga mengenai diet yang dianjurkan.

(4) Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorite pasien sementara pasien berada di rumah sakit atau fasislitas perawatan yang sesuai.

c) Bantu peningkatan berat badan :

(1) Timbang pasien pada jam yang sama setiap hari.

(2) Bantu pasien untuk makan atau menyuapi pasien.

d) Menajemen saluran cerna :

(1) Catat tanggal terakhir buang air besar terakhir.

(2) Monitor buang air besar termasuk frekuensi, konsistensi, bentuk, volume, dan warna dengan cara yang tepat.

(3) Berikan cairan hangat setelah makan dengan cara yang tepat.

(4) Catat masalah BAB yang sudah ada sebelumnya, BAB rutin, dan penggunaan laksatif.

(5) Ajarkan pasien mengenai makanan-makanan tertentu yang membantu mendukung keteraturan [aktifitas] usus(Bulechek, 2013).

c. Hipertermi berhubungan dengan infeksi *Mycobacterium tuberculosis*

1) Hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Suhu tubuh kembali dalam batas normal 36^{o}C-$37,5^{o}$C dengan kriteria hasil:

a) Termoregulasi dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 3 (cukup terganggu):

(1) Bekeringat saat panas.

(2) Penurunan suhu kulit.

(3) Dehidrasi.

(4) Mengigil saat dingin.

b) Tanda-tanda vital dipertahankan pada skala 2 (devisiasi cukup besar dari kisaran normal) ditingkatkan ke skala 3 (devisiasi sedang dari kisaran normal)

(1) Suhu tubuh.

(2) Denyut nadi (Moorhead,2013).

2) Intervensi :

a) Perawatan demam

(1) Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya.
(2) Beri obat cairan IV (misalnya antipiretik, agen antibakteri, dan agen anti menggigil).
(3) Dorong konsumsi cairan.
(4) Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu: menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringan untuk demam).
(5) Berikan kompres air hangat

b) Perlindungan suhu :
(1) Monitor suhu paling tidak setiap 2 jam, sesuai kebutuhan.
(2) Sesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien (Bulechek,2013).

d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan adanya batuk sesak napas dan nyeri dada
1) Hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam pola tidur pasien kembali efektif dengan kriteria hasil:
Tidur dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 3 (cukup terganggu)

a) Jam tidur.
b) Kesulitan memulai tidur.
c) Perasaan segar setelah tidur (Moorhead,2013).

2) Intervensi :
Peningkatan tidur :

(1) Tentukan pola tidur/aktivitas pasien.
(2) Monitor pola tidur pasien dan catat kondisi fisik (misalnya, apnea tidur, sumbatan jalan napas, nyeri/ketidaknyamanan, dan frekuensi buang air kecil dan/atau psikologis (misalnya, ketakutan atau kecemasan) keadaan yang mengganggu tidur dan dapat memfasilitasi/mengganggu tidur.

(3) Mulai/terapkan langkah-langkah kenyamanan seperti pijat, pemberian posisi dan sentuhan afektif.
(4) Anjurkan untuk tidur siang hari, jika diindikasikan untuk memenuhi kebutuhan tidur.
(5) Ajarkan pasien dan orang terdekat mengenai faktor yang berkontribusi terjadinya gangguan pola tidur.
(6) Dorong penggunaan obat tidur yang tidak mengandung [zat] penekan REM (Bulechek,2013).

e. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan kerusakan membran alveolar.

1) Hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam pasien mampu menunjukkan status pernapasan yang efektif dengan kriteria hasil:

Status pernapasan: pertukaran gas dipertahankan pada skala 2 (devisiasi cukup berat dari kisaran normal) ditingkatkan ke skala 3 (devisiasi sedang dari kisaran normal)

a) Saturasi oksigen.
b) Dispnea saat istirahat.
c) Sianosis.
d) Gangguan kesadaran (Moorhead,2013).

2) Intervesi :

Menejemen jalan napas :

(1) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi.
(2) Lakukan fisioterapi dada, sebagaimana mestinya.
(3) Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir.
(4) Auskultasi suara napas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan.
(5) Lakukan penyedotan melalui endotrakea atau nasotrakea, sebagaimana mestinya.

(6) Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk.
(7) Kelola pemberian bronkodilator, sebagaimana mestinya.
(8) Monitor status penapasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya (Bulechek,2013).

f. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan menurunnya ekspansi paru sekunder terhadap penumpukan cairan dalam rongga pleura.

1) Hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 pasien mampu menunjukkan status pernapasan yang efektif dengan kriteria hasil:

Status pernapasandipertahankan pada skala 2 (devisiasi cukup berat dari kisaran normal)ditingkatkan ke skala 3 (devisiasi sedang dari kisaran normal) :

a) Frekuensi pernapasan.
b) Irama pernapasan.
c) Penggunaan otot bantu.
d) Suara napas tambahan (Moorhead, 2013).

2) Intervensi :

a) Monitor tanda-tanda vital :

Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat.

b) Menejemen jalan napas :

(1) Lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya.
(2) Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk.
(3) Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif.
(4) Auskultasi suara napas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan.

c) Terapi oksigen :

(1) Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan.

(2) Monitor aliran oksigen (Bulechek, 2013)

g. Defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan kelemahan.

1) Hasil yang diharapkan Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan pasien mampu mandi sendiri dengan kriteria hasil:

a) Perawatan diri : mandi dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 3 (Cukup terganggu):

(1) Mandi dengan bersiram.

b) Perawatan diri : kebersihan dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 3 (Cukup terganggu):

(1) Mempertahankan kebersihan mulut.

(2) Mengeramas rambut.

2) Intervensi:

a) Bantuan perawatan diri : mandi/kebersihan :

(1) Monitor integritas kuit pasien.

(2) Berikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu merawat diri secara mandiri.

(3) Fasilitasi pasien untuk mandi sendiri dengan tepat.

(4) Fasilitasi pasien untuk menggosok gigi dengan tepat.

b) Pemeliharaan kesehatan mulut :

(1) Intruksikan dan bantu pasien membersihkan mulut setelah dan sesering mungkin, sesuai dengan kebutuhan.

(2) Monitor gigi yang meliputi warna, kebersihan dan ada tidaknya debris.

(3) Dorong dan bantu pasien untuk berkumur.

c) Perawatan rambut dan kulit kepala :

(1) Monitor kondisi rambut dan kulit kepala, termasuk kelainan-kelainannya (misalnya, kering, atau rambut rapuh, seranggakutu, ketombe dan defisiensi nutrisi).

(2) Cuci dan kondisikan rambut, memijat sampo dan kondisioner ke kulit kepala dan rambut.

(3) Sikat atau sisir rambut dengan menggunakan sisir bergigi jarang atau dengan jari tangan, sesuai kebutuhan.

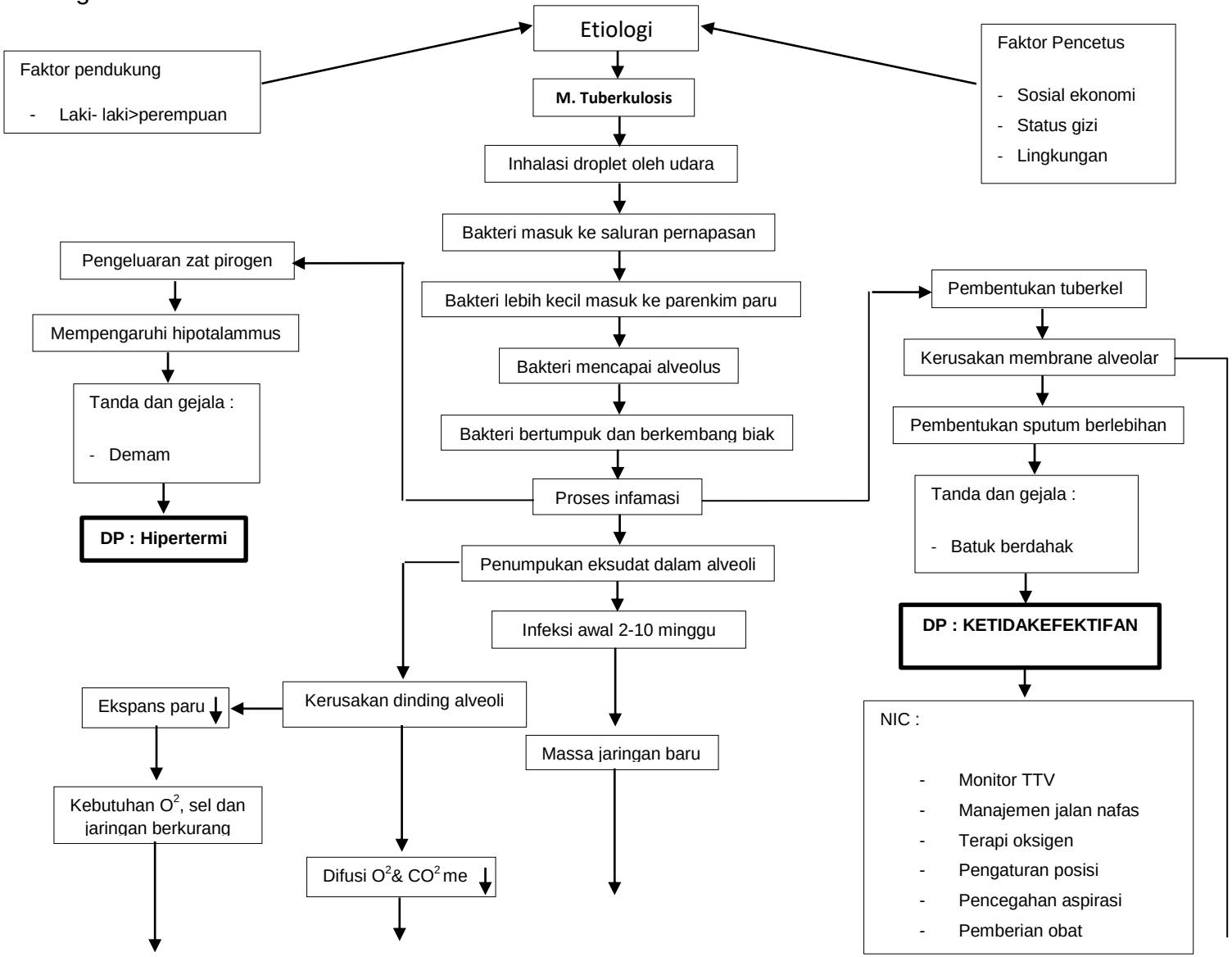
(Bulechek,2013).

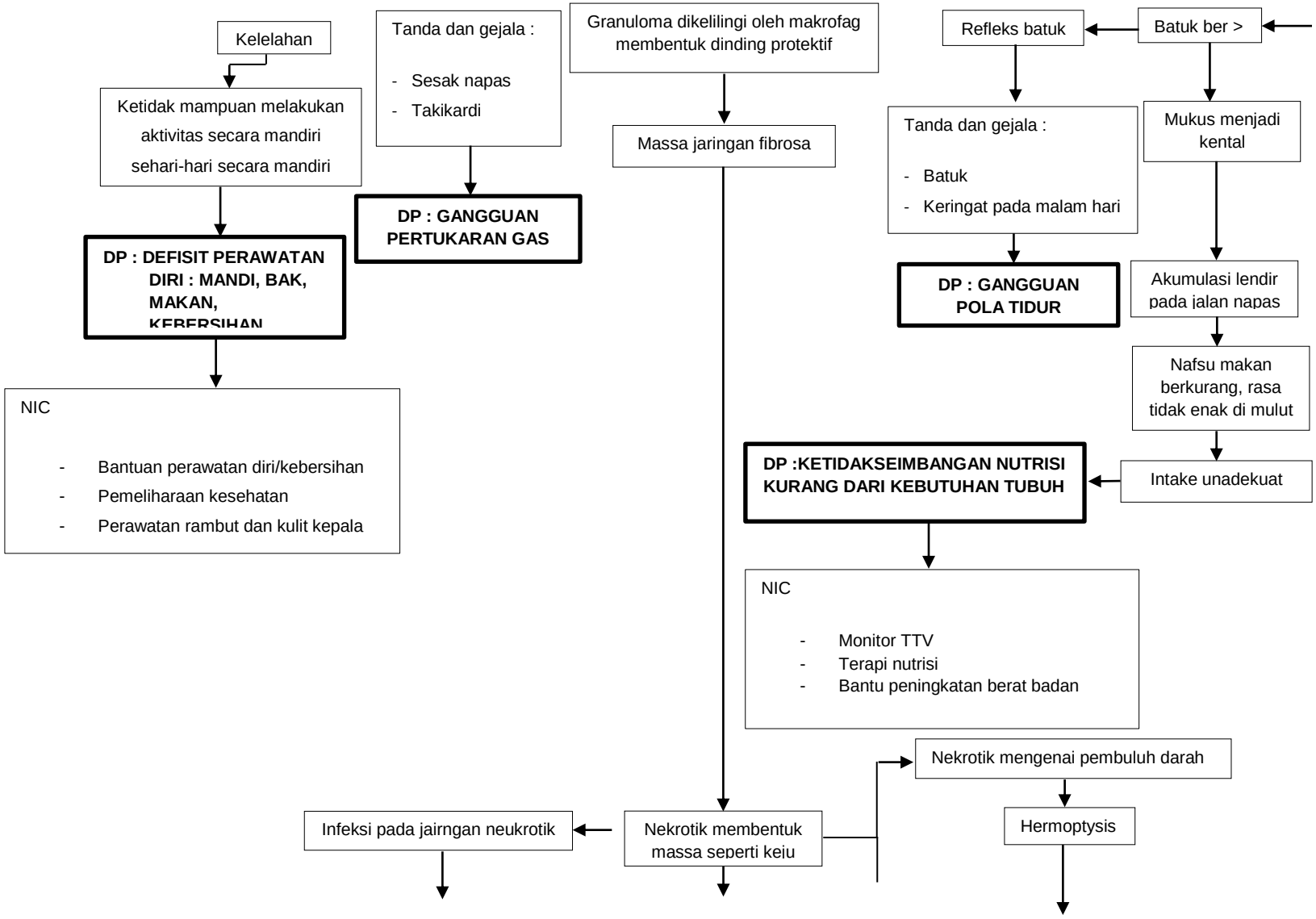
4. Discharge Planing/Perencanaan Pulang (Widoyono, 2011).

