KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN "A" DENGAN *TUBERCULOSIS PARU* DI RUANG PERAWATAN ISOLASI BERNADETH 2B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH:

INDRIANI PAKIDING

E.1614401062

MARIA DAFROCIANA PURNAMA

E.1614401066

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM D III KEPERAWATAN

MAKASSAR

2019

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN "A" DENGAN *TUBERCULOSIS PARU* DI RUANG PERAWATAN ISOLASI BERNADETH 2B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Indriani Pakiding
E.1614401062
Maria Dafrociana Purnama
E.1614401066

Disetujui oleh
Pembimbing

(Asrijal Bakri, Ns., M.Kes)
NIDN.0918087701

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 "A" DENGAN *TUBERCULOSIS PARU* DI RUANG PERAWATAN ISOLASI BERNADETH 2B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan dihadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada :

Hari/taggal : Selasa, 21 Mei 2019

Pukul : 12:30-13.15/ 13:15-14:00

Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim penguji :

1. Rosmina Situngkir., Ns., M.Kes ( )
2. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes ( )
3. Asrijal Bakri,Ns.,M.Kes ( )

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

NIDN.0923027101

RIWAYAT HIDUP

I. IDENTITAS PRIBADI

Nama : Indriani Pakiding

Tempat /Tanggal Lahir : Makassar, 17 Juni 1998

Jenis kelamin : Perempuan

Agama : Kristen Protestan

Alamat : Jln. Sungai Sadang Baru Perumahan Town House

II. Identitas Orang Tua

Ayah/ibu/ : Paulus Pakiding/ Ribka Lembang

Agama : Kristen Protestan

Pekerjaan : PNS/IRT

Alamat : Desa Moru Distrik Wasior Kab. Teluk Wondma

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD INPRES NO 239 : 2004-2010

SMPN Wasior Papua Barat : 2010-2013

SMAN 1 Wasior Papua Barat : 2013-2016

STIK Stella Maris : 2016-2019

RIWAYAT HIDUP

I. IDENTITAS PRIBADI

Nama : Maria Dafrociana Purnama

Tempat /Tanggal Lahir : Wasuponda, 25 Agustus,1997

Jenis kelamin : Perempuan

Agama : Katolik

Alamat : Jalan Landak Lama Lrg. 1 No.14

II.Identitas Orang Tua

Ayah/ibu/ : Aloysius M/ Yustina N

Agama : Katolik

Pekerjaan : Karyawan PT. VALE Indonesia,Tbk/ IRT

Alamat : Jalan Gunung Lowu No 7

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 246 Tabarano : 2004-2010

SMPN 1 Wasuponda : 2011-2013

SMA YPS Sorowako : 2013-2016

STIK Stella Maris : 2016-2019

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan pada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan berkat serta penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN "A" DENGAN *TUBERCULOSIS PARU* DI RUANG PERAWATAN ISOLASI BERNADETH IIB RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".

Dalam menyelesaikan karya tulis ini penulis mendapat banyak dukungan baik moril, materil maupun spiritual dari berbagai pihak. Tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini sebagaimana mestinya.

Oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada:

1. Siprianus Abdu.,S.Si.,NS.,M.Kes, selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
2. 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.
3. Mery Solon, S.kep.,Ns.,M.Kes, selaku ketua program studi D III keperawatan yang telah memotivasi, membimbing, mengarahkan penulis selama berada di kampus tercinta STIK Stella Maris Makassar
4. Asrijal Bakri,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.
5. Rosmina Situngkir.,Ns.,M.Kes dan Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes Selaku dosen penguji karya tulis ilmiah ini.

6. Segenap Dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
7. Tn.” A” selaku penerima asuhan keperawatan dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam penerapan asuhan keperawatan.
8. Teristimewa kepada orang tua Indriani Pakiding, Bapak Paulus Pakiding dan Ibu Ribka Lembang serta keluarga yang telah memberikan dukungan dan doa selama penyusunan Karya Tulis ini.
9. Teristimewa kepada orang tua Maria Dafrociana Purnama, Bapak Aloysius Marut dan Ibu Yustina Nganul serta keluarga yang telah memberikan dukungan dan doa selama penyusunan Karya Tulis ini
10. Buat teman-teman yang telah membantu dalam penyusunan karya Tulis Ilmiah ini (Indriani, Gusniwanti, 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 4

BAB II TINJAUAN TEORITITS 5

A. Konsep Dasar Medis 5
   1. Pengertian 5
   2. Anatomi Fisiologi 6
   3. Etiologi 11
   4. Patofisiologi 14
   5. Manifestasi Klinis 15
   6. Tes Diagnostik 17
   7. Penatalaksanaan Medik 18
   8. Komplikasi 19
B. Konsep Dasar Keperawatan 20
   1. Pengkajian 20
   2. Diagnosa Keperawatan 22

3. Perencanaan Keperawatan 23
4. Discharge Planning 30
C. Patoflodiagram 32
BAB III PENGAMATAN KASUS 35
A. Pengkajian 37
B. Analisa Data 54
C. Diagnosa Keperawatan 56
D. Rencana Keperawatan 57
E. Implementasi 63
F. Evaluasi 77
G. Daftar Obat 82
BAB IV PEMBAHASAN KASUS 86
A. Pengkajian 86
B. Diagnosa Keperawatan 87
C. Perencanaan Keperawatan 89
D. Pelaksanaan Keperawatan 91
E. Evaluasi 91
BAB V PENUTUP 93
A. Kesimpulan 93
B. Saran 95
DAFTAR PUSTAKA

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit Tuberkulosis Paru adalah salah satu dari 10 penyebab kematian terbesar di dunia dan menjadi pembunuh utama pada tahun 2016, TB Paru juga penyebab utama kematian terkait dengan resistensi antimikroba dan pembunuh utama orang dengan HIV. Berdasarkan data WHO pada tahun 2016, diperkirakan ada 10,4 juta kasus TB Paru di seluruh dunia, 10% diantaranya adalah orang HIV. Tujuh negara menyumbang 64% dari total beban, yakni India menanggung beban, diikuti oleh Indonesia, Cina, Filipina, Pakistan, Nigeria dan Afrika Selatan. Diperkirakan 1,7 juta orang meninggal akibat TB Paru, termasuk hampir 400.000 orang yang karena infeksi HIV kemudian mengalami penurunan sebesar 4% dibandingkan tahun 2015. *WHO* 2016 menyatakan Indonesia sebagai negara dengan penderita TB Paru terbanyak kedua di dunia sebanyak 10% dari total global kasus (Smith, 2016).

Berdasarkan data profil kesehatan Indonesia yang dilaporkan oleh Kemenkes RI 2017 menjelaskan jumlah penyakit TB Paru sebesar 136/100.000 atau berarti bahwa 10,12% populasi Indonesia menderita tuberkulosis, atau setara 420.994 kasus TB Paru, dimana tiap tahun terjadi 1.000.000 kasus baru. *Sementara case detection rate* sebesar 2,7% atau 277.000 untuk kasus yang hilang (Kemenkes, 2017). Berdasarkan kasus data dari Dinas Kesehatan Kota Makassar 2017 penderita TB Paru sudah mencapai kurang lebih 185.000 kasus. Makassar merupakan kota dengan penderita TB Paru tertinggi di Sulsel dengan angka kasus per tahunnya mencapai 254 kasus *per rate* 100.000 penduduk (Kemenkes, 2017).

Berdasarkan data Riskesdas 2013-2018, angka kasus TB Paru pada tahun 2018 di Indonesia sebesar 245/100.000

penduduk, meningkat bila dibandingkan tahun 2013 sebesar 81/100.000 penduduk. Dimana tiap tahun terjadi peningkatan menjadi 326/100.000 kasus.

Berdasarkan data *Medical Record (MRO*) di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, diperoleh data bahwa pada tahun 2016 jumlah pasien penderita TB Paru sebanyak 303 jiwa dengan presentase tertinggi pada kelompok umur 25-65 tahun yaitu laki-laki sebanyak 182 jiwa (60,06%) dan perempuan sebanyak 121 jiwa (39,93%) dan presentase terendah pada kelompok umur 1-14 tahun yaitu laki-laki 1 jiwa (0,33%) dan permpuan 5 jiwa (1,65%) serta yang meninggal sebanyak 22 jiwa (7,26%). Pada tahun 2017 jumlah penderita TB Paru sebanyak 389 jiwa dengan presentase tertinggi pada kelompok umur 25-65 tahun yaitu laki-laki sebanyak 258 jiwa (66,32%) dan perempuan sebanyak 131 jiwa (33,67%) dan presentase terendah pada kelompok umur 1-14 tahun yaitu laki-laki 9 jiwa (2,31%), dan perempuan 5 jiwa (1,28%) dan yang meninggal sebanyak 36 jiwa (9,25%). Pada tahun 2018 jumlah pasien penderita TB Paru sebanyak 346 jiwa dengan presentase tertinggi pada umur 25-65 tahun yaitu laki-laki sebanyak 222 jiwa (64,16%) dan perempuan sebanyak 124 jiwa (35,83%) dan presentase terendah pada kelompok umur 0-14 tahun yaitu laki-laki 4 (1,15%) dan perempuan sebanyak 2 jiwa (0,57%) dan yang meninggal sebanyak 41 jiwa (11,84%).

Berdasarkan hal tersebut pemerintah melalui DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*) menggunakan strategi penanggulangan TB di rumah sakit melalui pengobatan jangka pendek dengan pengawasan langsung. Kementerian kesehatan Indonesia pada tahun 2016 telah merancang program TOSS Tuberkulosis (Temukan TB, obati sampai sembuh) diharapkan mampu menggerakkan masyarakat untuk turut serta menemukan kasus-kasus TB baru yang ada di lingkungan sekitar dan memantau pengobatan hingga tuntas, peran serta masyarakat sangat diperlukan terutama

dalam membantu menemukan, pengawasan terhadap pengobatan pasien TB Paru sampai sembuh agar rantai penularan tuberkulosis di Indonesia dapat dihentikan (Smith, 2017). Merujuk pada fenomena di atas, maka penulis tertarik untuk menjadikan penyakit tuberkulosis menjadi kasus asuhan keperawatan.

B. Tujuan Penulis

1. Tujuan Umum

   Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengna penyakit TB Paru.

2. Tujuan khusus

   a. Melaksanakan pengkajian.
   b. Merumuskan diagnosa keperawatan.
   c. Menetapkan perencanaan tindakan keperawatan.
   d. Melaksanakan implementasi keperawatan dan membuat evaluasi.
   e. Melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi RS

   Membantu RS dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien TB Paru.

2. Bagi Pendidikan

   Sebagai sumber penelitian selanjutnya terutama yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit TB Paru.

3. Bagi pasien

   Hasil penulisan ini diharapkan dapat menanbah pengetahuan pasien khususnya cara pengobatan TB Paru.

4. Bagi Penulis

   Sebagai syarat dalam menyelesaian pendidikan program D III keperawatan, dan sebagai pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien TB Paru.

D. Metode penulisan

Dalam penulisan Karya tulis ini penulis menggunakan metode deskriptif dengan menggunakan pendekatan sebagai berikut.

1. Kepustakaan

   Mempelajari literatur-literatur yang berkaitan atau relevan dengan karya tulis ini.

2. Internet

   Mencari artike-artikel yang berkaitan dengan karya tulis ini.

3. Studi Kasus

   Dalam studi kasus keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pada pasien TB di RS.

4. Studi dokumentasi.

   Melalui status pasien, hasil pemeriksaan laboratorium dan hasil pemeriksaan *X-ray* foto thorax.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya tulis ini disusun secara sistematis dalam beberapa BAB yang terdiri dari : BAB I Pendahuluan (latar belakang, tujuan penulisan, sistematika penulisan), BAB II Tinjauan teoritis (konsep dasar medik yang meliputi defenisi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan medik, komplikasi dan konsep dasar keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, dan perencanaan pulang, BAB III Tinjauan kasus (pengamatan kasus, pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi serta daftar obat pasien), BAB IV Pembahasan kasus dan BAB V Penutup.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

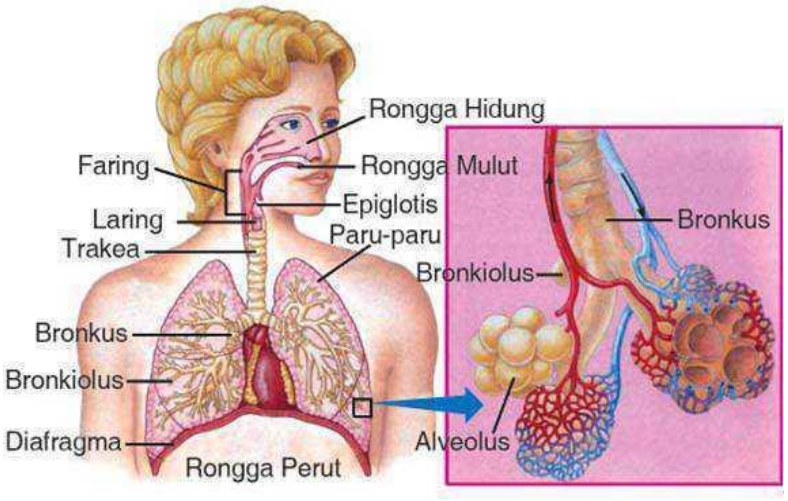
TB Paru merupakan penyakit infeksi yang menyerang parenkim paru-paru dan disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis.* Penyakit ini dapat juga menyebar ke bagian tubuh lain seperti meningen, ginjal, tulang, dan modus limfe. Tuberkulosis pada manusia ditemukan dalam dua bentuk yaitu:

a. Tuberkulosis primer, jika terjadi infeksi yang pertama kali
b. Tuberkulosis sekunder, kuman yang dorman pada tuberkulosis primer akan aktif setelah berahun-tahun kemudian sebagai infeksi endogen menjadi tuberkulosis dewasa. Mayoritas terjadi karena adanya penurunan imunitas, misalnya karena malnutrisi, penggunaan alkohol, penyakit maligna, diabetes, aids dan gagal ginjal (Andra dan Yesi, 2013)

Tuberkulosis paru adalah penyakit menular yang paling sering mengenai parenkim paru, biasanya disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* dapat menyebar hampir ke setiap bagian tubuh, termasuk meningen, ginjal, tulang, dan nodus limfe (Brunner & Suddarth 2013).

Menurut penulis, penyakit tuberculosis paru adalah penyakit infeksius yang dapat menular melalui udara (droplet) yang meyerang parenkim paru, dapat juga ke bagian tubuh lainnya.

