KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "M" DENGAN TUBERKULOSIS PARU DI RUANG ISOLASI BERNADETH. II. B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH:

RICHARDUS. Y. YANDIK

E1614401074

THOMI. S. BATUWAEL

E1614401081

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2019

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "M" DENGAN TUBERKULOSIS PARU DI RUANG ISOLASI BERNADETH. II. B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH:

RICHARDUS. Y. YANDIK
E1614401074
THOMI. S. BATUWAEL
E1614401081

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2019

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya tulis dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "M" DENGAN TUBERKULOSIS PARU DI RUANG ISOLASI BERNADETH. II. B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".

Telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Richardus. Y. Yandik (E1614401074)

Thomi. S. Batuwael (E1614401081)

Disetujui oleh

Pembimbing

(Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep)

NIDN : 0904078805

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik

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

NIDN : 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN

Karya tulis dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "M" DENGAN TUBERCULSIS PARU DI RUANG ISOLASI BERNADETH. II. B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah dipertanggung jawabkan dan telah diujikan di hadapan tim penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/tanggal : Rabu, 22 mei 2019
Pukul : 12:30 - 14:00
Tempat : Ruangan B

Tim penguji:

1. Asrijal Bakri, Ns., M.Kes ( )
2. Mery Sambo, Ns., M.Kep ( )
3. Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep ( )

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Sipranus Abdi, S.Si.,Ns.,M.Kes)
NIDN:0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Richardus Y Yandik
Tempat/Tanggal Lahir	: Wahgai, 17 Desember 1993
Jenis kelamin	: Laki-laki
Agama	: Katolik
Alamat	: Jl. Tidung 10

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Paskalis. W. Keize
	Natalia. G. Kombutop
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Petani
	IRT
Alamat	: Papua

III. Pendidikan yang telah ditempuh

SD YPPK ST.Yoris	: Tahun 2003 - 2009
SMPN 1 Jair	: Tahun 2009 - 2012
SMAN 1 Mindiptana	: Tahun 2012 – 2015
STIK Stella Maris	: Tahun 2016 - 2019

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Thomi. S. Batuwael
Tempat/Tanggal Lahir	: Waiputih, 10 januari 1998
Jenis kelamin	: laki-laki
Agama	: protestan
Alamat	: jalan rajawali No. 29

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Musa. A. Batuwael
	Alberthina Soselisa
Agama	: Protestan
Pekerjaan	: Petani
	PNS
Alamat	: Ambon

III. Pendidikan yang telah ditempuh

SD Inpres 48 Ambon	: Tahun 2004 - 2010
SMPN 22 Ambon	: Tahun 2010 - 2013
SMKK Tiant Mandiri Ambon	: Tahun 2013 - 2016
STIK Stella Maris	: Tahun 2016 - 2019

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya sehinggsa penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN."M" DENGAN TUBERCULOSIS PARU DI RUANG BERNADETH. II. B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".

Adapun maksud dan tujuan dari penyusunan karya tulis ilmia ini yaitu sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan studi Program DIII Keperawatan di STIK Stella Maris Makassar.

Dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini penulis telah banyak mendapat bimbingan dari berbagai pihak sehigga segalah macam bentuk rintangan dan kesulitan yang ditemukan dapat teratasi dan dilalui dengan baik. Oleh karena itu diperkenankanlah penulis mengucapkan terimah kasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M,Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan, memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama kurang lebih 3 tahun.
2. Henny Pongantung, Ns., MSN., DN. Sc selaku wakil ketua bidang akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery Solon, S.Kep M.Kes selaku ketua program study DIII keperawatan.
4. Elmiana Bonga Linggi, S,kep., NS., M.Kes sebagai pembimbing akademik ±3 tahun selama penulis mengikuti pendidikan di kampus STIK Stella Maris.
5. Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan, serta motivasi kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Seluruh dosen dan staf yang memberikan ilmu, dan pelayanan selama penulis menempuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.

7. Dr. Thomas Suharto, MMR selaku direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan pengambilan kasus untuk karya tulis ilmiah ini.
8. Tn. ‘’M’’ dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Khususnya kepada orang tua dari Richardus (Paskalis/Natalia) dan Thomi (Musa/Alberthina) serta seluruh keluarga, yang telah memberikan dukungan dan doa selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Untuk orang terdekat Christina Bally dan rekan-rekan Ocy, Siska, Rista, Thias ngane, ka Jhon, serta The Slayer yang telah membantu dan selalu memberikan dukungan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
11. Untuk teman-teman mahasiswa/i program DIII keperawatan khususnya kelas B angkatan 2016 yang selama ini bersama dalam mengikuti proses pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.

Akhir kata harapan penulis semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa/I STIK Stella Maris Makassar dan bagi perawat khususnya dalam meningkatkan pelayanan kesehatan sesuai standar profesi. Oleh karena itu kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan untuk melengkapi kekurangan yang ada dalam Karya Tulis Ilmiah ini.

Makassar, maret 2019

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR JUDUL … ……i
LEMBAR PENGESAHAN ……ii
LEMBAR PERSETUJUAN ……iii
RIWAYAT HIDUP ……iv
KATA PENGANTAR v
DAFTAR ISI.....vi
DAFTAR TABEL….....vi
DAFTAR GAMBAR viii
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 3
C. Manfaat Penulisan.....4
D. Metode Penulisan.....4
E. Sistematika penulisan.....5
BAB II TINJAUAN TEORITIS 7
A. Konsep Dasar Medis 7
1. Pengertian.....7
2. Anatomi Fisiologi 8
3. Etiologi.....15
4. Patofisiologi 17
5. Manifestasi Klinik.....18
6. Test Diagnostik.....20
7. Penatalaksanaan Medik 22
8. Komplikasi 23
B. Konsep Dasar Keperawatan.....25
1. Pengkajian.....25
2. Diagnosa Keperawatan 26
3. Intervensi Keperawatan.....27
4. Discharge Planning 35

C. Patoflowdiagram 36
BAB III PENGAMATAN KASUS 39
A. Pengkajian 40
B. Analisa Data 59
C. Diagnosa Keperawatan 63
D. Intervensi Keperawatan 64
E. Implementasi Keperawatan 71
F. Evaluasi Keperawatan 78
BAB IV PEMBAHASAN 94
BAB V PENUTUP 101
A. Kesimpulan 101
B. Saran 102
DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Uji Saraf Kranial
Tabel 3. 2 Pemeriksaan Lab
Tabel 3. 3 Pemeriksaan BTA
Tabel 3. 4 Analisa Data
Tabel 3. 5 Diagnosa Keperawatan
Tabel 3. 6 Rencana Keperawatan
Tabel 3. 7 Pelaksanaan Keperawatan
Tabel 3. 8 Evaluasi Keperawatan

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi Sistem Pernapasan
Gambar 2. 2 Bacteri Mycobacterium Tuberculosis
Gambar 3. 1 Genogram.