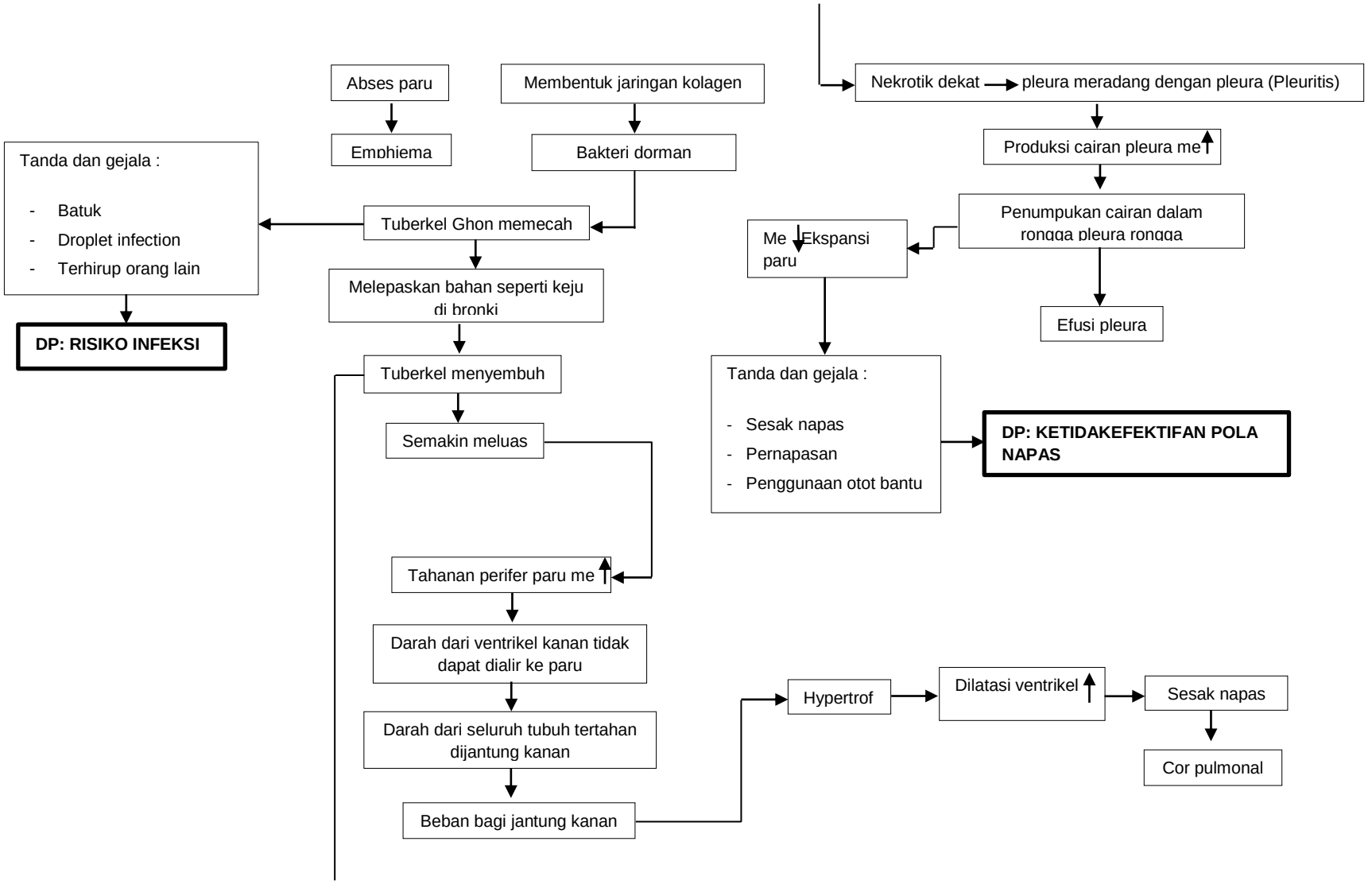
Hal-hal yang perlu disampaikan kepada keluarga dan pasien sebelum pulang :

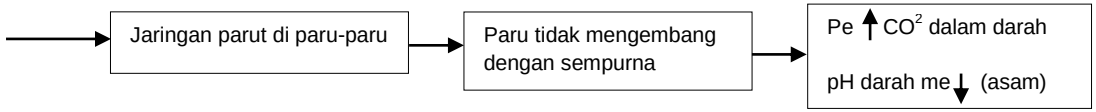
a. Mengawasi pasien saat minum obat, keluarga tidak boleh pergi dari samping pasien sebelum pasien menelan obat.
b. Menganjurkan kepada keluarga atau penjenguk apabila ingin berkomunikasi dengan pasien sebaiknya menggunakan masker/tidak secara langsung berhadapan dengan pasien.
c. Perawat menganjurkan pasien dan keluarga tentang prosedur pengendalian infeksi seperti mencuci tangan dan menggunakan masker, kontrol secara rutin.
d. Menganjurkan pasien untuk melakukan terapi obat-obatan secara teratur dan tuntas, hindari aktivitas yang berat.
e. Menganjurkan kepada pasien agar menghilangkan atau mengurangi kebiasaan seperti merokok dan minum minuman beralkohol, memperhatikan pola makan yang sehat, serta hidup sehat seperti berolahraga.

C. Patofowdiagram




Kelelahan
Ketidak mampuan melakukan aktivitas secara mandiri sehari-hari secara mandiri
DP : DEFISIT PERAWATAN DIRI : MANDI, BAK, MAKAN, KEBERSIHAN
NIC
- Bantuan perawatan diri/kebersihan
- Pemeliharaan kesehatan
- Perawatan rambut dan kulit kepala
Tanda dan gejala :
- Sesak napas
- Takikardi
DP : GANGGUAN PERTUKARAN GAS
Granuloma dikelilingi oleh makrofag membentuk dinding protektif
Massa jaringan fibrosa
Infeksi pada jairngan neukrotik
Nekrotik membentuk massa seperti keju
Nekrotik mengenai pembuluh darah
Hermoptysis
Refleks batuk
Batuk ber >
Tanda dan gejala :
- Batuk
- Keringat pada malam hari
DP : GANGGUAN POLA TIDUR
Mukus menjadi kental
Akumulasi lendir pada jalan napas
Nafsu makan berkurang, rasa tidak enak di mulut
Intake unadekuat
DP :KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH
NIC
- Monitor TTV
- Terapi nutrisi
- Bantu peningkatan berat badan


Abses paru
Membentuk jaringan kolagen
Nekrotik dekat pleura meradang dengan pleura (Pleuritis)
Empyema
Bakteri dorman
Produksi cairan pleura me
Tanda dan gejala :
- Batuk
- Droplet infection
- Terhirup orang lain
Tuberkel Ghon memecah
Penumpukan cairan dalam rongga pleura rongga
Me Ekspansi paru
Melepaskan bahan seperti keju di bronki
Efusi pleura
DP: RISIKO INFEKSI
Tuberkel menyembuh
Tanda dan gejala :
- Sesak napas
- Pernapasan
- Penggunaan otot bantu
DP: KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAPAS
Semakin meluas
Tahanan perifer paru me
Darah dari ventrikel kanan tidak dapat dialir ke paru
Darah dari seluruh tubuh tertahan dijantung kanan
Beban bagi jantung kanan
Hypertrof
Dilatasi ventrikel
Sesak napas
Cor pulmonal



Gambar 2.2 Patoflowdigram penyakit tuberculosis paru

BAB III

PENGAMATAN KASUS

Pasien dengan inisial Tn”M” berumur 74 tahun, pasien masuk pada tanggal 20 Februari 2019 dengan penyakit Tuberkulosis Paru. Sebelum masuk RS keluarga mengatakan pasien ± 3 minggu batuk berlendir terus-menurus, sesak dan demam di rumah, berkeringat berlebih pada malam hari. Pasien mulai merasa nyeri dada tetapi pasien tidak menghiraukan nyeri dada yang dirasakan dan tetap merokok, esok harinya pasien mulai sesak di sertai demam, kemudian keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke RS Stella Maris, dan di tempatkan di Bernadeth II A kamar 509 bed 2.

Saat pengkajian pada tanggal 21 Februari 2019 keluarga mengatakan pasien masih sesak nafas, batuk berlendir, nyeri dada muncul terus-menerus skala 4, pasien berkeringat pada malam hari, pasien merasa sesak saat banyak bergerak, tampak pasien berkeringat, terpasang nasal kanul 5 liter/ menit, tampak pasien sesak napas, dan batuk berlendir, posisi semi fowler. Pasien terpasang cairan RL pada tangan kanan 500cc dengan 16 tetes/menit. Observasi tanda-tanda vital TD:160/100 mmHg, N:98x/menit, P:30x/menit, S:36,8^{0}c. Keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan, tampak pasien kurus, pasien 3 hari tidak bisa BAB, pasien sejak sakit ± 2 hari belum mandi, rambut tampak berminyak, bau mulut, adanya karang gigi, gigi berwarna kuning, lidah kotor, kulit kepala berketombe.Terapi obat yang diberikan yaitu *Combivent, Dexametason, Rifamacin, Etambutol, INH, dan Pyrazenamide.* Dari data di atas penulis mnedapatkan masalah ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan mukus berlebih, ketidakseimbangan nutrisi:kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan, defisit perawtan diri : mandi berhubungan dengan kelemahan

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji : - Gita Saba (E1614401059)
-Gusniwanti B.P (E16144060)

Unit : B II A Autoanamnese : ✓

Kamar : 509 (bed 2) Alloanamnese :✓

Tgl masuk RS : 20-02-2019

Tgl pengkajian : 21-02-2019

1. Identitas

a. Pasien

Nama Initial	: Tn"M"
Umur	: 74 Tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Status Perkawinan	: Menikah
Jumlah anak	: 5 Orang
Agama/Suku	: Islam
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia
Pendidikan	: Tamat SR/SD
Pekerjaan	: Pensiun tentara
Alamat rumah	: BTN new griya barombong

b. Penanggung jawab

Nama	: Tn"I"
Umur	: 45 tahun
Alamat	: Jl. Andi mangerangi No. 44
Hubungan dengan pasien	: Anak

2. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk : Tuberkulosis paru

Saat pengkajian : Tuberkulosis paru

3. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakitberat

Alasan : Tampak pasien sesak napas, tidur dengan posisi semi fowler, tampak pasien terpasang cairan RL 500cc, 16 tetes/menit pada tangan sebelah kiri, terpasang nasal kanul 5 liter/menit dan SPO2 99%.

b. Tanda-tanda Vital

1) Kesadaran (Kualitatif) : Compos Mentis

Skala koma glasglow

a) Respon motorik : 6
b) Respon bicara : 5
c) Respon membuka mata : 4
Jumlah : 15

Kesimpulan : Tidak koma

2) Tekanan darah: 160 / 100 mmHg

MAP : 120 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 36,8 °C Oral ☐ Axilla ☑ Rectal ☐