2. Anatomi fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi sistim pernapasan (Tarwoto dan Ratna Aryani, 2013).

Sistem pernapasan pada manusia dibagi menjadi beberapa bagian. Saluran pengantar udara dan hidung hingga mencapai paru-paru sendiri meliputi dua bagian, yaitu saluran pernapasan bagian atas dan bagian bawah.

a. Saluran pernapasan bagian atas (upper respiratory airway)

Secara umum, fungsi utama dari saluran pernapasan atas adalah sebagai saluran udara (air conduction) menuju saluran napas bagian bawah untuk pertukaran gas, melindungi (protecting) saluran napas bagian bawah dari benda asing, dan sebagai penghangat, penyaring, serta pelembab dari udara yang dihirup hidung. Saluran pernapasan atas ini terdiri dari organ-organ berikut:

1) Hidung (Cavum Nasalis)

Rongga hidung dilapisi sejenis selaput lendir yang sangat kaya akan pembuluh darah. Rongga ini bersambung dengan lapisan faring dan selaput lendir sinus yang mempunyai lubang masuk kedalam rongga hidung.

2) Faring (Tekak)

Faring adalah pipa berotot yang berjalan dari dasar tengkorak sampai persambungannya dengan esofagus, pada ketinggian tulang rawan krikoid. Oleh karena itu, letak faring dibelakang laring (*larynxpbaryngeal)*.

3) Laring (Tenggorokan)

Laring terletak didepan bagian terendah faring yang memisahkan faring dari *columna vertebrata servikals* dan masuk ke dalam trakea di bawahnya. Laring terdiri atas kepingan tulang rawan yang diikat/disatukan oleh ligamen dan membran.

b. Saluran pernapasan bagian bawah (lower airway)

Ditinjau dari fungsinya, secara umum saluran pernapasan bagian bawah terbagi menjadi dua komponen. Pertama, saluran udara kondusif atau yang sering disebut sebagai percabangan dari trakeobronkialis. Saluran ini terdiri atas trakea, bronki dan bronkioli. Kedua, satuan respiratorius terminal (kadang kala disebut dengan acini) yang merupakan saluran udara konduktif dengan fungsi utamanya sebagai penyalur (konduksi) gas masuk dan keluar dari satu respiratorius terminal merupakan tempat pertukaran gas yang sesungguhnya. Alveoli sendiri merupakan bagian dari satuan respiratorius terminal.

1) Trakea

Trakea atau batang tenggorokan memiliki panjang kira-kira 9 cm. Organ ini merentang laring sampai kira-kira di bagian atas vertebrata torakalis kelima. Dari tempat ini, trakea bercabang menjadi dua bronkus (bronchi). Trakea tersusun atas 16-20 lingkaran tak lengkap, berupa cincin-cincin tulang rawan yang disatukan bersama oleh jarigan fibrosa dan melengkapi lingkaran di sebelah belakang trakea. Selain itu, trakea juga membuat beberapa jaringan otot.

2) Bronkus dan Bronkeoli

Bronkus yang terbentuk dari belahan dua trakea pada tingkatan vertebrata torakalis kelima, mempunyai struktur serupa dengan trakea dan dilapisi oleh sejenis sel yang sama. Bronkus kanan lebih pendek dan lebih lebar dari bronkus kiri, sedikit lebih tinggi dari arteri pulmonalis dan mengeluarkan sebuah cabang utama lewat di bawah arteri 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 lobaris dan kemudian menjadi lobus segmentalis. Percabangan ini menentang terus menjadi bronkus yang ukurannya semakin kecil, sampai akhirnya menjadi bronkhiolus terminalis, yaitu saluran udara terkecil 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 meyerap oksigen (O_2).

4) Paru-paru

Bagian kiri dan kanan paru-paru terdapat dalam rongga toraks. Paru-paru juga dilapisi pleura, yaitu parietal pleura dan visceral pleura. Di dalam rongga pleura terdapat cairan surfaktan yang berfungsi untuk lubrikan. Paru kanan dibagi atas tiga lobus, yaitu lobus superior, dan lobus medium, dan lobus inferior. Sedangkan, paru kiri dibagi menjadi dua lobus,

yaitu lobus superior dan inferior. Tiap lobus dibungkus oleh jaringan elastis yang mengandung pembuluh limfe, arteriola, venula, bronchial venula, ductus alveolar, sakus alveolar, dan alveoli. Diperkirakan, setiap paru-paru mengandung 150 juta alveoli, sehingga organ ini mempunyai permukaan yang cukup luas sebagai tempat permukaan/pertukaran gas.

5) Toraks, Diafragma, dan Pleura

Rongga toraks berfungsi melindungi paru-paru, jantung, dan pembuluh darah besar. Bagian rongga toraks terdiri atas 12 iga costa. Pada bagian atas toraks di daerah leher, terdapat dua otot tambahan untuk proses inspirasi, yakni skaleneus dan sternokleidomastoideus. Otot sklaneus menaikkan tulang iga pertama dan kedua selama inspirasi untuk memperluas rongga dada atas dan menstabilkan dinding dada. Otot sternokleidomastoideus berfungsi untuk mengangkat sternum. Otot parasternal, trapezius, dan pektoralis juga merupakan otot inspirasi tambahan yang berguna untuk meningkatkan kerja napas. Di antara tulang iga terdapat otot interkosta. Otot interkosta eksternum adalah otot yang menggerakkan tulang iga ke atas dan depan, sehingga dapat meningkatkan diameter anteroposterior dari dinding dada.

Diafragma terletak di bawah rongga toraks. Pada keadaan relaksasi, diafragma ini berbentuk kubah. Mekanisme pengaturan otot diafragma (nevus frenikus) terdapat tulang belakang (spinal cord) di servikal ke (C3). Oleh karena itu, jika terjadi kecelakaan pada saraf C3, maka hal ini dapat menyebabkan gangguan ventilasi. Pleura merupakan membran serosa yang menyelimuti paru. Terdapat tiga macam pleura, yaitu pleura parietal yang melapisi rongga toraks dan pleura viseral yang menutupi setiap paru-paru. Di antara kedua pleura tersebut terdapat cairan pleura yang

menyerupai selaput tipis yang memungkinkan kedua permukaan tersebut bergesekan satu sama lain selama respirasi, sekaligus mencegah pemisahan toraks dan paru-paru. 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 ke dalam rongga pleura. Hal tersebut dapat menyebabkan paru-paru tertekan dan kolaps (Mustikawati, 2017).

c. Fisiologi pernapasan

Proses fisiologi pernapasan di mana oksigen dipindahkan dari udara ke dalam jaringan-jaringan dan CO2 dikeluarkan ke udara (ekspirasi), dapat dibagi menjadi dua tahapan (stadium), yaitu stadium pertama dan stadium kedua.

a) Stadium pertama

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

b) Stadium kedua

Transportasi pada fase ini terdiri dari beberapa aspek, yaitu :

a) Difusi gas antar alveolus dan kapiler paru-paru (respirasi eksternal) serta antara darah sistemik dan sel-sel jaringan.
b) Distribusi darah dalam sirkulasi pulmonal dan penyesuaiannya dengan distribusi udara dalam alveolus.
c) Reaksi kimia dan fisik dari O^2 dan CO^2 dengan darah respimi atau respirasi internal merupakan stadium akhir dari respirasi, dimana oksigen dioksida untuk mendapatkan energi, dan CO^2 terbentuk sebagai sampah dari proses metabolisme sel dan dikeluarka oleh paru-paru.

d) Transportasi adalah tahap kedua dari proses pernapasan yang mencakup proses difusi gas-gas melintasi membran alveolus kapiler yang tipis (tebalnya kurang dari 0,5 mm). Kekuatan untuk mendorong pemindahan ini diperoleh dari selisih tekanan parsial antara darah dan fase gas.

e) Perfusi adalah pemindahan secara efektif antara alveolus dan kapiller paru-paru yang membutuhkan distribusi merata dari udara dalam paru-paru dan perfusi (aliran darah) dalam kapiler. Dengan kata lain, ventilasi dan perfusi dari unit *pulmonary* yang sudah sesuai dengan orang normal pada posisi tegak dan keadaan istirahat, maka ventilasi dan perfusi hampir seimbang, kecuali pada apeks paru-paru (Widoyono, 2011).

3. Etiologi

Tuberkulosis paru merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh basil *Mycobacterium tuberculosis*, sejenis kuman berbentuk batang dengan panjang 1-4 mm dan tebal 0,3-0,6 mm. Struktur kuman ini terdiri atas lipid (lemak) yang membuat kuman lebih tahan terhadap asam, serta dari berbagai gangguan kimia dan fisik. Kuman ini juga tahan berada di udara kering dan keadaan dingin (misalnya di dalam lemari es) karena sifatnya yang dormant, yaitu dapat bangkit kembali dan menjadi lebih aktif. Selain itu, kuman ini juga bersifat pada aerob.

Tuberkulosis paru merupakan infeksi pada saluran pernafasan yang vital. Basil *Mycobacterium* masuk ke dalam jaringan paru melalui saluran napas (*droplet infection*) sampai alveoli dan terjadilah infeksi primer (gbon). Kemudian, di kelenjar getah bening terjadilah primer kompleks yang disebut tuberculosis primer. Dalam sebagian besar kasus, bagian terinfeksi ini dapat mengalami penyembuhan. Peradangan terjadi sebelum tubuh mempunyai kekebalan spesifik

terhadap basil *mycobacterium* pada usia 1-3 tahun. Sedangkan post primer tuberculosis (*reinfection)* adalah peradangan yang terjadi pada jaringan paru yang disebabkan oleh penularan ulang. Adapun beberapa faktor seperti faktor pendukung/predisposisi dan faktor pencetus/prespitasi :

a. Faktor pendukung

1) Umur

Penyakit TB Paru sering ditemukan pada usia muda atau usia produktif yaitu 15-20 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 TB Paru (Sholes S.Naga, 2012).

2) Laki-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 TB Paru (Sholes S.Naga, 2012).

b. Faktor Pencetus

1) Sosial ekonomi

Faktor sosial ekonomi di sini sangat erat kaitannya dengan kondisi rumah, kepadatan hunian, lingkungan perumahan, serta lingkungan dan sanitasi tempat bekerja yang buruk. Semua faktor tersebut dapat memudahkan penularan TBC. Pendapatan keluarga juga sangat erat dengan penularan TBC, karena pendapatan yang kecil membuat orang tidak dapat hidup layak, yang memenuhi syarat-syarat kesehatan (Sholes S.Naga, 2012).

2) Status gizi

Kekurangan kalori, protein, vitamin, zat besi, dan lain-lain (malnutrisi), akan mempengaruhi daya tahan tubuh seeorang, sehingga rentan terhadap berbagai penyakit, termasuk tuberkulosis paru. Keadaan ini merupakan faktor penting yang berpengaruh di negara miskin, baik pada orang dewasa maupun anak-anak (Sholes S.Naga, 2012).

3) Lingkungan

Lingkungan perumahan dengan kondisi rumah gelap atau kurang pencahayaan, ventilasi buruk serta padat penghuni beresiko terkena penyakit TB Paru. Kondisi rumah gelap dan ventilasi buruk membuat kuman *Mycobakterium tuberculosis* bertahan sampai berhari-hari bahkan berbulan-bulan. Kondisi rumah dengan padat penghuni di samping menyebabkan kurangnya konsumsi oksigen, juga bila salah satu anggota keluarga 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 dibawah oleh sel darah merah ke dalam tubuh, sehingga suplai oksigen ke paru-paru berkurang. CO sangat berbahaya karena akan menyebabkan penderita mengalami sesak napas ataupun napas pendek. Merokok dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga mudah terserang penyakit (salah satunya adalah tuberkulosis paru) terutama pada laki-laki yang mempunyai kebiasaan merokok (Sholes S.Naga, 2012).

4. Patofisiologi

Seseorang yang dicurigai menghirup basil *Mycobacterium tuberculosis* akan menjadi terinfeksi. Bakteri menyebar melalui jalan napas ke alveoli, dimana pada daerah tersebut bakteri bertumpuk dan berkembang biak. Penyebaran basil ini bisa juga melalui sistem limfe dan aliran darah ke bagian tubuh lain (ginjal, tulang, korteks serebri) dan area lain dari paru-paru (lobus atas).

Sistem kekebalan tubuh berespon dengan melakukan reaksi inflamasi. Neutrofil dan makrofag memfagositosis (menelan) bakteri. Limposit yang spesik terhadap tuberkulosis menghancurkan (melisiskan) basil dan jaringan normal. Reaksi jaringan ini mengakibatkan terakumulasinya eksudat dalam alveoli dan terjadi bronkopneumonia. Infeksi awal biasanya timbul dalam 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 perkijuan (*necrotizing caseosa*). Setelah itu akan terbentuk klasifikasi, membentuk jaringan kalogen bakteri menjadi *non*-aktif.

Penyakit akan berkembang menjadi aktif setelah infeksi awal karena respons sistem imun yang tidak adekuat. Penyakit aktif dapat juga timbul akibat infeksi ulang atau aktifnya kembali bakteri yang tidak aktif. Pada kasus ini terjadi ulserasi pada *ghon tubercle* dan akhirnya menjadi perkijuan. Tuberkel yang ulserasi mengalami proses penyembuhan membantu jaringan parut. Paru-paru yang terinfeksi kemudian meradang, mengakibatkan bronkopneumonia, pembentukkan tuberkel, dan seterusnya. Pneumonia seluler ini dapat

sembuh dengan sendirinya. Proses ini berjalan terus dan basil terus di fagosit atau berkembang biak di dalam sel. Basil juga menyebar melalui kelenjar getah bening. Magkrofag yang mengadakan infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu membentuk sel tuberkel epiteloid yang dikelilingi oleh limfosit (membutuhkan 10-20 hari). Daerah yang mengalami nekrosis 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

Untuk mengetahui tentang penderita tuberkulosisi dengan baik harus dikenali tanda dan gejala. Seorang ditetapkan sebagai tersangka penderita tuberkulosis paru apabila ditemukan gejala klinis utama (*cardinal sympom)* pada dirinya. Gelaja utama pada tersangka tuberkulosis adalah:

a. Batuk berdahak lebih dari 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 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. Sifat batuk dimulai dari batuk kering (*non* produktif) kemudian setelah timbul peradangan menjadi batuk menghasilkan sekret (produktif). Keadaan yang lanjut adalah berupa batuk darah pada tuberkulosis terjadi pada kavitas, dapat terjadi pada ulkus dinding bronkus.

c. Sesak napas disertai Nyeri dada.