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit Tuberculosis paru (TB) merupakan infeksi yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang dapat menyerang pada berbagai organ tubuh mulai dari paru dan organ diluar paru seperti kulit, tulang, persendian, selaput otak, usus serta ginjal yang sering disebut dengan ekstrapulmonal TBC (Chandra, 2012)

World Health Organization (WHO) mencatat pada tahun 2013 terdapat 9 juta penduduk dunia telah terinfeksi kuman Tuberculosis Paru, pada tahun 2014 terdapat 9,6 juta penduduk dunia terinfeksi Tuberculsis Paru. Pada tahun 2014, jumlah kasus Tuberculosis Paru terbanyak berada pada wilayah Afrika (37%), wilayah Asia Tenggara (28%), dan wilayah Mediterania Timur (17%) (WHO, 2013).

Berdasarkan data 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. (Riskesdas, 2018)

Sulawesi selatan (Sulsel) menjadi Provinsi dengan kasus TB paru terbesar. Kota Makassar masih menjadi kota dengan penyebaran TB paru terbesar se Sulawesi Selatan yaitu 271 orang pada tahun 2013, dan kedua adalah Wajo 241 orang. Dari 24 Kabupaten/kota di Sulawesi selatan Kabupaten Enrekang menjadi daerah terkecil penyebaran TB paru dengan jumlah kasus 61 orang (Rachmat, 2013).

Berdasarkan 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 tuberculosis 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%). (MRO RS. Sella Maris, 2019)

Berdasarkan kasus Tuberkulosis paru diatas menunjukan adanya angka penderita Tuberculosis paru semakin meningkat dari tahun ke tahun. Jika tidak diatasi akan menimbulkan komplikasi, maka penanggulangan terhadap penyakit Tuberkulosis paru menjadi tanggung jawab kita bersama terutama sebagai tenaga kesehatan dalam mengendalikan lingkungan yang bersih, serta melakukan perawatan, pengobatan, dan pencegahan secara tuntas untuk memutuskan rantai penularan bakteri penyebab Tuberkulosis paru dengan memberikan penyuluhan kepada penderita, keluarga, dan masyarakat secara luas

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis perlu untuk menangani dan tertarik mengangkat judul karya tulis ilmia (KTI) dalam bentuk “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Tuberkulosis Paru di Ruang perawatan Bernadeth. II. B RS. Stella Maris Makassar”.

B. Tujuan penulisan

Tujuan penulisan karya tulis ilmia ini adalah sebagai berikut:

1. Tujuan umum

   Mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien tuberkulosis paru diruangan Bernadeth. II. B RS. Stella Maris Makassar

2. Tujuan khusus

   a. Membuat landasan teori tentang penyakit Tuberkulosis paru.
   b. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan tuberkulosis paru.
   c. Membuat analisa data pasien dengan tuberculosis paru.
   d. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien tuberkulosis paru.
   e. Menetapkan rencana keperawatan pada pasien tuberkulosis paru.
   f. Menetapkan inplementasi keperawatan pada pasien tuberkulosis paru.
   g. Menetapkan evaluasi keperawatan pada pasien tuberkulosis paru

C. Manfaat penulisan

Beberapa manfaat yang dapat diambil dari karya tulis ilmiah ini, sebagai berikut:

1. Bagi Rumah Sakit

   Sebagai pedoman atau acuan dalam memberikan pelayanan pada masyarakat khususnya memberikan asuhan keperawatan pada pasien Tuberkulosis paru.

2. Bagi pengelolah institusi/pendidikan

Merupakan salah satu masukan untuk sumber informasi/bacaan serta acuan di perpustakaan STIK Stella Maris tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan tuberkulosis paru dan menjadi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan diploma III Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan di Stella Maris

3. Bagi pasien

   Dapat memperoleh pengetahuan tentang cara perawatan, dan pengobatan dari tuberkulosis paru serta komplikasi yang akan terjadi

4. Bagi penulis

   Mahasiswa/I STIK Stella Maris Makassar dapat menambah pemahaman dan pengetahuan dalam melakukan perawatan pada pasien dengan tuberkulosis paru melalui asuhan keperawatan.

D. Metode penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, untuk memperoleh data yang di perlukan maka penulis menggunakan beberapa metode yaitu:

1. Tinjauan perpustakaan

   Dalam metode ini penulis menggunakan buku-buku, internet, seperti situs: jurnal/artikel, serta konsep dasar medis dan konsep dasar keperawatan pada pasien dengan kasus tuberkulosis paru yang ada hubungannya dengan karya tulis ilmiah ini.

2. Pengamatan kasus

   a. Wawancara dengan pasien, perawat serta berbagai pihak yang bersangkutan seperti keluarga pasien.
   b. Observasi yaitu pengamatan langsung dengan mengikuti tindakan dalam proses pelaksana asuhan keperawatan.
   c. Pemeriksaan fisik dengan melakukan pemeriksaan langsung pada pasien melalui inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.

d. Melakukan diskusi dengan teman-teman, dosen pembimbing ataupun dengan perawat yang ada di Rumah Sakit Stella Maris.
e. Mendapatkan data dari hasil pendokumentasian yang ada di Rumah Sakit Stella Maris.
f. Internet, yaitu dengan cara membaca situs jurnal yang ada kaitannya dengan penulisan karya tulis ilmiah ini.

E. Sistematika penulisan

Penulisan karya tulis ilmiah ini disusun secara sistematik yang di mulai dari penyususnan BAB I (pendahuluan) yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan secara spesifik tujuan penulisan karya tulis ilmiah baik umum maupun khusus, metode penulisan, sistematika penulisan. Penyusunan BAB II (tinjauan teoritis) yang disusun dari berbagai topik yaitu konse dasar medik yang terdiri dari pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, tes diagnostic, penatalaksanaan medic, dan komplikasi. Kemudian konsep dasar keperawatan yang di tulis secara teori terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan dan rencana pulang, setelah itu pada akhir bab ini dibuat 1 patoflodiagram, pada BAB III (pengamatan kasus) diawali dengan ilustrasi kasus, setelah itu pengkajian data dari pasien, analisa data, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi. Untuk BAB IV (pembahasan kasus), berisi analisa kasus yang dikaitkan antara teoritis, medis, dan keperawatan.

