KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY "N" UMUR 47 TAHUN DENGAN TUBERKULOSIS PARU DI RUANG ISOLASI BERNADETH IIB RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH:

MARNI

E1614401069

MASTORIANI

E1614401070

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2019

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY "N" UMUR 47 TAHUN DENGAN TUBERKULOSIS PARU DI RUANG ISOLASI BERNADETH IIB RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH:

MARNI

E1614401069

MASTORIANI

E1614401070

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2019

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul " ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY "N" DENGAN *TUBERCULOSIS* PARUDI RUANG PERAWATAN BERNADETH IIB RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR " telah disetujui oleh pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Marni (E1614401069)

Matoriani (E1614401070)

Disetujui oleh :

Pembimbing



(Elmiana Bonga Linggi S,Kep., NS,.M.Kes.)

NIDN. 0925027603

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik



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

NIDN. 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM DIIIKEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS MAKASSAR

Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "N" DENGAN *TUBERCULOSIS* PARU DI RUANG PERAWATAN BERNADETH IIB RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah dipertanggungjawabkan dan diujikan di hadapan tim penguji yang dilaksanakan pada :

Hari/Tanggal : 20 Mei 2019

Pukul : 14.00 – 15.30 wita.

Tempat : Stik Stella Maris Makassar

Tim Penguji :

1. Mery Solon, Ns., M.Kes. ( )
2. Fransiska Upa, S.Kep.,Ns. ( )
3. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes. ( )

Mengetahui

Ketua Stik Stella Maris Makassar

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

NIDN. 0928027101

KATA PENGANTAR

PujidansyukurpenulispanjatkankepadaTuhan Yang MahaEsa, yang telahmelimpahkanrahmatdanberkatsertapenyertaan-NyasehinggapenulisdapatmenyelesaikanKaryatulisilmiahinidenganjudul“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY “N” DENGAN *TUBERCULOSIS* PARUDI RUANG PERAWATAN BERNADETH II B 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 STIK Stella Maris Makassaryang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan, serta telah membimbing dan mendidik selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
2. Henny Pongantung, S.kep.Ns.,MSN. Selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar yang turut mendidik dan membantu penulis selama penulis mengikuti pendidikan.
3. Rosdewi, S.kp.,MSN. Selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi STIK Stella Maris Makassar yang turut mendidik dan membantu penulis selama penulis mengikuti pendidikan.
4. Fr. Blasius Perang, CMM.,SS.,Ma.Psy. Selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar yang turut mendidik dan membantu penulis selama penulis mengikuti pendidikan.
5. Dr. Thomas Suharto.,MMR. Selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan.

6. Mery Solon.,S.Kep.,Ns.,M.Kes Selaku ketua program studi D.III keperawatan dan pembimbing akademik yang selalu membimbing serta memberikan motivasi.
7. Elmiana Bongga Linggi.,Ns.,M.Kes Selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Segenap Dosen beserta Staf STIK Stella Maris yang telah membimbing dan membekali penulis berupa ilmu pengetahuan di bidang keperawatan selama mengikuti pendidikan.
9. Kepala ruangan dan seluruh staf Bernadeth II B Rumah Sakit Stella Maris Makassar atas bantuan selama penulis melaksanakan praktek.
10. Kepada Ny. Ndan keluarga yang telah bersedia dan bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya tulis ini.
11. Kedua orang tua tercinta, dari Marni (Bpk Baso Dg Bella dan ibu Rabati Dg Ngugi) dan Mastoriani (Bpk Obed Nego dan Ibu Sry Yanti) dan saudara/i yang telah memberikan dukungan, dorongan dan Doa dalam menyelesaikan studi di kampus tercinta STIK Stella Maris Makassar.
12. Buat teman–teman mahasiswa/i Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris, Program DIII Keperawatanangkatan 2016 yang sudah bersama-sama menjalani penyusunan karya tulis ilmiah ini.

PenulismenyadaribahwaKaryaTulisIlmiahinimemilikibanyakkekurangan danmasihjauhdarikesempurnaan “tidakadagading yang takretak”, untukitupenulismengharapkanadanyakritikandan saran yang bersifatmembangundarisemuapihak demi kesempurnaanKaryaTulisIlmiah

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

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

BAB II TINJAUAN TEORITITS

A. Konsep Dasar Medis 6
   1. Pengertian 6
   2. Anatomi Fisiologi 7
   3. Etiologi 12
   4. Patofisiologi 14
   5. Manifestasi Klinik 16
   6. Tes Diagnostik 18
   7. Komplikasi 19
   8. Penatalaksanaan Medik 19
B. Konsep Dasar Keperawatan 20
   1. Pengkajian 20
   2. Diagnosa Keperawatan 22
   3. Perencanaan Keperawatan 22
   4. Discharge Planning 30

C. Patoflodiagram 31
BAB III PENGAMATAN KASUS
A. Pengamatan kasus 34
B. Pengkajian 35
C. Analisa Data 55
D. Diagnosa Keperawatan 57
E. Intervensi Keperawatan 58
F. Implementasi 64
G. Evaluasi 93
H. Daftar Obat 102
BAB IV PEMBAHASAN KASUS
A. Pengkajian 107
B. Diagnosa Keperawatan 109
C. Perencanaan Keperawatan 111
D. Pelaksanaan Keperawatan 113
E. Evaluasi 115
BAB V PENUTUP
A. Kesimpulan 116
B. Saran 117
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, tuberkulosis 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 tuberkulosis paru di seluruh dunia, 10% di antaranya adalah orang yang hidup dengan 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 tuberkulosis, termasuk hampir 400.000 orang yang terkena infeksi HIV kemudian mengalami penurunan sebesar 4% dibandingkan tahun 2015.*WHO* 2016 menyatakan Indonesia sebagai negara dengan penderita tuberkulosis terbanyak kedua di dunia yaitu sebanyak 10 % dari total global kasus (Smith, 2016).

Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013-2018, angka kasus tuberkolosis paru pada tahun 2018 di indonesia sebesar 245/100.000 penduduk, meningkat bila dibandingkan tahun 2013 yang sebesar 81/100.000 penduduk. Dimana tiap tahun terjadi peningkatan menjadi 326/100.000 kasus.

Data profil kesehatan Indonesia yang dilaporkan oleh Kemenkes RI 2017 menjelaskan jumlah penyakit tuberkulosis sebesar 136/100.000 atau 10,12% populasi Indonesia menderita Tuberkulosis, atau setara 420.994 kasus tuberkulosis, 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). Sedangkan data dari Dinas Kesehatan Kota Makassar 2017 penderita

tuberkulosis sudah mencapai kurang lebih 185.000 kasus. Makassar merupakan kota dengan penderita tuberkulosis tertinggi di Sulsel dengan angka kasus baru per tahunnya mencapai 254 kasus per *rate* 100.000 penduduk (Kemenkes, 2017).

Data *Medical Record (MRO)* di Rumah Sakit Stella Maris Makassar tahun 2019 diperoleh data pada tahun 2016 jumlah pasien penderita tuberkulosis 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 perempuan 5 jiwa (1,65%) serta yang meninggal sebanyak 22 jiwa (7,26%). Pada tahun 2017 jumlah penderita tuberkulosis paru sebanyak 389 jiwa dengan persentase tertinggi pada kelompok umur 25-65 tahun yaitu laki-laki sebanyak 258 jiwa (66,32%) dan perempuan sebanyak 131 jiwa (33,67%) dan persentase 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 tuberkulosis paru sebanyak 346 jiwa dengan persentase tertinggi pada umur 25-65 tahun yaitu laki-laki sebanyak 222 jiwa (64,16%) dan perempuan sebanyak 124 jiwa (35,83%) dan persentase 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 tuberkulosis rumah sakit melalui pengobatan jangka pendek dengan pengawasan langsung.Kementrian kesehatan Indonesia pada tahun 2016 telah merancang program TOSS Tuberkulosis

(Temukan tuberkulosis, obati sampai sembuh) diharapkan mampu menggerakkan masyarakat untuk turut serta menemukan kasus-kasus tuberkulosis baru yang ada di lingkungan sekitar dan memantau pengobatan hingga tuntas, peran serta masyarakat sangat diperlukan terutama dalam membantu menemukan, pengawasan terhadap pengobatan pasien tuberkulosis sampai sembuh agar rantai penularan tuberkulosis di Indonesia dapat dihetikan. Adanya dukungan dari masyarakat dapat memberikan semangat positif dan kepatuhan pasien untuk minum obat karena masih banyak masyarakat yang tidak mengetahui tentang tuberkulosis dan bagaimana mengakses pengobatan (Smith, 2016). Dengan melihat kasus di atas maka penulis tertarik untuk menjadikan penyakit tuberkulosis menjadi kasus asuhan keperawatan.

B. Tujuan penulisan

1. Tujuan Umum

   Memperoleh pengalaman nyata dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Tuberkulosis paru

2. Tujuan Khusus

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

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

B. Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi / Pendidikan

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

2. Bagi Rumah Sakit

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

3. Bagi Pasien

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

4. Penulis

Menambah pengetahuan dan keterampilan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan tuberkulosis paru serta melakukan pendokumentasian dan penyusunan karya tulis ilmiah.

C. Metode penulisan

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

1. Studi Kasus, terdiri dari
   a. Observasi

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

   b. Wawancara

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

c. Pemeriksaan fisik dengan cara : inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi
d. Studi Dokumentasi
   Dengan mempelajari dokumen dari pasien berupa status pasien dan laporan catatan medik (medical record)

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

C. Sistematika Penulisan

Karya Tulis Ilmiah tersusun atas lima Bab yang terdiri dari Bab I "Pendahuluan", Bab ini menguraikan tentang latar belakang penulisan, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistimatika penulisan. Bab II "Tinjauan Teoritis", bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medis yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostic, penatalaksanaan medik dan komplikasi, sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, *Discharge Planning*, dan Patoflowdiagram. Bab III, "Pengamatan Kasus", menguraikan tentang pengkajian, analisa data, perencanan keperawatan, evaluasi serta daftar obat pasien. Bab IV "Pembahasan Kasus" yaitu bab ini membahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan di lapangan. Bab V "Penutup", terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

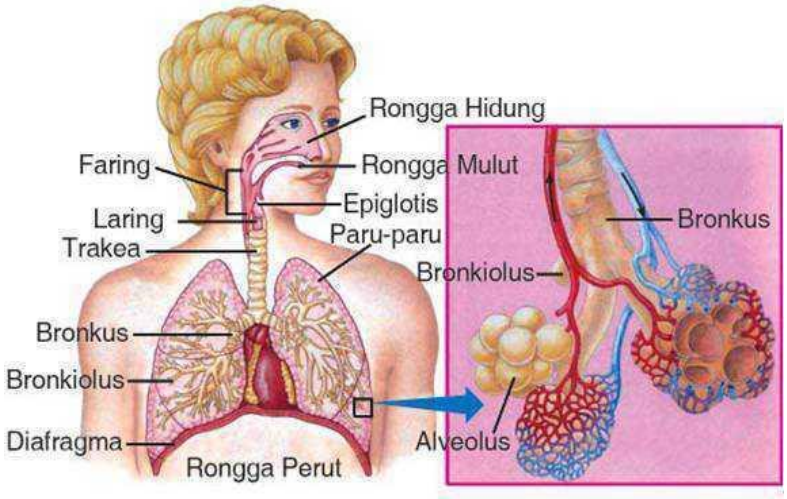
Tuberkulosisparu merupakan penyakit infeksi yang menyerang parenkim paru-paru, disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini dapat juga menyebar kebagian tubuh lain seperti meningen, ginjal, tulang dan nodus limfe (Bruner, 2014). Tuberkulosis pada manusia ditemukan dalam dua bentuk yaitu :

a. Tuberkulosis primer, jika terjadi pada infeksi yang pertama kali,
b. Tuberkulosis sekunder, kuman pada tuberkulosis primer akan aktif setelah bertahun-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 & Yessie 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 TuberkulosisParu adalah penyakit infeksius yang dapat menular melalui udara (droplet) yang menyerang parenkim paru, dapat juga ke bagian tubuh lainnya seperti meningen, ginjal, tulang dan nodus limfe, yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis.*

2. Anatomi fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi 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 ke dalam 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 di belakang laring (*larynxpbaryngeal)*

3) Laring (Tenggorokan)

Laring terletak di depan 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 9cm. 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 menentang 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 pembuluhdarah 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 da 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 menyilimuti paru. Terdapat dua 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 dimana 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 kimis 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 tuberkulosis 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 tuberkulosis (*reinfection)* adalah peradangan yang terjadi pada jaringan paru yang disebabkan oleh penularan ulang. Adapun

beberapa faktor seperti faktor pendukung/predisposisi dan faktor pencetus/prespitas:

a. Faktor pendukung

1) Umur

Penyakit tuberkulosis 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 tuberkulosis 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 tuberkulosis paru.

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 tuberkulosis.Pendapatan keluarga juga sangat erat dengan penularan tuberkulosis, 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 tuberkulosis 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. (Widoyono,2011).

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 (Widoyono,2011).

4. Patofisiologi

Port dientry kuman *Mycobacterium Tuberculosis* adalah saluran pernapasan, saluran pencernaan, dan luka terbuka pada kulit.Kebanyakan infeksi terjadi melalui udara (*air bone*), yaitu melalui inhalasi dropplet (seperti seseorang batuk dan bersin), yang mengandung kuman-kuman basil tuberkel yang mencapai alveolus dan diinhalasi biasanya terdiri atas satu sampai tiga gumpalan.Basil

yang lebih besar cenderung bertahan di saluran hidung dan cabang besar bronkus, sehingga tidak menyebabkan penyakit. Setelah berada ruang alveolus, kuman akan mulai mengakibatkan peradangan. Leukosit polimorfonuklear tampak memfagosit bakteri di tempat ini, namun tidak membunuh organisme tersebut.

Sesudah hari pertama, maka leukosit diganti oleh makrofag. Alveoli yang terserang akan mengalmi konsolidasi dan timbul gejala pnemonia akut. Pnemonia selular ini dapat sembuh dengan sendirinya, sehingga tidak ada sisa yang tertinggal atau proses dapat berjalan terus dan bakteri terus difagosit atau berkembang biak di dalam sel. Basil juga menyebar melalui getah bening menuju getah bening regional. Makfrofag yang mengadakan infiltrasi menjadi lebih panjang dan bersatu, sehingga membentuk sel tuberkel epiteloit yang dikelilingi oleh fosit.Reaksi ini biasanya membutuhkan waktu 10-20 jam. (Ardiansyah 2012).

Berbagai faktor risiko memengaruhi perkembangan Tuberculosis Paru, di antaranya:

a. Pecandu alkohol. Pada pasien pecandu alkohol yang memiliki kelainan pada hati akan mengalami penurunan jumlah limfosit.
b. Infeksi HIV, pada pasien yang terinfeksi hiv terjadi penurunan dan disfungsi limfosit T CD4 secara progresif disertai dengan terjadinya defek fungsi makrofag dan monosit.
c. Diabetes Melitus (DM). Pada pasien DM dengan kadar gula yang tinggi akan memicu terjadinya defek imunologis yang akan menurunkan fungsi neutrofil, monosit maupun limfosit.
d. Kemiskinan diidentikkan dengan keadaan malnutrisi, keadaan malnutrisi menurunkan resistensi terhadap infeksi, karena produksi antibodi oleh tubuh berkurang sehingga dapat disimpulkan bahwa semua faktor risiko Tuberculosis Paru menurunkan fungsi imun tubuh yang berfungsi sebagai

pertahanan tubuh terhadap kuman Tuberculosis Paru.(Ardiansyah 2012).

5. Manifestasi Klinis

Pada stadium awal penyakit Tuberculosis Paru tidak menunjukkan tanda dan gejala yang spesifik. Namun seiring dengan perjalanan penyakit akan menambah jaringan parunya mengalami kerusakan, sehingga dapat meningkatkan produksi sputum yang ditunjukkan dengan seringnya klien batuk sebagai bentuk kompesasi pengeluaran dahak.