Pada penyakit yang ringan atau baru tumbuh dalam dirasakan sesak. Sesak napas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut, yang inflistrasinya sudah meliputi setengah bagian paru-paru sedangkan nyeri dada timbul jika inflitrasi radang dada sudah sampai ke pleura sehingga pleuritis. Terjadi gesekan kedua pleura sewaktu pasien menarik/melepaskan napasnya.

d. Malaise

Penyakit *t*uberculosis bersifat radang yang menahun. Gejala malaise sering ditemukan berupa anoreksia, badan makin kurus (BB menurun), sakit kepala, meriang, nyeri otot. Dimana gejala ini makin lama makin berat dan terjadi hilang timbul secara teratur.

e. Keringat pada malam hari dan deman

Keringat pada malam hari disebabkan karena kuman *Mycobacterium tuberculosis* bermetabolisme pada malam hari. Selain itu, keringat malam pada pasien tuberculosis terjadi sebagai respon salah satu molekul sinyal peptide yaitu *Tumour Necrosis Factor Alpha* yang dikeluarkan oleh sel-sel sistem imun dimana merek bereaksi terhadap bakteri infeksius (*M.Tuberculosis)*. Monsit yang merupakan sumber *Tumour Necrosis Factor Alpha* akan meninggalkan aliran darah menuju

kumpulan kuman *Mycobacterium tuberculosis* dan menjadi makrofag migrasi. Walaupun makrofag ini tidak dapat mengeradikasi bakteri secara keseluruhan, tetapi pada imunokempeten makrofag dan sel-sel sitokin lainnya akan mengelilingi kompleks bakteri tersebut untuk mencegah penyebaran bakteri lebih lanjut ke jaringan sekitarnya. *Tumour Necrosis Factor Alpha* yang dikeluarkan secara berlebihan sebagi respon imun ini akan menyebabkan demam, keringat malam. Demam timbul sebagai akibat respon sinyal kimia yang bersirkulasi yang menyebabkan hipotalamus mengatur ulang suhu tubuh ke temperatur yang lebih tinggi untuk sesaat. Selanjutnya tubuh akan kembali normal dan panas berlebihan akan dikeluarkan melalui keringat (Saydam, 2011).

6. Tes Diagnostik
   a. Tes kulit TB mantoux menggunakan PPD (purified *protein derivative* (derivat protein yang telah dimurnikan) tuberkulin yang diinjeksikan secara intradermal dan akan menghasilkan reaksi inflamasi lokal di tempat injeksi tersebut dalam waktu 8 jam hingga 72 jam.
   b. Pemeriksaan Quantifweron-TB Gold (QFT-G) yang baru adalah pemeriksaan darah yang memberikan hasil dalam 24 jam, dan tidak seperti pemeriksaan kulit TB menggunakan PDD, reaksi posiif palsu tidak terjadi pada pengulangan pemeriksan.
   c. Pemeriksaan rontgen dada dapat mengungkap adanya kawah, rongga, efusi pulmonal, dan kerusakan paru terkait, tetapi tidak mendiagnosis TB laten atau primer.
   d. Spesimen sputum untuk keluar dan sensitivitas.

e. *Acid-fast smear* (tes bakteri tahan asam) bagian terluar yang berlilin pada kapsul basil tuberkel akan menyerap zat warna merah ketika zat warna tahan asam dioleskan ke kaca objek.
f. Torasentesis untuk mendapatkan cairan pleura untuk pemeriksaan sitologi akan memperlihatkan adanya basil tahan asam (*Acid-fast*) yang sensitif terhadapa panas, tidak bergerak (nonmotil), aerob.
g. Bronkoskopi akan mengungkapkan terjadinya inflamasi dan perubahan patologi di dalam jaringan paru. Sputum untuk sitologi dapat diambil melalui bronkoskopi jika pasien tidak mampu menghasilkan spesimen yang adekuat.(Hurst,2016).

7. Penatalaksanaan Medis
   a. Penatalaksanaan farmakologi

      Penatalaksanaan TB paru sebagai berikut :

      1) Pencegahan TB Paru
         a) Vaksinasi BCG, reaksi positif terjadi jika setelah mendapat vaksinasi BCG langsung terdapat reaksi lokal yang besar dalam waktu kurang dari 7 hari penyelidikan.
         b) Kemoprofilaksis, 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 TB Paru, selain untuk mengobati, juga untuk mencegah kematian, kekambuhan, resistensi kuman terhadap OAT, serta memutuskan mata rantai penularan.

         a) Isoniazid (INH) sebagai bakterisidal terhadap basil yang tumbuh aktif. Obat ini diberikan selama 18-24 bulan dan dengan dosis 10-20 mm/kg bb/hari melalui oral
         b) Kombinasi antara INH, Rifampicin, dan Pyrazinamid yang diberikan selama 6 bulan.

c) Obat tambahan dan, antara lain Streptomycin (diberikan intramuskuler) dan Ethambutol.

d) Terapi kortikosteroid diberikan bersama dengan obat anti TB untuk mengurangi respon 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 TB sserta mempertahankan asupan nutrisi yang memadai. Pemberia imunisasi BCG juga diperlukan untuk meningkatkan daya tahan tubuh terhadap infeksi basil TB virulen.

5) Terapi nutrisi (Saydam, 2011).

8. Komplikasi

a. Pleuritis

Bila proses *tuberculosis t*erjadi di bagian paru yang dekat dengan pleura maka pleura akan ikut meradang dan menghasilkan cairan eksudat atau akan terjadi pleuritis eksudatif. Bila cairan makin banyak akan dilakukan fungsi dan cairan eksudat dikeluarkan sebanyak mungkin untuk menghindari terjadinya *schwartedi* 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 (Widoyono, 2011).

B. Konsep Dasar Keperawatan.

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 (Barara, 2013).

1. Pengkajian
   a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan
      DS: Riwayat kesehatan keluarga, riwayat tuberculosis paru 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 nilai dan kepercayaan

DS: Tekanan spiritual yang terjadi sehubungan sakit.

DO: Tampak melakukan ibadah, alat doa tersedia. (Barara, 2013)

2. Diagnosis keperawatan (Herdman & Kamitsuru, 2016).
   a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebih, hemoptysis, batuk darah.
   b. Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan 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. Intoleransi berhubungan dengan kelemahan umum
   h. Risiko infeksi dengan faktor risiko: terpajan pada wabah.

3. Intervensi keperawatan(Bulechek,2013)
   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 pernapasan dipertahankan 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 :
            a) Lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya.
            b) Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk.
            c)Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif.
            d) 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) 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 diharapkan Setelah 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) 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) Berkeringat 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).

Intervensi :

2) 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 membrane 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 pernapasan dipertahankan 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.
         a. 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. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum

1) Hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan intoleransi aktvitas kembali normal dengan kriteria hasil :

Intoleransi dapat dipertahankan pada skala 2 (jarang menunjukkan) dipertahankan ke skala 3 (kadang-kadang menunjukkan)

a) Pasien dapat menunjukkan tidak ada perasaan kelelahan dan kekuatan otot meningkat, serta menunjukkan perilaku mandiri.

2) Intervensi

a) Evaluasi respon klien terhadap aktivitas. Catat serta laporkan adanya dypsnea, peningkatan kelemahan dan perubahan dalam tanda-tanda vital, baik selama maupun stelah beraktivitas.

b) Berikan lingkungan yang nyaman dan batasi pengunjung selama fase akut atau indikasi.

c) Jelaskan pentingnya beristirahat pada rencana terapi dan perlunya keseimbangan antara aktivitas dengan istirahat.

d) Bantu klien untuk mengambil posisi yang nyaman untuk beritirahat atau tidur

e) Bantu klien memnuhi kebutuhan self care. Berikan aktivitas yang meningkatkan selama fase penyembuhan.

h. Risiko infeksi dengan factor risiko: terpajan pada wabah

1) Hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi dengan kriteria hasil:

Deteksi risiko dipertahankan pada skala 2 (jarang menunjukkan) dipertahankan ke skala 3 (kadang-kadang menunjukkan)

a) Mengenali tanda dan gejala yang mengindikasikan risiko.
b) Mengidentifikasi kemungkinan risiko kesehatan.
c) Memonitor perubahan status kesehatan (Moorhead, 2013).

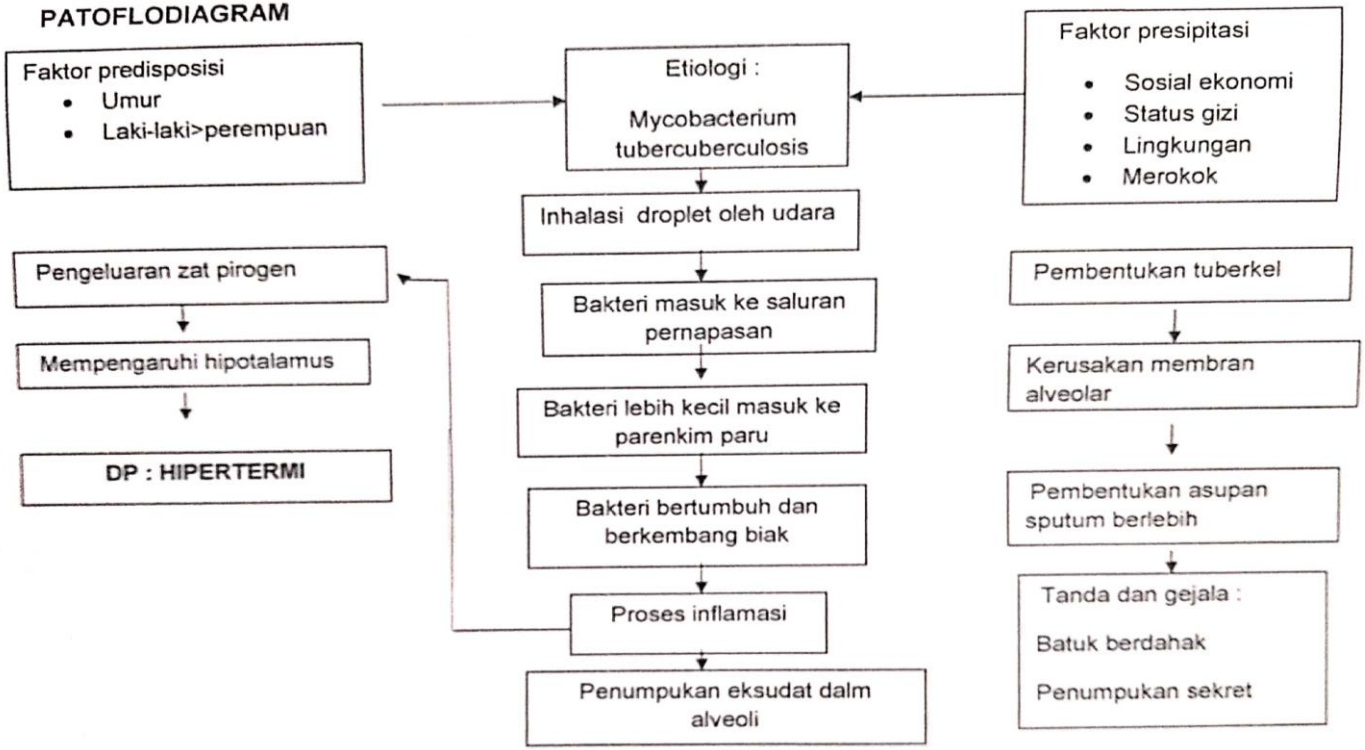
2) Intervensi :
   a) Kontrol infeksi :
      1) Isolasi orang yang terkena penyakit menular.
      2) Ganti peralatan perawatan per pasien sesuai protocol institusi.
      3) Berikan terapi antibiotik yang sesuai.
      4) Ajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi dan kapan harus melaporkannya kepada penyedia perawatan kesehatan.
      5) Ajarkan pasien dan anggota keluarga mengenai bagaimana menghindari infeksi.
   b) Perlindungan infeksi :
      1) Monitor kerentanan infeksi.
      2) Batasi jumlah pengunjung yang sesuai (Bulechek, 2013).

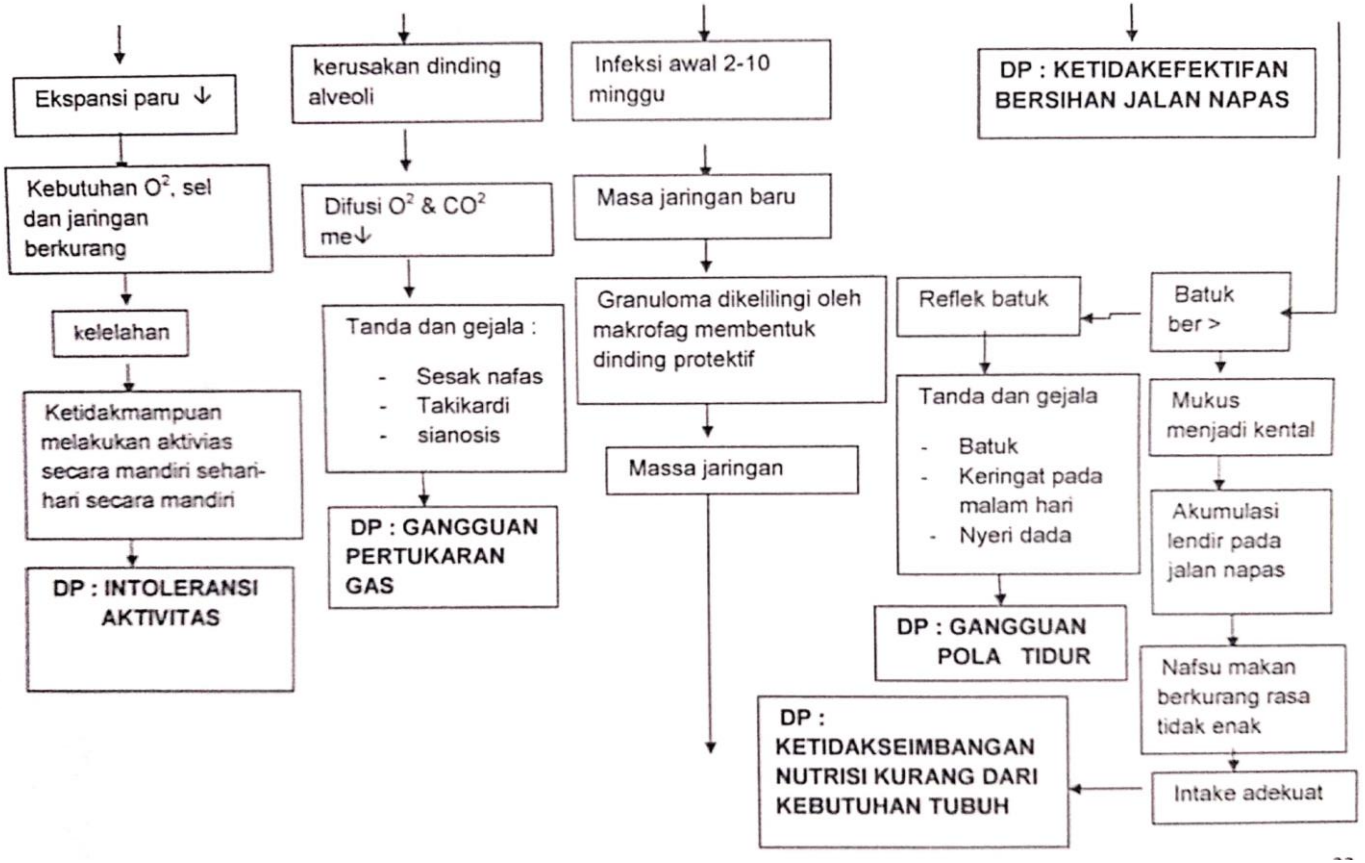
4. Perencanaan Pulang (Widoyono, 2011).