4) Pernafasan : 30 x/menit

Irama : ☐ Teratur ☐ Bradipnea ☑ Takipnea ☐ Kusmaul ☐ Cheynes-Stokes

Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

5) Nadi : 98 x/menit

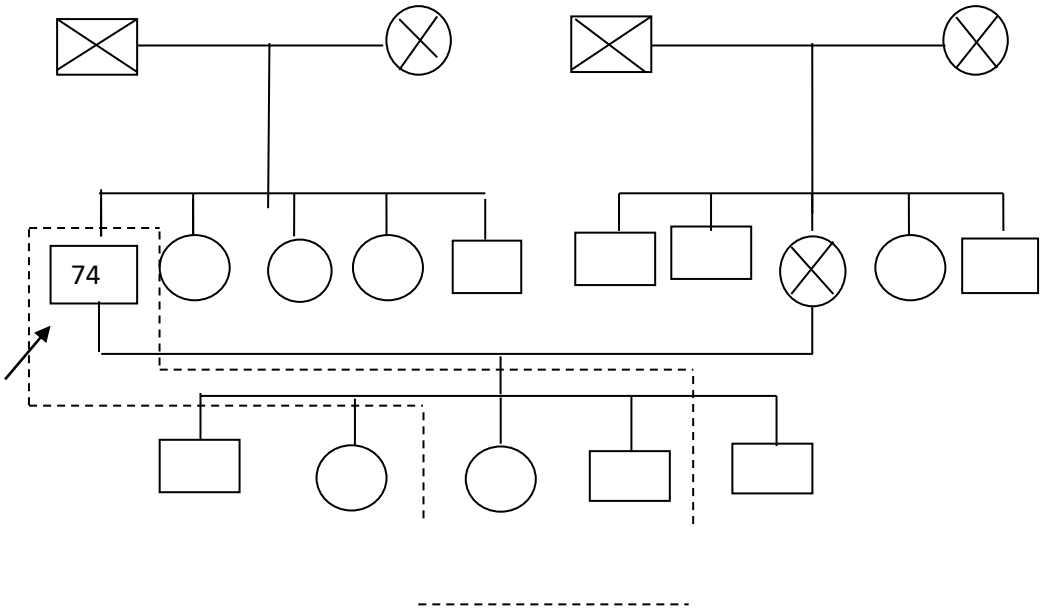
Irama : ☑ Teratur ☐ Takikardi ☐ Bradichardi

☑ Kuat ☐ Lemah

a. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : 28 cm
2) Tinggi badan : 160 cm
3) Berat badan : 45 kg
4) Indeks Massa Tubuh (IMT) : 17 kg
Kesimpulan : Berat badan kurang

b. Genogram :



Gambar : 3.1 Genogram

Keterangan :

: Pria hidup

: Pria meninggal

: Pasien

: Wanita hidup

74 :Umur pasien

: Wanita meninggal

: Tinggal serumah

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien kurang menjaga pola hidupnya. Pasien merokok sampai saat ini, dalam 1 hari menghabiskan 1 bungkus rokok. Keluarga mengatakan pasien pernah mengonsumsi obat 6 bulan tuntas, kemudian pasien kontrol ke dokter, dan dianjurkan untuk melanjutkan obatnya, setelah itu pasien mulai merokok kembali.

2) Riwayat penyakit saat ini

a) Keluhan utama : Sesak napas

b) Riwayat keluhan utama :

Sebelum masuk RS keluarga mengatakan pasien ± 3 minggu batuk berlendir terus-menurus, sesak dan demam di rumah. Pasien berkeringat berlebih pada malam hari. Saat pengkajian keluarga mengatakan pasien masih sesak nafas, betuk berlendir, nyeri dada muncul terus-menerus skala 4 sampai tembus belakang, pasien berkeringat pada malam hari, pasien merasa sesak saat banyak bergerak, tampak pasien berkeringat, terpasang nasal kanul 5 liter/ menit, terpasang SPO2 99%, tampak pasien sesak napas, dan batuk berlendir, posisi semi fowler.

3) Riwayat penyakit yang permah dialami

Keluarga mengatakan pasien menderita penyakit TB paru pada tahun 2012 dan pernah dirawat di RS Bayangkara.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Tidak ada riwayat kesehatan keluarga.

5) Pemeriksaan Fisik

a) Kebersihan rambut : Berminyak

b) Kulit kepala : Berketombe

c) Kebersihan kulit : Kurang bersih

d) Kebersihan rongga mulut : Tampak ada karang gigi

e) Kebersihan genetalia :Tidak dikaji pasien menolak.

f) Kebersihan anus :Tidak dikaji pasien menolak.

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien banyak mengkonsumsi makanan dan minuman, pasien makan 3 x sehari dengan nasi, ikan dan sayur.

2) Keadaan Sejak Sakit

Sejak sakit keluarga mengatakan nafsu makan pasien berkurang, pasien makan bubur dan menghabiskan ½ porsi makanan, pasien tidak suka makan sayur, tempedan menu makanan RS, keluarga mengatakan pasien minum air mineral 1 gelas ± 200 CC dan kadang menggunakan botol aqua 600 ml. Keluarga mengatakan pasien sakit pada perut, pasien ada penurunan berat badan ± 5 kg dalam 2 bulan terakhir. Pasien kurang mengonsumsi makanan bergizi dan berserat.

3) Observasi

Tampak pasien meringis sakit perut, terpasang RL 500 cc, 16 tts/menit, pasien minum 1 gelas air putih ± 200 cc, menghabiskan 4-5 sendok bubur dari RS tanpa sayur dan tempe, pasien tampak kurus.

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : Berminyak dan kurang bersih

b) Hidrasi kulit : kembali dalam < 3 detik

c) Palpebra/kunjiungtiva : Tidak edema/anemis

d) Sclera : Tidak ikterik

e) Hidung : Septum berada di tengah tidak ada radang

f) Rongga mulut : Berbau, tidak ada radang

g) Gusi : Tidak ada peradangan

h) Gigi : Adanya karang gigi

i) Gigi palsu : Tidak ada

j) Kemampuan menguyah keras: Pasien mampu mengunyah keras.

k) Lidah :Tidak ada peradangan

l) Pharing : Tidak ada peradangan

m) Abdomen

(1) Inspeksi : Tampak simetris

(2) Auskultasi : Peristaltik usus 5x/menit

(3) Palpasi : Tidak teraba benjolan

(4) Perkusi : Tidak ada nyeri tekan

n) Kulit

(1) Edema : ☐ Positif ☑ Negatif

(2) Ikterik : ☐ Positif ☑ Negatif

(3) Tanda-tanda radang : Tidak ada

(4) Lesi : Tidak ada lesi pada kulit

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakanBAB dalam sehari 1x berwarna kuning kecoklatan dan tidak mengalami kesakitan dalam BAB, pasien mengatakan BAK dalam sehari ±5x berwarna kuning, pasien tidak merasa sakit saat BAK.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan ± 3 hari tidak BAB, perut pasien terasa kembung, pasien mengatakan BAK ±5-6 kali, tidak ada masalah saat BAK.

3) Observasi

BAK kurang lebih 200cc/8 jam, pasien tidak menggunakan keteter, pasien belum BAB.

4) Pemeriksaan fisik

a) Peristaltik usus :Terdengar suara bising usus 5x/menit.

b) Palpasi kandung kemih : ☐ Penuh ☑ Kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : ☐ Positif ☑ Negatif

d) Mulut uretra : Tidak dikaji karena pasien menolak

e) Anus

(1) Peradangan : Tidak dikaji karena pasien menolak

(2) Hemoroid : Tidak dikaji karena pasien menolak

(3) Fistula : Tidak dikaji karena pasien menolak

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan bahwa dia pensiunan tentara dan hanya menghabiskan waktunya di rumah membaca koran dan menonton tv, atau bekumpul bersama tetangga. Pasien mengatakan tidak lagi melakukan olahraga dikarenakan usianya yang sudah tua, pasien mengatakan di waktu luang dia akan merokok dan kadang menghabiskan rokok 1 bungkus dalam sehari.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan semenjak sakit, badannya terasa lemah, pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas sendiri karena sesak termasuk mandi dan berpakaian, pasien mengatakan hanya bisa makan dan minum, pasien mengatakan sudah 2 hari tidak mandi dan tidak mampu membasahi tubuhnya, kebutuhan pasien di bantu oleh keluarga dan perawat.

3) Observasi

Tampak pasien diberikan posisi semi fowler 45°, aktivitasnya terbatas di tempat tidur karena sesak dan nyeri dada timbul bila pasien banyak bergerak, pasien tidak bisa berdiri karena sesak, aktifitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat termasuk mandi.

a) Aktivitas harian :

(1) Makan	: 0
(2) Mandi	: 2
(3) Pakaian	: 2
(4) Kerapihan	: 2
(5) Buang air besar	: 2
(6) Buang air kecil	: 2
(7) Mobilisasi di tempat tidur	: 2

0 : Mandiri

1 : Bantuan dengan alat

2 : Bantuan orang

3 : Bantuan alat dan

b) Postur tubuh : Tidak dapat dikaji karen pasien tidak bisa berdiri karena sesak

c) Gaya jalan : Tidak dapat dikaji karena pasien tidak dapat berdiri karena sesak.

d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

e) Fiksasi : Tidak ada

f) Tracheostomi : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 160/ 100 mmHg

Duduk : - mmHg

Berdiri : - mmHg

Kesimpulan: Hipotensi Orostatik tidak dapat di simpulkan.

b) HR : 98 x/ Menit

c) Kulit

Keringat dingin : Tampak pasien berkeringat dingin.

Basah : Tidak ada.

d) JVP : 5-2 cmH_2O

Kesimpuan : Pemompa ventrikel memadai

e) Perfusi perifer pembuluh kuku : Kembali dalam < 3 detik.

f) Thorax dan pernapasan :

(1) Inspeksi :

Bentuk thorax : Simetris

Retraksi intercostal : Tidak ada

Sianosis : Tidak ada

Stridor : Tidak terdengar

(2) Palpasi :
Vocal Fremitus : Teraba getaran paru kiri lemah.

(3) Perkusi : ☐ Sonor ☑ Redup ☐ Pekak

(4) Auskultasi :
Suara napas : Terdengar Bronco-vesikuler

Suara ucapan : Terdengar Bronkhoponi

Suara Tambahan : Terdengar Ronchi pada kedua lapang paru.

g) Jantung

(1) Inspeksi
Ictus cordis : Tampak pada ICS V mediklavikularis sinistra.

(2) Palpasi
Ictus cordis : Tampak pada ICS V miklavikularis sinistra.

(3) Perkusi
Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra.

Batas bawah jantung : ICS V Midclavicularis.

Batas kanan jantunf : Linea sternalis dextra.

Batas kiri jantung : Linea axilaris anterior sinistra.

(4) Auskultasi
Bunyi jantung II A : Tunggal, di ICS II linea sternalis dextra.

Bunyi jantung II P : Tunggal, di ICS III linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I T : Tunggal, di ICS IV linea sternalis sinistra.

Bunyi jantung I M : Tunggal, di ICS V linea midclavikularis sinistra.

Bunyi jantung II : Tidak terdengar suara gallop

Murmur : Tidak terdengar

Bruit Aorta :

A. Renalis : Tidak terdengar

A. Fermoralis : Tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot : ☐ Positif ☑ Negatif

(2) Rentang gerak : Tampak rentang gerak bebas

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parese : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

(3) Uji kekuatan otot :

Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan:

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibanding sisi yang lain.

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu menahan tekanan.

Nilai 2 : Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh.

Nilai 1 :Tampak Kontraksi otot, ada sedikit gerakan.

Nilai 0 : Tidak mampu bergerak

(4) Refleks fisiologi : Tampak adanya gerak biceps, triceps, Patella.

(5) Refleks patologi : Negatif

Babinski, Kiri : Positif ☐ Negatif ☑

Kanan : Positif ☐ Negatif ☑

(6) Clubbing jari – jari : Tidak ada

(7) Varises tungkai : Tidak ada

i) Columna vertebralis

(1) Inspeksi : Tidak ada kelainan.

(2) Palpasi : Nyeri tekan : Tidak ada

Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola istirahat dan tidur

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan sebelum saat pasien tidak ada gangguan tidur, pada siang hari tidur dari jam 14.00 – 15.00 dan pada malam hari tidur dari jam 22.00 – 05.00 keluarga mengatakan pasien sebelum tidur biasanya menonton tv atau bercerita bersama anaknya.

2) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga mengatakan pasien sejak sakit tidak bisa tidur karena nyeri dada tembus ke belakang dan sesak. Keluarga mengatakan pasien pada siang hari tidak tidur, pada malam hari tidur dari jam 23.00 – 05.00 dan terbangun pada malam hari karena nyeri dada tembus ke belakang, keluarga mengatakan pasien sulit memulai tidur karena nyeri dada tembus ke belakang tiba-tiba muncul.

3) Observasi :

Ekspresi wajah mengantuk : ☑ Positif ☐ Negatif

Banyak menguap : ☑ Positif ☐ Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : ☐ Positif ☑ Negatif

f. Pola persepsi Kognitif

1) Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan tidak ada gangguan penglihatan, pengecapan, perabaan, penciuman dan pendengaran, pasien

mengatakan kadang sulit mempelajari hal-hal yang baru, dikarenakan usianya yang sudah lanjut usia.

2) Keadaan Saat Sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah baik gangguan penglihatan, pendengaran, perabaan, penciuman, dan pendengaran, pasien mengatakan sulit mempelajari hal-hal yang baru di karenakan usianya.

3) Observasi

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan penglihatan. Tampak pasien sulit memahami kalimat-kalimat yang diucapkan perawat.

4) Pemeriksaan Fisik :

a) Penglihatan :

(1) Cornea : Jernih

(2) Pupil : Isokor kiri dan kanan

(3) Lensa mata : Jernih

(4) Tekanan Intra Okuler(TIO) :Sama antara kiri dan kanan.

b) Pendengaran

(1) Pina : Simetris antara kiri dan kanan.