Selain itu, klien dapat merasa letih, lemah, berkeringat pada malam hari dan mengalami penurunan berat badan yang berarti.Tanda dan gejala menurut beberapa ahli. Tuberculosis Paru dapat digolongkan menjadi 2 golongan, gejala respiratorik dan gejala sistematik (Manurung,2015) :

Gejala Respiratorik :

a. Batuk

Batuk baru timbul apabila proses penyakit telah melibatkan bronkhus. Batuk mula-mula terjadi oleh karena iritasi bronkhus; selanjutnya akibat adanya peradangan pada bronkhus, batuk akan menjadi produktif. Batuk produktif ini berguna untuk membuang produk-produk ekskersi peradangan dahak dapat bersifat mukoid atau purulen

b. Batuk Darah

Batuk darah terjadi akibat pecahnya pembuluh darah.Berat dan ringannya batuk darah yang timbul, tergantung dari besar kecilnya pembuluh darah yang pecah.Batuk darah tidak selalu timbul akibat pecahnya aneurisma pada dinding kavitas, juga dapat terjadi karena ulserasi pada mukosa bronkhus.Batuk darah inilah yang paling sering membawa penderita berobat ke dokter.

c. Sesak Nafas

Gejala ini ditemukan pada penyakit yang lanjut dengan kerusakan paru yang cukup luas.Pada awal peyakit gejala ini tidak pernah di temukan.

d. Nyeri Dada

Gejala ini timbul apabila sistem persyarafan yang terdapat di pleura terkena, gejala ini dapat bersifat lokal atau pleuritik.

Gejala sistematik :

a. Demam

Demam merupakan gejala pertama dari tuberkulosis paru, biasanya timbul pada sore dan malam hari disertai dengan keringat mirip demam influenza yang segera mereda.Tergantung dari daya tahan tubuh dan virulensi kuman, serangan demam yang berikut dapat terjadi setelah 3 bulan, 6 bulan, 9 bulan. Demam seperti influenza ini hilang timbul dan semakin lama makin panjang masa serangannya, sedangkan masa bebas serangan akan makin pendek. Demam dapat mencapai suhu tinggi yaitu 40^0-41^0c.

b. Malaise

Karena tuberkulosis bersifat radang menahun, maka dapat terjadi rasa tidak enak badan, pegal-pegal, nafsu makan berkurang, badan makin kurus, sakit kepala, mudah lelah dan pada wanita kadang-kadang dapat terjadi gangguan siklus haid.

Menurut Sholeh S. Naga, 2014 ada beberapa tanda seseorang terjangkit tuberculosis paru diantaranya:

1) Batuk berdahak lebih dari 2 minggu,
2) Batuk dengan mengeluarkan darah atau pernah mengeluarkan darah,
3) Dada terasa sakit atau nyeri, dan
4) Dada terasa sesak waktu bernapas

6. Tes Diagnostik
    a. Pemeriksaan rontgen dada dapat mengungkap adanya kawah, rongga, efusi pulmonal, dan kerusakan paru terkait, tetapi tidak mendiagnosis Tuberculosis laten atau primer.
    b. Spesimen sputum untuk keluar dan sensitivitas.
    c. *Acid-fast smear* (tes bakteri tahan asam) bagian terluar yang berlilin pada kapsul basil tuberkel akan menyerap zat warna merah ketika zat warna tahab asam dioleskan ke kaca objek.
    d. 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. Komplikasi

    Penyakit tuberkulosis apabila tidak ditangani dengan benar akan menimblkan komplikasi. Komplikasi dibagi atas komplikasi dini dan komplikasi lanjut.

    a. Komplikasi dini : Pleuritis, efusi pleura, empiema, laryngitis, usus, poncet's arthopathy
    b. Komplikasi lanjut: Obstruksi jalan nafas, kerusakan parenkim berat ->fibrosis paru, kuch pulmonal, amiloidosis, karsinoma paru, sidrom gagal nafas dewasa (ARDS) sering terjadi pada Tuberculosis milier dan kavitas Tuberculosis. (Zulkifli Amin & Asril Bahar, 2009)

8. Penatalaksanaan Medis
    a. Penatalaksanaan farmakologi

        Penatalaksanaan Tuberculosis Paru sebagai berikut :

        1) Pencegahan tuberculosis paru
            a) Vaksinasi BCG (0 – 3 bulan), reaksi positif terjadi setelah mendapat vaksinasi BCG langsung terdapat

reaksi lokal yang besar dalam waktu kurang dari 7 hari penyuntikan.

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 Tuberculosis 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 NH, rimfapicin, 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 Tuberculosis 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 Tuberculosis serta mempertahankan asupan nutrisi yang memadai. Pemberia imunisasi BCG juga diperlukan untuk meningkatkan daya tahan tubuh terhadap infeksi basil Tuberculosis virulen.

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

f. DS: Pasien melaporkan kesulitan untuk tidur, sering terbangun pada malam hari, mimpi buruk.
g. DO: Gelisah, sering menguap, tampak palpebral berwarna gelap.
h. Persepsi sensorik dan kognitif.
DS: Perasaan nyeri dada.
DO: Bingung dan gelisah.
i. Pola persepsi konsep diri
DS: Perasaan tidak berdaya, harapan tidak ada.
DO: Ketakutan, menyangkal, ansietas.
j. Pola peran dan hubungan dengan sesama
DS: Perasaan isolasi dan penolakan karena penyakit.
DO: Perubahan pola kapitas fisik dalam melaksanakan peran.
k. Pola reproduksi dan seksualitas
DS: Masalah seksualitas yang berhubungan dengan penyakit.
DO: Perilaku distraksi, penurunan libido, perilaku seksual yang menyimpang.
l. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress
DS: Adanya faktor stress yang lama, perasaan tidak berdaya.
DO: Menyangkal, ketakutan, dan mudah tersinggung.
m. 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. Pencegahan aspirasi :
   Jaga kepala tempat tidur dinggikan 30 sampai 45 menit setelah pemberian makan.
f. Pemberian obat :
   Berikan pasien mengenai jenis obat, alasan pemberian obat hasil yang diharapkan dan efek lanjutan yang akan terjadi sebelum pemberian obat (Bulechek, 2013).

b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan fakor biologis.
   1. Hasil yang 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) Ajarkan pasien dan keluarga mengenai diet yang dianjurkan.
4) Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorite pasien sementara pasien berada di rumah sakit atau fasislitas perawatan yang sesuai.

c. Bantu peningkatan berat badan :

1) Timbang pasien pada jam yang sama setiap hari.
2) Bantu pasien untuk makan atau menyuapi pasien.

d. Menajemen saluran cerna :

1) Catat tanggal terakhir buang air besar terakhir.
2) Monitor buang air besar termasuk frekuensi, konsistensi, bentuk, volume, dan warna dengan cara yang tepat.
3) Berikan cairan hangat setelah makan dengan cara yang tepat.
4) Catat masalah BAB yang sudah ada sebelumnya, BAB rutin, dan penggunaan laksatif.
5) Ajarkan pasien mengenai makanan-makanan tertentu yang membantu mendukung keteraturan [aktifitas] usus (Bulechek, 2013).

c. Hipertermi berhubungan dengan infeksi *Mycobacterium tuberculosis*

1. Hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Suhu tubuh kembali dalam batas normal 36^{o}C-37,5^{o}C dengan kriteria hasil:
   a) Termoregulasi dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 3 (cukup terganggu):
      1) 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).

2. Intervensi :

   Peningkatan tidur :

   1) Tentukan pola tidur/aktivitas pasien.
   2) Monitor pola tidur pasien dan catat kondisi fisik (misalnya, apnea tidur, sumbatan jalan napas, nyeri/ketidaknyamanan, dan frekuensi buang air kecil dan/atau psikologis (misalnya, ketakutan atau kecemasan) keadaan yang mengganggu tidur dan dapat memfasilitasi/mengganggu tidur.
   3) Mulai/terapkan langkah-langkah kenyamanan seperti pijat, pemberian posisi dan sentuhan afektif.
   4) Anjurkan untuk tidur siang hari, jika diindikasikan untuk memenuhi kebutuhan tidur.
   5) Ajarkan pasien dan orang terdekat mengenai faktor yang berkontribusi terjadinya gangguan pola tidur.
   6) Dorong penggunaan obat tidur yang tidak mengandung [zat] penekan REM (Bulechek, 2013).

e. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan kerusakan 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.
   d. Suara napas tambahan (Moorhead, 2013).

2. Intervensi :
   a. Monitor tanda-tanda vital :

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

   b. Menejemen jalan napas :
      1) Lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya.
      2) Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk.
      3) Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif.
      4) Auskultasi suara napas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan.
   c. Terapi oksigen :
      1) Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan.
      2) Monitor aliran oksigen (Bulechek, 2013)

g. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum

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

Intolrensi dapat dipertahanka 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 menunjuk

kan)

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.

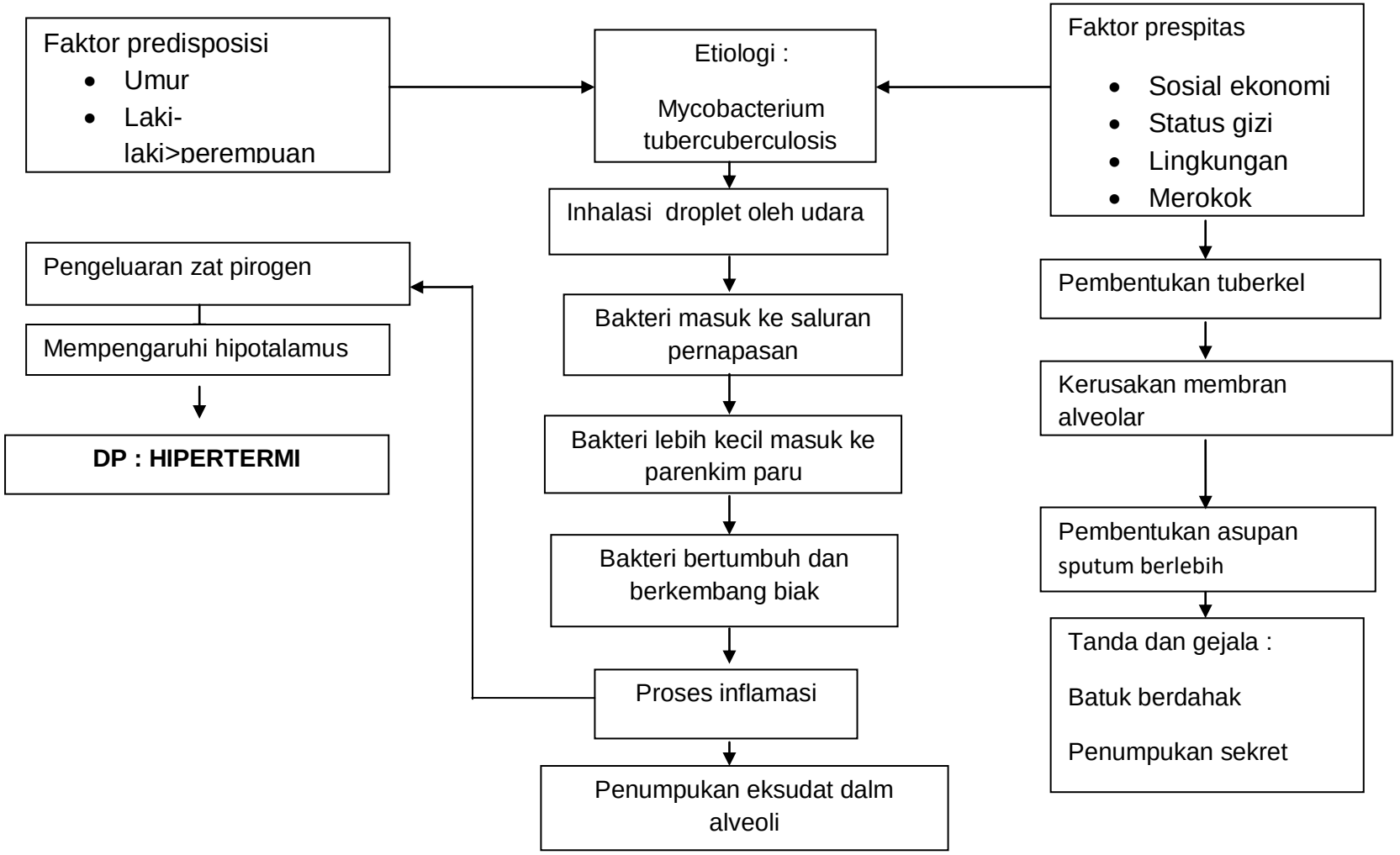
b. Perlindungan infeksi :
1) Monitor kerentanan infeksi.
2) Batasi jumlah pengunjung yang sesuai (Bulechek, 2013).

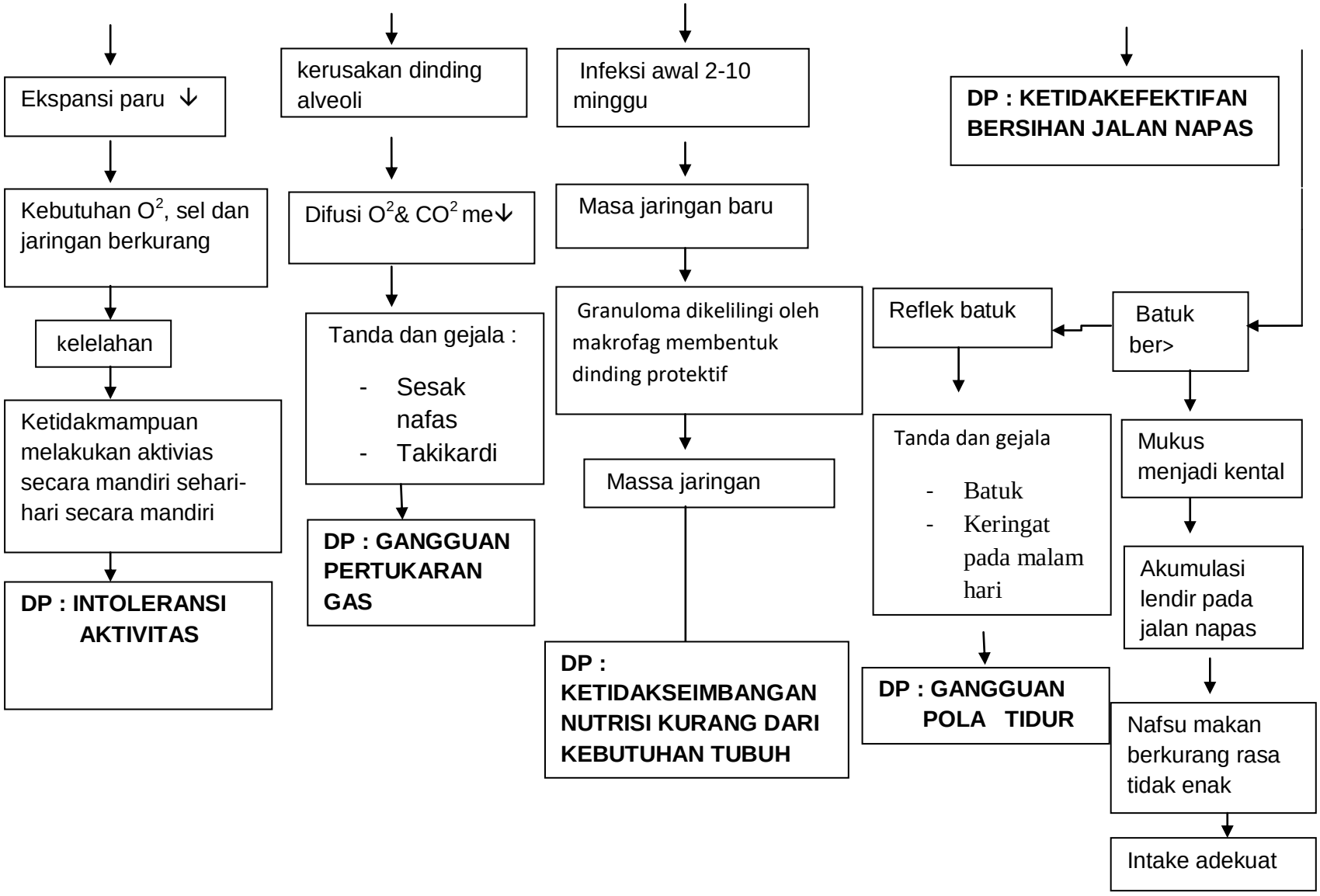
4. Discharge Planning (Widoyono, 2011).