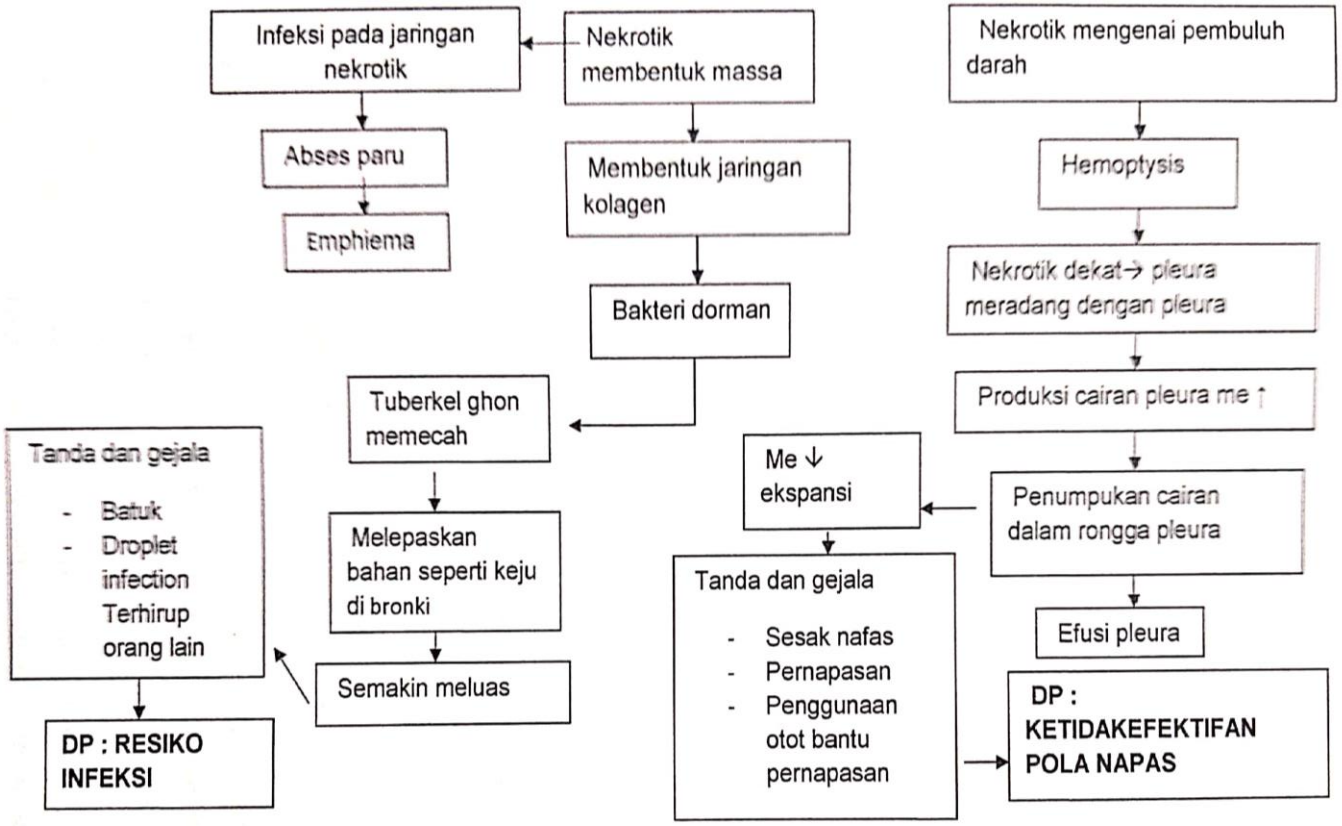
Hal-hal yang perlu disampaikan kepada keluarga dan pasien sebelum pulang :

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 baiknya 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 yang seperti berolahraga.

PATOFLODIAGRAM




Ekspansi paru ↓
Kebutuhan O^2, sel dan jaringan berkurang
kelelahan
Ketidakmampuan melakukan aktivias secara mandiri sehari-hari secara mandiri
DP : INTOLERANSI AKTIVITAS
kerusakan dinding alveoli
Difusi O^2 & CO^2 me↓
Tanda dan gejala :
- Sesak nafas
- Takikardi
- sianosis
DP : GANGGUAN PERTUKARAN GAS
Infeksi awal 2-10 minggu
Masa jaringan baru
Granuloma dikelilingi oleh makrofag membentuk dinding protektif
Massa jaringan
DP : KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAPAS
Reflek batuk
Batuk ber >
Tanda dan gejala
- Batuk
- Keringat pada malam hari
- Nyeri dada
DP : GANGGUAN POLA TIDUR
Mukus menjadi kental
Akumulasi lendir pada jalan napas
Nafsu makan berkurang rasa tidak enak
Intake adekuat
DP : KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH



2.2 Gambar Patoflodiagram TB Paru

BAB III
PENGAMATAN KASUS

Pasien Tn ”A” berumur 81 tahun, pasien mengatakan, sesak nafas dialami sejak beberapa bulan yang lalu, dan batuk berlendir ± 1 bulan yang lalu berwarna putih, sebelum masuk RS tanggal 21 Maret 2019 pasien merasakan sesak memberat sore harinya sehingga pasien di bawa ke RS, setelah diperiksa pasien diketahui mengalami penyakit TB paru, sehingga dianjurkan untuk rawat inap tepatnya pada pukul 23:00 di RS Stella Maris Makassar pada tanggal 21 Maret 2019, sehingga pasien di bawah ke ruangan St Bernadeth 2A dengan diagnosa TB paru setelah itu pasien dipindahkan ke ruangan Isolasi B2B.

Pada saat pengkajian, pasien mengatakan batuk berlendir berwarna putih, sesak nafas dan tidak ada nafsu makan. Tampak terpasang nasal kanul 5 liter/menit, tampak pasien batuk berlendir, tampak terbaring lemah dalam posisi semi fowler, tampak terpasang Nacl 500 cc/ 20 tetes/menit. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD : 160/100 mmHg, N: 92x/menit P: 30x/memit S: 36,5^{0}c. Pada pemeriksaaan foto thorax didapatkan TB paru dextra lama aktif, teraba vocal premitus pada lapang paru kanan lebih keras dibandingkan kiri, suara tambahan ronchi. Keluarga mengatakan selama sakit pasien mengalami penurunan berat badan dari 56 kg menjadi 42 kg, tampak pasien kurus, ukuran LILA 20 cm. Pasien mengatakan, sesak bertambah saat beraktivitas, badan terasa lemah. Selama pasien di RS pasien di beri terapi obat Combivent 1 tube/6 jam, Rifampicin 1tab/oral, Etambutol 1 tab/oral, INH 1 tab/oral, Pyrazinamid 1 tab/oral. Pasien tidak diperiksa BTA-nya karena pada pemeriksaan foto thorax sudah jelas bahwa pasien menderita TB, dan pasien memiliki riwayat TB paru sebelumnya dan sementara masih mengkonsumsi OAT 6 bulan. Dari hasil pengkajian pada Tn “A”

penulis mendapatkan masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus yang berlebihan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan, intoleransi aktifitas berhubungan dengan imbobilisasi.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji : Indriani Pakiding

E.1614401062

Maria Dafrociana Purnama

E.1614401066

Unit : Isolasi BII B Autoanamnese : ✓

Alloanamnese : ✓

Kamar : 522 A

Tgl masuk Rs : 21 Maret 2019

Tgl Pengkajian : 21 Maret 2019

1. Identifikasi

A.Pasien

Nama (Initial) : Tn "A"

Umur : 81 tahun

Jenis kelamin : Laki-laki

Status perkawinan : Belum menikah

Jumlah anak : -

Agama/suku : Budha/ Cina

Warga negara : Indonesia

Bahasa yang digunakan : Indonesia

Pendidikan : S 1

Pekerjaan : Pensiunan

Alamat rumah : Jl. Saleh Daeng Tompo no. 33

B.Penanggung Jawab

Nama : Tn "R"

Umur : 54 tahun

Hubungan dengan pasien : Keponakan

2. Data Medik

A. Diagnosa medik

Saat masuk : Dyspnea + TB Paru

Saat pengkajian : TB Paru

3. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit sedang

Alasan: Tampak pasien batuk berlendir, tampak pasien sesak nafas dan terpasang nasal kanul 3-5 liter/menit, tampak pasien terpasang infus Nacl 500cc/ 20 tetes/menit, tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur dengan posisi semi fowler.

b. Kesadaran (kualitatif) : Compos mentis

1) Skala koma Glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon verbal : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Tidak koma

2) Tekanan darah : 160/100 mmHg

MAP : 120

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) suhu : 38^0 c : Oral [ ] axilla [✓] rectal [ ]

4) Pernapasan : 30x/menit

Irama : [ ] Teratur [✓] Bradipnea [✓] Takipnea

[ ] Kusmaull [ ] Cheynes-stokes

Jenis : Dada [✓] Perut [ ]

5) Nadi : 92x/menit

Irama : ☑ Terautur ☐ Bradikari ☐ Takikardi

:

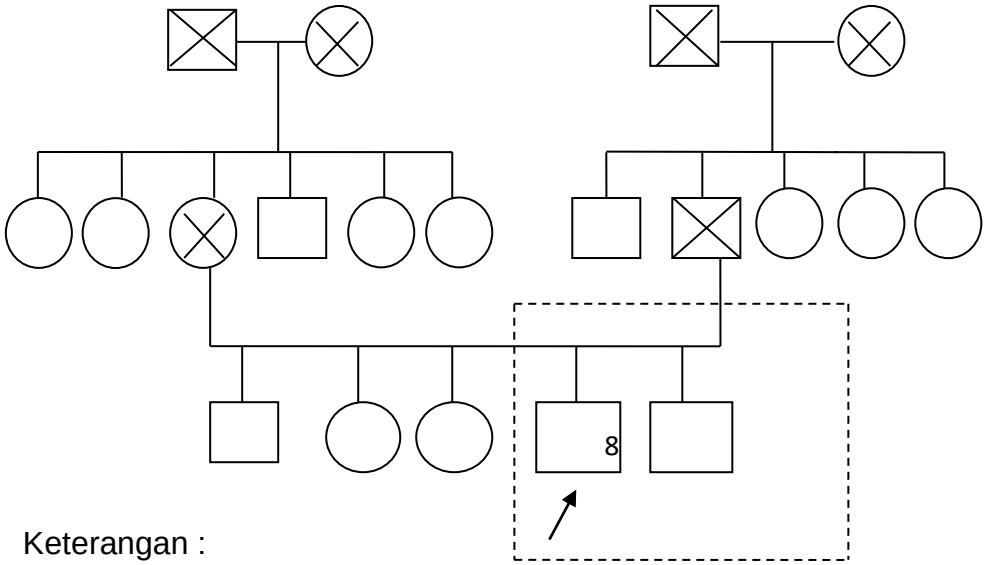
☑ Kuat ☐ Lemah

c. Pengukuran

1. Lingkar lengan atas : 20 cm
2. Tinggi badan : 160 cm
3. Berat badan : 42 kg
4. Indeks Massa Tubuh (IMT) : 16

Kesimpulan : Berat badan kurang ideal

d. Genogram



Keterangan :

: Pria

: Perempuan

: Pria meninggal

: Perempuan meninggal

Gambar 3.1

 : Pasien

------ : Tinggal serumah

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan pasien kurang menjaga kesehatan, keluarga pasien mengatakan pasien perokok aktif sampai saat ini dalam sehari pasien menghabiskan 2 bungkus rokok, keluarga mengatakan pasien juga peminum alkohol dan pasien mengatakan sangat jarang berolahraga.

2) Riwayat penyakit saat ini :

a) Keluhan utama :

Sesak nafas

b) Riwayat keluhan utama:

Sebelum masuk RS keluarga mengatakan pasien batuk berlendir kurang lebih satu bulan yang lalu, sesak dan berkeringat di malam hari. Pada tanggal 21 sore pasien mengatakan sesak mulai memberat sehingga keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke RS Stella Maris. Pada saat pengkajian keluarga mengatakan pasien masih sesak nafas, batuk berlendir berwarna putih. Pasien mengatakan sesak bertambah saat beraktivitas, badan terasa lemah dan tidak ada nafsu makan, tampak pasien sesak nafas dan batuk berlendir berwarna putih, tampak terpasang nasal kanul 5 liter/ menit, infus Nacl 500cc/20 tetes/menit tampak pasien terbaring lemah, tampak posisi tidur semi fowler 45^0.

3) Riwayat penyakit yang pernah di alami

Keluarga mengatakan pasien 6 bulan yang lalu pernah di rawat di RS Stella Maris dengan penyakit asma.

4) Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan jumlah saudara 5 orang. Pasien mengatakan orang tua pasien meninggal karena sakit (tidak diketahui). Keluarga pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keturunan dalam keluarga.

5) Pemeriksaan Fisik :

a) Kebersihan rambut : Tampak kotor
b) Kebersihan kulit kepala : Tampak kotor dan berketombe
c) Kebersihan kulit : Tampak kulit bersih, tidak ada lesi
d) Kebersihan rongga mulut : Tampak kotor
e) Kebersihan genetalia : Pasien menolak untuk dikaji.
f) Kebersihan anus : Pasien menolak untuk dikaji.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan banyak mengkonsumsi makanan. Pasien makan 3x sehari makan nasi, sayur, daging, ikan dan porsi makan dihabiskan. Pasien mengatakan suka mengkonsumsi roti, dan buah-buahan. Pasien mengatakan dalam sehari pasien minum air 5-6 gelas/hari

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit nafsu makan berkurang. Pasien makan bubur, dan hanya menghabiskan 3-5 sendok bubur,1 biji telur rebus, pasien tidak menghabiskan sayur, ikan dan tahu yang disediakan di Rs. Pasien mengatakan mengkonsumsi air putih 2 gelas ±200-300cc perhari. Keluarga pasien mengatakan selama sakit pasien mengalami penurunan berat badan.