Dalam bab ini dikelompokan berdasarkan proses keperawatan, pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi. Penyususnan BAB V (penutup), akhir dari semua bab berisi tentang uraian kesimpulan dari hal-hal yang telah dibahas dan saran bagi pihak-pihak yang terkait dari penyusunan karya tulis ilmiah ini, dan daftar pustaka.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Definisi

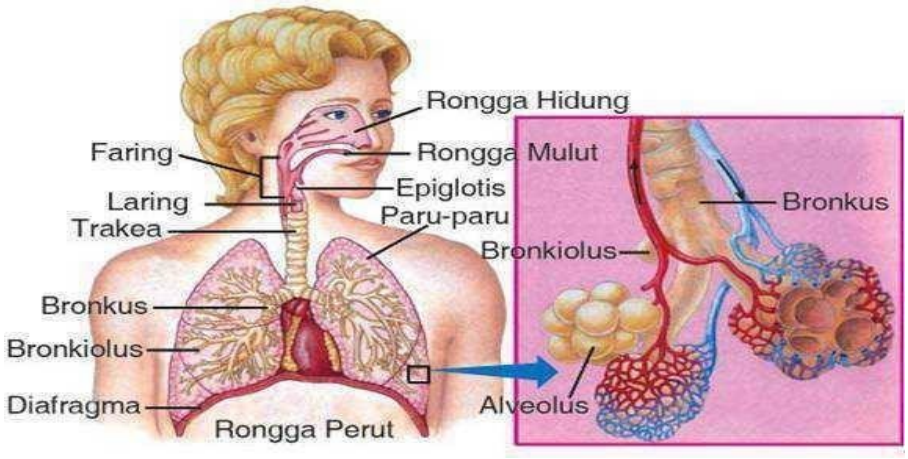
Tuberkulosis adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan *Mycobacterium Tuberculosis* yang menyerang paru-paru dan hampir seluruh organ tubuh lainnya. Bakteri ini dapat masuk melalui saluran pernapasan dan saluran pencernaan (GI) dan luka yang terbuka pada kulit. Tetapi paling banyak melalui inhalasi droplet yang berasal dari orang yang terinfeksi bakteri tersebut. (Sylvia A price, 2015)

Tuberkulosis paru adalah penyakit menular yang paling sering mengenai paremkim paru, biasanya disebabkan oleh *Mycrobakterium Tuberculosis* dapat menyebar hampir ke setiap bagian tubuh, termasuk meningen, ginjal, tulang, dan nodus limfe (Brunner dan Suddarth, 2013). Tuberkulosis pada manusia ditemukan dalam dua bentuk yaitu:

a. Tuberkulosis primer (0-3 minggu), jika terjadi infeksi yang pertamakali
b. Tuberkulosi sekunder (> 3 minggu), kuman yang dorman pada tuberkulosis primer akan aktif setelah berahun-tahun kemudian sebagai infeksi endogen menjadi tuberkulosis dewasa. Mayoritas terjadi karena adanya penurunan imunitas, misalnya karena malnutrisi, penggunaan alkohol, penyakit maligna, diabetes, aids dan gagal ginjal. Dari definisi diatas penulis dapat menarik kesimpulan bahwa, penyakit Tuberkulosis adalah penyakit infeksius yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis* yang dapat menular melalui udarah (droplet) yang menyerang parenkim paru, dan juga bagian tubuh lainnya seperti meningen, ginjal, tulang, dan nodus limfe.

2. Anatomi dan Fisilogi

1. Anatomi



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

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

a. Saluran pernapasan bagian atas

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

1) Hidung

Rongga hidung di lapisi sejenis selaput lendir yang sangat kaya akan pembuluh darah. Rongga ini tersambung dengan lapisan faring dan selaput lender sinus yang mempunyai lubang masuk kedalam rongga hidung.

2) Sinus paranalis

Sinus paranalis merupakan daerah yang terbuka pada tulang kepala. Nama sinus paranalis sendiri disesuaikan dengan nama organ itu berada. Organ ini terdiri atas sinus frocalis, sinus etimidalis sinus spenoidalis, dan sinus maksilaris. Fungsi dari sinus adalah untuk membantu menghangatkan dan melembabkan udara, meringankan berat tulang tengkorak, serta mengatur bunyi suara manusia dengan ruang resonansi.

3) Faring

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.

4) Laring

Laring terletak di depan bagian terendah faring yang memisahkan faring dari columna vertebrata. Laring merentang sampai bagian atas vertebrata servikal dan masuk kedalam trakea di bawahnya. Laring terdiri atas kepinggan tulang rawan yang diikat atau disatukan oleh ligmen dan membrane.

b. Saluran pernapasn bagian bawah

Di tinjau dari fungsinya, secara umum saluran pernaasan bagian bawah terbagi menjadi dua komponen pertama, saluran udara kondusif atau yang sering disebut sebagai percabangan dari trakea, bronki, dan bronkeoli. Kedua saluran respiratorius terminal yang merupakan saluran konduktif dengan fungsi utama sebagai pengatur gas masuk dan keluar dari saluran respiratorius terminal merupakan tempat pertukaran gas yang sesuainya. Alveoli sendiri merupakan bagian dari saluran respiratrius terminal.

1) Trakea

Trakea atau batang tenggorokan memiliki panjang kira-kira sembilan cm. organ ini merentang laring sampai kira-kira dibagian atas vertebralis

kelima. Dari tempat ini trakea bercabang menjadi dua bronkus. Trakea tersusun atas enam belas sampai dua puluh lingkaran tak lengkap, berupa cincin cincin tulang rawan yang disatukan bersama oleh jaringan fibrosa dan melengkapi lingkaran di sebelah belakang trakea. Selain itu, juga membuat beberapa jaringan otot.

2) Bronkhus

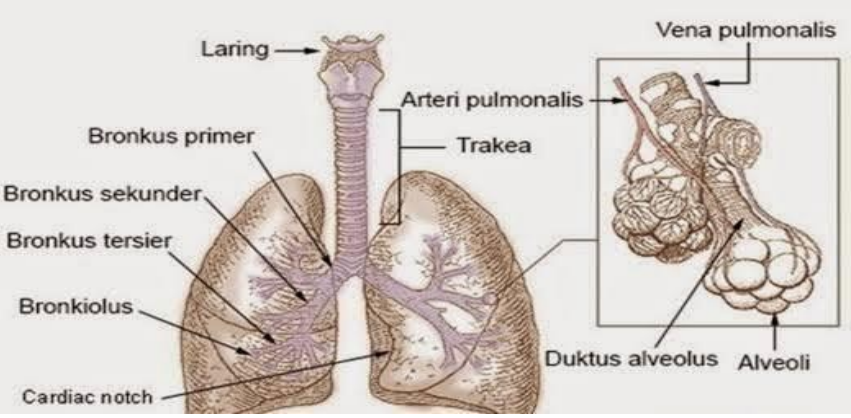
Bronkhus mempunyai struktur serupa dengan trachea. Bronkhus kiri dan kanan tidak simetris. Bronkhus kanan lebih pendek, dan arahnya hampir vertikal dengan trakhea. Sebaliknya bronkhus kiri lebih panjang, lebih sempit dan sudutnya pun lebih runcing. Bentuk anatomi yang khusus ini memiliki komplikasi klinis tersendiri seperti jika ada benda asing terinhalasi, maka benda itu lebih memungkinkan berada di bronkhus kanan dibandingkan dengan bronkhus kiri karena arah lebarnya.