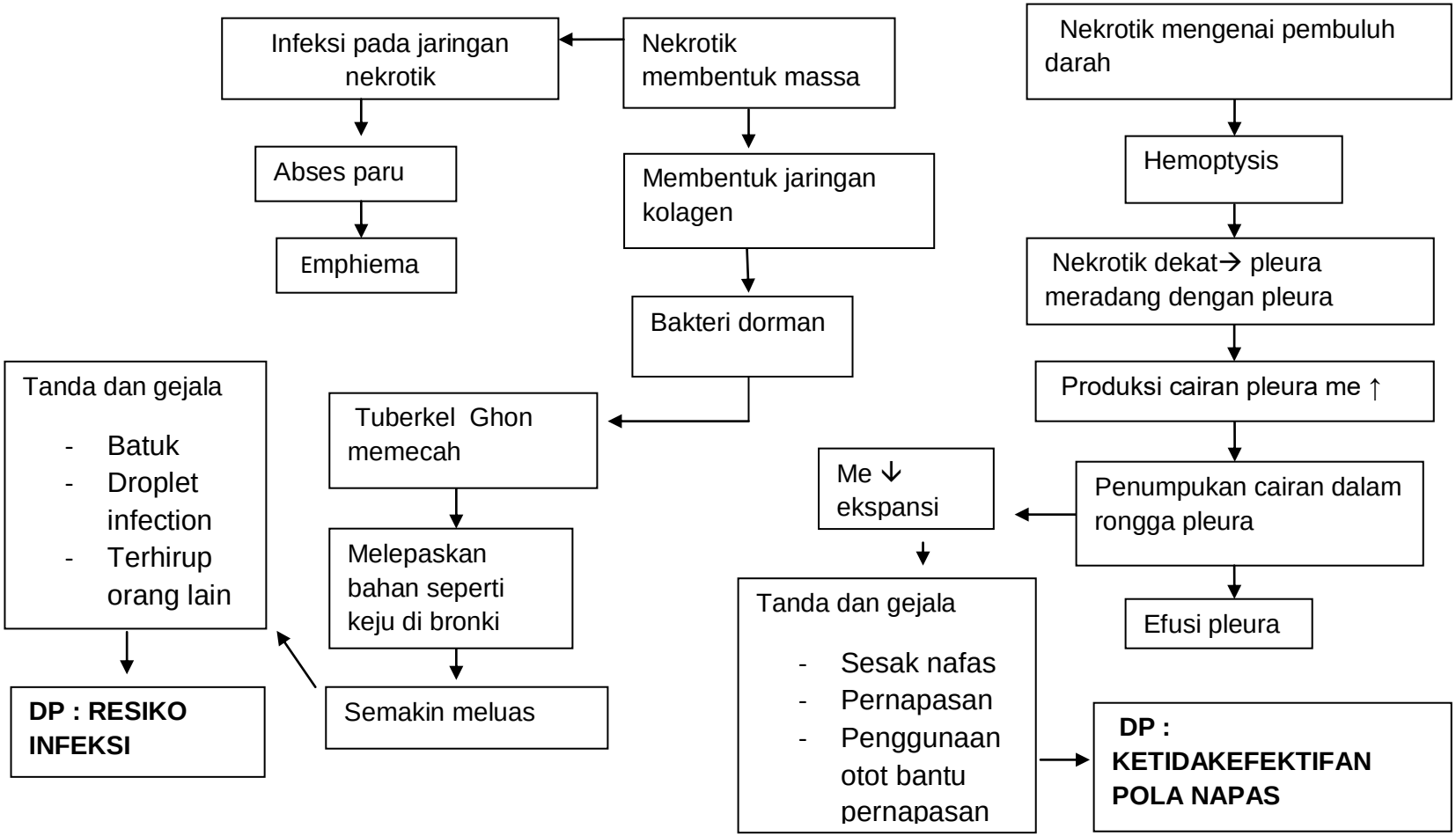
Hal-hal yang perlu disampaikan kepada keluarga dan pasien sebelum pulang :

a. Mengawasi pasien saat minum obat (PMO), 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.

C. 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
DP : GANGGUAN PERTUKARAN GAS
Infeksi awal 2-10 minggu
Masa jaringan baru
Granuloma dikelilingi oleh makrofag membentuk dinding protektif
Massa jaringan
DP : KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH
DP : KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAPAS
Reflek batuk
Batuk ber>
Tanda dan gejala
- Batuk
- Keringat pada malam hari
DP : GANGGUAN POLA TIDUR
Mukus menjadi kental
Akumulasi lendir pada jalan napas
Nafsu makan berkurang rasa tidak enak
Intake adekuat


Infeksi pada jaringan nekrotik
Nekrotik membentuk massa
Nekrotik mengenai pembuluh darah
Abses paru
Emphiema
Membentuk jaringan kolagen
Hemoptysis
Nekrotik dekat→ pleura meradang dengan pleura
Bakteri dorman
Produksi cairan pleura me ↑
Tanda dan gejala
- Batuk
- Droplet infection
- Terhirup orang lain
Tuberkel Ghon memecah
Me ↓ ekspansi
Penumpukan cairan dalam rongga pleura
Melepaskan bahan seperti keju di bronki
Efusi pleura
Tanda dan gejala
- Sesak nafas
- Pernapasan
- Penggunaan otot bantu pernapasan
DP : RESIKO INFEKSI
Semakin meluas
DP : KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAPAS

BAB III
PENGAMATAN KASUS

A. Pengamatan kasus

Ny “N” berumur 47 tahun dengan berat badan 40 kg , masuk RS Stella Maris pada tanggal 25 Februari 2019 dengan diagnosa masuk Tuberkolosis paru aktif. Pasien masuk dengan keluhan tubuh pasien tiba-tiba lemah, sesak napas, dan batuk berlendir campur darah disertai nyeri dada tembus ke belakang yang dirasakan terus menerus. pengkajian pada tanggal 28 februari 2019 didapat data pasien mengatakan batuk yang diderita saat ini mungkin tertular dari tetangga yang menderita batuk sudah lama tetapi tidak pernah berobat sama sekali. Pasien juga mengatakan batuk yang dideritanya saat ini mungkin juga karena suami perokok, beserta kakak kandung dan keempat orang anaknya perokok aktif, keluarga juga mengatakan mereka tinggal dilingkungan yang padat penduduk dan kumuh kebanyakan dari mereka perokok aktif. Pada saat dikaji pasien mengalami sesak napas, batuk berlendir warna kuning kehijauan, GCS : 15, pemeriksaan TTV : TD :100/70 mmHg N: 88x/menit S: 38,5^{0}C. P: 24x/menit. Terpasang infus RL 500 cc dengan jumlah tetesan 16 tetes/menit dan hasil pemeriksaan foto thorax KP sinitra aktif.

Berdasarkan data diatas, penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan yaitu : Ketidakefektifan bersihan jalan napas yang berhubungan dengan mukus berlebihan, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan kurang asupan makanan, Gangguan pola tidur yng berhubungan dengan halangan lingkungan.

B. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji	: Marni	:E1614401069
	: Mastoriani	:E1614401070

Unit : Bernadeth IIB Autoanamnese:✓

Kamar : 522A Alloananmnese: ✓

Tgl masuk RS : 25 Februari 2019

Tgl pengkajian : 28 Februari 2019

1. Identitas
   a. Pasien

Nama initial	: Ny.”N”
Umur	: 47 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Menikah
Jumlah anak	: 4 orang
Agama/suku	: Islam
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT

Alamat rumah : Jl.Telaga Utama No.35 Tanjung Bunga

b. Penanggung jawab

Nama : Tn. “A”

Umur : 50 tahun

Alamat :Jl.Telaga Utama No.35 Tanjung Bunga

Hubungan dengan pasien: Kakak kandung

2. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk : Batuk Berdahak Campur Darah

Saat pengkajian : Tuberkulosis Paru

3. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit sedang

Alasan : Tampak pasien terpasang cairan RL 200 cc dengan jumlah tetesan 16 tetes/menit, tampak pasien berkeringat berlebih. Tampak pasien meringis kesakitan karena nyeri dada tembus kebelakang saat batuk.

b. Tanda – Tanda Vital

1) Kesadaran (kualitatif): Compos mentis

Skala koma glaslow

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

Jumlah : 15

Kesimpulan: Pasien tidak koma

2) Tekanan darah : 100/70 mmHg
   Posisi : ☑ duduk: ☐ ng ☐ diri

   MAP: 80 mmHg.

   Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 38,5 °C ☐ Oral ☑ axilla ☐ Rectal
4) Pernapasan : 24 x/menit
   Irama: ☐ teratur ☑ Bradipnea ☐ Takipnea ☐ Kusmaul
   ☐ Cheynes-stokes

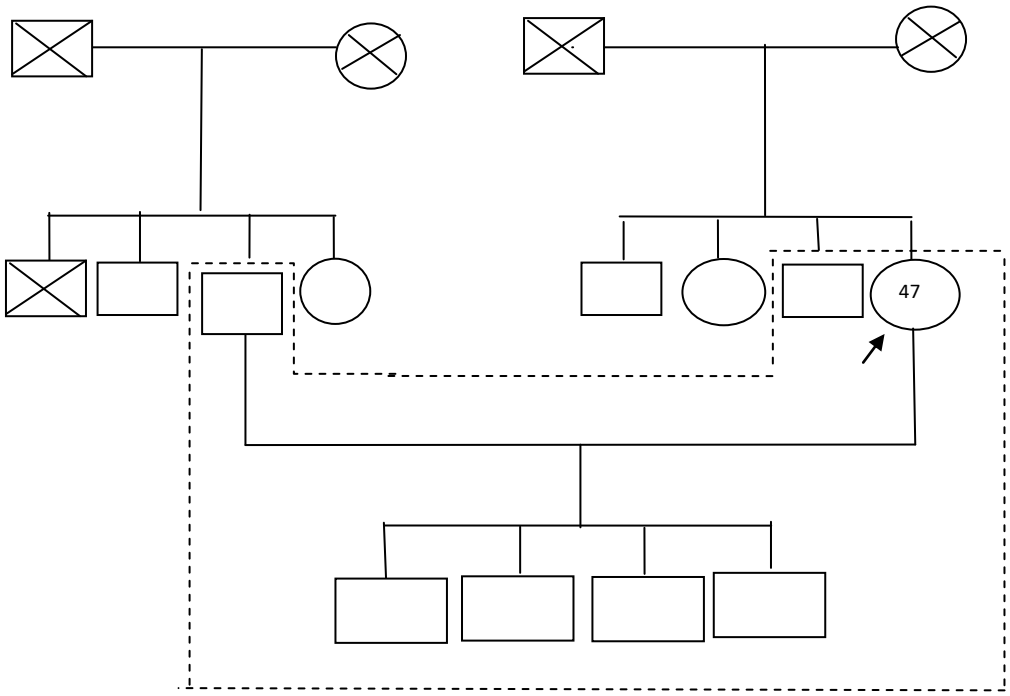
   Jenis : ☐ dada ☑ Perut
5) Nadi : 88 x/menit
   Irama: ☑ teratur ☐ tachikardi ☐ Bradichardi

   ☑ Kuat ☐ Lemah

c. Pengukuran
   1. Lingkar lengan atas : 28 cm
   2. Tinggi badan :150 cm
   3. Berat badan : 40 kg
   4. IMT : 17,43 kg/m^2

   Kesimpulan : Berat badan kurang

d. Genogram



Gambar 3.3 Genogram pasien

Keterangan :

: Pria hidup

: Wanita hidup

: Pria meninggal

47 : Umur pasien

: Tinggal serumah

: Pasien

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit ia bekerja sebagai ibu rumah tangga. Pasien mengatakan ia tinggal di rumah bersama keluarganya yang terdiri dari kakak kandung, suami, dan keempat anaknya. Keluarga mengatakan pasien kurang menjaga pola hidupnya, jika pasien batuk ia langsung membeli sendiri minuman seperti larutan cap kaki 5 di warung terdekat rumahnya, pasien mandi 2x sehari pagi dan sore hari, pasien kadang periksa ke dokter jika ia merasa sakitnya parah dan mengkomsumsi obat yang di berikan dari dokter tersebut.

2) Riwayat penyakit saat ini:

a) Keluhan utama :

Batuk berlendir campur darah.

b) Riwayat keluhan utama:

Sebelum masuk Rs Pasien mengatakan awal tahun baru 2019 yg lalu ia mengalami batuk lendir yang pertama kali kemudian ia mengatakan saat itu ia pergi berobat ke Dr. praktek, tetapi tidak ada perubahan sama sekali. Pasien mengatakan pada tanggal 25 februari 2019 di pagi hari tubuh pasien tiba-tiba lemah, sesak napas dan batuk berlendir campur darah disertai nyeri dada tembus ke belakang yang dirasakan terus-menerus, kemudian pasien beserta keluarga kaget dan panik melihat hal tersebut, dan keluarga akhirnya memutuskan untuk membawa pasien ke RS. Stella Maris Makassar untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut. Saat pengkajian pasien mengatakan batuk yangdiderita saat ini mungkin tertular dari tetangga yang menderita batuk sudah lama tetapi tidak

pernah berobat sama sekali. Pasien juga mengatakan batuk yang dideritanya saat ini mungkin juga karena suami perokok, beserta kakak kandung dan keempat orang anaknya perokok aktif, keluarga juga mengatakan mereka tinggal dilingkungan yang padat penduduk dan kumuh kebanyakan dari mereka perokok aktif.. Pada saat di kaji pasien mengalami sesak napas, batuk berlendir warna putih kehijauan, pasien juga mengatakan nyeri dada tembus kebelakang dirasakan terus menerus skala nyeri 7. Pasien mengatakan demam pada malam hari, pasien mengatakan demam dirasakan 3 hari yang lalu, pasien mengatakan berkeringat berlebih di malam hari, pasien tampak lemah, badan teraba hangat, tampak mukosa kiring, terpasang cairan infus RL. 500 cc, dengan tetesan infus 16 tetes/menit. Tampak suara pasien serak dan sesekali batuk berlendir berwarna putih campur darah.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami

   Pasien mengatakan sebelumnya belum pernah mengalami batuk lendir campur darah dan belum pernah dirawat di Rs manapun.

4) Riwayat kesehatan keluarga

   Keluarga mengatakan dalam keluarganya tidak ada keluarga yang menderita penyakit seperti yang diderita oleh adiknya saat ini.

   Pemeriksaan fisik:

   a) Kebersihan rambut : Rambut tampak berminyak
   b) Kulit kepala : Tampak kotor dan berketombe
   c) Kebersihan kulit : Tampak bersih
   d) Higiene rongga mulut : Tampak kotor dan ada karang

gigi

e) Kebersihan genitalia : Tidak dikaji karena pasien menolak.

f) Kebersihan anus :Tidak dikaji karena pasien menolak

b. Pola nutrisi metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan sebelum sakit frekuensi dan jumlah makanan yang di komsumsi setiap hari sangat baik sekitar 3-4kali makan/harinya, pasien mengatakan selalu mengkomsumsi sayuran hijau dan buah-buahan sebagai makanan tambahan, pasien mengatakan ia selalu mengkomsumsi makanan yang bergizi dan berserat, pasien mengatakan cairan yang dikomsumsi lancar sekitar 4-8 gelas/hari dan minum susu sebagai tambahan sebelum tidur, pasien juga mengatakan sebelum tidur tidak pernah melakukan diet, pasien mangatakan sebelum sakit BB ± 47 kg.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit nafsu makan pasien berkurang, pasien makan bubur dan menghabiskan 2-3 sendok makan saja, pasien tidak suka makan sayur, atau menu makanan dari RS dan tidak suka makanan tambahan apapun. Keluarga pasien mengatakan pasien minum air putih biasanya 1-2 gelas ± 200 cc dan kadang menggunakan botol aqua 600 ml. Pasien mengatakan ada penurunan berat badan ± 7 kg pada saat ia sakit. Keluarga pasien mengatakan pasien kurang mengkonsumsi makanan yang bergizi dan berserat.