(2) Kanalis : Bersih, tidak tampak serumen.

(3) Membran tipani : Tampak utuh.

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan pasien tidak merasa tersingkirkan dari keluarganya, tidak merasa putus dan frustasi.

2) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga mengatakan pasien merasa cemas dengan penyakitnya, pasien senang menerima motivasi yang dan masukan yang di berikan, seperti menghindari kebiasaan yang buruk (merokok).

3) Observasi

Tampak pasien dengan posisi semi fowler di tempat tidur.

a) Kontak mata :Mata pasien tertuju pada perawat.

b) Rentan perhatian :Perhatian pasien kurang karena sesak

c) Suara dan cara bicara :Kurang jelas karena kondisi pasien sesak.

d) Postur tubuh :Tampak tidak dapat dikaji karena pasien tidak mampu berdiri.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien mengalami hubungan yang baik dengan sesama.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan jika penyakit pasien kambuh, pasien suka marah – marah, keluarga mengatakan pasien sering marah jika tidak ditemani di RS.

3) Observasi

Tampak pasien dijaga oleh anaknya. Pasien di kunjungi oleh teman dan keluarganya.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan berumur 74 tahun dan mempunyai seorang anak. Yakni 3 anak laki – laki dan 2 anak perempuan.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan selama dirawat dirumah sakit tidak ada masalah yang terjadi yang berhubungan dengan reproduksi dan seksualitas.

3) Observasi

Tidak dikaji karena pasien menolak.

4) Pemeriksaan fisisk

Tampak tidak ada kelainan pada area genetalia

j. Pola mekanisme koping dan tolerasnsi terhadap stess

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan bila pasien mengalami suatu masalah membicarakannya dengan anak dan keluarga untuk mencari solusi dari masalahnya.

2) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga mengatakan pasien sangat cemas dengan keadaannya sekarang dan ingin segera sembuh.

3) Observasi

Tampak pasien gelisah

k. Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien rajin ke masjid untuk beribadah.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien jarang beribadah ke masjid tetapi tetap rajin berdoa.

3) Observasi

Tampak ada tasbih dan buku doa di dekat pasien.

5. Uji saraf kranial

a) N I Olafactorius – Penghiduan :

Pasien mampu menghidu bau minyak kayu putih yang diberikan perawat.

b) N II Opticus :

Tampak pasien dapat membaca ide card perawat dengan jarak 30 cm.

c) N III Oculomotorius :

Tampak pasien dapat menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah.

d) N IV Trochealis :

Tampak pasien dapat menggerakkan bola mata ke arah berlawanan ke kiri atas dan ke kanan bawah begitupun sebliknya.

e) N VI Abduscens :

Tampak adanya pembesaran pupil, reflex cahaya dan pergerakan bola mata kesegala arah.

f) N V Trigeminus :

Respon sensorik : Pasien mampu merasakan sentuhan pada wajah.

Respon motorik : Pasien mampu mengunyah keras.

g) N VII Fascialis :

Respon motorik :Tampak pasien dapat mengangkat alis, mecucurkan bibir, mengkerutkan dahi, tersenyum dan meringis.

Respon sensorik : Tidak dikaji karena pasien sesak.

h) N VII Vestibulo-Acustikus :

Tampak pasien dapat mendengarkan gesekan jari tangan perawat pada kedua telinga.

i) N IX Glossopharyngeus :

Tampak uvula berada di tengah .

j) N X Vagus :

Tampak pasien mampu menelan.

k) N XI Accessorius :

Tampak pasien mampu mengangkat bahu kiridan kanan serta gerakkan kepala.

l) N XII Hypoglossus :

Tidak di kaji karena pasien sesak.

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Darah

Nama : Tn"M"/74 thn

Ruang/Kamar : B II.A/509.2

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai normal
WBC	H 15.10	10^3/uL	4.6 – 10.2
RBC	4. 89	10^6/uL	3.8 – 5.0
HGB	13.1	g/dl	12.0 – 15.5
HCT	37.2	%	37.0 – 47.0
MCV	L 76.1	fL	80.0 – 97.0
MCH	26.8	pg	26.0 – 31.0
MCHC	H 35.2	g/dl	31.0 – 35.0
PLT	307	10^3/uL	130.0 – 400.0
RDW	H 14.6	fL	11.5 – 14.5
PDW	11.8	fL	9.0 – 13.0
MPV	9.6	fL	7.2 – 11.1
P-LCR	22.6	%	15.0 – 25.0
DIFF			
LYMPH	L 5.6	%	10.0 – 50.0
MXD	5.9	%	1.0 – 20.0
NEUT	H 88.5	%	40.0 – 80.0
LYMPH#	L 0.80	10^3/uL	1 – 3.7
MXD#	0.9	10^9/L	0 – 1.2
NEUT#	H 13.40	10^3/uL	1.5 - 7
LED 1 JAM	H 50.0	mm/h	0 – 20
LED 2 JAM	H 77.0	mm/h	0 – 20

b. Pemeriksaan BTA

Nama/Umur : Tn.”M”/74 thn

Ruang/Kamar : B II.A/509.2

Tanggal Pemeriksaan : 21-02-2019

Test / Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Metode
BTA I	Tidak ditemukan	Tidak ditemukan		

Nama/Umur : Tn.”M”/74 thn

Ruang/Kamar : B II.A/509.2

Tanggal Pemeriksaan : 22-02-2019

Test / Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Metode
BTA II	Ditemukan (+)	Tidak ditemukan		

Nama/Umur : Tn.”M”/74 thn

Ruang/Kamar : B II.A/509.2

Tanggal Pemeriksaan : 23-02-2019

Test / Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Metode
BTA III	Ditemukan (+)	Tidak ditemukan		

c. Pemeriksaan foto thorax

Nama/Umur : Tn. “M”/74 Tahun

Tanggal

Pemeriksaan : 21-02-2019

Ruang/kamar : B II.A/509.2

Kesan : Pneumothorax kanan

KP dupleks lama aktif

7. Therapy

a) Combivent 1 tube 6 jam Nebu
b) Dexametason 1 amp 12 jam IV
c) INH 300 mg 1x1 Oral
d) Rimpacine 450 mg 1x1
e) Pyrazinamide 500 mg 1x2 Oral
f) Etambutol 500 mg 1x1 Oral

B. Analisa Data

Nama/umur : Tn"M"/74 Tahun

Ruang/Kamar : Bernadeth II A/ 509 bed 2

No.	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
I	Data Subjektif : - Keluarga pasien mengatakan batuk berlendir ± 3 minggu terus-menerus disertai demam dirumah. - Keluarga mengatakan pasien merokok sampai saat ini, dan dalam 1 hari bisa menghabiskan 1 bungkus rokok. Data Objektif : - Tampak pasien sesak dan batuk berlendir. - Tampak terpasang O_2 dengan nasal kanul 5 liter/menit. - Tampak pasien berkeringat berlebih. - Terdengar suara ronchi pada kedua lapang paru. - Tampak pemeriksaan BTA II dan III ditemukan Positif. - Tampak kesan foto thorax KP duplex lama aktif. - Tampak pasien TD : 160/100 N : 98 x/menit S : 36,8^{0}C P : 30 x/menit	Mukus berlebihan	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

II	Data Subjektif : - Keluarga mengatakan nafsu makan pasien berkurang. - Keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan dalam 2 bulan terakhir. - Keluarga mengatakan pasien kurang mengonsumsi makanan yang bergizi dan berserat. - Keluarga mengatakan pasien tidak suka makan sayur, tempe dan menu dari RS. - Keluarga mengatakan pasien sudah 3 hari tidak BAB. Data Objektif : - Tampak pasien malas makan - Tampak pasien hanya menghabiskan ½ porsi bubur dari RS, tanpa sayur dan tempe. - Tampak pasien kurus. - BB : 45 kg - TB :160 cm - IMT :17 kg - Kesimpulan :Berat badan kurang	Kurang asupan makanan	Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh

III	Data Subjektif : - Pasien mengatakan tidak dapat mandi sendiri, kecuali makan dan minum. - Pasien mengatakan kebutuhannya masih dibantu oleh keluarga dan perawat. - Pasien mengatakan tidak mampu untuk membasahi tubuhnya sendiri. - Pasien mengatakan sudah 2 hari tidak mandi selama di rumah sakit. Data Objektif -Tampak KU lemah -Tampak terdapat karang gigi. -Tampak rambut berminyak dan berketombe. -Tampak kulit pasien kurang bersih.	Kelemahan	Defisit perawatan diri : mandi

C. Diagnosis Keperawatan

Nama/umur : Tn"M"/74 Tahun

Ruang/Kamar : Bernadeth II A/ 509 bed 2

NO	Diagnosisis Keperawatan
1	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebih.
2	Ketidakefektifan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.
3	Defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan kelemahan

D. Intervensi keperawatan

Nama/Umur : Tn"M"/74 Tahun

Ruang/Kamar : Bernadeth II A/509 Bed 2

NO	Diagnosa Keperawatan	Hasil yang diharapkan (NOC)	Rencana keperawatan (NIC) Meliputi : Tindakan keperawatan, observasi, penyuluhan, kolaborasi dokter	Rasional
I	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebih Data Subjektif : - Keluarga pasien mengatakan batuk berlendir kurang lebih 3 minggu terus-menerus disertai demam dirumah. - Keluarga mengatakan pasien merokok sampai saat ini, dan dalam 1 hari bisa menghabiskan 1 bungkus rokok. Data Objektif : - Tampak pasien sesak dan batuk berlendir. - Tampak terpasang O_2 dengan nasal kanul 5 liter/menit. - Tampak pasien berkeringat berlebih. - Terdengar suara ronchi pada kedua lapang paru.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan jalan napas pasien kembali efektif dengan kriteria hasil : Status pernapasan di pertahankan pada skala 2 (devisiasi cukup berat dari kisaran normal) di tingkatkan ke skala 3 (devisiasi sedang dari kisaran normal) : a. Frekuensi pernapasan b. Irama pernapasan c. Suara napas tamahan. d. Batuk	1. Monitor tanda-tanda vital : Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernpasan dengan tepat. 2. Manajemen jalan napas : a. Lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya. b. Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif. c. Auskultasi suara napas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak adanya suara tambahan. 3. Terapi oksigen : a. Berikan oksigen tambahan seperti yang di instruksikan. b. Monitor aliran oksigen	Perubahan TTV merupakan indicator untuk mengetahui disfungsi. Untuk membantu mengeluarkan dahak. Teknik batuk efektif dapat mempermudah pasien dalam mengeluarkan secret. Penurunan bunyi nafas menunjukkan etalaktasis ronchi, menunjukkan akumulasi secret. Membantu dalam pemenuhan kebutuhan oksigen pasien. Untuk mempertahankan jalan nafas yang adekuat.

	- Tampak pemeriksaan BTA II dan III ditemukan Positif. - Tampak kesan foto thorax KP duplex lama aktif. - Tampak pasien TD : 160/100 N : 98 x/menit S : 36,8^{0}C P : 30 x/menit		4. Pengaturan posisi : Posisikan pasien untuk mengurangi dypnea (misalnya posisi semi fowler atau fowler). 5. Pencegahan aspirasi : Jaga kepala tempat tidur di tinggikan 30 sampai 50 menit setelah pemberian makan. 6. Pemberian obat : Berikan pasien mengenai jenis obat, alasan pemberian obat, hasil yang diharapkan, dan efek lanjutan yang akan terjadi sebelum pemberian obat.	Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernafasan. Penyembuhan obat dapat menyembukan penyakit pasien.
II	Ketidakefektifan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan Data Subjektif : - Keluarga mengatakan nafsu makan pasien berkurang. - Keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan dalam 2 bulan terakhir. - Keluarga mengatakan pasien kurang mengonsumsi makanan yang bergizi dan berserat. - Keluarga mengatakan pasien tidak suka makan sayur, tempe	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan meningkatnya asupan makanan pasien dengan kriteria hasil : 1. Nafsu makan dipertahankan pada skala 2 (Banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 3 (Cukup terganggu) : a. Hasrat/keinginan untuk makan b. Menyenangi makanan 2. Status nutrisi : asupan nutrisi dipertahankan pada skala 2 (sedikit adekuat) ditingkatkan ke skala 3 (cukup adekuat) a. Asupan protein	1. Monitor tanda-tanda vital : Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernpasan dengan tepat. 2. Terapi nutrisi a. Tentukan jumlah kalori dan tipe nutrisi yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dengan berkolaborasi bersama ahli gizi, sesuai kebutuhan. b. Pastikan bahwa dalam diet mengandung makanan yang tinggi serat untuk mengatasi konstipasi c. Ajarkan kepada pasien dan keluarga pasien tentang diet yang dianjurkan.	Perubahan TTV merupakan indicator untuk mengetahui disfungsi. Membantu atau menyediakan asupan makanan dan cairan diet seimbang. Untuk meningkatkan asupan klien.

	dan menu dari RS. - Keluarga mengatakan pasien sudah 3 hari tidak BAB. Data Objektif : - Tampak pasien malas makan. - Tampak pasien hanya menghabiskan ½ porsi bubur dari RS, tanpa sayur dan tempe. - Tampak pasien kurus. - BB : 45 kg - TB :160 cm - IMT :17 kg - Kesimpulan : Berat badan kurang	b. Asupan lemak c.Asupan karbohidrat d. Asupan serat e. Asupan mineral	d. Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorite pasien, sementara pasien berada di rumah sakit atau fasilitas perawatanyang sesuai. 3. Bantu peningkatan berat badan : a. Timbang berat badan pasien pada jam yang sama setiap hari. b. Bantu pasien untuk makan atau menyuapi pasien. c. 4. Manajemen saluran cerna : a. Catat tanggal terakhir buang air besar. b. Monitor buang air besar, termasuk frekuensi, konsistensi, bentuk, volume, den warna dengan cara yang tepat. c. Berikan cairan hangat setelah makan dengan cara yang tepat. d. Catat masalah BAB yang sudah ada sebelumnya, BAB rutin, dan penggunaan laksatif. e. Ajarkan pasien mengenai makanan-makanan tertentu yang membantu mendukung keteraturan (aktivitas) usus.	Berguna untuk meningkatkan asupan makanan klien. Memberi pertandingan yang akurat guna mengevaluasi kefektifan program terapeutik. Mengembangkan rencana perawatan individu. Cairan membantu proses pencernaan makanan.