a. Bronkhus pulmonaris

Bronkhus pulmonaris bercabang dan beranting sangat banyak. Cabang utama bronchus memiliki struktur serupa trakhea. Dinding bronkhus dan cabang-cabangnya dilapisi epitelium batang, bersilia, dan berlapis semua. Saluran yang semakin kecil menyebabkan jenis epitelium bronkhus mengalami penyesuaian sesuai dengan fungsinya. Bronkhiolus terminalis tersebut saluran penghantar udara karena fungsinya utama adalah mengantarkan udara ketempat pertukaran gas di paru. Selain bronkhiolus terminalis terdapat pula asinus yang merupakan unit fungsional paru sebagai tempat pertukaran gas. Asinus terdiri atas bronkhiolus respiratorius dan duktus alveolaris (alveolar duct) yang seluruhnya dibatasi alveoli dan sakus alveolus-yang merupakan struktur akhir paru.

b. Ductus Alveolaris dan Alveolus

Bronkhiolus respiratorius terbagi dan bercabang menjadi beberapa duktus alveolaris dan berakhir pada kantung udarah berdinding tipis yang disebut alveoli. Beberapa alveoli bergabung membentuk sakus alveolaris. Setiap paru terdiri atas sekitar 150 juta alveoli (sakus alveolaris). Kepadatan sakus alveolaris inilah yang memberi bentuk paru tampak seperti spons. Jaringan kapiler darah mengelilingi alveoli ditahan oleh serat elastis. Jaringan elastis ini menjaga posisi antara alveoli dengan bronkhiolus respiratorius. Adanya daya recoil dari serat ini selama ekspirasi akan mengurangi ukuran alveoli dalam membantu mendorong udara agar keluar dari paru.



Gambar 2. 2 (Sumber: Sasrawan Hedi, 2013)

3) Alveoli dan Membran Respirasi

Membran respiratorius pada alveoli umumnya dilapisi oleh sel epitel pipih sederhana. Sel-sel epitel pipih disebut dengan sel Tipe I. Makrofag alveolar bertugas berkelilingi di sekitar epitelium untuk memfagositosis partikel atau bakteri yang masih dapat masuk ke permukaan alveoli, makrofag ini merupakan pertahanan terakhir pada sistem pernapasan. Sel lain yang ada dalam membrane respiratorius darah sel septal atau

disebut juga dengan sel surfaktan dan sel tipe II. Surfaktan terdiri atas fosfolipid dan lipoprotein. Surfaktan berperan untuk melapisi epitelium alveolar dan mengurangi tekanan permukaan yang dapat membuat alveoli kolaps. Tanpa adanya surfaktan, tekanan pada permukaan cenderung tinggi dan akhirnya alveoli akan menjadi kolaps. Apabila produksi surfaktan tidak mencukupi karena adanya injuria atau kelainan genetik (kelahiran premature), maka alveoli dapat mengalami kolaps sehingga pola pernapasan menjadi tidak efektif.

Pasokan darah paru berasal dari arteri bronkhialis dan arteri pulmonslis. Sirkulasi bronkhial menyediakan darah teroksigenasi dari sirkulasi sistemis yang berfungsi memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan paru. Vena bronkhialis mengalirkan darah balik ke vena kava superior dan masuk ke atrium kanan. Arteri pulmonalis pada ventrikel kanan mengalir darah ke paru, darah tersebut turun berperan dalam proses pertukaran gas. Darah yang teroksigenasis kemudian dikembalikan melalui vena pulmonalis ke ventrikel kiri.

Pembuluh darah arteri bronkhialis membawa darah langsung dari aorta torasika ke paru untuk memasuk nutrisi dan mengantarkan oksigen ke jaringan paru. Akhir cabang arteri-arteri ini membentuk fleksus kapiler yang tampak jelas dan terpisah dari arteri bronkhialis yang berbentuk oleh cabang akhir arteri pulmonaris. Namun akhirnya bersatu dengan vena pulmonaris dan darah kemudian dibawa menuju vena pulmonaris. Sisa darah itu diantarkan dari setiap paru oleh vena bronkhialis dan ada yang dapat mencapai vena kava superior, sehingga paru mempunyai persediaan darah ganda. Sirkulasi paru adalah suatu sistem bertekanan rendah dari resistensi rendah di bandingkan tekanan darah sistemis. Tekanan darah sistemis sekitar 120/80 mmHg, sedangkan tekanan darah pulmonari (pulmonary arterial pressure) sekitar 25/10 mmHg.

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 lubrikn. Paru kanan dibagi atas tiga lobus, yaitu lobus superior, lobus medius, dan lobus inferio. Sedangkan paru kiri dibedakan menjadi dua lobus, yaitu lobus superior dan inferior. Tiap lobus dibungkus oleh jaringan elastis yang mengandung pembuluh linfe, arteriola, venula, bronchial venula ductus alveola, subkus alveolar, dan alveoli. Baru di perkirakan setiap paru-paru mengandung seratus lima puluh juta alveoli, sehingga organ ini mempunyai permukaan yang cukup luas sebagai tempat permukaan atau pertukaran gas.

Rongga thoraks berfungsi melindungi paru-paru, jantung, dan pembuluh darah besar. Bagian rongga thoraks terdiri atas dua belas iga costa, pada bagian atas thoraks di daerah leher, terdapat dua otot tambahan untuk proses inspirasi, yakni skaleneus dan sternumkleidomastoideus. Otot skalaneus menaikan tulang iga pertama dan kedua selama inspirasi untuk memperluas rongga dada atas dan menstabilkan dinding dada. Otot sternumkleidomastoideus berfungsi untuk mengangkat sternum.

Daifragma terletak dibawah rongga thoraks. Pada keadaan relaksasi, diagfragma ini berbentuk kubah. Mekanisme pengaturan otot diagfragma (nervus frenikus) terdapat pada tulang belakang (spinal cord) di servikal ke-3 (C3). Oleh karena itu jika terjadi kecelakaan pada saraf C3, maka hal ini dapat mengingkatkan gangguan venilasi.

5) Pleura

Pleura merupakan kantung tertutup yang terbuat dari membran serosa (masing-masing untuk setiap paru) yang di dalamnya mengandung cairan serosa. Paru terinvaginasi (tertekan dan masuk kedalam) lapisan ini, sehingga membentuk dua lapisan tertutup. Satu bagian melekat kuat pada

paru dan bagian lainnya pada dinding rongga thoraks. Bagian pleura yang melekat kuat pada paru tersebut pleura viseralis dan lapisan paru yang membatasi rongga thoraks tersebut pleura pariental. (Arif Muttaqin, 2014).