3) Observasi:

Tampak pasien menghabiskan ½ porsi bubur dari rumah sakit, tanpa sayur dan tempe. terpasang cairan RL 500 cc dengan tetesan 16 tetes/ menit, pasien minum 2 gelas air putih kurang lebih 400 cc, dan berat badan pasien 40 kg.

Pemeriksaan fisik:

a) Keadaan rambut :Tampak kotor dan berketombe
b) Hidrasi kulit :Kembali dalam <3 detik
c) Palpebra/conjungtiva :Tampak anemis.
d) Sclera :Tidak tampak ikterik.
e) Hidung :Septum berada di tengah, simetris, tidak ada radang/ polip.
f) Rongga mulut : Tampak kotor.

Gusi : Tidak ada peradangan.

g) Gigi : Tampak utuh.
Gigi palsu : Tampak tidak ada

h) Kemampuan mengunyah keras :Pasien mampu mengunyah keras

i) Lidah : Tampak kotor.
j) Pharing : Tidak ada peradangan.
k) Kelenjar getah bening : Tidak pembesaran.
l) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran.
m) Abdomen:
a. Inspeksi : Tampak simetris, perut tampak datar dan bayangan velia tidak tampak

b. Auskultasi : Parasiltaktik usus 17x/menit.

c. Palpasi : Tidak teraba adanya benjolan

d. Perkusi : Terdengar hipertimpani

n) Kulit

a. Edema : ☐ positif ☑ negatif

b. Ikterik : ☐ positif ☑ negatif

c. Tanda – tanda radang : Tidak ada peradangan.

d. Lesi : Tidak ada lesi pada kulit.

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit frekuensi BABnya lancar, dalam sehari 2x berwarna kuning kecoklatan dan tidak mengalami kesulitan dalam BAB. Pasien mengatakan pola BAKnya dalam sehari kurang lebih 7 kali, berwarna kuning, pasien tidak sakit saat BAK.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit kurang lebih 4 hari tidak BAB. Pasien mengatakan BAKnya kurang lebih 5-6 kali tidak ada masalah saat BAK.

3) Observasi:

Tampak BAK pasien berwarna kuning, tidak berbusa, BAK pasien kurang lebih 1000 cc/8 jam, pasien tidak menggunakan keteter, pasien tidak BAB.

4) Pemeriksaan fisik :

a) peristaltik usus : Terdengar suara bising usus 16 x/menit

b) palpasi kandung kemih : ☐ penuh ☑ kosong.

c) nyeri ketuk ginjal : ☐ positif ☑ negatif.

d) mulut uretra :tidak dikaji karena pasien menolak.

e) anus:

- Peradangan : tidak dikaji karena pasien menolak.
- Hemoroid : tidak dikaji karena pasien menolak.
- Fistula : tidak dikaji karena pasien menolak.

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien sebagai IRT. Setiap hari ia melakukan pekerjaan rumah seperti memasak, cuci piring, cuci baju dan lain-lain seperti layaknya seorang IRT, pasien mengatakan ia melakukan segala aktivitasnya tanpa bantuan orang lain. Pasien mengatakan ia rajin berolahraga bersama suami dan anak-anaknya. Pasien juga mengatakan di waktu senggang ia biasanya nonton TV dan main Hanpone, dan biasanya keluar rumah mengunjungi rumah tetangganya untuk ngobrol sesama IRT.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak pernah lagi melakukan pekerjaan rumahnya karena pasien batuk dan sesak, misalnya cuci piring atau cuci baju. Pasien mengatakan saat makan dan minum kadang di bantu keluarganya, pasien mengatakan saat ingin BAK dan BAB pasien selalu dibantu oleh keluarganya karena keadaan pasien lemah.

3) Observasi :

Tampak pasien terbaring di tempat tidur, akitifitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

a) Akitivitas harian :

1) Makan : 2

0. mandiri
1. bantuan dengan alat
2. bantuan orang
3. bantuan alat dan orang
4. bantuan penuh

2) Mandi : 2
3) Pakaian : 2
4) Kerapihan : 2
5) Buang air besar: 2
6) Buang air kecil : 2
7) Mobilisasi ditempat tidur: 0

b) Postur tubuh : Tampak tegak
c) Gaya jalan : Tampak bungkuk
d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada.
e) Fiksasi : Tidak ada.
f) Tracheostomi : Tidak ada.

4) Pemeriksaan fisik:

a) JVP : 5 – 2 cmH_2O.
Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai.

b) Perfusi perifer pembuluh kuku : Kembali dalam < 3 detik.
c) HR : 88X/menit
d) Thorax dan pernapasan :

1) Inspeksi :

Bentuk thorax : Simetris kiri dan kanan.

Retraksi intercostal : Tidak ada.

Sianosis : Tidak ada.

Stridor : Tidak terdengar.

2) Palpasi :

Vocal fremitus : Teraba getaran paru kiri lemah.

3) Perkusi : [✓] sonor [ ] redup [ ] pekak

4) Auskultasi :

Suara napas : Terdengar Bronco-vesikuler.

Suara ucapan : Terdengar Bronkophoni.

Suara tambahan : Terdengar Ronchi pada kedua lapang paru.

e) Jantung

1) Inspeksi :

Ictus cordis : Tampak pada ICS V midklavikularis kiri.

2) Palpasi :

Ictus cordis : Teraba pada ICS V midklavikularis kiri.

3) Perkusi :

Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra.

Batas bawah jantung : ICS V midclavicularis.

Batas kanan jantung : Linea sternalis dextra.

Batas kiri jantung :Linea axilaris anterior sinistra.

4) Auskultasi :

Bunyi jantung II A :Tunggal, di ICS II linea sternalis dextra.

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

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

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

Bunyi jantung II :Tidak terdengar irama gallop

Murmur :Tidak terdengar.

Bruit : Aorta :Tidak ada

A. Renalis :Tidak terdengar.

A. Femoralis :Tidak terdenngar.

f) Lengan dan tungkai

1) Atrofi otot : [-] positif [✓] negatif

2) Rentang gerak :

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parese : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

3) Uji kekuatan otot :

Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh.

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibanding sisi yang lain.

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

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

Nilai 1 :Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan.

Nilai 0 : Tidak ada otot, tidak mampu bergerak.

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

5) Refleks patologi :

Babinski, kiri : ☐ positif ☑ negatif

Kanan : ☐ positif ☑ negatif

6) Clubbing jari-jari : Tidak ada.

7) Varises tungkai : Tidak ada.

g) Columna vertebralis :

1) Inspeksi : Tidak ada kelainan bentuk.

2) Palpasi : Tidak teraba adanya nyeri tekan.

Kaku kuduk : Tidak ada.

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien tidak ada gangguan tidur, pada siang hari setalah sholat duhur ia tidur dari jam 13.30-16.00 sambil menunggu sholat azhar. dan pada malam hari tidur setelah sholat isya dari pukul 21.00-04.35 untuk melakukan sholat subuh. Keluarga mengatakan pasien sebelum tidur biasanya menonton TV, pasien mengatakan ia tidak suka begadang.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit jam tidur sangat berkurang, biasanya tidur 8 jam namun saat sakit jam tidur hanya 5-6 jam/hari. Pasien mengatakan ia sering terbangun pada malam hari karena batuk dan ingin BAK. Pasien mengatakan ia tidak bisa tidur jika bukan di rumah sendiri. Pasien mengatakan susah tidur karena ruangannya panas. Dan pasien mangatakan jika bangun pagi hari ia merasa lemas.

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 pasien tidak ada gangguan penglihatan, pengecapan, perabaan, penciuman dan pendengaran, keluarga juga mengatakan pasien tidak sulit mempelajari hal-hal yang baru.

2) Keadaan sejak sakit :

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

3) Observasi :

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

4) Pemeriksaan fisik :

a) penglihatan :

- Cornea : Jernih.
- Pupil : Isokor kiri dan kanan
- Lensa mata : Jernih.
- Tekanan Intra Okuler (TIO) : Sama antara kiri dan kanan.

b) Pendengaran :

- Pina : Simetris antar kiri dan kanan.

- Kanalis : Bersih, tidak tampak serumen.
- Membran timpani : Utuh.

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien tidak merasa tersingkirkan dari keluarganya Pasien mengatakan sangat bangga dengan dirinya sendiri dan merasa sangat sempurna karna mampu memberikan 4 orang anak bagi suaminya. Pasien juga mengatakan tidak pernah merasa putus ada/ frustasi.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan saat ini sangat sedih karena merasa jarang bertemu anak-anaknya, pasien mangatakan tidak pernah merasa putus asa/ frustasi sedikitpun dengan penyakitnya saat ini.Keluarga mengatakan pasien tidak merasa tersingkirkan dari keluarganya, keluarga pasien juga mengatakan pasien senang hati menerima motivasi yang diberikan.

3) Observasi :

a) Kontak mata :Mata pasien tertuju pada perawat.

b) Rentan perhatian :Perhatian pasien sangat baik ke perawat

c) Suara dan cara bicara :Kurang jelas karena kondisi suara pasien serak

d) Postur tubuh :Tampak tubuh pasien tegak

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mangatakan sebelum sakit ia tinggal bersama keluarganya, yang terdiri dari kakak kandung, suami dan keempat anaknya, pasien mengatakan sangat puas tinggal

bersama keluarganya, pasien mengatakan pekerjaan sehari-hari adalah IRT dan kadang ia juga ikut pengajian di mesjid bersama teman-temannya. Pasien mengatakan sangat senang hidup di lingkungan rumahnya karena tetangga sangat menghargaidirinya. Keluarga juga mengatakan pasien menjalin hubungan yang baik dengan sesama.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit kakak dan anak-anaknya sangat sedih melihat kondisinya sekarang. Pasien mengatakan sejak dirinya sakit tidak memiliki konflik apapun dalam keluarganya. Pasien juga mengatakan perannya sebagai seorang ibu terganggu karena sakitnya saat ini.

3) Observasi :

Tampak pasien dijaga oleh kakak kandungnya, pasien dikunjungi oleh anak, teman dan keluarganya, keluarga menjaga pasien dengan memakai masker, keluarga menyiapkan masker di atas meja.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien berumur 47 tahun dan mempunyai 4 orang anak. laki-laki.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan selama dirawat di rumah sakit tidak ada masalah yang terjadi yang berhubungan dengan reproduksi dan seksualitasnya.

3) Observasi :

Tidak dikaji karena pasien menolak.

4) Pemeriksaan fisik :

Tidak dapat dikaji karena pasien menolak.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

a) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit yang membuat ia marah saat anaknya membuat kesalahan. Pasien mengatakan bila mengalami suatu masalah membicarakannya dengan suami dan kakak kandungnya.

untuk mencari solusi dari masalahnya.

b) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan pasien sangat cemas dengan keadannya sekarang dan ingin segera sembuh. Pasien juga mengatakan semenjak sakit ia merasa tidak nyaman karena mendapatkan suasana yang baru.

c) Observasi :

Tampak pasien gelisah.

k. Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia rajin kemasjid untuk sholat. Pasien mengatakan ikut bersosialisasi menjadi anggota majelis Ta'lim bersama ibu-ibu tetangganya.

2) Keadaan sejak sakit :

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

3) Observasi :

Tampak pasien berdoa sebelum tidur dan ada tasbih di tangan kanannya.

5. UJI SARAF CRANIAL

NI Olafactorius – Penghiduan :

Tampak pasien dapat mencium aroma minyak kayu putih dengan tutup mata

N II Optikus :

Tampak pasien dapat membaca papan nama perawat dengan jarak 6 meter.

N III Oculomotorius :

Tampak pasien dapat mengerakkan bola mata ke atas dan ke bawah

N IV Trochlearis :

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

N VI Abduscens :

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

N V Trigeminus :

Respon sensorik: Pasien merasakan sentuhan yang diberikan .

Respon motorik:Genggama pasien masih berfungsi dengan baik.

N VII Fascialis :

Fungsi motorik: tampak pasien dapat mengangkat alis, mencucurkan bibir, mengkerutkan dahi, tersenyum dan meringis.

Respon sensorik: Tampak pasien dapat merasakan rasa manis gula .

N VIII Vestibulo-Acustikus :

Vestibularis: Tampak pasien tidak dapat berdiri tegak dengan satu kaki

Akustikus: Tampak pasien dapat mendengarkan gesekan jari perawat pada kedua telinga pasien.

N IX Glossopharyngeus :

Tampak ulvula berada di tengah.

N X Vagus :

Tampak pasien mampu menelan dengan baik.

N XI Accessorius :

Tampak pasien mampu mengangkat bahu kekiri dan kekanan serta gerakan kepala.

NXII Hypoglossus :

Pasien mampu mejulurkan lidah dan mampu mendorong pipi kiri dan kanan.

Tanda tangan mahasiswa yang mengkaji

(Mastoriani & Marni)

6. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan darah

Nama/ Umur : Ny. “N”/47 Tahun

Ruang/ Kamar : Bernadeth IIB/522A isolasi

Tanggal Cetak Hasil : 01-03-2019

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Normal
WBC	7.6	10^3/uL	4.8-10.8
RBC	3.94	10^6/uL	4.7-6.1
HGB	8.7	g/dL	12-16
HCT	28.1	%	37-47
MCV	71.3	fL	81-99
MCH	22.1	Pg	27-31
MCHC	31	g/dL	733-3
PLT	589	10^3/uL	150-450
RDW-CV	16.3	**%**	11.5 -14.5
PDW	10.1	fL	9-13
MPV	8.4	fL	7.2-11.1
P-LCR	13.5	%	15 - 25
NEUTROFIL%	69.9	%	40 - 74
LIMPHOSIT%	22.7	**%**	19 - 48
MXD%	7.4	**%**	4 - 18
NEUTROFIL#	5.3	10^3/uL	1.5 - 7
LYMPHOSIT#	1.7	10^3/uL	1 - 3.7

MXD#	0.6	10^3/uL	0 - 1.2
LED/BBS 1 JAM	115	mm/jam	0-20
LED/BBS 2 JAM	132	mm/jam	0-20

2) Pemeriksaan BTA

Nama/ Umur :Ny. “N”/47 Tahun

Ruang/ Kamar : Bernadeth IIB/522A isolasi

Tanggal pemeriksaan : 25-2-2019

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

3) Pemeriksaan foto thorax

Nama/ Umur :Ny. “N”/47 Tahun

Ruang/ Kamar : Bernadeth IIB/522A isolasi

Kesan : KP sinistra aktif

7. Therapy

1. Vitamin C 3x 1 tablet/500 mg/ 24 jam/oral
2. Rifampicin 1 x1 tablet/ 450 mg/ 24 jam/Oral
3. Ethambutol 1x1 tablet/400 mg /24 jam/ Oral
4. Pyrazinamide 2x1 tablet/500 mg/24 jam/ Oral
5. Ceftriaxone 1 gr/2 gram Drips/ 12 jam/ IV
6. Asam Traneksamat 1amp/ 5 ml/ 8 jam/ IV
7. Codein 3x 1 tablet 500 mg/ 24 jam/ oral
8. Pehadoxin ¾ tablet/400 mg/24 jam/ Oral
9. paracetamol 3x1 tablet/360 mg/ 24 jam/oral