3) Observasi

Tampak pasien hanya menghabiskan 3-5 sendok bubur, tanpa menghabiskan sayur, dan lauk. Tampak pasien kurus, BB : 42 kg, TB : 160 cm

4) Pemeriksan Fisik

a) Keadaan rambut : Tampak rambut beruban

b) Hidrasi kulit : Tampak finger print kembali dalam 3 detik

c) Palpebra/conjungtiva : Tampak tidak anemis

d) Sclera : Tampak tidak ikterik

e) Hidung : Tampak kotor dan septum berada ditengah

f) Rongga mulut : Tampak kotor

g) Gusi : Tampak ada sariawan

h) Gigi : Tampak kotor dan tidak utuh

i) Lidah : Tampak kotor, tidak ada peradangan

Pharing : Tampak tidak ada pembesaran

j) Kemampuan mengunyah keras : Tampak tidak mampu mengunyak keras

k) Kelenjar getah bening : Tidak teraba peradangan

l) Kelenjar parotis : Tidak teraba pembesaran

m) Abdomen

a. Inspeksi : Tampak ada bayangan vena

b. Auskultasi : Peristaltik usus 5 x/menit

c. Palpasi : Tidak teraba adanya benjolan

d. Perkusi : Terdengar hipertimpani

n) Kulit

a. Edema : ☐ positif ☑ Negatif

b. Ikterik : ☐ positif ☑ Negatif

c. Peradangan : Tidak ada tanda-tanda radang

d. Lesi : Tampak ada lesi

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan BAB 1-2 kali konsistensi padat berwarna kehijauan, BAK pasien dalam sehari sekitar 4x sehari dengan warna kuning, tidak ada keusulitan dalam BAK ataupun BAB.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengtakan sejak dirawat di RS pasien belum BAB sejak 2 hari, akan tetapi pasien dibantu dengan meminum obat pencahar untuk membantu melancarkan BAB. Pasien mengatakan BAK 5-6 berwarna kuning kemerahan.

3) Observasi

Tampak BAK 5 kali sehari. Urin berwarna kuning kemerahan, dan berbau amoniak.

4) Pemeriksaan fisik

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

b) Palpasi kandung kemih : Penuh

c) Nyeri ketuk ginjal : Negatif

d) Orifisium uretra : Tidak dikaji karena pasien menolak

e) Anus

Peradangan : Tidak dikaji pasien menolak

Hemoroid : Tidak dikaji pasien menolak

Fistula : Tidak dikaji pasienmenolak

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sehari-hari pasien hanya beraktifitas di dalam rumah saja. Keluarga pasien mengatakan pasien adalah seorang pensiunan dan sekarang hanya

beristirahat di rumah. Keluarga mengatakan di waktu luang pasien merokok dalam sehari habis 2 bungkus rokok

2) keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pasien hanya melakukan aktifitasnya di tempat tidur dan semua keperluan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat ..

3) Observasi

a) Aktivitas harian :

Makan : 2
Mandi : 2
Pakaian : 2
Kerapihan : 2
Buang air besar : 3
Buang air kecil : 1
Mobilisasi ditempat tidur : 2

0 = Mandiri
1 = Bantuan alat
2 = Bantuan oran
3 = Bantuan alat dan orang
4 = Bantuan penuh

Kesimpulan : Pasien tidak mampu beraktifitas dengan sendirinya

b) Postur tubuh : Tidak dapat dikaji karena pasien tidak dapat 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 : Tidak dikaji

Berdiri : Tidak dikaji

Kesimpulan : Hipotensi orotastik : Tidak dapat disimpulkan

b) HR : 92x/menit

c) Kulit

Keringat dingin : Tampak pasien berkeringat.

Basah : Tidak ada

d) JVP : 5-2 cmH_2O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai

e) Perfusi perifer pembuluh kuku : Kembali dalam 3 detik

f) Thorax dan pernapasan

1) Inspeksi

Bentuk thorax : Tampak simetris

Sianosis : Tidak ada

Stridor : Tidak ada

2) Palpasi

Vocal premitus : Teraba getaran paru kanan lebih kencang

3) Perkusi : ☐ sonor ☑ Redup ☐ Pekak

4) Auskultasi

Suara napas : Bronchovesicular

Suara ucapan : Bronchoponi

Suara tambahan : Ronchi

g) Jantung

1) Inspeksi

Ictus cordis : Tidak tampak

2) Palpasi

Ictus cordis : Teraba di ics v linea mid clavicularis

3) Perkusi

Batas atas jantung : ICS V Linea Medio Clavicularis Sinistra

Batas kanan jantung : Linea sternalis dextra

Batas kiri jantung : ICS V Linea Mid Clavicularis sinistra

4) Auskultasi

Bunyi jantung II A : Tunggal, ICS II Linea Sternalis Dextra

Bunyi jantung II P : Tunggal, ICS II Linea Sternalis Sinistra

Bunyi jantung I T : Tunggal, ICS IV Linea Sternalis Sinistra

Bunyi jantung I M : Tunggal, ICS V Linea Mid Clavicularis Sinistra

Bunyi jantung II irama gallop : Tidak ada

Murmur : Tidak ada

Bruit Aorta

A. Renalis : Tidak ada

A.Femoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

1) Atrofi otot : ☐ Positif ☐ Negatif

2) Rentang gerak : Terbatas pada tangan kiri karena terpasang infus

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parese : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

3) Uji kekuatan otot

Tangan : 4 | 4

Kaki : 1 | 1

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

4) Refleks fisiologi : Tampak adanya gerak biceps, triceps patella

5) Refleks patologi :

Babinski : Kiri : Positif [ ] Negatif [✓]

: Kanan : Positif [ ] Negatif [✓]

6) Clubing jari-jari : Tidak ada

7) Varises tungkai : Tidak ada

i) Columna vertebralis

1) Inspeksi : [ ] Lordosis [✓] Kiposis [ ] skoliosis

2) Palpasi

Kaku kuduk : Tampak tidak ada kaku kuduk

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelelum sakit pasien jarang tidur siang dan malam hari pasien tidur pukul 21:00 sampai pukul 05:00. Pasien mengatakan suka tidur dalam suasana yang terang dalam kamar.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit ia tidur hanya 1-2 jam itupun tidur tidak nyenyak. Pasien mengatakan tidur malam ± 3-5 jam dan sering terbangun pada malam hari karena sesak dan ingin BAK. Pasien mengatakan sejak sakit ia tidak pernah merasa segar saat bangun pagi.

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 menggunakan alat bantu pendengaran dan penglihatan. Pasien mengatakan sudah mulai tidak mengenal lingkungan sekitarnya

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit tidak mengalami gangguan berfikir, pasien mengatakan sudah mulai tidak mengenali lingkungannya dan keluarga pasien mengatakan pasien saat ini tidak mampu untuk berdiri sendiri.

3) Observasi

Tampak pasien masih dibantu untuk berdiri, tampak pasien bingung dengan tempat dimana pasien berada.

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

Kornea : Jernih

Pupil : Isokor

Lensa mata : Jernih

Tekanan inta okuler (TIO) : Sama kiri dan kanan

b) Pendengaran

Pina : Simetris antara kiri dan kanan

Kanalis : Bersih

Membran timpani : Utuh

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan pasien tidak merasa tersingkir dari keluarga. Pasien mengatakan tidak pernah putus asa dengan keadaan yang dialami.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sakitnya ini membuat pasien tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasa dan berharap dapat menjalani pengobatan dengan tuntas.

3) Observasi

Tampak wajah pasien sedih.

a) Kontak mata : Tampak kontak mata pasien tertuju pada perawat

b) Rentang perhatian : Perhatian pasien baik

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

d) Postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien tidak mampu berdiri

4) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tida ada

b) Bentuk/postur tubuh : Kifosis

c) Kulit : Tampak ada lesi

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien menjalin hubungan yang baik dengan sesama.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan selama sakit pasien ditemani oleh keluarga dan pasien sering kali dikunjungi oleh keluarga dan kerabatnya

3) Observasi

Tampak interaksi pasien dan keluarga baik, tampak pasien dijaga oleh ponakannya, tampak pasien dijenguk oleh keluarga, keluarga menjaga pasien dengan menggunakan masker.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan belum menikah.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan alat reproduksi.

3) Observasi

Tidak di kaji

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan bila ada masalah biasanya menyelesaikan bersama dengan keluarga di rumah.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pasien merasa sangat berkecil hati karena harus dirawat di RS dengan penyakit yang dialami saat ini.

3) Observasi

Tampak pasien sedih

k. Pola sistem nilai kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan rajin beribadah.

2) Keadaan saat sakit

Pasien mengatakan selama sakit jarang berdoa.

3) Observasi

Tampak pasien tidak melakukan kegiatan berdoa dan tidak ada alat doa di samping pasien.

5. Uji Saraf Kranial
   a. N. I Olafactorius – Penghiduan

      Pasien mampu menghidup bau minyak kayu putih
   b. N II Optikus :

      Pasien tidak mampu membaca papan nama perawat karena matanyanya sudah rabun.
   c. N III Oculomotorius :

      Pasien mampu mengikuti gerakan tangan perawat dengan pergerakan bola mata keatas dan kebawah.
   d. N IV Trochlearis :

      Tampak pasien dapat menggerakkan bola mata kearah berlawanan kekiri, kekanan, atas dan bawah.
   e. N V Trigeminus :

      Pasien mampu merasakan sentuhan kulit dengan menggunakan tisu. Respon motorik Pasien mampu mengunyah makanan.
   f. N VII Fascialis :

      Pasien mampu mengecap rasa manis pada lidah. Respon motorik pasien mampu mengangkat alis dan tersenyum.
   g. N VIII Vestibulo-acuticus :

      Pasien mampu mendengar dengan gesekan jari pada kedua telinga.
   h. N IX Glossopharyngeus

      Tampak letak ulvula berada ditengah.
   i. N X Vagus :

      Tampak pasien mampu menelan.
   j. N XI Accesorius :

      Pasien mampu mengangkat bahu kirinya.
   k. N XII Hypoglossus:

      Pasien mampu menjulurkan lidah dan mampu mendorong pipih kanan dan kiri dengan menggunakan lidah.

6. Pemeriksaan Penunjang

1. FOTO THORAX

   Tgl pemeriksaan : Makassar, 22 Maret 2019

   Nama/umur : Tn “A”/81 tahun

   Ruangan/kamar : Isolasi B2B/ 522 A

   Kesan : TB Paru dextra lama aktif kembali

2. Pemeriksaan Laboratorium

   Tgl pemeriksaan : Makassar, 21 Maret 2019

   Nama/umur : Tn “A”/81 tahun

   Ruangan/kamar : Isolasi B2B/ 522 A

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Normal
WBC	L 4.30	10^3/µL	4.6-10.2
RBC	4.92	10^6/µL	3.8-5.0
HGB	13.2	g/Dl	12.0-15.5
HCT	41.3	%	37.0-47.0
MCV	83.9	fL	80.0-97.0
MCH	26.8	Pg	26.0-31.0
MCHC	32.0	g/dL	31.0-35.0
PLT	241	10^3/µL	130.0-400.0
RDW	14.4	fL	11.5-14.5
PDW	10.0	fL	9.0-13.0
MPV	8.8	fL	7.2-11.1
P-LCR	16.4	%	15.0-25.0
DIFF			
LYMPH	17.7	%	10.0-50.0
MXD	H 21.7	%	1.0-20.0
NEUT	61.0	%	40.0-80.0
LYMPH#	L 0.80	10^3/µL	1-3.7
MXD#	0.9	10^9/L	0-1.2
NEUT#	2.60	10^3/µL	1.5-7

7. Terapi

1. Combivent 1 tube 2,5 ml/ 5 ml/ 6 jam/ Inhalasi
2. Rifampicin 1 x1 tablet/ 450 mg/ 24 jam/Oral
3. Etambutol 1x1 tablet/400 mg /24 jam/ Oral
4. Isoniazid (INH) 1x1 tablet/300 mg/24 jam/oral
5. Pyrazinamid 1x1 tablet/24 jam/400 mg/oral

B. Analisa data

Nama/umur : Tn " A"/ 81 Tahun

Ruangan/kamar : Isolasi B2B/522 A

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM/ MASALAH
I	Ds : - Keluarga pasien mengatakan batuk berlendir kurang lebih ± 1 bulan disertai sesak nafas - Keluarga mengatakan pasien merokok sampai saat ini, dan dalam 1 hari bisa menghabiskan 2 bungkus rokok DO : - Tampak pasien terpasang nasal kanul 5 liter/menit - Tampak pasien berkeringat berlebih, terpasang cairan Nacl 500cc/ 20 tetes/menit - Tampak pasien sesak dan batuk berlendir - Terdengar suara nafas tambahan ronchi - Tampak kesan foto thorax TB paru dextra lama aktif - TTV : TD : 160/100 mmHg N : 92x/menit P : 30xmenit S : $36,5^0$ c	Mukus berlebihan	Ketidakefektifan bersihan jalan napas

II	DS : - Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan - Keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan dari 56 kg ke 42 kg DO : - Tampak pasien hanya menghabiskan 3 sendok porsi bubur dan 1 biji telur dari rs tanpa menghabiskan sayur, ikan. - Tampak pasien kurus - IMT : 16 Kesimpulan : berat badan tidak ideal	Kurang asupan makanan	Ketidakseimbngan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh
III	DS : - Pasien mengatakan badan terasa lemah - Pasien mengatakan sesak saat melakukan aktivitas/ bergerak - Pasien mengatakan kebutuhannya dibantu oleh keluarga dan perawat DO : - Tampak KU pasien lemah - Tampak terpasang oksigen nassal kanul 5 liter/menit - Tampak posisi semi fowler ditempat tidur	Imobilisasi	Intoleransi aktivitas

	- TTV TD : 160/100 mmHg N : 92x/menit S : 36,5^0 C P : 30x/menit - Intoleransi aktivitas Makan : 2 . Mandi : 2 Pakaian : 2 Kerapihan : 2 Buang air besar : 3 Buang air kecil : 1 Mobilisasi ditempat tidur :2		

C. Diagnosa Keperawatan

Nama/umur : Tn “A”/81 tahun

Ruagan/kamar : Isolasi B2B/522 A

NO	Diangosa keperawatan
I	Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan
II	Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan kurang asupan Makanan
III	Intoleransi berhubungan dengan imobilisasi

E. Intervensi Keperawatan

Nama/umur : Tn " A"/ 81 tahun

Ruangan/ kamar : Isolasi B2B/522 A

NO	Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan (NOC)	Rencana Keperawatan (NIC) Meliputi : Tindakan keperawatan, obsevasi, penyuluhan kolaborasi dokter	Rasional
I	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebih DS : - Keluarga pasien mengatakan batuk berlendir kurang lebih ± 1 bulan - Pasien mengatakan sesak nafas disertai batuk berlendir - Keluarga mengatakan pasien merokok sampai saat ini, dan dalam 1 hari bisa menghabiskan 2 bungkus rokok	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan jalan napas pasien kembali efektif dengan kriteria hasil : Status pernapasan kembali normal : a. Frekuensi pernapasan b. Irama pernapasan c. Penggunaan otot bantu d. Suara napas tambahan e. Batuk	1. Monitor tanda-tanda vital : Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan 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	Perubahan TTV merupakan indikator untuk memgetahui disfungsi. Untuk membantu mengeluarkan dahak. Teknik batuk efektif dapat mempermudah pasien dalam mengeluarkan sekret. Penurunan bunyi napas menunjukkan etalaktasis ronchi, menunjukkan

			tambahan. 3. Terapi oksigen : a. Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan b. Monitor aliran oksigen 4. Pengaturan posisi : Posisiskan pasien untuk mengurangi dypsnea (misalnya posisi semi fowler atau fowler 5. Pemberian obat : Berikan pasien mengenai jenis obat, alasan dan efek lanjutan yang akan terjadi sebelum pemberian obat	akumulasi sekret. Membantu dalam pemenuhan kebutuhan oksigen pasien. Untuk mempertahankan jalannya napas yang adekuat Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan. Penyempuhan obat dapat menyembuhkan penyakit pasien.