2. Fisiologi pernapasan

Proses fisiolgi pernapasan dimana oksigen di pindahkan dari udara ke dalam jaringan-jaringan dan CO_2 dikeluarkan keudara (Ekspirasi), data dibagi menjadi dua tahapanyaitu stadium pertama dan stadium kedua.

a. Tahap pertama

Stadium pertama di tandai dengan fase ventilasi, yaitu masuknya campuran gas-gas kedalam dan keluar paru-paru. Mekanisme ini dimungkinkan karena ada selisi tekanan antara atmosfer dan alveolus, akibat kerja mekanik dari otot-otot.

b. Tahap kedua

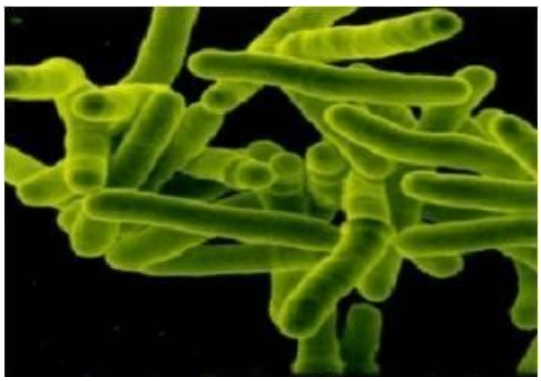
Transportasi ada fase ini terdiri dari beberapa aspek, yaiu:

1) Difusi gas antara alveolus dan kapiler paru-paru (respirasieksternal) sertaantara darah sistemik dan sel-sel jaringan.
2) Distribusi darah dalam sirkulasi pulmonal dan penyesuaian dengan distribusi udara dalam alveolus
3) Reaksi kimia dan fisik dari O_2 dan $C0_2$ dengan darah respimi atau respires inernal merupakan stadium akhir dari respurasi, dimana oksigen dioksida untuk menetapkan energy, dan CO_2 terbentuk sebagai sampah dari proses metablisme sel dan dikeluarkan oleh paru-paru.
4) Transportasi adalah tahap kedua dari proses pernapasan yang mencangkup proses difusi gas-gas melentasi membrane alveolus kapiler yang tipis (tebalnya kurang dari 0,5mm) Kekuatan mendorong untuk pemindahan ini diperoleh dari selisih tekanan parsial antara darah dan fase gas.

5) Perfusi adalah pemindahan gas secara efektif antara alveolus dan kapiler 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 hamper seimbang, kecuali pada apeks paru-paru.

3. ETIOLOGI

Tuberculosis paru merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh basil *Mycobacterium Tuberculosis* tipe humans, 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 berbagi gangguan kimia dan fisik. Kuman ini juga tahan berada di udarah 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.



Gambar 2.3Bacteri mycrobacterium tuberculosis (Evelin C Peace, 2011)

Adapun 2 faktor yang mempengaruhi yaitu:

1. Faktor pendukung (predisposisi)
   a. Umur

      Penyakit tuberculosis paru sering ditemukan di usia produktif yaitu 15-55 tahun. Hal ini dapat di kaitkan karena kelompok usia 15-55 tahun

mempunyai mobilitas yang sangat tinggi sehingga kemungkinan terpapar dengan kuman mycobacterium tuberculosis paru lebih besar, Selain itu reaktifan endogen (aktif kembali yang telah ada dalam tubuh) dapat terjadi pada usia yang sudah tua karena semakin tinggi usia maka sistem pertahanan tubuh semakin menurun.

b. Laki-laki, perempuan

Dari perbandingan antara lakilaki dan perempuan, lebih banyak laki-lakiyang mengalami tuberculosis paru. Salah satu factor penyebab yaitu karena merokok. Merokok dapat mengganggu efektifitas sebagian mekanisme pertahanan respirasi. Hasil dari asap rokok dapat merangsang pembentukan mukus dan menurunkan pergerakan silia. Dengan demikian terjadi penimbunan mukosa dan peningkatan resiko pertumbuham bakteri termasuk kuman TB.

2. Faktor pencetus (presipitasi)

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 efek fungsi makrofag dan monosit.

c. Diabetes Militus (DM)

Pada pasien DM dengan kadar gula yang tinggi akan memicu terjadinya defek imunologis yang akan menurunkan fungsi neutrofil, monosit maupun limfosit.

d. Kemiskinan/status gizi

Kemiskinan diidentikan dengan keadaan malnutrisi, keadaan malnutrisi menurunkan resistansi terhadap infeksi, karena produksi antibodi oleh tubuh berkurang sehingga dapat disimpulkan bahwa semua faktorresiko

TB menurunkan fungsi imun tubuh yang berfungsi sebagai pertahanan tubuh terhadap kuman TB. (Yasmara Deni dkk, 2016)

4. PATOFISILOGI

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

Sistem kekebalan tubuh berespon dengan melakukan reaksi inflamasi neutrofil dan makrofag memfagositosis (menelan) bakteri. Limfosis yang spesifik terhadap tuberculosis menghancurkan (melisiskan) basil dan jaringan normal. Reaksi jaringan ini mengakibatkan terakumulasinya eksudat dalam alveoli dan terjadilah bronkopneumonia. Infeksi awal biasanya timbul dalam waktu 2-10 minggu setelah terpapar.

Massa jaringan baru yang disebut granulomas, yang merupakan gumpalan basil yang masih hidup dan yang sudah mati, dikelilingi oleh makrofag yang membentuk dinding protektif. Granulomas diubah menjadi massa jaringan fibrosa. Bagian sentral dari massa fibrosa ini disebut tuberkel Ghon. Bahan (bakteri dan makrofag) menjadi nekrotik, membentuk massa seperti keju. Massa ini dapat mengalami kalsifikasi, membentuk skar kolagenosa. Bakteri menjadi dorman, tanpa perkembangan penyakit aktif.

Penyakit akan berkembang menjadi penyakit setelah infeksi awal, karena respon sistem imun yang tidak adekuat. Penyakit aktif dapat juga timbul akibat infeksi ulang atau aktifnya kembali bakteri yang tidak aktif. Pada kasus ini, tubercle Ghon memecah, melepaskan bahan seperti keju ke dalam bronki. Bakteri kemudian menjadi tersebar ke udara, mengakibatkan penyebaran penyakit lebih jauh. Terjadi ulserasi pada Ghon Tuberkel, dan

akhirnya menjadi perkijuan. Tuberkel yang memecah menyembuh, membentuk jaringan parut. Paru yang terinfeksi menjadi lebih membengkak, mengakibatkan terjadinya bronkopneumonia lebih lanjut, pembentukan tuberkel, dan selanjutnya.