C. ANALISA DATA

Nama / Umur : Ny "N" / 47 tahun

Bagian / Kanar : Bernadeth IIB/522A

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	Data Subjektif : a) Pasien mengatakan batuk berlendir kurang lebih 2 minggu yang lalu terus menerus di rumah. b) Keluarga mengatakan pasien batuk berlendir campur darah. c) Keluarga mengatakan pasien mendapatkan obat batuk selama 1 minggu dari Dr.praktek. d) Nyeri dada tembus belakang skala 7 Data objektif : a) Tampak pasien batuk berlendir berwarna putih kehijauan campur darah. b) Auskultasi suara nafas Ronchi c) Tampak kesan foto thorax KP sinistra aktif. d) Tampak pemeriksaan BTA I ditemukan (+++).	Mukus berlebihan	Ketidak efektifan bersihan jalan napas
2.	Data subjektif : Data Subjektif: a) Pasien mengatakan demam pada sore hari b) Pasien mengatakan berkeringat di malam hari c) Pasien mengatakan demam kurang lebih 3 hari yang lalu. Data Objektif:	Penyakit	Hipertermi

	a) Keadaan umum tampak lemah b) Badan teraba hangat c) Tampak kulit kering d) Tampak mukosa bibir kering e) Suhu: 38,5 ^{0}C		
3.	Data Subjektif: a) Pasien mengatakan nafsu makannnya berkurang. b) pasien mengatakan tidak suka makan menu dari RS. c) Pasien mangatakan sebelum sakit BB ± 47 kg. d) Keluarga mengatakan pasien kurang mengkonsusmsi makanan yang bergizi dan berserat. Data objektif : a) Tampak pasien malas makan b) Tampak LILA 28 cm c) Tampak pasien kurus d) BB 40 kg (IMT 17,43 kg = BB kurang) e) Tampak pasien menghabiskan ½ porsi bubur dari rumah sakit f) TTV : TD :100/70 mmHg N : 88x/menit S : 38,5 ^{o}C P : 24 x/menit g) Tampak terpasang infus RL 200, dengan 16 tetes/menit h) Hb : 8,7 (tampak anemis)	Kurang asupan makanan	Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh

D. Diagnosa Keperawatan

Nama / Umur : Ny “N” / 47 tahun

Bagian / Kamar : Bernadeth IIB / 522A

NO	Diagnosa Keperawatan
1.	Ketidakefektifan bersihan jalan napas yang berhubungan dengan mukus berlebihan
2.	Hipertermi berhubungan dengan penyakit
3.	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan Kurang asupan makanan

E. Intervensi Keperawatan

Nama / Umur : Ny “N” / 47 tahun

Bagian / Kamar : Bernadeth IIB / 522A

No	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan Meliputi :tindakan keperawatan, observatif, penyuluhan, kolaborasi dokter	RASIONAL
I	Ketidakefektifan bersihan jalan napas yang berhubungan dengan mukus berlebihan Data Subjektif : a) Pasien mengatakan batuk berlendir kurang lebih 2 minggu yang lalu terus menerus dirumah. b) Keluarga mengatakan pasien batuk berlendir campur darah. c) Keluarga mengatakan pasien mendapatkan obat batuk selama 1 minggu dari	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam,outcome status pernapasan dengan kriteria kepatenan jalan napas diharapkan : a. Frekuensi pernapasan. b. Irama pernapasan c. Kemampuan untuk mengeluarkan secret d. Suara napas tambahan. e. Batuk f. Akumulasi sputum	1. Monitor tanda-tanda vital : Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat. 2. Manajemen jalan napas : a. Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk.	1.Adanya perubahan fungsi respirasi. 2. Nafas dalam akan memfasilitasi ekspansi paru-paru, batuk merupakan mekanisme

	Dr.praktek. d) Nyeri dada tembus belakang skala 7 Data objektif : a) Tampak pasien terpasangcairan RL 200 cc dengan jumlah tetesan 16x/menit. b) Tampak pasien berkeringat berlebih. c) Tampak pasien batuk berlendir berwarna putih kehijauan campur darah. d) Tampak kesan foto thorax KP sinistra aktif. e) Tampak pemeriksaan BTA I ditemukan (+++)		b. Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif. c. Auskultasi suara napas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada adanya suara tambahan. 3.Pemberian obat : Berikan pasien mengenai jenis obat, alasan pemberian obat hasil yang diharapkan dan efek lanjutan yang akan terjadi sebelum pemberian obat. 4.Pengaturan posisi: Posisikan pasien untuk mengurangi dypnea (misalnya posisi semi fowler atau fowler)	pembersihan diri normal. 3.Untuk membersihkan jalan napas dan membantu mencegah komplikasi pernapasan. 4. untuk mengetahui status pernapasan obstruksi jalan napas dan dapat adanya

			5. Pencegahan aspirasi : Jaga kepala tempat tidur ditinggikan 30 sampai 45 menit setelah pemberian makan.	bunyi adventisius. 5. Pemberian pengobatan sesuai indikasi. 6. posisi semi fowler memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya nafas. 7.peningkatan upaya sirkulasiudara ke jalan napas.

No	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	RASIONAL
II	Hipertermi berhubungan dengan penyakit Data Subjektif: d) Pasien mengatakan demam pada sore hari e) Pasien mengatakan berkeringat di malam hari f) Pasien mengatakan demam kurang lebih 3 hari yang lalu. Data Objektif: f) Keadaan umum tampa lemah g) Badan teraba hangat h) Tampak kulit kering i) Tampak mukosa bibir kering Suhu: 38,5 ^{0}C	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam, pasien akan menunjukkan termogulasi yang dibuktikan oleh indikator sebagai berikut: a) Keadaan umum membaik b) Kulit tidak teraba hangat c) Suhu tubuh dalam batas normal	1. Kaji tingkat kenaikan suhu tubuh 2. Observasi TTV terutama suhu tubuh 3. Anjurkan kompres air hangat bila demam timbul 4. Anjurkan pasien minum banyak air putih	1.Suhu tubuh menunjukkan aktifitas bakteri. 2.TTV dapat menunjukkan gambar keadaan pasien dapat menunjukkan tindakan selanjutnya. 3.Kompres air hangat dapat menurunkan demam. 4.Minum air banyak dapat mengganti cairan yang hilang akibat penguapan

			5. Anjurkan pasien memakai pakaian tipis yang menyerap keringat 6. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antipiretik	5.Pakaian yang tipis dapat membantu penyerapan keringat 6.Antibiotik dapat menghambat kuman antipiretik dapat menurunkan demam

No	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	RASIONAL
III	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan Kurang asupan makanan Data Subjektif : a) Pasien mengatakan nafsu makannnya berkurang. b) pasien mengatakan tidak suka makan menu dari RS. c) Pasien mangatakan sebelum sakit BB ± 47 kg.. d) Keluarga mengatakan pasien kurang mengkonsusmsi makanan yang bergizi dan berserat. Data Objektif: a) Tampak pasien malas makan b) Tampak LILA 28 cm	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan meningkatnya asupan makan pasien dengan kriteria hasil ; **1.** Nafsu makan a. Nafsu makan Hasrat/keinginan untuk makan b. Menyenangi makanan. **2.** Status nutrisi 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. Tentukan jumlah kalori dan tipe nutrisi yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dengan berkolaborasi bersama ahli gizi, sesuai kebutuhan. b. Pastikan bahwa dalam diet mengandung makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi.	1. Mengetahui kesadaranan kondisi tubuh dalam keadaan normal atau tidak. 2. Membantu atau menyediakan asupan makanan dan cairan diet seimbang. 3. Untuk meningkatkan asupan makan klien

	c) Tampak pasien kurus d) BB 40 kg (IMT 17,43 kg = BB kurang) e) Tampak pasien menghabiskan ½ porsi bubur dari rumah sakit f) TTV: TD :110/70 N : 88x/menit S : 38,5 ^{o}C P : 24 x/menit g) HGB 8.7 g/dL h) Tampak terpasang infus RL 200, dengan 16 tetes/menit		c. Ajarkan pasien dan keluarga mengenai diet yang dianjurkan. d. Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorite pasien sementara pasien berada di rumah sakit atau fasilitas perawatan yang sesuai. 3. Bantu peningkatan berat badan: a. Timbang pasien pada jam yang sama setiap hari. b. Bantu pasien untuk makan atau menyuapi pasien.	4. Meningkatkan motivasi pasien dan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi 5. Untuk meningkatkan asupan makanan klien. 6. Tindakan ini untuk memberikan data akurat dan memberikan pengendalian pada pasien tentang makanan

F. Implementasi Keperawatan

Nama / Umur : Ny “N” / 47 tahun

Bagian / Kamar: Bernadeth II B / 522 A

Hari/tgl	Waktu	DX	Implementasi	Nama Perawat
Jumat 01-03-2019	07.00	II	Menimbang TB Pasien Hasil : • Tampak BB Pasien 45 Kg, dengan IMT 17,5 (BB Kurang ideal)	Mastoriani
	08.45	II	Menganjurkan kompres air hangat bila demam timbul Hasil : • Pasien mengatakan mengerti anjuran perawat • Tampak pasien mengerti anjuran perawat.	Siska
	08.50	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil : • TD : 110/80 mmHg • N : 88x/menit • S : 38,2^{0}C • P : 24 x/menit	Mastoriani

	09.00	I,II	Memposisikan pasien untuk mengurangi dipsnea Hasil : • Tampak pasien berbaring dengan posisi fowler 90^{o} • Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi tersebut. •	Mastoriani
	09.15	II	Menganjurkan pasien minum banyak air putih Hasil: Pasien mengatakan ia suka mengkomsumsi air putih.	Mastoriani
	09.30	I	Mengauskultasi suara nafas Hasil : • Terdengar suara nafas tambahan ronchi • Terdengar suara nafas dada kanan lebih menurun	Siska
	10.00	I	Mengajarkan dan mengintruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif Hasil : • Pasien mengatakan belum mampu mempraktikkan teknik batuk efektif	Mastoriani
	10.35	I	Melakukan fisoterapi dada Hasil : • pasien mengatakan belum bisa mengeluarkan lendirnya • pasien mengatakan nyeri dada skala 7 • tampak pasien meringis	Mastoriani dan Siska

	10.38	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status penapasan dan memberikan obat sesuai terapi Hasil : • TD : 110/70 mmHg • N : 84x/menit • S : 38,2 ^{O}C • P : 22x/menit • pemberian obat Asam Traneksamad 1 amp/IV • Paracetamol 650 mg/oral	Mastoriani
	10.45	III	Menentukan jumlah kalori dengan berkolaborasi dengan ahli gizi sesuai kebutuhan yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dengan berkolaborasi dengan ahli gizi sesuai kebutuhan Hasil : • Ahli gizi mengatakan pasien harus mengkonsumsi makanan yang tinggi protein, karbohidrat, lemak, mineral dan vitamin serta tinggi serat	Mastoriani
	11.00	II	menganjurkan pasien memakai pakaian tipis yang menyerap keringat Hasil : • Tampak pasien mengerti anjuran perawat.	Perawat Ipah dan Santi
	11.10	III	Menganjurkan pasien minum banyak air putih Hasil: • Pasien mengatakan ia suka mengkomsumsi air putih.	Siska

	12.00	II	Meninggikan kepala tempat tidur selama 30 sampai 45 menit Hasil: • Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi tersebut	Mastoriani
	12.15	I	Memberikan obat sesuai terapi Hasil: • Pasien minum obat • Pehadoxin ¾ tablet/400 mg/24 jam/ Oral	Mastoriani
	13.00	I	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan Hasil: • TD : 120/70 mmHg • N : 92 x/menit • S : 38^{O} C • P :20 x/menit	Mastoriani
	13.35	I	Membantu membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif Hasil: • Tampak pasien belum mampu mempraktikkan teknik batuk efektif, perawat menganjurkan minum air hangat • Pasien mengatakan masih batuk berlendir,campur darah dan belum bisa mengeluarkan lendir dengan batuk efektif	Mastoriani dan siska

	13.40	I	Mengajarkan dan menginstruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif Hasil: • Tampak pasien belum mampu melakukan teknik batuk efektif • Perawat menganjurkan latih terus teknik batuk efektif	Marni
	14.00	I	Melakukan fisoterapi dada Hasil : • pasien mengatakan belum bisa mengeluarkan lendirnya • pasien mengatakan nyeri dada berkurang skala 6 • Perawat melibatkan keluarga untuk melakukan fisioterapi dada pada pasien.	Marni
	14.15	II	menganjurkan pasien memakai pakaian tipis yang menyerap keringat Hasil : • Tampak pasien mengerti anjuran perawat.	Marni dan yayuk
	15.30	I	Memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif Hasil: • Pasien mengatakan belum mampu mengeluarkan lendir dengan teknik batuk efektif	Marni

	16.00	II	Mengkaji tingkat kenaikan suhu tubuh • Pasien mengatakan demam pada malam hari • Tampak pasien lemah • Badan teraba hangat • Tampak pasien pucat. • Suhu : 38 ^{0}C	Marni dan yayuk
	16.25	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan Hasil: • TD : 140/90 mmHg • N : 92 x/menit • S : 38 ^{0}C • P : 22x/menit	Marni
	16.45	I	Mengauskultasi suara napas Hasil: • Terdengar suara napas tambahan ronchi • Terdengar suara napas dada Kiri lebih menurun	Marni dan yayuk
	17.15	I,II	Memberikan obat sesuai terapi Hasil: • Pasien minum obat • Pemberian obat : Rifampicin 1 tablet/oral Etambutol 1 tablet/oral Pyrazenamide 1 tablet/oral Ceftriaxone 2gr/IV Paracetamol 1 tablet/oral	Marni

	17.35	II	Menganjurkan kompres air hangat bila demam timbul Hasil : • Pasien mengatakan ia sering di kompres keluarganya jika ia demam • Tampak keluarga mengerti anjuran perawat	Marni dan yayuk
	18.00	III	Membantu menyuapi pasien dan memberikan air hangat dan meninggikan kepala tempat tidur 30 – 45 menit Hasil: • Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan, hanya menghabiskan 2 sendok bubur dan minum air putih hangat 1 gelas ± 200cc • Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi tersebut • Tampak pasien tidak menghabiskan 1 porsi menu yang disediakan RS	Marni
	18.30	I	Memberikan obat sesuai terapi Hasil: • Pasien minum obat • Pemberian obat Codein 1 tablet/oral	Marni
	18.48	III	Mengajarkan pasien dan keluarga mengenai diet Hasil: • Pasien mengatakan tidak ada nafsu untuk makan • Perawat memotivasi pasienuntuk makan dan menganjurkan pasien	Yayuk

			mengkonsumsi makanan tinggi serat, protein, lemak, Vitamin dan mineral • Tampak pasien dan keluarga mengerti anjuran perawat	
	19.15	III	Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan favorite pasien sementara pasien berada di rumah sakit atau fasilitas perawatan yang sesuai Hasil: • Keluarga mengatakan akan membawakan pasien buah-buahan seperti pisang dan apel kesukaan pasien	Marni
	19.50	I	Memposisikan pasien untuk mengurangi dipsnea Hasil: • Tampak pasien berbaring dengan posisi fowler 90^o • Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi tersebut	Yayuk
	20.20	III	Memberikan air hangat dan meninggikan kepala tempat tidur 30-45 menit Hasil: • Pasien hanya minum air hangat ½ ± 100cc • Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi tersebut	Marni

	20.40	II	Menganjurkan pasien memakai pakaian tipis yang menyerap keringat Hasil : • Paien mengatakan mengerti anjuran perawat	Marni
	21.20	I,III	Membantu membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif dan melakukan fisioterapi dada Hasil: • Pasien mengatakan masih batuk berlendir disertai darah dan masih ada lendir di tenggorokan • Pasien mengatakan nyeri dada mulai berkurang skala 6 • Tampak pasien dapat mengeluarkan lendir ± 10 cc dengan teknik batuk efektif • Terdengar suara napas tambahan ronchi • Tampa pasien menggunakan otot bantu pernapasan • Terdengar suara napas dada kiri lebih menurun • Pemberian posisi fowler 90^{o} • Pernapasan pasien 24x/ menit	Marni dan Yayuk
	21.35	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan Hasil: • TD : 110/70 mmHg • N : 84x/menit • S : 38,2 ^{O}C • P : 20 x/menit	yayuk

	22.00	I,II	Memberikan obat sesuai terapi Hasil: • Tampak pasien minum obat • Pemberian obat Vitamin C 1 tablet/oral • Paracetamo 1 tablet/oral	Marni
	22.50	II	Menganjurkan untuk kompres air hangat Hasil : • Tampak anak pasien menyiapkan air hangat dan handuk kecil • Tampak pasien di kompres menggunakan air hangat	Monika
	23.15	I,II,III	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : • TD : 130/80 mmHg • N : 84x/menit • S: 38,5 ^{O}C • P : 23 x/menit	Monika
	23.45	II	Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi cairan ±200 cc Hasil : • Pasien mengatakan bahwa ia rajin mengkonsumsi air putih • Pasien megatakan dalam sehari mampu mengahabiskan 3 botol besar Tupperware dengan jumlah 750/btl • Tampak pasien mengkonsumsi cairan±200cc	monika