II	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan DS : - Keluarga mengatakan nafsu makan pasien berkurang - Keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan dalam 3 bulan terakhir DO : - Tampak pasien hanya menghabiskan 3 sendok porsi bubur dan 1 biji telur dari RS tanpa menghabiskan sayur, ikan. - Tampak pasien	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan meingkatnya asupan makanan pasien dengan kriteria hasil : 1. Nafsu makan dipertahankan a. Hasrat/keinginan untuk makan b. Menyenangi makanan 2. Status nurisi : asupan nutrisi kembali normal. a. Asupan protein b. Asupan lemak c. Asupan karbohidrat d. Asupan serat e. Asupan mineral	1. Monitor tanda-tanda vital : Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat 2. Terapi nutrisi a. Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorite pasien sementara pasien berada di rumah sakit atau fasilitas perawatan yang sesuai. b. Tentukan jumlah kalori dan tipe nutrisi yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dengan berkolaborasi bersama ahli gizi, sesuai kebutuhan. c. Pastikan bahwa dalam diet mengandung makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi 3. Bantu peningkatan berat	Perubahan TTV merupakan indikator untuk mengetahui disfungsi Berguna untuk meningkatkan asupan makanan klien. Membantu atau menyediakan asupan makanan dan cairan diet seimbang. Untuk meningkatkan asupan klien.

	kurus		badan a. Timbang berat badan pasien pada jam yang sama setiap hari. b. Bantu pasien untuk makan atau menyuapi pasien 4. Manajemen saluran cerna a. Catat tanggal terakhir BAB b. Berikan cairan hangat setelah makan dengan cara yang tepat c. Monitor buang air besar termasuk frekuensi, konsistensi, bentuk, volume, dan warna dengan cara yang tepat. d. Ajarkan pasien mengenai makan-makanan tertentu yang membantu mendukung keteraturan (aktivitas) usus.	Memberi perbandingan yang akurat guna mengevaluasi kefektifan program teraupetik. Mengembangkam rencana perawatan individu Cairan membantu proses pencernaan makanan

III	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi DS : - Pasien mengatakan badan terasa lemah - Pasien mengatakan sesak saat melakukan aktivitas/ bergerak - Pasien mengatakan kebutuhannya dibantu oleh keluarga dan perawat DO : - Tampak KU pasien lemah - Tampak terpasang oksigen nassal kanul 5 liter/menit - Tampak posisi semi fowler ditempat tidur - TTV TD : 160/100 mmHg N : 92x/menit S : 36,5^0 C	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 Jam diharapkan kemampuan melakukan aktivitas secara mandiri dengan kriteria hasil : a. Mampu melakukan aktivitas atau bergerak kecuali makan dan minum b. Menunjukkan toleransi aktivitas, yang dibuktikan oleh indikator oksigen saa beraktivitas	1. Monitor tanda-tanda vital Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat . 2. Bantu aktivitas perawatan yang diperlukan. 3. Bantu pasien untuk mengubah posisi secara berkala. 4. Anjurkan periode untuk istirahat dan aktivitas secara bergantian. 5. Kaji respon aktivitas. 6. Batasi rangsangan lingkungan (seperti cahaya dan kebisingan) untuk memfasilitasi relaksasi.	1. Perubahan TTV merupakan indikator untuk memgetahui disfungsi. 2. Meminimalkan kelelahan dan membantu keseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen. 3. Memberikan posisi yang tepat dapat memberikan posisi yang nyaman pada pasien. 4. Memberikan kebutuhan pasien dan memfasilitas dalam pemilihan intervensi. 5. Menunjukkan toleransi aktivitas sedang keringan. 6. Menurunkan stres dan rangsangan

	P : 30x/menit - Intoleransi aktivitas Makan : 2 . Mandi : 2 Pakaian : 2 Kerapihan : 2 Buang air besar : 3 Buang air kecil : 1 Mobilisasi ditempat tidur :2			berlebihan, meningkatkan istirahat.

E. Implementasi Keperawatan

Nama/ umur : Tn “A”/81 Tahun

Ruangan/ kamar : Isolasi B2B/522 A

Hari Tanggal	Pukul	NO DP	Tindakan keperawatan	Paraf
Jumat 22/03/2019	08:00	I	Memberikan oksigen tambahan seperti yang diperitahkan H : Tampak perawat mengisi oksigen dan memberikan oksigen nasal kanul dengan 5 liter/menit	Maria
		I	Memberikan obat H : Tampak pemberian obat Rifampicin 1 tablet/oral Etambutol 1 tablet/oral Pirazinamid 1tablet/oral	Maria
		I	Memonitor aliran oksigen H : Tampak selang oksigen tidak bocor dan terasa aliran oksigen di kulit perawat	Maria
		I	Memposisikan pasien untuk mengurangi dypsnea H : Tampak pasien berbaring dalam posisi fowler 90^0C	Maria
	10:00	I,II,II	Memonitor tanda-tanda vital : H : TD : 160/100 mmHg N : 92x/menit P : 30x/menit S : 36,5^{0}C	Maria
	10:15	I	Memberikan obat H : Tampak pemberian obat combivent 5ml/inhlasai	Gusni
		I	Melakukan fisioterapi dada H: Tampak dilkukan clubbing dan fibrasi pada kedua lapang paru	Maria
	10:30	I	Membuang sekret dengan memotivasi pasien unuk melakukakn batuk efektif H : -Tampak pasien melihat ajaran teknik batuk efetif yang dilakukan perawat	Maria

			- Pasien mengatakan masih batuk berlendir dan belum bisa mengeluarkan	
	11:00	II	Memberikan cairan hangat dengan cara yang benar H : Tampak pasien minum air putih hangat 1 gelas ± 200cc	Maria
	11:00	II	Menentukan jumlah kalori dan tipe nutrisi yang diperlukan untuk kebutuhan nutrisi dengan berkolaborasi dengan ahli gizi H : Ahli gizi mengatakan pasien harus mengkonsumsi makanan yang tinggi protein, karbohidrat, lemak, mineral dan vitamin serta serat yang tinggi	Perawat Novi Maria
		II	Menganjurkan untuk istirahat dan beraktivitas secara bergantian H : - Pasien mengatakan masih sesak -Tampak berisirahat dalam posis semi fowler 45^0c	Maria
	12:00	II	Membantu pasien makan atau menyuapi pasien H : Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan, hanya menghabiskan 3 sendok bubur, 1 butir telur, dan sedkit sayur, minum air putih 1 gelas ± 200 cc	Maria
	12:30	II	Mencatat tanggal terakhir BAB H : Pasien mengatakan belum BAB sejak 2 hari yang lalu Pasien mengatakan jika 2-3 hari susah BAB pasien menggunakan obat pencahar	Maria
	13:30	II	Menimbang berat badan pasien H : Tampak berat badan pasien 42 kg, dengan IMT 16 (BB kurang ideal)	Maria
		III	Mengkaji respon aktivitas	Maria

			H : Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga karena sesak dan badan terasa lemah	
	14:00	III	Menganjurkan periode untuk istirahat dan beraktivitas secara bergantian H : Pasien mengatakan sesak nafas ketika beraktifitas dan Tampak pasien dalam posisi fowler 90^0	Indriani
	16:00	I,II,III	Memonitor TTV H : TD : 160/90 mmHg N : 90x/menit S : $36,5^0$c P: 30x/ menit	Indriani
		I	Mengauskultasi suara nafas, mencatat area yang kurang ventilasinya dan ada tidaknya suara tambahan H : - Terdengar suara nafas tambahan ronchi	Indriani
	16:30	II	Memberikan cairan hangat dan meninggikan kepala tempat tidur H : - Tampak pasien minum air hangat 1 gelas ± 200cc - Pasien mengatakan merasa nyaman kepala ditinggikan	Marni
		II	Mengajarkan pasien mengenai makan-makanan tertentu yang membantu mendukung keteraturan (aktifitas usus) H: Tampak perawat menganjurkan pasien sering mengkonsumsi sayuran dan buah-buahan	Indriani
	17:15	I	Memberikan obat H : Tampak pemberian obat combivent 5ml/inhalas	Indriani
		I	Membuang sekret dengan	Indriani

			memotivasi pasien melakukan batuk efektif H : - Pasien mengatakan mampu mengeluarkan lendir dengan teknik batuk efektif dan perawat mengajurkan minum air hangat	
		II	Memberikan cairan hangat H : Tampak pasien minum air hangat 1 gelas ±200cc	Indriani
	17:30	I	Memposisikan pasien untuk mengurangi dispnea H : Tampak pasien berbaring dengan posisi fowler 45^0	Indriani
		III	Membantu aktivitas perawatan yang diperlukan H : Tampak pasien dibantu dalam BAK dengan menggunakan pispot	Indriani
	17:40	II	Memonitor BAB H : Tampak pasien belum BAB	Indriani
		II	Menganjurakan keluarga untuk membawa makanan favorite pasien sementara pasien berada di Rumah Sakit atau fasilitas perawatan yang sesuai H : Keluarga mengatakan akan membawakan buah-buahan seperti pisang dan pepaya	Marni
	18:00	II	Membantu pasien untuk makan atau menyuapi pasien dan memberikan cairan hangat sesudah makan H : Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan Tampak pasien hanya makan 3 sendok bubur, 1 biji telur dan tidak makan sayur dan minumair hangat ½ ± 100 cc	Indriani
	19:00	III	Menganjurkan periode untuk	Indriani

			istirahat dan beraktivitas secara bergantian H : Pasien mengatakan susah tidur karena sesak dan batuk berlendir	
	19:15	I	Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea H : Tampak pasien berbaring dengan posisi fowler 45^0	Indriani
	21:00	I,II,II	Memonitor tanda-tanda vital H : TD :130/80 mmHg N : 90x/menit P : 30x/menit S : $36,4^0$c	Yayuk
	21:15	I	Memberikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan H :- Tampak perawat memberikan oksigen nasal kanul dengan 5 liter/menit - Pasien mengatakan masih merasa sesak, batuk berlendir	Yayuk
	21:30	II	Memberikan obat H : Tampak pemberian obat combivent 5ml/inhalasi	Yayuk
			Membuang sekret dengan memotivasi pasien melakukan batuk efektif H : Tampak pasien mampu mengeluarkan lendir dan masih merasakan batuk berlendir masih ada di tenggorokan	Yayuk
	21:45	II	Memberikan cairan hangat H : Tampak pasien minum air hangat 1 gelas ± 200cc	Yayuk
	22:00	III	Menganjurkan periode untuk istirahat dan beraktivitas secara bergantian H : Pasien mengatakan susah tidur karena sesak dan batuk berlendir	Yayuk
		III	Membatasi reaksi lingkungan (cahaya dan kebisingan)	Yayuk

			H : Pasien mengatakan tidur dalam suasana yang terang dan tidak ada keributan	
	06:00	I,II,II	Memonitor tanda-tanda vital TD : 130/80 mmHg N : 88x/menit S : 36,5^{0}C P : 28x/menit	Yayuk
	06:00	I	Melakukan pemberian obat H : Pemberian obat Rifampicin 1tab/oral Obat Etambutol 1 tab/oral Obat INH 1 tab/ oral Obat Pyrazinamid 1 tab/oral	Perawat selfi
	06:15	I	Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif H : Pasien mengatakan masih batuk berlendir dan masih terasa ada ditenggorokan	Yayuk
Sabtu, 23/03/2019	07:00	III	Membantu aktivitas perawatan yang di perlukan H : Membantu pasien dalam BAK menggunakan pispot	Maria
	07:15	II	Membantu dan menyuapi pasien dengan memberikan air hangat H : Tampak keluarga pasien membantu menyuapi pasien dan memberikan air hangat 1 gelas ±200cc	Maria
	08:15	I	Memberikan oksigen tambahan sesuai yang dibutukan H : -Tampak perawat mengisi dan memberikan oksigen nasal kanul 5liter/menit -Pasien mengatakan masih sesak nafas	Maria

	08:15	I	Memonitor aliran oksigen H : Tampak selang oksigen tidak bocor dan teraba dikulit perawat	Maria
	09:00	I,II,III	Memonitor tanda-tanda vital H : TD : 90/60 mmHg N : 80x/menit P : 29x/menit S : 36,5^{0}c	Indriani
	09:15	I	Memonitor BAB H : Pasien mengatakan belum BAB	Indriani
	09:30	I	Melakukan fisioterapi dada H : Pasien mengatakan batuk berlendir dirasakan mulai berkurang dan kadang-kadang batuknya muncul	Indriani
	09:35	I	Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea H : Tampak pasien berbaring dalam posisi semi fowler 45^{0}C	Indriani
	10:00	I	Membantu menyuapi pasien dan memerikan cairan hangat H : Tampak pasien makan roti 1 bungkus dan ½ gelas air ±100cc	Maria
	10:30	II	Mengauskultasi suara napas H : - Terdengar suara napas tambahan ronchi - Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan	Indriani
	11:35	I	Menyuapi pasien dan memberikan cairan hangat dan meninggikan kepala tempat tidur 30-45menit H : Pasien mengatakan tidak berselera makan	Maria

			- Tampak pasien menghabiksan 3 sendok bubur,1biji telur rebus, tahu, dan tidak menghabiskan sayur serta minum air putih 2 gelas ± 400cc	
	12:00	II	Menimbang BB pasien H : Tampak BB pasien 42, dengan IMT 16 (BB kurang ideal).	Maria
	12:30	II	Menganjurkan keluarga untuk membawakan makanan favorit pasien sementara di Rs atau fasilitas perawatan H : Tampak keluarga pasien membawakan roti untuk , jus buavita dan buah semangka 1 potong yang disedikan dari RS	Indriani
		III	Membantu aktivitas perawatan yang diperlukan H : - Membantu pasien BAK dalam pispot - Tampak perawat membantu pasien dalam mengganti pakaian pasien	Maria
	12:30	III	Membantu pasien untuk mengubah posis secara berkala H : Pasien mengatakan ingin menurunkan posisi tidur terlentang	Maria
	13:15	I	Mengauskultasi suara nafas, mencatat area yang kurang ventilasinya dan ada tidaknya suara tambahan H : - Tampak suara nafas tambahan ronchi mulai berkurang	Indriani
	13:25	III	Menganjurkan untuk istirahat dan aktivitas secara bergantian H : Tampak pasien beristirahat dalam posisi terlentang	Indriani