III	Defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan kelemahan Data Subjektif : - Keluarga mengatakan pasien tidak dapat mandi sendiri, kecuali makan dan minum - Keluarga pasien mengatakan kebutuhan pasien masih dibantu oleh keluarga dan perawat. - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mampu untuk membasahi tubuhnya sendiri - Keluarga pasien mengatakan ± 2 hari pasien tidak mandi selama di rumah sakit. Data Objektif - Tampak KU pasien lemah - Tampak terdapat karang gigi. - Tampak rambut berminyak dan berketombe. - Tampak kulit pasien kurang bersih.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien mampu mandi sendiri dengan kriteria hasil : 1. Perawatan diri : mandi dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 3 (cukup terganggu) : a. Mandi dengan bersiram. 2. Perawatan diri : kebersihan dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ke skala 3 (cukup terganggu) : a. Mempertahankan kebersihan mulut. b. Mengeramas rambut. c. Menyisir rambut.	1. Bantuan perawatan diri : mandi/ kebersihan : a. Monitor integritas kulit pasien. b. Berikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu merawat diri secara mandiri. c. Fasilitas pasien untuk mandi sendiri dengan tepat. 2. Pemeliharaan kesehatan : a. Instruksikan dan bantu pasien membersikan mulut setelah dan sesering mungkin, sesuai dengan kebutuhan. b. Memonitor gigi yang meliputi warna, kebersihan dan ada tidaknya debris. c. Dorong dan bantu pasien untuk berkumur. 3. Perawatan rambut dan kulit kepala : a. Monitor kondisi rambut dan kulit kepala, termasuk kelainan – kelainannya (misalnya, kering, atau rambut rapuh, serangga kutu dan ketombe) b. Cuci dan kondisikan, memijat sampo dan kondisioner ke kulit kepala dan rambut	Metode yang mudah agar melatih kemandirian pasien dalam melakukan tindakan perawatan diri secara mandiri. Metode melakukan tindakan awal mengetahui keadaan lebih awal untuk mengetahui apakah ada factor yang akan mempengaruhi untuk tindakan selanjutnya. Pemberian motivasi akan meningkatkan minat pasien dalam melakukan tindakan perawatan diri.

E. Pelaksanaan Keperawatan

Nama/Umur : Tn “M” / 74 tahun

Ruang/Kamar : Bernadeth IIA/509 bed 2

Hari/ Tanggal	DP	Waktu	Tindakan Keperawatan	Perawat
Kamis21 -02-2019	I	08:00	Memberikan obat H : Obat Rifampicin 1 tablet/oral Obat Pyrazenamide 1 tablet/ oral Obat INH 1 tablet/ oral Obat Etambutol 1 tablet/ oral	Perawat vivi
	III	09:10	Memfasilitasi pasien untuk mandi sendiri dengan tepat. H : Keluarga mengatakan pasien belum bisa mandi sendiri karena masih sesak.	Gita dan Gusni
	III	09.30	Mendorong dan membantu pasien untuk berkumur. H :Pasien mengatakan tidak ingin berkumur.	Gita
	I	10:00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan. H: TD : 160/90 mmHg N : 90x/menit S : 36,2^{0}c P : 30x/menit	Gita dan Gusni
	I		Memonitor aliran oksigen H : Tampak pasien terpasang oksigen nasal kanul 5 liter/menit	Gita
	I		Memberikan posisi yang nyaman untuk mengurangi dyspnea. H : - Pasien mengatakan masih sesak dan nyeri dada dan batuk berlendir. - Tampak pasien dalam posisi semi fowler.	Gita dan Gusni
	I		Mengaulkultasi suara napas. H : Terdengar suara napas	Gita

			tambahanronchi.	
	I		Melakukan fisoterapi dada H : Tampak pasien dilakukan clubbing dan fibrasi pada kedua lapang paru.	Gusni
	I		Mengajarkan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif. H : Pasien mengatakan belum mampu melakukan batuk efektif.	Gita
	I	11:00	Memberikan obat H : Obat Dexametason 5 ml/IV Obat Combivent 1 tube/Inhalasi	Gusni
	II	12:00	Memenuhi kebutuhan nutrisi dengan berkolaborasi dengan ahli gizi sesuai kebutuhan. H : Ahli gizi mengatakan pasien harus mengonsumsi makanan yang tinggi protein, karbohidrat, lemak, mineral, dan vitamin serta tinggi serat.	Gita
	II	12: 15	Membantu pasien untuk makan atau menyuapi pasien dan memberikan air hangat setelah makan. H : - Pasien mengatakan malas makan, hanya menghabiskan 3 - 4 sendok bubur, tidak dengan lauk, dan minum air ± 200 cc. - Pasien tidak ada selera makan. Meninggikan kepala tempat tidur 30-50 menit setelah makan.	Gita
	II	12:30	H : Pasien mengatakan merasa nyaman.	Gusni dan Gita
	II	13:20	Mencatat tanggal terakhir BAB dan masalah BAB yang sudah ada sebelumnya, BAB rutin dan penggunaan laktasif H : - pasien mengatakan terakhir BAB tanggal 18 februari 2018, ± 3 hari pasien tidak BAB. - Pasien mengatakan sakit perut.	Gusni
	I	13:30	Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan favorite pasien selama, sementara pasien berada di rumah sakit. H:Keluarga mengatakan akanmembawakan	Gusni

			pasien buah-buahan seperti pisang dan pepaya.	
	I	16:00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan. H : TD : 160/100mmHg N : 98x/menit S : 36,2 ^{0}C P : 30x/menit	Ilma
	I	17:00	Memberikan obat H : Obat Combivent 1 tube/Inhalasi	Ilma
	I	17:30	Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif. H:Tampak pasien belum mampu mempraktikkan teknik batuk efektif.	Ilma
	I		Mengaulkultasi suara napas. H : Masih terdengar suara napas ronchi	Ilma
	II	18:00	Membantu pasien untuk makan atau menyuapi pasien. H : Tampak pasien hanya makan 4-5 sendok bubur yang diberikan tanpa lauk.	Ilma
	II	18:20	Memberikan cairan hangat setelah makan. H : Tampak pasien minum ± 200 cc air yang diberikan.	Ilma
	I	21:00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan H : TD : 140/90 mmHg N : 90x/menit S : 36,2^{0}c P : 30x/menit	Desti
	I	23:00	Memberikan obat Hasil : Obat Combivent 1 tube/Inhalasi Obat Dexametason 5 ml/IV	Perawat Meri dan Desti

Jumat 22-02-2019	I	05:00	Memberikan obat Hasil : Obat Combivent 1 tube/Inhalasi	Desti
	I		Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan H : TD : 140/90 mmHg N : 90x/menit S : 36,2^{0}c P : 28x/menit	Desti
	I	06:00	Memberikan posisi yang nyaman untuk mengurangi dyspnea. H : Tampak pasien dalam posisi semi fowler.	Desti
	II	07:15	Membantu pasien untuk makan atau menyuapi pasien dan memberikan air hangat setelah makan. H : - Pasien mengatakan malas makan, hanya menghabiskan 5-6 sendok bubur, tidak dengan lauk, dan minum air ± 200 cc. -Tampak pasien belum ada selera makan.	Gusni
	I	08:00	Memberikan obat Hasil : Obat Rifmapicin 1 tablet/oral Obat Pyrazenamide 1 tablet/ oral Obat INH 1 tablet/ oral Obat Etambutol 1 tablet/ oral	Gusni
	III	08:35	Memonitor integritas kulit H : Tampak kulit pasien kurang bersih.	Gusni
	III	09:00	Memberikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu merawat diri secara mandiri. H : Tampak pasien belum bisa mandi sendiri dan masih dibantu keluarga	Gusni

			untuk mandi.	
	III	09:30	Menginstruksikan dan bantu pasien membersikan mulut sesering mungkin sesuai kebutuhan. H : - Pasien mengatakan tidak ingin menyikat gigi meski dibantu keluarga.	Gusni
	I	10:00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan. H : TD : 160/100mmHg N : 98x/menit S : 36,2 ^{0}C P : 28x/menit	Gusni
	I	10:10	Memonitor aliran oksigen H : Tampak pasien terpasang oksigen nasal kanul 5 liter/menit	Gusni
	I	10:15	Memberiakan posisi yang nyaman untuk mengurangi dyspnea. H : Tampak pasien dalam posisi semi fowler.	Gusni
	I	11:00	Memberikan obat H : Obat Combivent 1 tube/Inhalasi Obat Dexametason 5 ml/IV	Gusni
	I	11:20	Melakukan fisoterapi dada H : - Tampak pasien dilakukan clubbing dan fibrasi pada kedua lapang paru. - Pasien mengatakan masih batuk berlendir.	Gusni
	II	12:00	Menimbang berat badan pasien pada jam yang sama setiap hari. H : Berat badan pasien 45 kg, pasien tampak kurus, tidak mengalami peningkatan berat badan	Gusni
	II	12:10	Membantu pasien untuk makan atau menyuapi pasien dan memberikan air hangat setelah makan. H : - Pasien mengatakan sudah ada selera makan, dan menghabiskan ½ bubur,	Gusni

			dengan lauk soup. - Tampak pasien ada selera makan.	
	II		Memberikan cairan hangat setelah makan. H : Tampak pasien minun air hangat ± 150cc.	Gusni
	I	12:20	Memastikan bahwa dalam diet mengandung serat yang tinggi. H : Pasien mengatakan makan 2 potong buah pepaya dan pisang 2 buah.	Gusni
	II		Mengajarkan mengenai makanan tertentu yang membantu mendukung keteraturan (aktivitas) usus. H : Tampak perawat menganjurkan pasien mengonsumsi sayuran, buah-buahan dan minum air putih.	Gusni
	II	14:00	Mencatat masalah BAB . H : - Pasien mengatakan sudah bisa BAB, tapi sakit saat BAB, karena konsitensi keras. - Pasien mengatakan sudah tidak sakit perut.	Gita
	III	15:30	Memfasilitasi pasien untuk mandi sendiri dengan tepat. H : Tampak pasien masih di bantu untuk mandi.	Gita
	III		Mencuci dan memijat kulit kepala pasien dengan shampo. H : Keluarga mengatakan mencuci rambut pasien dengan shampo.	Gita
	I	16:00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan H : TD : 140/90 mmHg N : 90x/menit S : 36,2^{0}c P : 26x/menit	Gita

	I		Memonitor aliran oksigen H : Tampak pasien terpasang oksigen nasal kanul 5 liter/menit	Gita
	I		Memberikan posisi yang nyaman untuk mengurangi dyspnea. H : Pasien mengatakan ingin posisi duduk (fowler).	Gita
	I	17:00	Memberikan obat H : Obat Combivent 1 tube/Inhalasi	Gita
	I		Melakukan fisoterapi dada H : Tampak pasien dilakukan clubbing dan fibrasi pada kedua lapang paru.	Gita
	I		Menginstruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif. H:-Pasien mengatakan sudah bisa mengeluarkan lendir ± 4-5 cc. -Pasien mengatakan sudah banyak mengeluarkan lendir.	Gita
		18:00	Mengaulkultasi suara napas. H : Suara napas tambahan sudah berkurang.	Gita
	I	18:20	Mengajarkan pasien mengenai makanan-makanan tertentu yang membantu mendukung keteraturan (aktifitas) usus H :Tampak perawat menganjurkan pasien untuk tidak malas makan, sering mengkonsumsi sayuran, buah-buahan dan air putih.	Gita
	II		Membantu pasien untuk makan atau menyuapi pasien. H : Tampak pasien hanya makan ½ bubur yang diberikan dengan lauk. Memberikan cairan hangat setelah makan. H : Tampak pasien minum ± 200 cc air yang diberikan.	Gita Gita