	24.15	I	Membantu membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif dan melakukan fisioterapi dada Hasil: • Pasien mengatakan masih batuk berlendir disertai darah dan masih nyeri dada skala 6 • Tampak pasien dapat mengeluarkan lendir ± 15 cc dengan teknik batuk efektif • Terdengar suara napas tambahan ronchi • Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan • Terdengar suara napas dada Kiri lebih menurun • Pmberian posisi fowler 90^{o} • Pernapasan pasien 23x/ menit.	Monika
	05.35	I,II,III	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : • TD : 130/80 mmHg • N : 84x/menit • S: 38,5 ^{O}C • P : 23 x/menit • Pasien mengatakan demam tadi malam • Pasien mengatakan keringat berlebih tadi malam • Tampak pasien pucat • Badan teraba hangat • Tampak mukosa bibir kering	Monika dan septianus
	05.40	I	Membantu membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif dan melakukan fisioterapi dada Hasil:	Monika dan septianus

			• Pasien mengatakan masih batuk berlendir disertai darah dan masih nyeri dada skala 6 • Tampak pasien dapat mengeluarkan lendir ± 15 cc dengan teknik batuk efektif • Terdengar suara napas tambahan ronchi • Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan • Terdengar suara napas dada Kiri lebih menurun • Pmberian posisi fowler 90^{o} • Pernapasan pasien 23x/ menit	

Hari/tanggal	waktu	DX	Implementasi	Nama perawat
Sabtu 02-3-2019	07.20	III	Menimbang BB pasien Hasil: • Tampak BB pasien 45, dengan IMT 17,5 (BB kurang ideal)	Mastoriani
	07.45	I	Memposiskan pasien untuk mengurangi dyspnea Hasil: • Tampak pasien berbaring dengan posisi fowler 90^{o} • Pasien mengatakan merasa sangat nyaman dengan posisi tersebut • Pasien mengatakan masih batuk berlendir tapi sudah mulai berkurang	Mastoriani
	08.50	III	Menyuapi pasien dan memberikan air hangat dan meniggikan kepala tempat tidur 30-45menit Hasil: • Pasien mengatakan tidak berselera makan • Pasien mengatakan sakit perut • Tampak pasien hanya makan 3 sendok bubur, tanpa sayur dan tempe, dan hanya minum air hangat 2 gelas ± 400cc	Mastoriani
	09.45	I	Melakukan fisoterapi dada Hasil : • pasien mengatakan sudah bisa mengeluarkan lendirnya dengan batuk efektif • Terdengar suara napas tambahan ronchi mulai berkurang • Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan • Terdengar suara napas dada kiri lebih menurun	Mastoriani

	10.20 10.35 10.50 <

	11.15	I	Menyuapi pasien, memberikan air hangat dan meninggikan kepala 30-45 menit Hasil: • Pasien mengatakan sudah mulai ada nafsu untuk makan • Tampak pasien dapat menghabiskan setengah porsi buburnya. • Pasien makan 1 buah pisang dan air putih hangat 3 gelas ± 600 cc • Pasien mengatakan nyaman dengan posisi tersebut	Mastoriani
	12.00	III	menganjurkan kompres air hangat bila demam timbul Hasil: • Pasien mengatakan kalau demam ia dikompres oleh anaknya • Tampak pasien mengerti anjuran perawat • Tampak ada handuk kecil untuk kompres	Mastoriani
	13.20	II	Membantu membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif dan memberikan obat sesuai terapi Hasil: • Pasien mengatakan mampu mengeluarkan banyak lendir dari tenggorakan dengan teknik batuk efektif	Merianti

			• Tampak pasien mengeluarkan lendir ±15 cc • Pehadoxin ¾ tablet/400 mg/24 jam/ Oral	
	13.50	I	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan Hasil: • TD : 140/80 • N : 86 x/menit • S : 37,2 ^{O}C • P : 20 x/menit	Mastoriani
	14.15	I,II,II	menganjurkan pasien memakai pakaian tipis yang menyerap keringat Hasil : • Pasien mengerti anjuran perawat	Mastoriani
	14.50	II	Mengauskultasi suara napas Hasil: • Terdengar suara napas tambahan rochi berkurang • Terdengar ventilasi napas dada kiri mulai Meningkat	Mastoriani
	15.35	I	Melakukan fisioterapi dada dan membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk batuk efektif Hasil: • Pasien mengatakan mampu mengeluarkan lendir dari tenggorokan dengan cara batukefektif • Terdengar suara napastambahan ronchi mulai berkurang • Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan	Marni
	15.45			

	16.35 16.58 17.20 18.00	I III I,II,III I,II	Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan favorite pasien Hasil: • Keluarga mengatakan sudah membawahkan pisang dan apel buah kesukaan pasien Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan Hasil: • TD : 130/80 mmHg • N : 86 x/menit • S : 37,2 ^{O}C • P : 20 x/menit Menganjurkan pasien minum banyak air putih Hasil: • Pasien mengatakan ia suka minum air hangat • Pasien mengatakan demam pada malm hari sudah mulai berkurang • Tampak pasien mengerti anjuran perawat Memberikan obat sesuai terapi Hasil: • pasien minum obat • Pemberian obat Rifampicin 1 tablet/oral Etambutol 1 tablet/oral Pyrazenamide 1 tablet/oral Ceftriaxone 1gr/IV Codein 1 tablet/oral	Marni Yayuk Marni Marni dan Yayuk

	16.45	I	Memposiskan pasien untuk mengurangi dispnea Hasil: • Tampak pasien berbaring dengan posisi fowler 90^{o} • pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi tersebut.	Marni
	17.45	I	Mengajarkan pasien dan keluarga mengenai diet yang dianjurkan. Hasil: • Tampak pasien dan kelurga mengerti anjuran perawat •	Marni dan Yayuk
	18.35	III	Mengauskultasi suara napas Hasil: • Terdengar suara napas tambahan ronchi mulai berkurang • Terdengar ventilasi napas dada kiri mulai Meningkat	Marni
	19.15	I	Membantu menyuapi pasien,memberikan air hangat dan meninggikan kepala 30-45 menit Hasil: • Pasien mengatakan sudah ada nafsu makan • Pasien dapat menghabiskan setengah porsi buburnya. • pasien makan 1 buah pisang dan air putih hangat 3 gelas ± 600 cc • Pasien mengatakan nyaman dengan posisi tersebut	Marni

		II,III	Membantu dan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif Hasil: • Pasien mengatakan mampu mengeluarkan banyak lendir dari tenggorakan dengan teknik batuk efektif • Tampak pasien mengeluarkan lendir ±15 cc lendir berwarna kuning kehijauan	Marni
	19.45	I	Memberikan obat sesuai terapi Hasil: • Tampak pasien minum obat • pemberian obat Vitamin C 1 tablet/oral	Marni dan yayuk
	19.50	I	Mengajarkan dan menginstruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif Hasil: • Pasien mengatakan sudah bisa mempraktikkan teknik batuk efektif • tampak pasien melakukan batuk efektif • Tampak pasien mengeluarkan lendir ±15 cc lendir berwarna kuning	Marni

	20.35	I	Menganjurkan pasien memakai pakaian tipis yang menyerap keringat Hasil : • Pasien mengatakan demam pada malam hari sudah tidak dirasakan lagi	Yayuk
	20.45	II	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan Hasil: • TD : 120/70 mmHg • N : 88x/menit • S : 37 ^{O}C • P : 19 x/menit	Marni
	20.50	I,II,III	Menganjurkan pasien minum banyak air putih Hasil : • Pasien mengatakan ia suka minum air hangat • Tampak air hangat di atas meja pasien	Marni
	22.20	II	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan Hasil: • TD : 120/80 mmHg • N : 88 x/menit • S : 37,1 ^{O}C • P : 18 x/menit	Marni

	22.25	I,II,III	Membantu membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif dan memberikan obat sesuai terapi Hasil: • Pasien mengatakan sudah mampu mengeluarkan banyak lendir dari tenggorakan dengan teknik batuk efektif • Tampak pasien mengeluarkan lendir±10 cc dengan warna putih • Pemberian obat vit C 1 tablet/oral	Wulan
	22.30	I	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan Hasil: • TD : 120/80 mmHg • N : 88 x/menit • S : 37 ^{O}C • P : 18 x/menit	Wulan
	22.35	I,II,III	Melakukan fisioterapi dada dan membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif Hasil: • Pasien mengatakan mampu	Wulan

			mengeluarkan lendir dari tenggorokan dengan batuk efektif • Pasien mengatakan masih batuk berlendir tapi sudah tidak disertai darah dan masih nyeri dada skala 4 • Tampak pasien mengeluarkan lendir ±10 cc dengan warna putih • Terdengar suara napas tambahan ronchi berkurang • Tampak pasien tidak menggunakan otot bantu pernapasan	
	22.58	I	Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan favorite pasien Hasil: • Keluarga mengatakan sudah membawahkan pisang dan apel buah kesukaan pasien	Wulan
	05.10	III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan Hasil: • TD : 120/80 mmHg • N : 88 x/menit • S : 37 ^{O}C • P : 18 x/menit	Wulan dan fira

	05.30	I,II	Membantu membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif dan memberikan obat sesuai terapi Hasil: • Pasien mengatakan sudah mampu mengeluarkan banyak lendir dari tenggorakan dengan teknik batuk efektif • Tampak pasien mengeluarkan lendir±10 cc dengan warna putih • Pemberian obat vit C 1 tablet/oral	Wulan
	06.00	I	Menganjurkan kompres air hangat bila demam timbul Hasil: • Pasien mengatakan tidak demam lagi pada malam hari • Pasien mengatakan jika demam ia akan dikompres ole anaknya • Tampak pasien mengerti anjuran perawat • Badan teraba hangat • Tampak pasien lemah • Suhu : 37 ^{0}C	Wulan dan fira
	06.10			

		I,II,III	Melakukan fisioterapi dada dan membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif Hasil: • Pasien mengatakan mampu mengeluarkan lendir dari tenggorokan dengan batuk efektif • Pasien mengatakan masih batuk berlendir tapi sudah tidak disertai darah dan masih nyeri dada skala 4 • Tampak pasien mengeluarkan lendir ±10 cc dengan warna putih • Terdengar suara napas tambahan ronchi berkurang • Tampak pasien tidak menggunakan otot bantu pernapasan	Wulan
	06.35	I	Menganjurkan kompres air hangat bila demam timbul Hasil: • Pasien mengatakan tidak demam lagi pada malam hari • Pasien mengatakan jika demam ia akan dikompres ole anaknya • Tampak pasien mengerti anjuran perawat • Badan teraba hangat • Tampak pasien lemah • Suhu : 37 ^{0}C	Wulan dan Fira

Hari/tanggal	waktu	Dx	Implementasi	Nama perawat
Minggu 03-3-2019	07.25	1	Menimbang BB pasien Hasil: • Tampak BB pasien 45, dengan IMT 17,5 (BB kurang ideal)	Mastoriani
	07.35		Menyuapi pasien dan memberikan air hangat Hasil: • Pasien mengatakan sudah ada nafsu makan • Tampak adanya selera makan pasien, pasien menghabiskan menu makanan dari Rs,Pasien makan 2 buah pisang dan air putih hangat 4 gelas ± 800 cc	Mastoriani
	08.30		Membantu pasien membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif Hasil: • Pasien mengatakan masih batuk berlendir tapi sudah berkurang dan nyeri dada sudah tidak di rasakan lagi • Tampak pasien dapat mengeluarkan lendir ± 5 dengan teknik batuk efektif	Marni

	07.25		Menimbang BB pasien Hasil: • Tampak BB pasien 45, dengan IMT 17,5 (BB kurang ideal)	Mastoriani
	07.35		Menyuapi pasien dan memberikan air hangat Hasil: • Pasien mengatakan sudah ada nafsu makan • Tampak adanya selera makan pasien, pasien menghabiskan menu makanan dari Rs,Pasien makan 2 buah pisang dan air putih hangat 4 gelas ± 800 cc	Mastoriani
	08.30		Membantu pasien membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif Hasil: • Pasien mengatakan masih batuk berlendir tapi sudah berkurang dan nyeri dada sudah tidak di rasakan lagi • Tampak pasien dapat mengeluarkan lendir ± 5 dengan teknik batuk efektif	Marni
	09.00		Memposisikan pasien untuk mengurangi dipsnea H: • Tampak pasien berbaring dengan posisi fowler 90^{o} • Pasien mengatakan merasa nyaman denganposisi tersebut.	Marni

	09.35		Mengajarkan pasien dan keluarga mengenai diet Hasil: • Pasien mengatakan sudah ada nafsu makan • Tampakpasien sudah dapat menghabiskan 1 porsi makanan dari RS dan menghabiskan 1 buah pisang	Marni
	09.45		Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan H : TD : 110/80 mmHg N : 88 x/menit S : 36,5^{O}C P : 18 x/menit	Mastoriani dan Marni
	10.00		Memposisikan pasien untuk mengurangi dipsnea Hasil: • Tampak pasien berbaring denganposisi fowler 90^{o} • pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi tersebut	Mastoriani

	10.15		melakukan fisioterapi dada dan pemberian obat sesuai terapi Hasil: • Tidak terdengar suara napas tambahan ronchi • Terdengar ventilasi napas dada kanan mulaimeningkat. • Pemberian obat asamtraksenamat ml/IV	Mastoriani
	11.45		Menyuapi pasien dan memberikan air hangat dan meninggikan kepala 30-45 menit Hasil: • Pasien mengatakan sudah mulai nafsu makan • Tampak adanya selera makan pasien, pasien menghabiskan menu makanan dari Rs,Pasien makan 2 buah pisang dan air putih hangat 4 gelas ± 800 cc • Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi tersebut.	Marni
	12.15		Memberikan obat sesuai terapi Hasil: • Pasien minum obat • Pemberian obat Rifampicin 1 tablet/oral	Mastoriani

	12.25		Mengauskultasi suara napas Hasil: • Pasien mengatakan batuk berlendir sudah berkurang dan batuk darah sudah tidak ada • Pasien mengatakan nyeri dada sudah tidak dirasakan lagi • Tidak terdengar suara napas tambahan Ronchi • Terdengar suara napas dada kanan dan kiri sama • Tidak tampak menggunakan otot bantu pernapasan	Marni
	12.45		memposisikan pasien untuk mengurangi dipsnea Hasil: • Tampak pasien tidak beri posisi fowlerataupun semi fowler.	Marni
	13.40		Membantu membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif Hasil: • Pasien mengatakan sudah mampu mengeluarkan banyak lendir dari tenggorokan dengan melakukan batukefektif	Marni

	14.25		Melakukan fisioterapi dada dan mengauskultasi suara napas Hasil: • Pasien mengatakan nyeri dada suda tidak dirasakan lagi,batuk disertai lendir warna putih bukan kuning • Pasien mengatakan saat batuk sudah tidak disertai dengan darah • Pasien mengatakan sudah mampu mengeluarkan banyak lendir dari tenggorokan dengan melakukan batuk efektif • Tidak terdengar suara tambahan ronchi • Terdengar suara napas dada kanan dan kiri sama • Tampak pasien tidak beri posisi fowler maupun semi Fowler.	Mastoriani
	14.30		Menyuapi pasien dan memberikan air hangat dan meninggikan kepala 30-45 menit Hasil: • Pasien mengatakan sudah ada nafsu makan • Pasien mengatakan sekarang dia tidak makan bubur lagi tapi sekarang sudah makan nasi keras • Tampak adanya selera makan pasien, pasien menghabiskan makanan dari	Mastoriani

			rumah sendiri,Pasien makan 4 buah pisang dan air putih hangat 4 gelas ± 800 cc • Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi tersebut.	
	15.15		Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan Hasil • TD : 120/80 mmHg • N : 88 x/menit • S : 36,3 ^{O}C • P : 19 x/menit	Marni
	15.35		Mengauskultasi suara nafas Hasi: • Tidak terdengar suara nafas tambahan ronchi • Terdengar suara nafas dada kanan kiri sama	Mastoriani
	15.45		Membantu pasien membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif Hasil: • Pasien mengatakan batuk berlendir sudah tidak ada	Marni dan mastoriani