	16:00	I,II,III	Memonitor tanda-tanda vital H : TD : 100/70 mmHg N : 80x/menit P : 24x/menit S : 36,2^{0}c	Ani
	16:15	I	Memberikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan H : - Tampak perawat mengisi dan memberikan oksigen 5 liter/menit - Pasien mengatakan masih sesak	Ani
	16:20	I	Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif H : Pasien mengatakan mampu melakukan batuk berlendir dan batuk berlendir mulai berkurang	Ani
		II	Memonitor BAB H: - Tampak pasien BAB menggunakan pampres - Tampak BAB berwarna hitam kecoklatan, konsistensi padat	Yayuk
	18:00	II	Menyuapi pasien dan memberikan cairan hangat dan membantu pasien dalam posisi fowler H : Pasien mengatakan tidak berselera makan -Tampak pasien menghabiskan 5 sendok bubur, 1biji telur rebus, tahu, dan tidak menghabiskan sayur serta minum air putih 2 gelas ± 400cc	Yayuk
	18:30	II	Menimbang BB pasien H : Tampak BB pasien 42 kg, tidak ada kenaikan berat badan	Yayuk
	19:00	III	Menganjurkan untuk istirahat dan	Ani

			aktivitas secara bergantian H : Tampak pasien beristirahat dalam posisi terlentang	
	20:30	I,II,II	Memonitor tanda-tanda vital H : TD : 90/60mmHg N : 88x/menit S : 36,5^{0}c P : 24x/menit	Marni
	20:45	I	Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif H : Pasien mengatakan batuk berlendir mulai berkurang	Marni
	21:00	I	Mengauskultasi suara napas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak adanya suara tambahan. H : Tampak suara nafas tambahan ronchi mulai bekurang	Marni
		II	Memberikan cairan hangat H : tampak pasien minum air hangat 1 gelas ±200cc	Marni
	21:30	I	Memberikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan H : -Tampak perawat mengisi dan memberikan oksigen nasal kanul 3liter/menit -Pasien mengatakan sesak mulai berkurang	Marni
	21:35	I	Monitor aliran oksigen H : Tampak selang okigen tidak bocor dan terasa aliran oksigen di kulit perawat	Marni
	22:00	III	Membantu pasien untuk mengubah posisi secara berkala H : Pasien mengatakan ingin tidur dalam posisi terlentang	Ririn
	22:30	III	Menganjurkan periode untuk istirahat dan aktivitas secara bergantian H: Tampak pasien tidur dalam posisi terlentang	Ririn
		III	Membatasi reaksi lingkungan	Marni

			(cahaya dan kebisingan) H : Pasien mengatakan tidur dalam suasana yang terang dan tidak ada keributan	
	06:00	I,II,II	Memonitor tanda-tanda vital H : TD :100/60 mmHg N : 80x/menit S : 36,3^{0}c P : 24x/menit	Ririn
	06:10	I	Mengauskultasi suara nafas, mencatat area yang kurang ventilasinya dan ada tidaknya suara tambahan H : - Tampak suara nafas tambahan ronchi mulai berkurang	Ririn
	06:15	II	Memberikan air hangat H : Tampak Pasien minum air hangat ±200cc	Marni
	06:20	I	Memberikan obat H : Tampak perawat meberikan Obat Rifampicin 1 tab/oral Obat Etambutol 1 tab/oral Obat INH 1tab/oral Obat Pyrazinmid 1 tab/oral	Perawat Wayan
	06:15	III	Membantu aktivitas perawatan yang diperlukan H : Tampak pasien dibantu perawat dalam mengganti pakaian pasien dan keluarga membantu pasien dalam BAK mengunakan pispot	Marni
Minggu 24/03/2019	07:00	II	Membantu pasien untuk makan atau menyuapi pasien H : - Tampak keluarga pasien menyuapi pasien - Tampak pasien menghabiskan porsi makan yang diberikan nasi, sayur dan lauk	Maria

	07:25	II	Memberikan cairan hangat sesudah makan H : Tampak pasien mengahbiskan 2 gelas air hangat ± 400cc	Maria
	08:00	I,II,II	Memonitor tanda-tanda vital H : TD : 120/90 mmHg N : 80x/menit P : 22x /meit S : 36^0c	Maria
	08:15	I	Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif H : - Tampak pasien mampu melakukan batuk efektif - Pasien mengatakan batuk berkurang dan sesekali muncul	Indriani
	08:30	I	Mengauskultasi suara nafas H : Tampak suara napas tambahan ronchi mulai berkurang	Indriani
	09:00	II	Menganjurkan keluarga membawa makanan favorit pasien selama pasien sementara di RS atau fasilitas perawatan H : Tampak keluarga pasien membawakn roti dan jus buah untuk pasien	Indriani
	09:30	III	Membantu aktivitas perawatan yang diperlukan H : Tampak perawat dan keluarga membantu pasien dalam mengganti pakaian pasien dan membantu pasien BAK dalam pispot	Indriani
	10:00	I	Memberikan oksigen tambahan seperti yagn diperintahkan H : - Tampak perawat memberikan oksigen 3 liter/menit - Pasien mengatakan sesak mulai berkurang	Maria

	10:15	I	Memonitor aliran oksigen H : Tampak terasa dikulit perawat dan selang oksigen tidak bocor	Maria
	12:00	II	Membantu pasien untuk makan atau menyuapi pasien H : - Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan - Tampak pasien menghabiskan 3 sendok makan bubur,1 biji telur tanpa mengabiskan sayur,ikan.	Maria
	12:15	II	Memberikan air hangat setelah selesai makan H : Tampak pasien minum air hangat 1 gelas ± 200 cc	Maria
	12:30	II	Menimbang BB pasien H : Tampak BB pasien 42 kg, tidak ada kenaikan berat badan	Maria
	12:45	II	Memonitor BAB pasien H : - Tampak pasien BAB menggunakan pampers - Tampak BAB pasien berwarna hitam kecoklatan konsistensi padat	Maria
	13:00	III	Menganjurkan periode untuk istirahat dan aktivitas secara bergantian H : Tampak pasien istirahat dalam posisi terlentang	Indriani
	13:25	II	Mengajarkan pasien mengenai makan-makanan tertentu yang membantu mendukung keteraturan (aktifitas) usus. H : Tampak pasien makan buah pepaya yang dibawakan oleh keluarga	Indriani
	16:00	I,II,III	Memonitor tanda-tanda vital H : TD : 120/90 mmHg N : 80x/menit S : 36,2^{0}c P :23 x/menit	Indriani

	16:15	I	Memberikan oksigen tambahan seperti yagn diperintahkan H : - Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu oksigen - Pasien mengatakan sesak mulai berkurang	Maria
	16:20	I	Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif H : - Tampak pasien mampu melakukan batuk efektif - Pasien mengatakan batuk berkurang dan sesekali muncul	Maria
		III	Mengkaji respon aktivitas H: Pasien mengatakan aktivitasnya masih dibantu kelurga, perawat dan alat serta badan teras lemah	Maria
	17:00	III	Menganjurkan periode untuk istirahat dan aktivitas secara bergantian H : Tampak pasien tidur dalam posis terlentang	Maria
	18:00	II	Membantu pasien untuk makan atau menyuapi pasien H : - Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan - Tampak pasien menghabiskan 4 sendok makan bubur,1 biji telur tanpa menghabiskan sayur,ikan.	Maria

F. Evaluasi Keperawatan

Nama/umur : Tn “A”/81 Tahun

Ruangan/kamar : Isolasi B2B/ 522 A

Hari, Tanggal	NO DP	EVALUASI PROSES	Paraf
Jumat, 21/03/2019	I	**S** : - Pasien mengatakan masih batuk berlendir dan masih terasa ditenggorokan, sesak napas **O** : - Tampak pasien dapat mengeluarkan lendir dengan teknik batuk efektif - Terdengar suara napas tambahan ronchi - Tampak terpasang oksigen nasal kanul 5 liter/menit - Tampak pemberian posisi fowler 90^{o} - Tampak pernapasan pasien 30x/ menit **A** : Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan belum kembali efektif **P** : Lanjutkan intervensi 1. Monitor TTV 2. Manajemen jalan napas 3.Terapi oksigen 4. Pengaturan posisi 5. Pemberian obat	Maria & Indriani
	II	**S** : - Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan - Keluarga pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan dari 56 kg menjadi 42 kg **O** : - Tampak pasien hanya makan 3 sendok bubur, menghabiskan 1 biji telur rebur, serta tidak menghabiskan sayur dan minum air hangat 2 gelas	Maria & Indriani

		400cc - Pasien mengatakan belum BAB sudah 2 hari dan jika tidak BAB pasien menggunakan obat pencahar **A** : Kebutuhan nutrisi pasien belum teratasi **P** : Lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Terapi nutrisi 3. Bantu peningkatan berat badan 4. Manajemen saluran cerna	
	III	**S** : - Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga dan perawat -Pasien mengatakan sesak napas ketika melakukan aktivitas dan badan terasa lemah **O** : -Tampak keluarga dan perawat membantu aktivitas pasien ditempat tidur dalam mengganti pakaian dan BAK menggunakan pispot **A** : Intoleransi aktivitas belum teratasi **P** : Lanjutkan intervensi 1. Bantu aktivitas perawatan yang diperlukan 2. Bantu pasien untuk mengubah posisi secara berkala 3.Anjurkan periode untuk istirahat dan aktivitas secara bergantian 4. kaji respon aktivitas	Maria

Sabtu, 23/03/2019	I	**S** : -Pasien mengatakan batuk berlendir mulai berkurang dan kadang-kadang muncul, sesak masih dirasakan **O** : - Tampak suara tambahan ronchi mulai berkurang - Tampak pasien dibantu dengan oksigen nasal kanul 5 liter/menit - Tampak pasien dalam posisi semi fowler **A** : Ketidakefektian bersihan jalan napas sebagian teratasi **P** : Lanjutkan intervensi 1. Monitor TTV 2. Manajemen jalan napas 3.Terapi oksigen 4. Pengaturan posisi 5. Pemberian obat	Maria & Indriani
	II	**S** : - Pasien mengatakan nafsu makan berkurang dan tidak ada selera makan - Pasien mengatakan tidak menghabiskan porsi makan yang disediakan di RS **O**: Tampak pasien hanya menghabiskan 4 sendok makan bubur, 1 biji telur rebus dan idak menghabiskan sayur dan ikan **A** : ketidakseimbangan nutrisi belum teratasi **P** : Lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Terapi nutrisi 3. Bantu peningkatan berat badan 4. Manajemen saluran cerna	Maria & Indriani
	III	**S :** - Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas karena sesak dan badan terasa lemah - Pasien mengatakan aktivitasnya	Maria & Indriani

		dibantu oleh perawat dan keluarga **O** : -Tampak aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat -Tampak aktivitas pasien hanya dilakukan ditempat tidur **A** : Intoleransi aktivitas belum teratasi **P** : Lanjutkan intervensi 1. Bantu aktivitas perawatan yang diperlukan 2. Bantu pasien untuk mengubah posisi secara berkala 3. Anjurkan periode untuk istirahat dan aktivitas secara bergantian 4. Kaji respon aktivitas	
Minggu, 24/03/2019	I	**S** : Pasien mengatakan sesak sudah berkurang dan batuk berlendir sudah berkurang **O** : - Tamapak pasien tidak dalam posisi semi fowler dan fowler - Tidak terdengar suara napas ronchi - Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu napas oksigen **A** : ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan teratasi **P** : Hentikan Intervensi intervensi	Maria & Indriani
	II	**S** : -Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan -Pasien mengatakan hanya menghabiskan 3 sendok makan **O** : Tampak pasien hanya menghabiskan 3 sendok makan bubur, menghabiskan 1 lauk telur dan tidak menhgabiskan sayur dan minum air 1 gelas **A** : Ketidakseimbangan nutrisi belum teratasi **P** : Lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda vital	Maria & Indriani

		2. Terapi nutrisi 3. Bantu peningkatan berat badan 4. Manajemen saluran cerna	
	III	**S** : Pasien mengatakan aktivitasnya masih dibantu oleh keluarga perawat, dan alat karena badan terasa lemah **O** : -Tampak keluarga dan perawat membantu aktivitas pasien - Tampak aktivitas pasien hanya ditempat tidur **A** : Intoleransi aktivitas belum teratasi **P** : Lanjutkan intervensi 1. Bantu aktivitas perawatan yang diperlukan 2. Bantu pasien untuk mengubah posisi secara berkala 3.Anjurkan periode untuk istirahat dan aktivitas secara bergantian 4. Kaji respon aktivitas	Maria & Indriani

G. Terapi

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 : 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 pada saluran napas.

   f. Alasan pemberian obat :

      Obat combivent diberikan karena pasien mengalami batuk berlendir

   g. Kontra indikasi :

      Kardiomiopati obstruksi hipertrofik, takiaritmia, terhadap fenoterol HBr atau substansi seperti atropine.

   h. Efek samping obat :

      Tremor ringan takikardi, sakit kepala, pusing, gugup, mulut kering, iritasi tenggorokan, retensi urin (Elin, Retnosari & Joseph, 2009)

2. Nama obat : *Rifampicin*
   a. Klasifikasi/golongan obat : Antituberkulosis
   b. Dosis umum : 600mg/hari
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 x 450 mg/24 jam
   d. Cara pemberian : Oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat:

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 seperi mual, muntah, anoreksia, diare: pada intermiten dapat terjadi sindrom influenza, gangguan respirasi (nafas pendek), kolaps dan syok, anemia hemolitik, anemia, gagal ginjal akut, purpura, trombositopenia, gangguan fungsi hati, icterus, flushing, urtikaria, ruam,edema, kelemahan otot, miopati, leucopenia, eosinophilia, gangguan menstruasi, warna kemerahan pada urin, 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 obat :

Penghambatan sintesa RNA pada kuman yang sedang membelah, juga menghindari terbentuknya *mycolic acid* 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.