	II	21:00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan H : TD : 140/90 mmHg N : 90x/menit S : 36,2^{0}c P : 26x/menit	Indri
	II	23:00	Memberikan obat H : Obat Combivent 1 tube/Inhalasi Obat Dexametason 5 ml/IV	Indri
	I	05:00	Memberikan obat H : Obat Combivent 1 tube/Inhalasi.	Indri
	I		Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan H : TD : 130/90 mmHg N : 86x/menit S : 36,2^{0}c P : 26x/menit	Indri
	II	07:00	Membantu pasien untuk makan atau menyuapi pasien dan memberikan air hangat setelah makan. H :-Pasien mengatakan sudah menghabiskan ½ porsi bubur dengan lauk. - Tampak pasien sudah berselera makan tapi hanya menghabiskan sedikit bubur.	Gita
Sabtu 23-02-2019	II		Memberikan cairan hangat setelah makan. H : Tampak pasien minun air hangat ± 200cc.	
	I	08:00	Memberikan obat H : Obat Rifampicin 1 tablet/oral Obat Pyrazenamide 1 tablet/ oral Obat INH 1 tablet/ oral	Gita

			Obat Etambutol 1 tablet/ oral	
	III	08:30	Memonitor integritas kulit H : Tampak kulit pasien sudah bersih.	Gita
	III	09:45	Memberikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu merawat diri secara mandiri. H: Tampak pasien sudah bisa mandi sendiri dan masih dibantu keluarga untuk mandi.	Gita
	III		Menginstruksikan dan bantu pasien membersikan mulut sesering mungkin sesuai kebutuhan. H : Pasien mengatakan sudah menyikat gigi meski dibantu keluarga.	Gita
	I	10:00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan. H : TD : 130/100mmHg N : 88x/menit S : 36,2 ^{0}C P : 24x/menit	Gita
	I	10:10	Memonitor aliran oksigen H : Tampak pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit.	Gita
	I		Memberiakan posisi yang nyaman untuk mengurangi dyspnea. H : Pasien mengatakan sudah tidak merasa sesak saat berbaring.	Gita
	I	11:00	Memberikan obat H : Obat Combivent 1 tube/Inhalasi Obat Dexametason 5 ml/IV	Gita
	I		Melakukan fisoterapi dada H : -Tampak pasien sudah tidakdilakukan clubbing dan fibrasi pada kedua lapang paru, dan batuk berlendir berkurang. -Tampak pasien sudah bisa mengeluarkan lendir.	Gita
	II	12:00	Menimbang berat badan pasien pada jam yang sama setiap hari.	Gita

			H : Berat badan pasien 45 kg, pasien tampak kurus, tidak mengalami peningkatan berat badan.	
	II	12:10	Membantu pasien untuk makan atau menyuapi pasien dan memberikan air hangat setelah makan. H : - Pasien mengatakan sudah ada selera makan, dan menghabiskan ½ bubur. - Tampak pasien sudah ada selera makan.	Gita
	II		Memberikan cairan hangat setelah makan. H : Tampak pasien minun air hangat ± 150cc.	
	II	14:30	Memastikan bahwa dalam diet mengandung serat yang tinggi. H : Pasien mengatakan makan 2 potong buah pepaya dan pisang 3 buah.	Gita
	III	15:00	Mencatat masalah BAB . H : -Pasien mengatakan sudah bisa BAB, sudah tidak sakit. -Pasien mengatakan sudah tidak sakit perut.	Gita
	III		Memfasilitasi pasien untuk mandi sendiri dengan tepat. H : Tampak pasien masih di bantu untuk mandi.	Gita
	III		Mencuci dan memijat kulit kepala pasien dengan shampo. H : Pasien mengatakan mencuci rambut dengan shampo.	Maria
	III		Memonitor kondisi rambut dan kulit kepala. H: Tampak rambut tidak berminyak kulit bersih dan ketobe berkurang.	Maria
	I	16:00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan	Maria

			H : TD : 130/90 mmHg N : 90x/menit S : 36,2^{0}c P : 24x/menit	
	I		Memonitor aliran oksigen H : Tampak pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit	Maria
	I		Memberikan posisi yang nyaman untuk mengurangi dyspnea. H : Tampak pasien dalam posisi fowler	Maria
	I	17:00	Memberikan obat H : Obat Combivent 1 tube/Inhalasi	Maria
	I		Melakukan fisoterapi dada H : Pasien mengatakan sesak sudah berkurang.	Maria
	I		Menginstruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif. H: - Tampak pasien mengatakan sudah bisa mengeluarkan lendir ± 10 cc. -Pasien mengatakan sudah banyak mengeluarkan lendir.	Maria
	I	18:00	Mengaulkultasi suara napas. H : Suara napas tambahan sudah berkurang.	Maria
	II		Membantu pasien untuk makan atau menyuapi pasien. H : Tampak pasien hanya makan ½ bubur yang diberikan dengan lauk.	Maria
	II		Memberikan cairan hangat setelah makan. H : Tampak pasien minum ± 200 cc air yang diberikan.	
	I	21:00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan H : TD : 130/90 mmHg N : 88x/menit S : 36,2^{0}c	Maria

			P : 24x/menit	
	I	23:00	Memberikan obat H : Obat Combivent 1 tube/Inhalasi Obat Dexametason 5 ml/IV	Maria
	I	05:00	Memberikan obat H : Obat Combivent 1 tube/Inhalasi.	Maria
	I		Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan H : TD : 130/90 mmHg N : 86x/menit S : 36,2^{0}c P : 24x/menit	Maria
	II	07:00	Membantu pasien untuk makan atau menyuapi pasien dan memberikan air hangat setelah makan. H :-Pasien mengatakan hanya menghabiskan ½ porsi bubur dengan lauk.	Gusni
	I	08:00	Memberikan obat H : Obat Rifampicin 1 tablet/oral Obat Pyrazenamide 1 tablet/ oral Obat INH 1 tablet/ oral Obat Etambutol 1 tablet/ oral	Gusni

F. Evaluasi Keperawatan

Nama/Umur : Tn “M”/ 74 Tahun

Ruang/Kamar : BIIA/ 509 Bed 2

Hari/ Tanggal	DP	Evaluasi Proses	Paraf
Kamis, 21-02-2019	I	S : - Pasien mengatakan masih nyeri dada dan batuk berlendir. - Pasien mengatakan belum mampu melakukan batuk efektif - Pasien mengatakan masih sesak. O : - Tampak pasien belum bisa mengeluarkan lendir dengan teknik batuk efektif. - Terdengar suara napas tambahan ronchi. - Tampak pasien terpasang oksigen nasal kanul 5 liter/menit. -Tampak posisi pasien semi fowler 45^{o}. - Tanda-tanda vital TD : 140/90 mmHg N : 90x/menit S : $36,2^{0}$c P : 30x/menit A : Ketidakefektifan bersihan jalan napas belum kembali efektif. P : Lanjutkan intervensi - Monitor TTV - Manajemen jalan napas - Terapi oksigen - Pengaturan posisi - Pemberian obat	

Kamis, 21-02-2019	II	S :- Pasien mengatakan tidak ada selera makan. - Pasien mengatakan malas makan. - Pasien mengatakan masih belum bisa BAB O : - Tampak pasien hanya makan 3 - 4 sendok bubur, tanpa lauk. - Tampak pasien hanya minum ± 200 cc. A : Kebutuhan nutrisi pasien belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda vital - Terapi nutrisi - Bantu peningkatan berat badan - Manajemen saluran cerna	
Kamis, 21-02-2019	III	S : - Keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa mandi sendiri. - Keluarga pasien mengatakan kebutuhan pasien masih di bantu oleh keluarga. O : - Tampak pasien belum bisa mandi sendiri -Tampak pasien masih dibantu oleh keluarganya. A : Defisit perawatan diri : mandi belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi - Bantuan perawatan diri. - Pemeliharaan Kesehatan - Perawatan rambut dan kulit kepala.	

Jumat, 22-02-2019	I	S : - Pasien mengatakan masih sesak dan batuk berlendir. - Pasien mengatakan ingin posisi duduk (fowler). - Pasien mengatakan sudah mampu mengeluarkan lendir dengan batuk efektif. O : - Terdengar suara napas tambahan ronchi mulai berkurang. - Tampak pemberian oksigen nasal kanul 5 liter/menit - Tampak pasien mengeluarkan lendir ± 4-5 cc. - Tanda-tanda vital TD : 130/90 mmHg N : 90x/menit S : 36,2^{0}c P : 26x/menit A : Ketidakefektifan bersihan jalan napas belum kembali efektif. P : Lanjutkan intervensi : - Monitor tanda-tanda vital : - Manajemen jalan napas - Terapi oksigen - Pengaturan posisi - Pemberian obat	

Jumat, 22-02-2019	II	S : - Pasien mengatakan sudah ada nafsu makan. -Pasien mengatakan makan 2 potong buah pepaya dan pisang 2 buah. O : - Tampak adanya selera makan pasien, pasien menghabiskan ½ bubur, tanpa lauk. - Tampak pasien minum air putih ± 150 cc. - Berat badan pasien 45 kg, pasien tampak kurus, tidak mengalami peningkatan berat badan. - Tampak perawat menganjurkan pasien mengonsumsi sayuran, buah-buahan dan minum air putih. A : Kebutuhan nutrisi pasien belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda vital - Terapi nutrisi - Bantu peningkatan berat badan - Manajemen saluran cerna	
	III	S : - Pasien mengatakan belum bisa mandi sendiri. -Pasien mengatakan tidak ingin menyikat gigi meski dibantu keluarga O : - Tampak pasien belum bisa mandi sendiri dan masih di bantu oleh keluarganya. - Tampak kulit pasien kurang bersih. - Tampak pasien belum bisa mandi sendiri dan masih dibantu keluarga untuk mandi A : Defisit perawatan diri belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi - Bantuan perawatan diri - Pemeliharaan kesehatan - Perawatan rambut dan kulit.	

Sabtu, 23-02-2019	I	S : - Pasien mengatakan sesak sudah berkurang, batuk berlendir berkurang - Pasien mengatakan mampu mengeluarkan banyak lendir dari tenggorakan dengan teknik batuk efektif O : - Tidak terdengar suara napas tambahan ronchi. - Tampak pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit. - Tampak posisi pasien fowler - Tampak pasien mengatakan sudah bisa mengeluarkan lendir ± 10 cc. -Tanda-tanda vital TD : 130/90 mmHg N : 86x/menit S : 36,2^{0}c P : 24x/menit A : Ketidakefektifan bersihan jalan napas kembali efektif. P : Hentikan Intervensi	
	II	S : - Pasien mengatakan menghabiskan ½porsi menu makanan, minum air hangat ± 150 cc dan makan 3 potong buah papayadan 2 buah pisang. O : - Tampak pasien ada selera makan sedikit. -Tampak pasien makan 3 potong buah pepaya dan 2 buah pisang. - Berat badan pasien 45 kg, pasien tampak kurus, tidak mengalami peningkatan berat badan. A : Kebutuhan nutrisi pasien belum teratasi semua.	

		P : Lanjutkan intervensi ke perawat Rumah Sakit.	
	III	S : - Pasien mengatakan sudah bisa mandi sendiri walaupun masih butuh bantuan. - Pasien mengatakan sudah menyikat giginya sendiri. - Pasien mengatakan sudah mencuci rambutnya sendiri. O : - Tampak pasien sudah bisa mandi sendiri walaupun masih bantu. - Tampak pasien sudah mandi dan keramas. - Tampak kulit pasien sudah bersih. A : Defisit perwatan diri : mandi sudah teratasi P : Hentikan intervensi	

G. Daftar Obat

Daftar obat yang diberikan kepada pasien

1. Nama obat : Combivent
   a. Klasifikasi/golongan obat: Anti asam (bronkodilator)
   b. Dosis umum : 3x1 sehari 2,5 ml tube
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 2,5 ml/ 6 jam
   d. Cara pemberian : Nebulizer
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

      Combivent bekerja untuk mengobati bronkopasme yang berhubungan dengan penyakit penyumbatan paru kronis, sedang sampai berat pada pasien yang memerlukan lebih dari satu bronkodilator. Berfungsi membuka saluran udara ke paru-paru serta melakukan relaksasi atau mengendurkan otot-otot saluran nafas.

   f. Alasan pemberian obat :

      Obat combivent diberikan karena pasien mengalami batuk berlendir.

   g. Kontra indikasi:

      Kardiomiopati obstruksi hipertofik, takiaritmia, terhadap substansi seperti atropine.

   h. Efek Samping :

      Tremor ringan, sakit kepala, gugup, mulut kering, iritasi tenggorokan, retensi urine (Elin, Retnosari & Joseph, 2009).