	16.25		melakukan fisioterapi dada dan mengauskultasi suara napas Hasil: • Pasien mengatakan nyeri dada suda tidak dirasakan lagi,batuk disertai lendir sudah tidak ada • Pasien mengatakan saat batuk sudah tidak disertai dengan lendir dan darah • Tidak terdengar suara tambahan ronchi • Terdengar suara napas dada kanan dan kiri sama • Tampak pasien tidak beri posisi fowlermaupun semi Fowler.	Marni
	16.45		Menyuapi pasien dan memberikan air hangat Hasil: • Pasien mengatakan sudah ada nafsu makan • Tampak adanya selera makan pasien, pasien menghabiskan menu makanan dari Rs,Pasien makan 1 buah pisang dan air putih hangat 4 gelas ± 800 cc	Mastoriani

	17.15		Mengajarkan pasien dan keluarga mengenai diet Hasil: • Pasien mengatakan sudah ada nafsu makan • Tampakpasien sudah dapat menghabiskan makanan yang disediakan dari RS	Mastoriani
	18.25		Memposisikan pasien untuk mengurangi dypsnea Hasil: • Pasien mengatakan ingin menurunkan posisi kepala tempat tidur untuk posisi tidur terlentang	Mastoriani
	18.45		Menganjurkan pasien memakai pakaian tipis yang menyerap keringat Hasil : • Pasie mengatakan sudah tidak merasakan demam lagi pada malam hari • Suhu : 36,3 ^{0}C	Marni
	19.15		Membantu membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif Hasil: • Pasien mengatakan sudah	Mastoriani

			tidak batuk berlendir	
	20.45		Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan Hasil • TD : 120/80 mmHg • N : 90 x/menit • S : 36,5^{O}C • P : 18 x/menit	Marni
	21.00		melakukan fisioterapi dada dan mengauskultasi suara napas Hasil: • Pasien mengatakan nyeri dada suda tidak dirasakan lagi,batuk disertai lendir dan darah sudah tidak ada • Pasien mengatakan saat batuk sudah tidak disertai dengan lendir dan darah • Tidak terdengar suara tambahan ronchi • Terdengar suara napas dada kanan dan kiri sama • Tampak pasien tidak beri posisi fowler maupun semi Fowler.	Perawat fincen
	21.45		Menganjurkan kompres air hangat bila demam timbul Hasil :	Perawat fincen

			• Pasien mengatakan demam tidak dirasakan lagi pada malam hari • Tampak pasien mengerti anjuran perawat. • Suhu : 36,5 ^{0}C	
	22.00		Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan Hasil • TD : 110/70 mmHg • N : 80 x/menit • S : 36,5^{O}C • P : 18 x/menit	Perawat fincen
	22.45		Membantu membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif dan memberikan obat sesuai terapi Hasil: • Pasien mengatakan sudah mampu mengeluarkan banyak lendir dari tenggorakan dengan teknik batuk efektif • Tampak pasien mengeluarkan lendir±10 cc warna putih • Pemberian obat vit C 1 tablet/oral	Perawat fincen
	23.15		melakukan fisioterapi dada dan mengauskultasi suara napas Hasil: • Pasien mengatakan nyeri dada sudah tidak dirasakan lagi • Pasien mengatakan saat	Perawat fincen

			batuk sudah tidak disertai dengan lendir dan darah • Tidak terdengar suara tambahan ronchi • Terdengar suara napas dada kanan dan kiri sama • Tampak pasien tidak beri posisi fowler maupun semi Fowler.	
	05.46		Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan Hasil • TD : 110/70 mmHg • N : 80 x/menit • S : 36,5^{O}C • P : 18 x/menit	Perawat fincen
	06.00		Menyuapi pasien dan memberikan air hangat Hasil: • Pasien mengatakan sudah ada nafsu makan • Pasien mengatakan tidak mau di suap • Tampak pasien menghabiskan 1 porsi menu makanan yang disediakan dari RS • Pasien makan 1 pisang sebagai makanan penutup dan air putih hangat 4 gelas ± 800 cc.	Perawat fincen

	006.35 <

G. Evaluasi Keperawatan

Nama / Umur : Ny " N" / 47 tahun

Bagian / Kamar : Bernadeth IIB / 522A

Tanggal	DP	Evaluasi	Perawat
02-03-2019	I	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mucus berlebihan S : - Pasien mengatakan masih batuk berlendir disertai darah dan masih nyeri dada skala 6 O : - Tampak pasien dapat mengeluarkan lendir ± 15 cc dengan teknik batuk efektif - Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan - Terdengar suara napas tambahan ronchi - Terdengar suara napas dada kanan lebih menurun. - TTV: • TD : 130/80 mmHg • N : 84x/menit • S : 38,5 ^{O}C • P : 20 x/menit A : Batuk belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya. 3. Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk. 4. Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif. 5. Auskultasisuaranafas 6. Pemberian obat	Mastoriani dan marni

Tanggal	DP	Evaluasi	Perawat
02-03-2019	II	Hipertermi berhubungan dengan penyakit S : - Pasien mengatakan demam tadi malam - Pasien mengatakan keringat berlebih tadi malam O : - Tampak mukosa bibir kering - Badan teraba panas - Tampak pasien pucat - Suhu : 38,5 ^{0}C A : Suhu tubuh belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 7. Kaji tingkat kenaikan suhu tubuh 8. Observasi TTV terutama suhu tubuh 9. Anjurkan kompres air hangat bila demam timbul 10. Anjurkan pasien minum banyak air putih 11. Anjurkan pasien memakai pakaian tipis yang menyerap keringat 12. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antipiretik	Mastoriani dan marni

Tanggal	DX	Evaluasi	Perawat
02-03-2019	III	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan S : - Pasien mengatakan tidak berselera makan - Pasien mengatakan sakit perut O: - Tampak pasien hanya makan 3 sendok bubur, tanpa sayur dan tempe, dan hanya minum air hangat 2 gelas ± 400cc - TTV: • TD : 130/80 mmHg • N : 84x/menit • S : 38,5 ^{O}C • P : 20 x/menit - Tampak BB pasien 45, dengan IMT 17,5 (BB kurang ideal A : Nafsu makan belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Tentukan jumlah kalori 3. Ajarkan pasien dan keluarga mengenai diet yang dianjurkan 4. Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorite pasien sementara pasien berada di rumah sakit atau fasilitas perawatan yang sesuai 5. Bantu peningkatan berat badan	Mastoriani dan marni

Tanggal	Dx	Evaluasi	Perawat
03-03- 2019	I	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebihan S: - Pasien mengatakan masih batuk berlendir tapi sudah tidak disertai darah dan masih nyeri dada skala 4 - Pasien mengatakan mampu mengeluarkan lendir dari tenggorokan dengan batuk efektif O : - Tampak pasien mengeluarkan lendir ±10 cc berwarna putih - Terdengar suara napas tambahan ronchi berkurang - Tampak pasien tidak menggunakan otot bantu pernapasan. -TTV : • TD : 120/80 mmHg • N : 88 x/menit • S : 37 ^{O}C • P : 18 x/menit A : Batuk sudah mlai teratasi P :lanjutkan intervensi : 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya 3. Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk. 4. Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif 5. Auskultasisuaranafas 6. Pemberianoba	Mastoriani dan Marni

Tanggal	Dx	Evaluasi	Perawat
03-03- 2019	II	Hipertermi berhubungan dengan penyakit S : - Pasien mengatakan tidak demam lagi pada malam hari - Pasien mengatakan jika demam ia akan dikompres ole anaknya O : - Tampak pasien mengerti anjuran perawat - Badan teraba hangat - Tampak pasien lemah - Suhu : 37 ^{0}C A : Suhu tubuh mulai teratasi P : Lanjutkan intervensi 13. Kaji tingkat kenaikan suhu tubuh 14. Observasi TTV terutama suhu tubuh 15. Anjurkan kompres air hangat bila demam timbul 16. Anjurkan pasien minum banyak air putih 17. Anjurkan pasien memakai pakaian tipis yang menyerap keringat 18. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antipiretik	Mastoriani dan marni

Tanggal	Dx	Evaluasi	perawat
3-03-2019	III	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan S: - Pasien mengatakan sudah ada nafsu untuk makan O: - Tampak pasien menghabiskan menu makanan dari Rs dan minum air hangat 5 gelas ± 600cc - TTV: • TD : 120/80 mmHg • N : 88 x/menit • S : 37 ^{O}C • P : 18 x/menit • Tampak BB pasien 45, dengan IMT 17,5 (BB kurang ideal) A:Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh mulai teratasi P: Lanjutkan intervensi : 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Tentukan jumlah kalori 3. Ajarkan pasien dan keluarga mengenai diet yang dianjurkan 4. Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorite pasien sementara pasien berada di rumah sakit atau fasilitas perawatan yang sesuai 5. Bantu peningkatan berat badan	Mastoriani dan Marni

Tanggal	DP	Evaluasi	Perawat
04-03-2019	I	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebihan S : - Pasien mengatakan nyeri dada sudah tidak dirasakan lagi - Pasien mengatakan saat batuk sudah tidak disertai dengan lendir dan darah O : - Tidak terdengar suara tambahan ronchi - Terdengar suara napas dada kanan dan kiri sama - TTV: • TD : 110/70 mmHg • N : 80 x/menit • S : 36,5^{O}C • P : 18 x/menit A: batuk sudah teratasi P : hentikan intervensi	Mastoriani dan marni

Tanggal	DP	Evaluasi	Perawat
04-03-2019	II	Hipertermi berhubungan dengan penyakit S : - Pasien mengatakan demam sudah tidak dirasakn lagi - Pasien mengatakan tidak berkeringat lagi pada malam hari O : - Tampak pasien tidak pucat - Teraba dingin - Suhu : 36,5 ^{0}C A : Suhu tubuh teratasi P : hentikan intervensi	Mastoriani dan marni

Tanggal	DP	Evaluasi	Perawat
04-03-2019	III	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan S : - Pasien mengatakan sudah ada nafsu makan - Pasien mengatakan tidak mau di suap O : - Tampak pasien menghabiskan menu makanan yang di sediakan dari RS - Pasien makan 1 pisang sebagai makanan penutup dan air putih hangat 6 gelas ± 800 cc - Tampak BB pasien 45, dengan IMT 17,5 (BB kurang ideal - TTV: • TD : 110/70 mmHg • N : 80 x/menit • S : 36,5^{O}C • P : 18 x/menit A : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh sudah mulai teratasi yakni adanya peningkatan asupan makanan P : hentikan intervensi	Mastoriani dan marni

H. Daftar obat

Daftar obat yang diberikan kepada pasien

1. Nama obat : *Rifampicin*
   a. Klasifikasi/golongan obat : Antituberkulosis
   b. Dosis umum : 600mg/hari
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 x1 tablet/ 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 seperti 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)

2. 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/400 mg /24 jam
   d. Cara pemberian : Oral

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :Penghambatan sintesa RNA pada kuman yang sedang membelah, juga menghindari terbentuknya *mycolicacid* pada diding sel, berfungsi untuk menghambat pertumbuhan bakteri (Judith & April 2009).

f. Alasan pemberian obat : Diberikan pada pasien sebagai antituberkulosis

g. Kontra indikasi:Anak dibawah 6 tahun, neuritis optic, gangguan visual

h. Efek samping obat:Neuritif optik, buta warna merah/hijau, neuritis perifer(Elin, Retnosari & Joseph, 2009).

3. Nama obat : *Pyrazinamide*

a. Klasifikasi/golongan obat : Anti tuberculosis

b. Dosis umum : 500 mg

c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 2x1 tablet/500 mg/24 jam

d. Cara pemberian : Oral

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :Obat ini bekerja sebagai antibiotic dengan cara mneghentikan pertumbuhan bakteri. Berfungsi melawan *mycobacterium tuberculosis* paru

f. Alasan pemberian obat :Untuk pengobatan tuberculosis yang diberikan bersama antituberkulosa lainnya (terapi kombinas)

g. Kontra indikasi :Terhadap gangguan fungsi hati berat, porfiria, hipersensitifitas terhadap pirazinamid (Judith & April 2009)

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

4. Nama obat : *Ceftriaxone*
    a. Klasifikasi/golongan obat : Antibiotik
    b. Dosis umum : 20-80mg/kgBB/hari
    c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 2 gram/ 12 jam
    d. Cara pemberian : IV
    e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
       Efek bakterisid dapat menghambat pembentukan mukopeptida diding sel. Berfungsi sebgai antibiotik dalam mengobati berbagai macam infeksi
    f. Alasan pemberian obat :
       Untuk mencegah terjadinya infeksi sekunder
    g. Kontra indikasi:
       Hipersensitifitas terhadap antibiotic sefalosporon
       hipersensitifitas dengan penicillin
    h. Efek samping obat:
       - Gangguan pencernaan seperti diare, mual, muntah, stomatitis glositis
       - Reaksi kulit : eksantema, dermatitis, alergi, gatal, urtikaria, bengkak dan eritema
       - Perubahan hematologi : hematoma dan anemia hemolitik
       - Efek samping lain yang dapat terjadi : sakit kepala, pusing, peningkatan enzim hati, oliguria dan rekasi anafilaktik (Elin, Retnosari & Joseph, 2009).
5. Nama obat : *Codein*
    a. Klarifikasi/golongan obat : Analgesik
    b. Dosis umum : 15-60 mg
    c. Dosisi untuk pasien yang bersangkutan : 3x1/oral/24 jam
    d. Cara pemberian :oral
    e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
       Digunakan untuk meredahkan nyeri ringan hingga berat, obat ini bekerja secara langsung pada sistem saraf pusat untuk

mengurangi rasa sakit yang dialami dan dapat juga digunakan untuk meringankan gejala batuk.

f. Alasan pemberian obat : untuk mengurangi batuk yang ada pada pasien.
g. Kontra indikasi : penyakit addison (masalah pada kelenjer adrenal)
h. Efek samping obat : demam, pusing, mulut kering, mual dan muntah, kehilangan nafsu makan, konstipasi, merasa nyeri pada perut dan muncul ruam ringan pada kulit

6. Nama obat : Asam traneksamat
   a. Klarifikasi/golongan obat : antifibrinolitik
   b. Dosis umum : 10 mg/kgBB
   c. Dosisi untuk pasien yang bersangkutan : 1 amp/5 ml/8 jam
   d. Cara pemberian : IV
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Digunakan untuk mengurangi atau menghentikan perdarahan.
   f. Alasan pemberian obat : membantu pasien mengurangi perdarahan pada saat batuk
   g. Kontra indikasi : meningkatkan resiko pembentukan gumpalan darah yang bersiat fatal pada penderita *leukemia* jika digunakan dengan tretinoin
   h. Efek samping obat : sakit kepala, hidung tersumbat, nyeri perut, mual dan muntah, lemas, diare, migrain dan pusing.