Kecuali proses tersebut dapat dihentikan, penyebarannya dengan lambat mengarah ke bawah ke hilum paru-paru dan meluas ke lobus yang berdekatan. Proses ini mungkin berkepanjangan dan di tandai oleh remisi lama ketika penyakit di hentikan, hanya supaya diikuti dengan periode aktivitas yang diperbaharui. Hanya sekitar 10% individu yang awaknya terinfeksi mengalami penyakit aktif.

5. Manifestasi klinik

Tanda dan gejala penyakit tuberculosis paru, seperti:

a) Demam

Biasanya subfebris menyerupai demam influenza, tetapi kadang-kadang panas badan mencapai 40-41ºc. Serangan demam pertama dapat sembuh sebentar, tetapi kemudian dapat timbul kembali. Demam dan influensi ini hilang dan timbul kembali, dan akan seterusnya.

b) Batuk darah

Gejala ini banyak ditemukan, batuk terjadi karena adanya iritasi pada bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk-produk radang keluar. Karena terlibatnya bronkus pada setiap penyakit tidak sama, mungkin saja batuk baru atau setelah penyakit berkembang dalam jaringan paru yakni setelah berminggu-minggu atau berbulan-bulan peradangan bermula. Sifat batuk dimulai dari batuk kering (non produktif) kemudian setelah timbul peradangan menjadi batuk menghasil secret (produktif). Keadaan yang lanjut adalah berupa batuk darah pada tuberculosis terjadi pada kavitas, dapat juga terjadi pada ulkus dinding bronkus. Darah yang dikeluarkan dalam darah bervariasi, mungkin tampak berupa garis, atau

bercak-bercak darah, gumpalan darah atau darah segar dalam jumlah sangat banyak. Batuk darah terjadi karena pecahnya pembuluh darah. Berat ringannya batuk darah tergantung dari besar kecilnya pembuluh darah yang pecah.

c) Sesak nafas

Keluhan ini ditemukan bila kerusakan parenkim paru sudah luas atau karena ada hal-hal yang menyertai seperti efusi pleura, pneumothoraks, anemia, dan lain-lain.

d) Nyeri dada

Gejala ini jarang ditemukan, nyeri dada timbul ketika infiltrasi radang dada sudah sampai ke pleura sehingga pleuritic. Terjadi gesekan kedua pleura sewaktu pasien menarik/melepaskan nafasnya.

(Muttaqin Arif, 2014)

e) Malaise

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

f) Keringat pada malam hari

Keringat pada malam hari ini yang diakibatkan temperature sirkadian normal yang berlebihan dan keringan dingin pada pasien tuberculosis aktif terjadi sebagai respon salah satu molekul simpal dettida oleh sel-sel sistem imun dimana mereka bereaksi terhadap infeksius.

g) Penurunan berat badan

Penderita tuberculosis paru dapat makan lebih sedikit karena mereka mengalami depresi, sehingga dapat menyebabkan berkurangnya nafsu makan. Mengkonsumsi obat-obat tertentu dapat menyebabkan berkurangnya nafsu makan karena penderita tuberculosis paru banyak menggunakan energy dan nutrisi dalam tubuh.

6. Pemeriksaan diagnostik

   Beberapa tes digunakan untuk mendiagnosis tuberculosis (TB), tergantung pada jenis dugaan TB.

   1. Pemeriksaan BTA

      Diagnosis tuberculosis paru, sulit dan beberapa tes biasanya diperlukan. Pasien perlu menjalani pemeriksaan sinar X dada untuk mencari perubahan pada gambaran infitrasi paru-paru yang menandakan TB. Sampel dahak juga akan sering diperiksa untuk memastikan keberadaan bakteri TB. Tes ini penting dalam membantu menentukan pengobatan yang paling efektif.

   2. TB Ekstrapulmoner

      Beberapa tes data digunakan untuk mengonfirmasi diagnosi dugaan TB ekstrapulmoner (TB yang terjadi di luar paru-paru). Tes ini meliputi:

      a. CT scan, pemindaian MRI, atau pemindaian *ultrasound* pada bagian tubuh yang terkena.
      b. Pemeriksaan bagian dalam tubuh menggunakan endoscopi. Endoskopi dapat dimasukan melalui mulut atau melalui seyatan kecil yang dibuat di kulit (laparoskopi), jika ada kebutuhan untuk memeriksa bagian tubuh yang lain.
      c. Tes urine dan darah, dalam pemeriksaan ini dapat mendeteksi anemia, penurunan natrium, dan peningkatan kalsium.
      d. Biopsi, sampel kecil jaringan atau cairan di ambil dari daerah yang terkena dan diuji untuk bakteri TB.

   3. Pengujian untuk TB laten

      Dalam beberapa keadaan, dokter perlu melakukan tes untuk memeriksa TB laten:

      a. Tes mantoux

         Adalah tes yang banyak digunakan untuk TB laten. Tes ini melihatkan penyuntikan sejumlah kecil zat yang di sebut tuberculin PPD ke kulit lengan bawah. Jika seseorang memiliki infeksi TB laten, kulit akan

sensitive terhadap tuberculin PPD dan akan muncul indurasi berupa pelebaran lingkaran dan berwarna kemerahan serta terasa gatal, biasanya dalam 48 sampai 72 jam setelah tes. Jika pasien memiliki reaksi kulit yang sangat kuat, mungkin memerlukan pemeriksaan sinar-X dada untuk memastikan apakah ia memiliki penyakit TB aktif. Jika pasien tidak memiliki infeksi laten, kulit tidak akan bereaksi terhadap tesmantoux

b. Tes heaf (tes skrining; sekarang jarang digunakan).

Adalah suatu cincin dengan enam cocokan peniti yang dibuat melalui larutan tuberculin pada lengan bawah. Tidak adanya respon pada hari ke 4-7(derajat 0) memperlihatkan kurang imunitas. 4-6 hari nodul diskret (derajat 1) atau suatu cincin yang terbentuk melalui koalisi semua cocokan peniti (derajat 2) menunjukan imunitas. Satu nodul yang dibentuk dengan mengisi cincin (derajat 3) menggambarkan baru saja terjadi kontak atau infeksi tuberculosis dini, dan suatu nodul > 5-7 mm dengan vesikel atau ulserasi permukaan (derajat 4) menunjukan infeksi.

c. Hispatologi

Merupakan aspirasi pleura dengan biopsi mengkonfirmasi TB pada 90% pasien dengan efusi pleura. Biopsy hati akan menemukan TB milier pada 60% kasus.

d. Interferon Gamma Release Assay (IGRA)

Adalah tes darah untuk TB. IGRA dapat digunakan untuk membantu diagnosa TB laten:

1). Jika pasien memiliki tes mantoux yang positif.
2). Jika sebelumnya pasien telah mendapatkan vaksinasi BCG.
3). Sebagai bagian dari skrining TB, jika pasien pindah dari sebagian negara.
4). Jika pasien akan memiliki perawatan yang berpengaruh terhadap sistem kekebalan tubuh.
5). Jika pasien melakukan perawatan harus 6 bulan.