2. Nama Obat : Rifampicin
   a. Klasifikasi/golongan obat : Anti Tuberkulosis
   b. Dosis umum : 600 mg/hari
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan :1x450mg/24 jam
   d. Cara pemberian : Oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi :
      Menghambat sintesis RNA pada mikroorganisme yang peka. Berfungsi mengobati infeksi pada penderita tuberkulosis.

   f. Alasan pemberian obat :
      Untuk mengatasi bakteri tuberkulosis .

   g. Kontra indikasi :
      Penyakit hati aktif

   h. Efek samping obat :
      Gangguan saluran cerna seperti mual, muntah, anoreksia, diare : pada intermiten dapat terjadi pada sindrom influenza, gangguan respirasi (nafas pendek), kolaps dan syok , anemia hemolitik, gagal ginjal akut, purpura, trombositopenia, gangguan fungsu hati, icterus, flushing, urtikaria, ruam , edema, kelemahan otot, miopati, leucopenia, eosinophilia, gangguan mentruasi, warna kemerahan pada urine, saliva dan cairan tubuh lainnya : Tromboflebitis pada pemberian infus jangka panjang. (Elin, Retnosari & Joseph, 2009).

3. Nama obat : *Etambutol*
   a. Klasifikasi/golongan obat : Anti tuberkulosis
   b. Dosis umum : 1 tablet :100 mg, 400mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1x1 tablet/24 jam
   d. Cara pemberian : Oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi oba :

      Penghambatan sintesa RNA pada kuman yang sedang membelah, juga menghindari terbentuknya *mycolicacid* pada diding sel, berfungsi untuk menghambat pertumbuhan bakteri (Judith & April 2009).
   f. Alasan pemberian obat :

      Diberikan pada pasien sebagai antituberkulosis
   g. Kontra indikasi:

      Anak dibawah 6 tahun, neuritis optic, gangguan visual
   h. Efek samping obat:

      Neuritif optik, buta warna merah/hijau, neuritis perifer

      (Elin, Retnosari & Joseph, 2009).

4. Nama obat : *Pyrazinamide*
   a. Klasifikasi/golongan obat : Anti tuberculosis
   b. Dosis umum : 500mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1x1 tablet/24 jam
   d. Cara pemberian : Oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

      Obat ini bekerja sebagai antibiotic dengan cara mneghentikan pertumbuhan bakteri. Berfungsi melawan *mycobacterium tuberculosis* paru
   f. Alasan pemberian obat :

      Untuk pengobatan tuberculosis yang diberikan bersama antituberkulosa lainnya (terapi kombinas)
   g. Kontra indikasi :

      Terhadap gangguan fungsi hati berat, porfiria, hipersensitifitas terhadap pirazinamid (Judith & April 2009)

h. Efek samping obat :

Hepatotoksisitas, termasuk semam anoreksia, hepatomegaly, icterus, gagal hati, mual, muntah, arthralgia, anemia sideroblastik, urtikaria (Elin, Retnosari & Joseph, 2009).

5. Nama obat : *Dexamethazone*
   a. Klasifikasi/golongan obat : Kortikosteroid
   b. Dosis umum : 5 mg/kgBB/hari
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 5 ml/ 8 jam
   d. Cara pemberian : IV
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

      Bekerja dengan cata mencegah pelepasan zat-zat di dalam tubuh yang menyebabkan perdangan. Berfungsi untuk mengatasi penyakit peradangan dan mengatasi mual dan muntah
   f. Alasan pemberian obat :

      Untuk mengurangi inflamasi/ peradangan yang terjadi
   g. Kontra indikasi :

      Hipersensitifitas terhadap dexamethasone, herpes simpleks pada mata, peptic ulcer aktif atau psikosis dan wanita hamil karena akan terjadi hipoadrenalisme pada bayi yang dikandung.
   h. Efek samping obat ;

      Badan terasa lelah atau lemas, gangguan tidur, sakit kepala, vertigo, keringat berlebihan, jerawat, kulit kering dan menipis serta memar, mudah haus, sering BAK, nyeri otot, nyeri sendir atau tulang, sakit perut atau perut terasa kembung, rentan infek (Judith & April 2009).

6. Nama obat : *INH*
   a. Klasifikasi/golongan obat :*Isoniazid* / Anti Tuberkulosis
   b. Dosis umum : 400 mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 tablet/24 jam
   d. Cara pemberian :Oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

      Mengambat biosintesa asam mikolat pada dinding sel mikobakterium dan bertindak sebagai koenzim dalam metabolism protein, karbohidrat dan lemak. Berfungsi menekan pertumbuhan bakteri tuberculosis.

   f. Alasan pemberian obat

      Untuk mengobati tuberculosis pada paru serta menghambat perkembangan penyakit
   g. Kontra indikasi :

      Penyakit hati yang aktif, hipersensivitas terhadap isoniazid
   h. Efek samping obat :

      Mual, muntah, neuritis perifer, neuritis optik, kejang, reaksi hipersensivitas seperti eritema multiforme, demam, purpura, agranulositosis: hepatitis (terutama pada usia lebih dari 35 tahun): sindrom SLE, hiperglikemia, ginekosmatia

      (Elin, Retnosari & Joseph, 2009).

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

Dalam bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan antara konsep teori dengan kasus nyata yang ditemukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn"M" dengan kasus Tuberkulosis Paru yang dilaksanakan selama 3 hari di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dari tanggal 21-23 Februari 2019. Untuk memudahkan pembahasan maka penulis membahas dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan Tn."M" usia 74 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan keluhan yaitu batuk berlendir, sesak napas, berkeringat pada malam hari, dan demam. Batuk terjadi karena adanya iritasi/ulkus pada bronkus, berkeringat pada malam hari terjadi karena *Mycobacterium* bermetabolisme di malam hari sehingga menyebabkan terjadinya keringat yang berlebihan, demam terjadi karena adanya respon tubuh terhadap infeksi akibat bakteri tuberkulosis, ini sebagai tanda bahwa imun sedang melawan infeksi yang disebabkan oleh bakteri tersebut (Widoyono, 2011). Akan tetapi pada saat pengkajian keluhan tersebut sudah tidak dialami pasien pada saat di rumah sakit, jhuTn."M" mengeluh batuk berlendir disertai sesak napas, nyeri dada tembus ke belakang, berkeringat berlebihan, serta nafsu makan berkurang ditandai dengan penurunan BB dan kelemahan tubuh.

Batuk berlendir yang terjadi pada Tn."M" karena kebiasaan merokok sehingga menyebabkan fungsi silia menurun dan terjadi sekresi mukus meningkat, sesak napas dialami karena terbentuknya jaringan parut di paru-paru sehingga mengalami infeksi dan menjadi dilatasi

kemudian mengakibatkan paru tidak dapat mengembang secara sempurna (Andra & Yessie, 2013). Nyeri dada tembus ke belakang terjadi karena adanya infeksi mengenai pleura atau jaringan pembungkus paru dan dapat pula terjadi akibat tarikan saat batuk yang terus-menerus terjadi, kemudian nafsu makan berkurang ditandai dengan penurunan BB pada Tn.”M” karena adanya suatu infeksi yang kompleks antara respon tubuh dan virulensi dari organisme penyebab penyakit sehingga terjadi perubahan menyeluruh pada respon metabolik tubuh tetapi dapat juga disebabkan karena salah satu efek samping dari obat. Terjadinya penurunan BB, tampak kurus dan nafsu makan kurang pada Tn.”M” dapat juga salah satu gejala dari malaise (Saydam, 2011).

Berdasarkan pengkajian keluarga mengatakan pasien 7 tahun yang lalu mengalami penyakit yang sama dan mengkonsumsi obat tuntas selama 6 bulan akan tetapi pasien tidak melakukan pemeriksaan kembali, dan pasien kembali merokok karena menganggap sudah sehat. Berdasarkan teori merokok dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga mudah terserang penyakit (salah satunya dalah tuberculosisparu) terutama pada laki-laki yang mempunyai kebiasaan merokok (Widoyono, 2011).

Adapun kesenjangan lain yang ditemukan adalah pasien tidak mengalami batuk berdarah sedangkan pada teori salah satu manifestasi klinis yang terjadi adalah adanya batuk berdarah berdasarkan penjelasan dari dokter yang menangani pasien, dokter mengatakan hal ini bisa saja terjadi karena perkembangan bateri *mycobacterium* pasien belum parah.

Pada tinjauan kasus ini hasil pemeriksaan foto thoraks menunjukkan hasil KP Duplex lama aktif, hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan WBC 15.10, NEUT% 88.5, NEUT# 13,40 meningkat, hal ini terjadi karena manifestasi dari adanya infeksi pada paru-paru pasien, kemudian adanya pemeriksaan sputum BTA selama 3 hari yang mana

didapatkan hasil BTA I : tidak ditemukan, BTA II: ditemukan (+) dan BTA III: ditemukan (+). Pemeriksaan BTA I pada pasien tidak ditemukan karena pada saat pengambilan sputum BTA pasien telah makan, hal ini yang mengakibatkan hasil dari BTA I tidak teranalisa adanya bakteri pada sputum pasien, dan hasil pemeriksaan LED 1 jam 50.0 mm/h, LED 2 jam 77.0 mm/h, peningkatan LED merupakan manifestasi adanya infeksi kronik/lama. (Saydam, 2011).

Pada tinjauan kasus, obat-obatan yang di berikan pada pasien untuk *antituberculosis,* seperti *Rifampicin, Etambutol, Pyrazenamide, INH*dan adapun obat tambahan yang diberikan *Dexamethazone* (mengurangi inflamasi/ peradangan yang terjadi), *Combivent(*mengencerkan secret pada jalan napas)(Widoyono, 2011).

Berdasarkan pengkajian 11 pola Gordon maka ada beberapa yang bermasalah yaitu pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, pola nutrisi dan metabolik, dan pola aktifitas dan latihan.

B. Diagnosis keperawatan

Berdasarkan data yang diperoleh penulis mengangkat diagnosis keperawatan pada TN.”M” yaitu :

1. DP I : Ketidakefektifan bersihan jalan napas yang berhubungan dengan mukus berlebihan. Penulis mengangkat diagnosis ini karena adanya data hasil pengkajian yaitu pasien batuk berlendir, pasien sesak napas, hasil foto thoraks KP Dupleks lama aktif, suara napas broncoponi, dan suara napas tambahan ronchi, BTA II: ditemukan (+) dan BTA III: ditemukan (+).
2. DP II : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan kurang asupan makanan. Penulis mengangkat diagnosis ini karena adanya keluhan nafsu makan pasien berkurang, pasien mengalami penurunan BB, pasien kurang mengkonsumsi

   makanan bergizi dan berserat, pasien ± 3 hari tidak BAB, hasil pengukuran LILA pasien 28 cm, tampak kurus dan TB : 160 cm, BB 45 kg dan IMT 17 kg (berat badan kurang). (Herdman & Kamitsuru, 2016).

3. DP III : Defisit perwatan diri : mandi berhubungan dengan kelemahan. Penulis mengangkat diagnosa ini karena dari hasil pengkajian, penulis mendapat data-data yang mendukung seperti keluarga pasien mengatakan pasien tidak mampu mandi sendiri kecuali makan dan minum, semua kebutuhannya di bantu oleh keluarga dan perawat. Pasien ± 2 hari tidak mandi, adanya karang gigi, rambut berminyak dan berketombe dan kulit pasien kurang bersih.

Adapun beberapa diagnosis pada tinjauan teoritis yang penulis tidak angkat dalam tinjauan kasus seperti :

1. Hipertermia berhubungan dengan infeksi *Mycobacterium tuberculosis*. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena pada saat pengkajian pasien tidak mengalami peningkatan suhu tubuh tetapi pada saat sebelum masuk rumah sakit fase tersebut dialami saat berada di rumah pasien.
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan adanya batuk sesak napas dan nyeri dada. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena gangguan pola tidur disebabkan oleh ketidakefektifan bersihan jalan akibat penumpukan eksudat di alveoli yang mengakibatkan pola napas pasien kurang efektif disertai nyeri karena tarikan saat batuk berlendir yang terus-menerus terjadi. Oleh karena itu apabila ketidakefektifan bersihan jalan napas pasien mampu teratasi maka gangguan pola tidur tidak akan terjadi pada pasien.
3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan kerusakan membrane alveolar. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena penulis telah mengangkat diagnosis ketidakektifan bersihan jalan napas untukmengatasi pola napas pasien karena produksi mukus meningkatkan di tandai dengan adanya keluhan batuk berlendir dan pemberian obat *combivent*, juga tidak dilakukan pemeriksaan AGD.
4. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan menurunnya ekspansi paru sekunder terhadap penumpukan cairan dalam rongga pleura.

Penulis tidak mengangkat diangnosis ini karena penulis telah mengangkat diagnosis ketidakektifan bersihan jalan napas untuk mengatasi pola napas yang kurang efektif.