7. Nama obat : Vitamin C
   a. Klarifikasi/golongan obat : vitamin
   b. Dosis umum : 25-300 mg
   c. Dosisi untuk pasien yang bersangkutan : 3 x 1 tablet/500 mg/ 24 jam
   d. Cara pemberian : oral

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Dibutuhkan untuk menghasilkan zat yang disebut kolagen dan mencegah dan mengobati defisiensi vitamin C.
f. Alasan pemberian obat : untuk menjaga kesehatan serta perbaikan pada tulang rawan.
g. Kontra indikasi : obat-obat pengencer darah, seperti aspirin, warfarin, kumarin, dan clopidgrel. Vitamin C menyebabkan efek pengencer darah berkurang
h. Efek samping obat:Perut kembung, neri ulu hati, diare, muntah dan sakit perut.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Dalam BAB ini akan membahas tentang kesenjangan antara konsep teori dengan kasus nyata yang ditemukan dalam pelaksanaan keperawatan pada Ny.”N” dengan kasus tuberkulosisparu yang di laksanakan selama 3 hari di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dari tanggal 1-3 maret 2019. Untuk memudahkan pembahasan maka penulis membahas dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan Ny “N” usia 47 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan keluhan yaitu batuk berlendir campur darah, berkeringat pada malam hari, dan demam. Batuk terjadi karena adanya iritasi/ulkus pada bronkus, berkeringat pada malam hari terjadi karena *Mycobacterium* bermetabolisme di malam hari sehingga menyebabkan terjadinya keringat yang berlebihan, demam terjadi karena adanya respon tubuh terhadap infeksi akibat bakteri tuberkulosis*,* ini sebagai tanda bahwa imun sedang melawan infeksi yang disebabkan oleh bakteri tersebut (Widoyono, 2011). Pada saat pengkajian di ruang perawatan tanggal 28 februari 2019 Ny .”N” mengeluh batuk berlendir disertai sesak napas, nyeri dada tembus ke belakang, berkeringat berlebihan, serta nafsu makan berkurang ditandai dengan penurunan BB.

Batuk berlendir yang terjadi pada Ny ”N” karena adanya penumpukan eksudat di alveoli sehingga menyebabkan fungsi silia menurun dan terjadi sekresi mukus meningkat, sesak napas dialami karena terbentuknya jaringan parut di paru-paru sehingga mengalami infeksi dan menjadi dilatasi kemudian mengakibatkan paru tidak dapat mengembang secara sempurna (Andra & Yessie, 2013). Nyeri dada tembus ke belakang terjadi karena adanya infeksi mengenai pleura atau jaringan pembungkus paru

dan dapat pula terjadi akibat tarikan saat batuk yang terus-menerus terjadi, kemudian nafsu makan berkurang ditandai dengan penurunan BB pada Ny.”N” karena adanya suatu infeksi yang kompleks antara respon tubuh dan virulensi dari organisme penyebab penyakit sehingga terjadi perubahan menyeluruh pada respon metabolik tubuh tetapi dapat juga disebabkan karena salah satu efek samping dari obat. Terjadinya penurunan BB, tampak kurus dan nafsu makan pada Ny.”N” dapat juga salah satu gejala dari malaise (Saydam, 2011).

Saat pengkajian pasien mengatakan batuk yang diderita saat ini karena pasien memiliki tetangga yang menderita batuk sudah lama tetapi tidak pernah berobat sekalipun. Pasien juga mengatakan batuk yang dideritanya saat ini mungkin Karena suaminya perokok, beserta kakak kandung dan anak-anaknya juga perokok. Keluarga juga mengatakan mereka tinggal dilingkungan yang padat penduduk dan kumuh kebanyakan dari mereka perokok aktif.. Berdasarkan teori, merokok dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga mudah terserang penyakit (salah satunya adalah tuberculosisparu) terutama pada laki-laki yang mempunyai kebiasaan merokok (Widoyono, 2011).

Pada tinjauan kasus ini hasil foto toraks menunjukkan KP sinitra aktif, hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan RBC 3.94, NEUT% 94.8, NEUT# 20,3 meningkat, LYM% 3.3, LYM# 0.7, HGB 8.7g/dL rendah hal ini terjadi karena manifestasi dari adanya infeksi pada paru-paru pasien, kemudian adanya pemeriksaan sputum hasil BTA I : ditemukan (+++) Pemeriksaan BTA I pada pasien ditemukan karena pada saat pengambilan sputum BTA I pasien baru bangun dan belum mengkomsumsi apa-apa, hal ini yang mengakibatkan hasil dari BTA I langsung teranalisa adanya bakteri pada sputum pasien (Saydam, 2011).

Pada tinjauan kasus, obat-obatan yang di konsumsi pasien untuk *antituberculosis,* seperti *Rifampicin, Etambutol, Pyrazenamid,* dan *Pehadoxin* adapun obat tambahan yang diberikan *codein* (mengurangi rasa nyeri),*Ceftriaxone* (Untuk mencegah terjadinya infeksi sekunder sebagai antibiotik), *asam traksenamat* (untuk mengurangi rasa nyeri)

paracetamol (menurunkan demam) *Vitamin C* (untuk menangkal bakteri yang masuk ke dalam tubuh) (Widoyono, 2011).

B. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan pengkajian 11 pola Gordon maka ada beberapa yang bermasalah yaitu pola *persepsi* dan pemeliharaan kesehatan, pola nutrisi dan metabolik, pola tidur dan istirahat. Diagnosis keperawatan (Herdman & Kamitsuru, 2016)

Berdasarkan data yang diperoleh penulis mengangkat diagnosis keperawatan pada Ny ”N” yaitu :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas yang berhubungan dengan mukus berlebihan. Penulis mengangkat diagnosis ini karena adanya data hasil pengkajian yaitu pasien batuk berlendir campur darah , pasien sesak napas, bunyi nafas bronchovesicular serta terdapat suara tambahan ronchi pada lapang paru kiri, dan suara napas tambahan ronchi, hasil foto thoraks KP sinitra aktif,BTA I : ditemukan (+++).
2. Hipertermi berhubungn dengan penyakit. Penulis mengangkat diagnosis ini karena adanya keluhan demam pada malam hari, keringat berlebih pada malam hari, suhu 38,5 ^{0}C.
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan kurang asupan makanan. Penulis mengangkat diagnosis ini karena adanya keluhan nafsu makan pasien berkurang, pasien mengalami penurunan BB IMT 17,43 kg, pasien kurang mengkonsumsi makanan bergizi dan berserat, pasien sudah 4 hari tidak BAB, hasi l pengukuran LILA pasien 28 cm, pasien menghabiskan ½ porsi bubur tanpa sayur dan tempe.

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. Defisit perawatan diri berhubungan dengan nyeri. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena penulis telah mengangkat diagnosis ketidakefektifan jalan napas karena Nyeri dada tembus ke belakang terjadi karena adanya infeksi mengenai pleura atau jaringan pembungkus paru dan dapat pula terjadi akibat tarikan saat batuk yang terus-menerus terjadi.
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan adanya batuk sesak napas dan nyeri dada. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena gangguan pola tidur disebabkan oleh ketidakefektifan bersihan jalan akibat penumpukan eksudat di alveoli yang mengakibatkan pola napas pasien kurang efektif disertai nyeri karena tarikan saat batuk berlendir yang terus-menerus terjadi. Oleh karena itu apabila ketidakefektifan bersihan jalan napas pasien mampu teratasi maka gangguan pola tidur tidak akan terjadi pada pasien.
3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan kerusakan membrane alveolar. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena penulis telah mengangkat diagnosis ketidakektifan bersihan jalan napas untuk mengatasi pola napas pasien karena produksi mukus meningkatkan di tandai dengan adanya keluhan batuk berlendir juga tidak dilakukan pemeriksaan AGD.
4. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan menurunnya ekspansi paru sekunder terhadap penumpukan cairan dalam rongga pleura. Penulis tidak mengangkat diangnosis ini karena penulis telah mengangkat diagnosis ketidakektifan bersihan jalan napas untuk mengatasi pola napas yang kurang efektif.
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 di tandai dengan keluarga menjaga pasien dengan memakai masker, keluarga menyiapkan masker di atas meja dan keluarga menyiapkan wadah untu tempat pembuangan lendir pasien.

C. Perencanaan keperawatan

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

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas yang berhubungan dengan mucus berlebihan (Herdman & Kamitsuru, 2016). Penulis membuat beberapa intervensi yaitu: monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat, lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya, buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir, instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif, auskultasi suara napas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan, Posisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (misalnya posisi semi fowler atau fowler), jaga kepala tempat tidur ditinggikan 30 sampai 45 menit setelah pemberian makan, memberikan pasien obat, alasan pemberian obat hasil yang diharapkan dan efek lanjutan yang akan terjadi sebelum pemberian obat, dokumentasikan pemberian obat dan resep pasien (misalnya nama generic obat, dosis, waktu, cara, alasan pemberian dan efek yang dicapai) sesuai dengan protocol (Bulechek, 2013)
2. Hipertermi berhubungan dengan penyakit (Herdman & kamitsuru, 2016). Penulis membuat beberapa intervensi: Kaji tingkat kenaikan suhu tubuh, Observasi TTV terutama suhu tubuh, Anjurkan kompres air hangat bila demam timbul, anjurkan pasien minum banyak air putih, anjurkan pasien memakai pakaian tipis yang menyerap keringat, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antipiretik
3. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan Kurang asupan makanan (Herdman & Kamitsuru, 2016). Penulis membuat beberapa intervensi: tentukan jumlah kalori dan tipe nutrisi yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dengan berkolaborasi bersama ahli gizi, sesuai

kebutuhan, pastikan bahwa dalam diet mengandung makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi, ajarkan pasien dan keluarga mengenai diet yang dianjurkan, anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorite pasien sementara pasien berada di rumah sakit atau fasislitas perawatan yang sesuai, monitor tanda-tanda vital, nadi, suhu dan status pernapasan, berikan cairan hangat setelah makan dengan cara yang tepat, timbang pasien pada jam yang sama setiap hari, bantu pasien untuk makan atau menyuapi pasien. (Bulechek, 2013)

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. Adapun implementasi keperawatan dilaksanakan dengan intervensi pada masing-masing diagnosa keperawatan.

1. Pada masalah keperawatan pertama mengenai ketidakefektifan bersihan jalan napas, semua intervensi yang disusun dapat diimplementasikan selama ± 3 hari.
2. Pada masalah keperawatan yamg kedua mengenai hipertermi berhubungan dengan penyakit, semua intervensi yang disusun dapat diimplementasikan semua selama ± 3 hari.
3. Pada masalah keperawatan yang ketiga mengenai ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh, semua intervensi yang disusun dapat diimplementasikan semua selama ± 3 hari.

E. Evaluasi (Moorhead, 2013)

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

Pada tahap ini penulis mengevaluasi pelaksanaan keperawatan berdasarkan *Nursing Outcomes Clasification* yang diberikan pada pasien selama tiga hari yaitu pada tanggal (1-3 maret 2019).

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas yang berhubungan dengan mukus berlebihan. Evaluasi yang dilakukan didapatkan masalah bersihan jalan napas kembali efektif dalam waktu 3x24 jam, dimana pasien mengatakan sesak napas, nyeri dada, batuk berlendir disertai darah sudah tidak ada lagi, dan pola napas normal 23x/menit dan tidak terdengar suara napas tambahan, maka hal ini menunjukkan bahwa frekuensi,batuk dan irama napas pasien kembali efektif, tampak tidak ada penggunaan otot. sehingga diagnosis ketidakefektifan bersihan jalan napas telah teratasi.

2. Hipertermi berhubungan dengan penyakit. Evaluasi yang dilakukan didapatkan masalah hipertermi pasien kembali efektif dalam waktu 3 x 24 jam, dimana pasien mengatakan demam tidak dirasakan lagi pada malam hari, pasien mengatakan tidak berkeringat lagi pada malam hari, tampak pasien tidak pucat, Suhu : 36,5 ^{0}C, teraba dingin

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan kurang asupan makan. Evaluasi yang dilakukan didapatkan masalah Kebutuhan nutrisi pasien teratasi sebagian dalam waktu 3x24 jam yakni adanya peningkatkan asupan makan dimana Pasien mengatakan menghabiskan 1 porsi menu makanan, minum air hangat 4 gelas ± 800 cc dari rumah sakit, dan tampak pasien sedang mengkomsumsi roti tawar, tampak pasien ada selera makan. Hal ini menunjukkan bahwa pasien ada hasrat/keinginan untuk makan, serta asupan protein, lemak, karbohidrat, serat dan mineral dapat teratasi sebagian.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah menguraikan tinjauan teoritis dan penerapan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, menerapkan perencanaan, melaksanakan tindakan keperawatan dan melakukan evaluasi keperawatan pada Ny.”N” dengan TuberkulosisParu di ruang perawatan Bernadeth II B (Isolasi 522A) Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

   keperawatan yang telah dilakukan pada pasien Ny.”N” dengan TuberkulosisParu. Penulis menemukan beberapa data seperti batuk berlendir, nyeri dada tembus ke belakang, suara napas tambahan ronchi di kedua lapang paru, keringat pada malam hari, rongga mulut berbau, lidah kotor, adanya karang gigi, kulit kurang bersih, rambut berminyak, kulit kepala berketombe.

2. Diagnosis keperawatan yang ditetapkan antara lain:
   a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas yang berhubungan dengan mukus berlebih
   b. Hipertermi berhubungan dengan penyakit
   c. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan Kurang asupan makanan.
3. Rencana keperawatan yang disusun untuk mengatasi masalah yang dirasakan pada Ny “N” sebagai berikut
   a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas yang berhubungan dengan mukus berlebih

Intervensi keperawatan yang dilakukan antara lain monitor tanda-tanda vital, manajemen jalan nafas, pencegahan aspirasi, pemberian obat.

b. Hipertermi berhubungan dengan penyakit intervensi keperawatan yang dilakukan antara lain Kaji tingkat kenaikan suhu tubuh, Observasi TTV terutama suhu tubuh, Anjurkan kompres air hangat bila demam timbul, anjurkan pasien minum banyak air putih, anjurkan pasien memakai pakaian tipis yang menyerap keringat, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antipiretik

c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan

Intervensi keperawatan yang dilakukan antara lain monitor tanda-tanda vital, terapi nutrisi, bantu peningkatan berat badan.

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 diunjang oleh alat/saran yang dimiliki Rumah Sakit.

5. Evaluasi keperawatan, setelah melakukan asuhan keperawatan selama tiga hari pada pasien Ny.”N” dapat diperoleh hasil evaluasi dari masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas sudah teratasi pasien mengatakan batuk berlendir campur darah sudah tidak ada lagi, hipertermi sudah teratasi, pasien mengatakan tidak demam lagi. Ketidakseimbangan nutrisi dari kebutuhan tubuh mulai teratasi yakni ditandai dengan adanya peningkatan asupan makanan.

B. Saran

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

1. Bagi instansi RS

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

2. Bagi instansi pendidikan

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

3. Bagi pasien

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

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

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

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

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

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

Kementrian kesehatan RI.2016. *National Strategic Plan of Tuberculosis Control 2016-2020*.jakarta

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

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

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

Pru Smith.2016.http://www.tbonline.info/posts/2016/10/16/global-tb-report-2016/ Diakses pada tanggal 23 april 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

Risman.2016.https://reliefweb.int/report/world/global-tuberculosis-paru-report-2017Diakses pada tanggal 23 april 2019

SasrawanHedi.2015.https//hedisasrawan.blogspot.co.id/2015/04/anatomi-paru-paru-artikel-lengkap.html?m=1 Diakses pada tanggal 13 april 2018

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

Alfabeta

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

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

DAFTAR LEMBAR KONSUL

KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Marni & Mastoriani

NIM : E1614401069 & E1614401070

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Ny.”N” dengan Penyakit *Tuberculosis* Paru di Ruang Isolasi BernadethII *B* Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing : Emilia Bongga Linggi ,Ns.,M.Kes.

No	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	TTD	
				Mahasiswa	Pembimbing
1	Rabu, 13 April 2019	BAB III - Judul kasus - Pengkajian	- Diagnosa medic - Pola Gordon Analisis Data	1. 2.	
2	Rabu, 27 Maret 2019	BAB III Pengkajian	- Intervensi - Implementasi - Evaluasi	1. 2.	
3	Kamis, 11 April 2019	BAB I - Pendahuluan BAB II Tinjauan teoritis	- Latar belakang - Tujuan - Manfaat - Sistematika penulisan	1. 2.	
4	Kamis, 18 April 2019	BAB IV dan BAB V	- Sistematika penulisan - pengetikan	1. 2.	

5	Selasa, 23 April 2019	BAB III Tinjauan kasus	- Pengetikan	1.  2. 	
6	Selasa, 7 Mei 2019	BAB I - BAB V	- Sistematika penulisan - Pengetikan - Latar Belakang	1.  2. 	
7	Rabu, 15 Mei 2019	- KATA PENGANTAR - DAFTAR PUSTAKA	- Pengetikan	1.  2. 	