7. Penatalaksanaan medik

Penatalaksaan yang diberikan bisa berupa metode preventif dan kuratif yang meliputi:

a) Penyuluhan
b) Pencegahan
c) Pemberian obat-obatan seperti:
    1. OAT
    2. Bronkodilator
    3. Ekspektoran
    4. OBH
    5. Vitamin
d) Fisioterapi dan rehabilitasi
e) Konsultasi secara teratur.

Obat-obar anti tuberculosis (OAT):

a. Isoniazid (INH)

    Dosis: 5mg/KgBB/oral

    Efek samping: peripheral neuritis, hepatits, hipersensitivitas.

b. Ethambutol hydrochloride (EMB)

    Dewasa: 15 mg/KgBB/oral, untuk pengobatan ulang mulai dengan 25 mg/KgBB/hari selama 60 hari, kemudian diturunkan sampai 15mg/KgBB/hari.

    Anak (6-12 tahun): 10-15 mg/KgBB/hari

    Efek samping: optic neuritis (efek terburuk adalah kebutaan) danskin rash.

c. Rifampisin (RFP)

    Dosis: 10 mg/KgBB/oral

    Efek samping: hepatitis, reaksi demam, purpura, nausea, dan vomiting.

d. Pyrazinamide (PZA)

    Dosis: 15-30 mg/KgBB/oral

Efek samping: hiperurisemia, hepatotoxicity, skin rash, artralgia, distress gastrointestinal.

Penatalaksanaan keperawatan

Yang paling utama yaitu meningkatkan Bersihan Jalan Nafas

a. Dorong peningkatan asupan cairan.
b. Ajarkan tentang posisi terbaik untuk memfasilitasi drainase.

8. Komplikasi

Komplikasi Tuberkulosis paru terbagi dalam beberapa bagian, yaitu:

a) Strain mikrobacteri multiresisten

Pengobatan yang tidak adekuat atau tidak patuh menyebabkan munculnya strain mikrobakteri multiresisten yang dapat sulit dieradikasi.

b) Empiema Tuberculosis dan fistulabronkopleura adalah komplikasi TB pulmonal yang paling serius. Ketika lesi Tuberculosis ruptur, basili dapat mengkontaminasi ruangan pleura. Ruptur juga dapat memungkinkan udarah masuk ke ruang pleura dari paru, menyebabkan pneumotoraks.

c) Tuberkulosis kelenjar getah bening

Kelenjar getah bening banyak terdapat di dalam tubuh dan bisa terserang bakteri*Mycobacterium tuberculosis*, ketika kelenjar getah bening terinfeksi maka akan menyebabkan peradangan dan pembengkakan (*limfadenitis Tuberkulosa).*

d) Tuberkulosis respirasi merupakan tuberculosis yang menyerang paru-paru dan menyebar melalui udara. Gejala komplikasi dari *Mycobacterium tuberculosis* respirasi yaitu dispnea batuk, hemoptisi, ronchi.

e) Tuberkulosis Ginjal

Fungsi ginjal untuk menyaring aliran darah akan terganggu apabila terinfeksi oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Gejala komplikasi seperti hematuria, pyuria steril, dan gagal ginjal kronik.

f) Tuberkulosis neurologis

Pada saat bakteri *Mycobacterium tuberculosis* menyebar sampai ke otak maka bisa menyebabkan peradangan pada selaput otak dan memicu terjadinya pembengkakan pada membran otak. Gejala komplikasi seperti meningitis, lesi saraf, dan abses serebral.

g) Tuberkulosis jantung

Ketika jaringan sekitar jantung terinfeksi oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* maka fungsi jantung untuk memompa darah menjadi tidak efektif.

h) Tuberkulosis Spinal

Merupakan infeksi pada tulang belakang yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*.

i) Tuberkulosis kulit

Apabila organ di bawah kulit terkena bakteri *Mycobacterium tuberculosis* Maka bagian permukaan kulit dan peredaraan darah akan terinfeksi juga dan bertambah manjadi lebih parah ke depannya bila tidak di obati dengan baik.

j) Tuberkulosis sendi besar

Nyeri tulang dan kerusakan sendi bisa terjadi ketika terinfeksi dengan bakteri *Mycobacterium tuberculosis* di jaringan tulang.

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 merupakan lima tahap proses yang konsistensi 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, riwayat pekerjaan seperti jenis pekerjaan, tempat dan waktu.

        DO: Batuk > 2 minggu, hygiene yang kurang.
    b. Pola nutrisi dan metabolic

        DS: Kehilangan nafsu makan, pelaporan penurunan berat badan.

        DO: Tugor kulit tidak elastis, kulit kering, penurunan berat badan.
    c. Pola eliminasi

        DS: Berkeringat malam hari, konstipasi, dan diare.

        DO: Warna urine kuning
    d. Pola aktifitas dan latihan

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

        DO: Takikardi, takipnea/dysnea saat beraktifitas.
    e. Pola tidur dan istirahat

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

        DO: Gelisah, sering menguap, tampak palpebra berwarna gelap.
    f. Persepsi sensori dan kognitif

        DS: Perasaan nyeri dada.

DO: Binggung dan gelisa.

g. Pola persepsi dan konsep diri

DS: Perasaan tidak berdaya, harapan tidak ada.

DO: Ketakutan, menyangkal, ansietas.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesame

DS: Perasaan isolasi dan penolakan karena penyakit.

DO: Perubahan pola kapitas fisik dalam melaksanakan peran.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

DS: Masalah seksualitas yang berhubungan dengan penyakit.

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

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

DS: Adanya faktor stres yang lama, perasaan tidak berdaya.

DO: Menyangkal, ketakutan, dan mudah tersinggung.

k. Pola sistem nilai kepercayaan

DS: Tekanan spiritual yang terjadi sehubungan sakit.

DO: Tampak melakukan ibadah, alat doa tersedia.