4. Nama obat : *Pyrazinamide*
   a. Klasifikasi/golongan obat : Anti tuberculosis
   b. Dosis umum : 500 mg
   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 t*uberculosis* 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 : Izoniasid (INH)
   a. Klasifikasi/ golongan obat : Anti tuberculosis
   b. Dosis umum : 300 mg/hari
   c. Dosis untuk yang bersangkutan : 1x1/300 mg/hari
   d. Cara pemberian obat : Oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

      Menghambat sintesis dinding sel mikobakterium dan mengganggu metabolismenya.

f. Alasan pemberian obat pada pasien :

Untuk pencegahan t*uberculosis* pada pasien yang terpajan penyakit.

g. Kontraindikasi

Hipersentivitas, penyakit hati akut, hepatitis akibat izoniasid yang sebelumnya.

h. Efek samping obat

SSP :Neuropati perifer, kejang, psikosis

Mata dan THT :gangguan penglihatan, mual, muntah.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

Dalam bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan antara konsep teori dengan kasus yang nyata yang ditemukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn ”A” dengan kasus TB Paru yang dilaksanakan selama tiga hari di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dari tanggal 22-24 Maret 2019. Untuk memudahkan pembahasan maka penulis membahas dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan data dasar proses keperawatan. Pada tahap ini semua data atau informasi tentang pasien yang dibutuhkan/dikumpulkan untuk membantu merumuskan diagnosa keperawatan yang sesuai. Penulis memperoleh data dari berbagai sumber yaitu pasien, keluarga, perawat ruangan, catatan medis serta hasil pengmatan langsung pada pasien.

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan penulis pada Tn “A” umur 81 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 21 Maret 2019, dengan keluhan utama sesak nafas, batuk belendir dan kurang nafsu makan. Pasien mengatakan batuk sudah berlangsung ±1bulan yang lalu berwarna putih, sesak napas, pasien mengatakan badan terasa lemah ketika melakukan aktivitas serta tidak ada nafsu makan. Kondisi pasien makin lemah dan memutuskan berobat ke rumah sakit untuk mendapatkan pengobatan. Pada saat pengkajian dilakukan pemeriksaan fisik, auskultasi dinding thorax terdengar bunyi nafas bronchovesicular dan terdengar sura nafas tambahan ronchi pada lapang paru kanan. Data yang ditemukan berdasarkan pengamatan kasus menunjukkan

bahwa tidak ada kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus yang ada di RS karena semua tanda dan gejala yang dialami oleh pasien terdapat pada tinjauan teoritis.

Pada tinjauan kasus ini hasil pemeriksaan foto thorax menunjukkan hasil TB Paru dextra lama aktif. Pemeriksaan laboratorium yang tidak dilakukan yaitu pemeriksaan BTA(Basil Tahan Asam) dan tes tuberculin karena pemeriksaan foto thorax menunjukkan hasil TB paru dextra lama aktif dan pasien memiliki riwayat TB paru sebelumnya dan sementara masih mengkonsumsi OAT. Dari hasil pemeriksaan di atas telah menunjukkan diagnosa yang mendukung. Berdasarkan data dari pengamatan kasus diatas, menunjukkan bahwa tidak terdapat kesenjagan antara teori dan kasus yang terjadi di RS.

Berdasarkan pengkajian 11 pola fungsional gordon maka ada beberapa yang bermasalah yaitu pola persepsi pemeliharaan kesehatan, pola nutrisi dan metabolik, pola aktivitas dan latihan.

Pada tinjauan kasus, obat-obat anti tuberkulosis yang diberikan kepada pasien adalah Rifampicin, Pyrazinamid, INH dan Etambutol). Obat-obat yang lain yang diberikan yaitu Combivent. Sedangkan pada tinjauan teoritis ada 5 obat anti tuberkulosis yang doberikan yaitu Isoniazid, Pyrazinamid, Etambutol, INH dan Rifampicin. Dari kenyataan tersebut tidak terdapat kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus yang ada di RS bila hanya melihat dari sudut pandang nama obat akan tetapi jika melihat komposisi dan tinjauan dari obat tersebut tidak ada perbedaan.

Pemberian obat combivent bertujuan untuk mengencerkan sekret pada jalan napas.

B. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan data dari pengkajian di atas penulis mengangkat diagnosa keperawatan pada Tn ”A” yaitu :

1. DP I : ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus yang berlebihan. Penulis mengangkat diagnosa ini karena adanya data-data hasil pengkajian yaitu batuk berlendir, sesak nafas, bunyi nafas bronchovesicular serta terdapat suara tambahan ronchi pada lapang paru kanan dan pemeriksaan foto thorax TB paru dextra alam aktif.
2. DP II : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan. Penulis menganngkat diagnosa ini karena pada saat pengkajian pasien tampak lemah, tidak ada nafsu makan, tampak kurus dan TB: 160 cm, BB : 42 kg, IMT : 16 (berat badan kurang).
3. DP III : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pada saat pengkajian pasien mengatakan badan terasa lemah saat beraktivitas, sesak napas saat beraktivitas, dan aktivitasnya dibantu oleh kelurga, perawat dan alat.

Adapun beberapa diagnosa keperawatan pada tinjauan teoritis yang penulis tidak angkat dalam tinjauan kasus karena tidak ada data-data yang mendukung pada saat pengkajian.

1. 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.

2. Hipertermia berhubungan dengan infeksi *Mycobacterium tuberculosis*. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena pada saat pengkajian pasien tidak mengalami peningkatan suhu tubuh (suhu tubuh normal).
3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan kerusakan membrane alveolar. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena penulis telah mengangkat diagnosis ketidakektifan bersihan jalan napas untuk mengatasi 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 diagnosis ini karena penulis telah mengangkat diagnosis ketidakektifan bersihan jalan napas untuk mengatasi pola napas yang kurang efektif.
5. Risiko infeksi dengan faktor risiko: terpajan pada wabah. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena tampak keluarga pasien mengetahui bahwa penyakit yang di derita oleh pasien menular ditandai dengan keluarga menjaga pasien dengan memakai masker.

C. Perencanaan keperawatan

Setelah melalui suatu proses pengkajian dan penentuan masalah keperawatan, selanjutnya penulis menetapkan perencanaan untuk mengatasi masalah yang muncul. Penulis menuliskan intervensi yang sesuai dengan prioritas masalah yang ditemukan pada pasien yaitu:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus yang berlebihan. 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 dispnea (misalnya posisi semi fowler atau fowler), jaga kepala tempat tidur ditinggikan 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 generik obat, dosis, waktu, cara, alasan pemberian dan efek yang dicapai) sesuai dengan protocol.

2. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan Kurang asupan makanan (Herdman & Kamitsuru, 2016). Penulis membuat beberapa intervensi yaitu 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, anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorite pasien sementara pasien berada di rumah sakit atau fasislitas perawatan yang sesuai, monitor tanda-tanda vital, nadi, suhu dan status.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi. penulis membuat beberapa intervensi Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi. Intervensi yang di lakukan antara lain Kaji respon aktivitas, bantu aktivitas perawatan yang diperlukan, bantu pasien untuk mengubah posisi secara berkala, anjurkan periode untuk istirahat dan beraktivitas secara bergantian, batasi rangsangan lingkungan (seperti cahaya dan kebisingan) untuk memfasilitasi relaksasi.

D. Implementasi keperawatan(Bulechek, 2013)

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 intoleransi aktivitas : imobilisasi, semua intervensi yang disusun dapat diimplementasikan semua selama ± 3 hari.

E. Evaluasi

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 (22-24 Maret 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 didukung dengan data pola napas normal 23x/menit dan tidak terdengar suara napas tambahan, maka hal ini menunjukkan bahwa frekuensi dan

irama napas pasien kembali efektif dan batuk, sehingga diagnosis ketidakefektifan bersihan jalan napas telah teratasi.

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan. Evaluasi yang dilakukan didapatkan masalah Kebutuhan nutrisi pasien belum teratasi dimana Pasien mengatakan hanya menghabiskan 3-4 sendok makan bubur, menghabiskan 1 biji telur rebus tanpa menghabiskan sayur dan ikan dan menghabiskan 1 gelas air hangat ±200 cc, hal ini menunjukkan bahwa belum ada hasrat/keinginan dan menyenangi makanan, serta asupan protein, lemak, karbohidrat, serat dan mineral belum teratasi.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imbobilisasi. Evaluasi yang dilakukan didapatkan pasien belum mampu melakukan aktivitasnya sendiri. Pasien mengatakan ketika melakukan aktivitas badan terasa lemah, dan aktivitasnya dibantu oleh keluarga, alat dan perawat. Hal ini menunjukkan bahwa aktivitas pasien belum teratasi.

BAB V

PENUTUP

Setelah pembahasan teori dan melakukan pengkajian secara langsung serta menerapkan asuhan keperawatan pada Tn “A” umur 81 tahun dengan TB Paru, maka penulis menarik kesimupulan dan saran sebagai berikut :

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

   Pada saat pengkajian didapatkan data pasien mengatakan sesak sejak beberapa bulan yang lalu. Dari data yang diperoleh saat pengkajian didapatkan pasien batuk berlendir berwarna putih sesak nafas dan tidak ada nafsu makan. Tampak terpasang nasal kanul 5 liter/menit, tampak pasien batuk berlendir, tampak terbaring lemah dalam posisi semi fowler, tampak terpasang Nacl 500 cc/ 20 tetes/menit. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD : 160/100 mmHg, N: 92x/menit P: 30x/memit S: 36,5^{0}c. Pada pemeriksaaan foto thorax didapatkan TB paru dextra lama aktif, teraba vocal premitus pada lapang paru kanan lebih keras dibandingkan kiri, suara tambahan ronchi. Keluarga mengatakan selama sakit pasien mengalami penurunan berat badan dari 56 kg menjadi 42 kg, tampak pasien kurus, ukuran LILA 20 cm. Pasien mengatakan badan terasa lemah ketika melakukan aktivitas, dan aktivitasnya dibantu oleh keluarga, alat dan perawat.
2. Setelah penulis melakukan pengkajian kasus, penulis menemukan masalah keperawatan pada Tn “A” dengan TB Paru yaitu :
   a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus yang berlebihan

b. Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan
c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi

3. Rencana keperawatan yang disusun untuk mengatasi masalah yang dirasakan pada Tn “A” sebagai berikut :
   a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus yang belebihan.

      Intervensi keperawatan yang dilakukan antara lain memonitor tanda-tanda vital, manajemen jalan napas, terapi oksigen, pengaturan posisi dan pemberian obat.
   b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.

      Intervensi keperawatan yang dilakukan antara lain memonitor tanda-tanda vital, terapi nutrisi, bantu peningkatan berat badan, manajemen saluran cerna.
   c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi

      Intervensi yang di lakukan antara lain bantu aktivitas perawatan yang diperlukan, bantu pasien untuk mengubah posisi secara berkala, anjurkan periode untuk istirahat atau beraktivitas secara bergantian, kaji respon aktivitas, batasi rangsangan lingkungan (seperti cahaya dan kebisingan untuk memfasilitasi relaksasi.
4. Implementasi yang dilakukan pada pasien sesuai dengan intervensi yang dibuat untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan yang diberikan dan diimplementasikan yang dilakukan dapat terlaksana berkat kerja sama antar pasien, keluarga, teman sejawat, rekan-rekan mahasiswa dan ditunjang oleh alat/saran yang dimiliki Rumah Sakit.
5. Setelah melakukan asuhan keperawatan selama tiga hari pada pasien Tn ”A” dapat diperoleh hasil evaluasi dari masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas sudah teratasi pasien

mengatakan sesak berkurang dan batuk berlendir berkurang, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi. Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan dan hanya menghabiskan 3 sendok porsi makan yang disediakan tanpa menghabiskan sayur dan lauk yang diberikan dan minum air hangat 1 gelas dan intoleransi aktivitas belum teratasi. Pasien mengatakan aktivitasnya masih dibantu oleh keluarga dan perawat.

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 instansi RS

   Pihak Rumah Sakit diharapkan tetap memperhatikan, mempertahankan, mengembangkan mutu pelayanan keperawatan ke arah pelayanan komprehensif khususnya pada penanganan pasien TB Paru.

2. Bagi instansi pendidikan

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

3. Bagi pasien

   Untuk mencegah tingkat keparahan penyakit TB 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 memahami tentang penyakit TB Paru, seperti penyebab, tanda dan gelaja, serta pencegahannya.

4. 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.

DAFTAR PUSTAKA

Bruner & Suddarth. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah.* Edisi 12. Jakarta : EGC

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

Doenges, Marilyn E. 2014*. Manual Diagnosis Keperawatan : Rencana, Intervensi, Dan Dokumenetasi Asuhan Keperawatan.* Edisi 3. Jakarta : EGC

Hurts, Marlene. 2015*. Belajar Mudah Keperawatan Medikal Bedah.* Volume 1. Jakarta : EGC

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

Kementrian kesehatan RI.2016. *National Strategc Plan of Tuberculosis Control* 2016-2020.Jakarta

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

Mustikawati.2017. *Anatomi Dan Fisiologi Untuk Keperawatan Ringkasan Keperawatan*.Jakarta:CV.Trans Info Media

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 8 Mei 2019

Riskesdas. 2013. www.depkes.go.id. Diakses pada tanggal 13 Mei 2019

Riskesdas. 2018. www.depkes.go.id. Diakses pada tanggal 10 Mei 2019

Sholeh S.Naga. 2012*. Buku Panduan Lengkap Ilmu Penyakit Dalam*. Jogjakarta : Diva Press (Anggota IKAPI)

Tarwoto dan Ratna Aryani. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : CV Sagung Seto

Widoyoni. 2011. *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan, Dan Pemberantasan.* Edisi : kedua.Jakarta:Erlangga

Wijaya Saferi Andra & Putri Marisa Yessie.2013. *Keperawatan Medikal Bedah.* Yogyakarta : Nuha Medika

DAFTAR LEMBAR KONSUL

KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Indriani Pakiding

NIM : E1614401062

: Maria Dafrociana Purnama

E1614401066

Judul : Asuhan Keperawatan pada Tn." A" dengan Penyakit TB Paru (DI Ruang Perawatan Isolasi B2B Rumah Sakit Stella Maris

Pembimbing I : Asrijal Bakri, Ns., M. Kes

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PERBAIKAN	TTD
1	18/03/2019	BAB I	-Perbaiki data -Data Riskesdas 2018 -Perbaiki sumber yang tahun terbaru -Perhatikan pengetikan	
2		BAB II	-Perbaiki sumber yang terbaru -Perhantikan pengetikan	

			-Bagan patofolodiagram	
3		BAB III	-Pengaturan margin/pengetikan -Lengkapi data	
4	1/04/19	BAB I-III	-Pengetikan -Data pengkajian lengkapi -Sumber masih perlu dilengkapi -Perbaiki patoflodiagram -Lanjutkan BAB III/rencana keperawatan	
5	8/04/19	Bab III	-Kontrol ketikan -BAB III ACC -Lanjut BAB IV	
6	10/04/19	BAB IV/V	-Perbaiki margin-kesenjangan -Perhatikan pengetikan pada Intervensi/implmentasi -BAB IV, V ACC	

7	15/04/19	BAB I & IV	-Data Riskesdas -Data MRO : 3 thn/ 2thn -Perhatikan pengetikan	
8	9/05/19	Bab I,II	-Data Riskesdas -BAB II Patoflodiagram BAB III : HASIL LAB OK -Perhatikan pengetikan -BAB I,II ACC	