C. Intervensi keperawatan

Berdasarkan diagnosis yang ditemukan pada pasien maka penulis menyusun intervensi sesuai dengan teori yang ada yaitu:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas yang berhubungan dengan mucus berlebih (Herdman & Kamitsuru, 2016). Penulis membuat beberapa intervensi yaitu: monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat, lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya, buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir, instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif, auskultasi suara napas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan, berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan, monitor aliran oksigen, Posisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (misalnya posisi semi fowler atau fowler), jaga kepala tempat tidur ditinggikan 30 sampai 45 menit setelah pemberian makan, memberikan pasien mengenai jenis obat, alasan pemberian obat hasil yang diharapkan dan efek lanjutan yang akan terjadi sebelum pemberian obat, dokumentasikan pemberian obat dan resep pasien (misalnya nama generic obat, dosis, waktu, cara, alasan pemberian dan efek yang dicapai) sesuai dengan protocol (Bulechek, 2013)

Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan Kurang asupan makanan (Herdman & Kamitsuru, 2016). Penulis membuat beberapa intervensi: tentukan jumlah kalori dan tipe nutrisi yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dengan berkolaborasi bersama ahli gizi, sesuai kebutuhan, pastikan bahwa dalam diet mengandung makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi, ajarkan pasien dan keluarga mengenai diet yang dianjurkan, anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorite pasien sementara pasien berada di rumah sakit atau fasislitas perawatan yang sesuai, catat tanggal terakhir buang air besar terakhir, monitor buang air besar termasuk frekuensi, konsistensi, bentuk, volume, dan warna dengan cara yang tepat, berikan cairan hangat setelah makan dengan cara yang tepat, catat masalah BAB yang sudah ada sebelumnya, BAB rutin, dan penggunaan laksatif, timbang pasien pada jam yang sama setiap hari, bantu pasien untuk makan atau menyuapi pasien. (Bulechek, 2013)

2. Defisit perawatan diri : mandi yang berhubungan dengan kelemahan. Penulis membuat beberapa intervensi: monitor integritas kulit pasien, berikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu merawat diri secara mandiri, fasilitasi pasien untuk mandi sendiri dengan tepat, fasilitasi pasien untuk menggosok gigi dengan tepat, instruksikan dan bantu pasien membersihkan mulut setelah dan sesering mungkin, sesuai dengan kebutuhan, monitor gigi yang meliputi warna, kebersihan dan ada tidaknya debris, dorong dan bantu pasien untuk berkumur, monitor kondisi rambut dan kulit kepala, termasuk kelainan-kelainannya (misalnya, kering, atau rambut rapuh, serangga kutu, dan ketombe, cuci dan kondisikan rambut memijat dengan sampo dan kondisioner ke kulit kepala dan rambut.

D. Implementasi keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan rencana tindakan/intervensi yang telah ditentukan sesuai dengan masalah dan kondisi pasien sehingga masalah pasien dapat teratasi. Penulis melaksanakan implementasi sesuai dengan yang telah di tetapkan.

1. Pada masalah keperawatan pertama mengenai ketidakefektifan bersihan jalan napas, semua intervensi yang disusun dapat diimplementasikan selama ± 3 hari.
2. Pada masalah keperawatan yang kedua mengenai ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh, semua intervensi yang disusun dapat di implementasikan semua selama ± 3 hari.
3. Pada masalah keperawatan yang ketiga mengenai, Defisit perawatan diri : mandi semua intervensi yang disusun dapat di implementasikan semua ± 3 hari.

E. Evaluasi keperawatan (Moorhead, 2013)

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai perkembangan kesehatan pasien serta untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawatan yang diberikan tercapai.

Pada tahap ini penulis mengevaluasi pelaksanaan keperawatan berdasarkan *Nursing Outcomes Clasification* yang diberikan pada pasien selama tiga hari yaitu pada tanggal (21-23 Februari 2019).

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas yang berhubungan dengan mukus berlebihan. Evaluasi yang dilakukan didapatkan masalah bersihan jalan napas kembali efektif, pasien mengatakan sesak napas dan batuk berlendir berkurang. Hal ini di dukung dengan data pola napas normal 24x/menit dan terdengar suara napas tambahan berkurang, maka hal ini menunjukkan bahwa frekuensi dan irama napas pasien kembali efektif, sehingga diagnosis ketidakefektifan bersihan jalan napas telah teratasi.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan kurang asupan makanan. Evaluasi yang dilakukan didapatkan masalah Kebutuhan nutrisi pasien teratasi sebagian yakni adanya peningkatkan asupan makan dimana Pasien mengatakan tidak menghabiskan 1 porsi menu makanan, minum air hangat 1 gelas ± 150 cc dari rumah sakit, 3 potong buah pepaya, 2 buah pisang, tampak pasien ada selera makan sedikit. Hal ini menunjukkan bahwa belum ada hasrat/keinginan untuk menyenangi makanan, serta asupan protein, lemak, karbohidrat, serat dan mineral, belum teratasi.
3. Defisit perwatan diri : mandi berhubungan dengan kelemahan. Evaluasi yang dilakukan didapatkan, pasien mengatakan bisa menyikat gigi

sendiri di kamar mandi, mampu mencuci rambut sendiri, dan mandi sendiri di kamar mandi walaupun masih di bantu. Hal ini menunjukkan bahwa mandi dengan bersiram, membersihkan mulut dan mengeramas dapat teratasi.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah pembahasan teori dan melakukan pengkajian secara langsung serta menerapkan asuhan keperawatan pada Tn “M” umur 74 tahun dengan Tuberculosis Paru di ruangan Bernadeth II A kamar 509 bed 2, maka penulis menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut :

1. Pengkajian

   Pengkajian keperawatan yang telah dilakukan pada pasien Tn “M” dengan TuberkulosisParu. Penulis menemukan beberapa data seperti sesak napas, batuk berlendir, nyeri dada tembus ke belakang, suara napas tambahan ronchi , pernapasan 30x/menit, keringat pada malam hari, nafsu makan berkurang, LILA 28cm, IMT 17 kg, ± 2 hari tidak mandi selama di RS, mulut berbau, adanya karang gigi, kulit kurang bersih, rambut berminyak dan kulit kepala berketombe.

2. Diagnosis keperawatan yang ditetapkan antara lain:
   a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas yang berhubungan dengan mukus berlebih
   b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan kurang asupan makan
   c. Defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan kelemahan.

   Dari rencana keperawatan yang disusun, semua dapat diimplementasikan sepenuhnya, karena dalam pelaksanaan keperawatan penulis bekerja sama dengan keluarga, sesama perawat dan tim kesehatan lainnya.

3. Setelah melakukan asuhan keperawatan selama tiga hari pada pasien Tn “M” dapat diperoleh hasil evaluasi dari masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas teratasi, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi dan Defisit perawat diri : mandi sudah teratasi.

B. Saran

Melihat kenyataan dari yang penulis uraikan diatas, maka penulis mengajukan beberapa saran yang kiranya dapat dipertimbangkan dan bermanfaat bagi berbagai pihak.

1. Bagi pasien

   Untuk mencegah tingkat keperahan penyakit Tuberkulosis Paru dan gangguan psikologis pada pasien dalam menerima keadaannya, dianjurkan kepada pasien dan keluarga mampu menjaga kondisi badan supaya tetap sehat bugar dan menjaga daya tahan tubuh dengan istirahat yang cukup, makan makanan bergizi, kurangi kebiasaan merokok, minum minuman beralkohol, rutin mengkonsumsi obat-obatan hingga tuntas, melakukan pemeriksaan kembali kepada pihak kesehatan, serta memahami tentang penyakit TuberkulosisParu, seperti penyebab, tanda dan gelaja, serta pencegahannya.

2. Bagi instansi RS

   Pihak rumah sakit diharapkan tetap memperhatikan, mempertahankan, mengembangkan mutu pelayanan keperawatam kearah pelayanan komprehensif khususnya pada penanganan pasien tuberkulosisparu.

3. Bagi Penulis

   a. Hendaknya tetap mempertahankan dan meningkatkan asuhan keperawatan yang komprehensif agar perawatan yang diberikan membawa hasil yang baik dan memberikan kepuasan bagi pasien, keluarga, masyarakat dan perawat sendiri, melalui pengetahuan yang telah dimiliki.
   b. Hendaknya selalu memperhatikan hal-hal yang bersifat subjektif dan objektif agar pasien dan keluarga merasa diperhatikan oleh perawat dan tidak merasa terabaikan.
   c. Tetap mempertahankan dan meningkatkan ilmu pengetahuan, keterampilan serta ketekunan dalam memberikan perawatan pada pasien.

4. Bagi instansi pendidikan

Diharapkan dapat menambah referensi buku yang berhubungan dengan penyakit TuberkulosisParu sehingga dimasa yang akan datang mahasiswa dapat lebih memahami dan meningkatkan pengetahuan tentang penyakit tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

Barara Takiyah.2013.**Asuhan keperawatan panduan lengkap menjadi perawat professional**.Jakarta:Prestasi pustakaraya

Black,J dan Hawks,J.2014.**Keperawatan Medikal bedah**. Jakarta: Salemba Emban Patria.

Brunner &Suddart.2011.**Buku ajar keperawatan medical bedah**.Edisi 6 Volume 2.Jakarta:EGC

Bulechek M Gloria.2013.**Nursing Interventions Clasification (NIC)**. Jakarta:Mocomedia

Deglin Hopfer Judith & Vallerand Hazard April.2009**.Pedoman Obat Untuk Perawat**.Jakarta:EGC

Herdman Heather & Kamitsuru Shigemi.2016.**Diagnosis keperawatam**. Edisi 10.Jakarta: EGC

Mustikawati.2017.**Anatomi dan fisiologi untuk keperawatan ringkasan keperawatan**.Jakarta:CV.Trans Info Media

Moorhead sue.2013.**Nursing Outcames Clasification (NOC).**Jakarta:Mocomedia

MRO RS. Stella Maris Makassar.2019.**Data Pasien Rawat Inap Tuberkulosis Paru.Makassar**:RS. Stella Maris

Pru Smith.2016.http://www.tbonline.info/posts/2016/10/16/global-tb-report-2016/ Diakses pada tanggal 4 maret 2019

Rab, Tabrani.2016.**Ilmu Penyakit Paru**:Trans info Medika

Riskesdas.2013. www.depkes.go.id.Diakses pada tanggal 14 Mei 2019

Riskesdas.2018. www.depkes.go.id.Diakses pada tanggal 18 Mei 2019

Risman.2016.https://reliefweb.int/report/world/global-tuberculosis-paru-report-2017Diakses pada tanggal 4 maret 2019

SasrawanHedi.2015.https//hedisasrawan.blogspot.co.id/2015/04/anatomi-paru-paru-artikel-lengkap.html?m=1 Diakses pada tanggal 16 april 2019

Saydam Gouzali.2011.**Memahami berbagai penyakit.**Bandung:

Alfabeta

Sukandar Yulinah Elin, AndraJati Retnosari & Sigit I Joseph.2009.**Iso Farmakoterapi**.Jakarta:PT. ISPI

Widoyoni.2011.**Penyakit tropis epidemiologi, penularan, pencegahan, dan Pemberantasan**.Edisi: kedua.Jakarta:Erlangga

Wijaya Saferi Andra & Putri Marisa Yessie.2013.**Keperawatan medical bedah**.Yogyakarta:Nuha Medika

LEMBAR KONSUL KTI

Namamahasiswa : - Gita Saba (E1614401059)

- Gusniwanti Belo Pandung (E1614401060)

Judul : Asuhankeperawatanpada Tn “M” dengan TB Paru di ruang perwatan Bernadeth II A RumahSakit Stella Maris

Pembimbing :Matilda Martha Paseno,Ns.,M.Kes

No	Hari/Tanggal	MateriKonsul	Perbaikan	ParafPembimbing
1.	Snin, 18 Maret 2019	BAB III	- Pengkajian. - Penulisan. - Analisa data. - Lanjutkan implementasi.	
2.	Selasa, 01 April 2019	BAB III	- Penulisan - Numbering - Analisa Data - Pertimbangan dx ke-3.	
3.	Rabu, 02 April 2019	BAB II	- Analisa Data. - Intervensi Keperawatan.	
4	Senin, 08 April 2019	BAB II	- Numbering. - Kerapihan. - Patwey :	

		BAB III	etiologi dan jelaskan nic. - Dx Intoleransi di pertimbangkan sesuai data.	
5	Kamis, 10 April 2019	BAB I	- Pendahuluan. - Lanjutkan intervensi.	
6	Selasa, 30 April 2019	BAB I BAB II BAB III	- Ulang Pendahuluan. - Referensi terbaru. - Patoflow lengkapi NIC. - Perkecil huruf. - Implementasi. - SOAP.	
7	Sabtu, 03 Mei 2019	BAB II BAB III BAB IV BAB V	- Patwey diperbaiki. - Ganti diagnose ke 3 (deficit perawatan diri). - Diperbaiki. - Sesuai manfaat dan saran.	

8	Jumat, 09 Mei 2019	BAB II ACC BAB I	- Diperbaiki : data terbaru.	
9	Selasa, 14 Mei 2019	BAB III	- Intervensi dan Rasional.	
10	Rabu, 15 Mei 2019	BAB I BAB I	- Perbaiki Pendahuluan. - Perbaiki pengetikan.	
11	Kamis 16 Mei 2019	BAB I, III,IV,V	ACC	