2. Diagnosa keperawatan

a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mucus berlebihan, hemomtysis, dan batuk darah.
b. Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan factor biologis.
c. Hipertermi berhubungan dengan infeksi mycobacterium tuberculosis.
d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan adanya batuk, sesak nafas, dan nyeri dada.
e. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan kerusakan membrane alveolar.
f. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan menurunnya ekspansi paru sekunder terhadap penumpukan cairan dalam rongga pleura.
g. Defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan keletihan.

h. Resiko infeksi dengan factor resiko: terpajan pada wabah.
(Herdman & Kamitsuru, 2016)

3. Intervensi keperawatan
   a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebihan.
      1. Hasil yang diharapkan setelah melakukan tindakan keperawatan 3 × 24 jam. Diharapkan jalan nafas pasien kembali efektif dengan kriteria hasil: status pernafasan dipertahankan pada skala 2 (devisiasi cukup berat dari kisaran normal) di tingkatkan ke skala 3 (devisiasi sedang dari kisaran normal):
         a. Frekuensi pernapasan.
         b. Irama pernapasan.
         c. Penggunaan otot bantu.
         d. Suara nafas tambahan.
         (morhead 2013)
      2. Intervensi
         a. Monitor tanda-tanda vital:
            1) Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat.
         b. Manajemen jalan nafas:
            1) Lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya.
            2) Buang secret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk.
            3) Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif.
            4) Auskultasi suara nafas, 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.
         d. Pengaturan posisi:

1) Posisikan pasien untuk mengurangi dypnea (misalnya posisi fowler atau semifowler).

e. Pencegahan aspirasi:

1) Jaga kepala tempat tidur ditinggikan 30 – 45 menit setelah makan.

f. Pemberian obat:

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

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

1. Hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan kepewatan 3 × 24 jam diharapkan meningkatnya asupan makanan 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. Monitori tanda-tanda vital:

1) Mnitor 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 fasilitas 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. Manajemen saluran cerna:
1) Carat tanggal buang air besar terakhir.
2) Monitor buang air besar termaksuk frekuensi, konsistensi, bentuk, volume, dan warna dengan cara yang tepat.

c. Hipertermi berhubungan dengan infeksi mycrobacterium tuberculosis.

1. Hasil yang diharapkan setelah melakukan tindakan keperawatan 3 ×24 jam. Diharapkan suhu tubuh kembali dalam batas normal 36ºC-37,5ºC dengan kriteria hasil:

a. Termogulasi dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 3 (cukup terganggu):
1) Berkeringat saat panas.
2) Penurunan suhu kulit.
3) Dehidrasi.
4) Menggigil 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 tubuh dan tanda-tanda vital lainnya.
      2) Beri obat cairan IV (misalnya antipieuretik, agen antibateri, dan agen anti menggigil).
      3) Dorong konsumsi cairan.
      4) Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada vase demam (yaitu: menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringan untuk demam).
   b. Perlindungan suhu:
      1) Monitor suhu setiap 2 jam, sesuai kebutuhan.
      2) Sesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien.

d. Bangguan pola tidur berhubungna dengan adanya batuk, sesak nafas, dan nyeri dada.
   1. Hasil yang diharapkan setelah melakukan tindakan keperawatan 3 × 24 jam. Diharapkan pola tidur pasien kembali efektif dengan kriteria hasil:
      a. Jam tidur.
      b. Kesulitan memulai tidur.
      c. Perasaan segar setelah tidur.
   3. Intervensi:
      Peningkatan tidur:
      a. Tentukan pola tidur/aktifitas pasien.
      b. Monitor pola tidur pasien dan catat kondisi fisik misalnya, apnea tidur, sumbatan jalan nafas, nyeri/ketidaknyamanan, dan psikologis (ketakutan atau kecemasan), keadaaan yang mengganggu tidur.

c. Mulaikan langkah-langkah kenyamanan seperti pijat, pemberian posisi dan sentuhan efektif.
d. Anjurkan untuk tidur siang, jika diinkasikan untuk memenuhi kebutuhan tidur.
e. Ajarkan pasien dan orang terdekat mengenai factor yang berkontribusi terjadinya gangguan pola tidur.
f. Dorong penunaan obat tidur yang tidak mengandung zat penekan REM.

e. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan kerusakan membrane alveolar.

1. Hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3×24 jam. Diharapkan pasien mampu menunjukan 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 oksegen.
   b. Dispnea saat istirahat.
   c. Sianosis.
   d. Gangguan kesadaran.
      (Moorhead, 2013)
2. Intervensi:
   a. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi.
   b. Lakukan fisioterapi dada, sebagaimana mestinya.
   c. Buang secret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir.
   d. Auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinyamenurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan.

e. Lakukan penyedotan melalui endotrakea atau nasotrakea, sebagaimana mestinya.
f. Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk.
g. Kelolah pemberian bronkodilator, sebagaimana mestinya.
h. Monitor status pernapasan dan oksigenasi sebagaimana mestinya.

f. ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan menurunnya ekspansi paru sekunder terhadap penumpukan cairan dalam rongga pleura.

1. hasil yang diharapkan setelah lakukan tindakan keperawatan 3 × 24 jam. Diharapkan pasien mampu menujukan 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. Frekuensim pernapasan.
   b. Irama pernapasan.
   c. Penggunaan otot bantu.
   d. Suara nafas tambahan.

   (Moorhead, 2013).

2. Intervensi:

   a. Monitor tanda-tanda vital:
      1) Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat.
   b. Manajemen jalan nafas:
      1) Lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya.
      2) Buang secret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk
      3) Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif.
      4) Auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan.

c. Terapi oksigen:
   1) Berikan oksigen tambahan seperti yang di perintahkan.
   2) Monitor aliran oksigen.

g. Defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan kelemahan.

1. Hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 × 24 jam. Diharapkan pasien mampu mandi sendiri dengan kriteria hasil:
   a. Perawatan diri: Mandi dipertahankan pada skala 2 (banyakterganggu) ditingkatkan ke skala 3 (cukup terganggu):
      1) Mandi dengan bersiram.
      2) Mencuci wajah.
   b. Perawatan diri: kebersihan dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 3 (cukup terganggu)
      1) Mempertahan kebersihan mulut.
      2) Mengeramas rambut.
      3) Menyisir rambut dipertahankan.
2. Intervensi:
   a. Bantuan perawatan diri mandi/kebersihan:
      1) Monitor integritas kulit pasien.
      2) Berikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu merawat diri secara mandiri.
      3) Fasilitasi pasien untuk mandi sendiri dengan tepat.
      4) Fasilitasi pasien untuk menggosok gigi dengan tepat.
   b. Pemeliharaan kesehatan mulut:
      1) Instruksikan dan bantu pasien membersihkan mulut setelah dan sesering mungkin, sesuai dengan kebutuhan.
      2) Monitor gigi yang meliputi warna, kebersihan, dan ada tidanya debris.
      3) Dorong dan bantu pasien untuk berkumur.
   c. Perawatan rambut dan kulit kepala:

1) Monitor kondisi rambut dan kondisi kepala, termaksuk kelainan-kelainnya (misalnya, kering atau rambut rapuh, serangga kutu, ketombe, dan defisiensi nutrisi).
2) Cuci an kondisikan rambut, memijat sampo dan kondisioner ke kulit kepala dan rambut.
3) Sisir rambut menggunakan bergerigi jarang atau dengan jari tangan sesuai kebutuhan.
4) Menginstruksikan pasien atau orang tua mangenai perawatan rambut (misalnya memersihkan rambut).

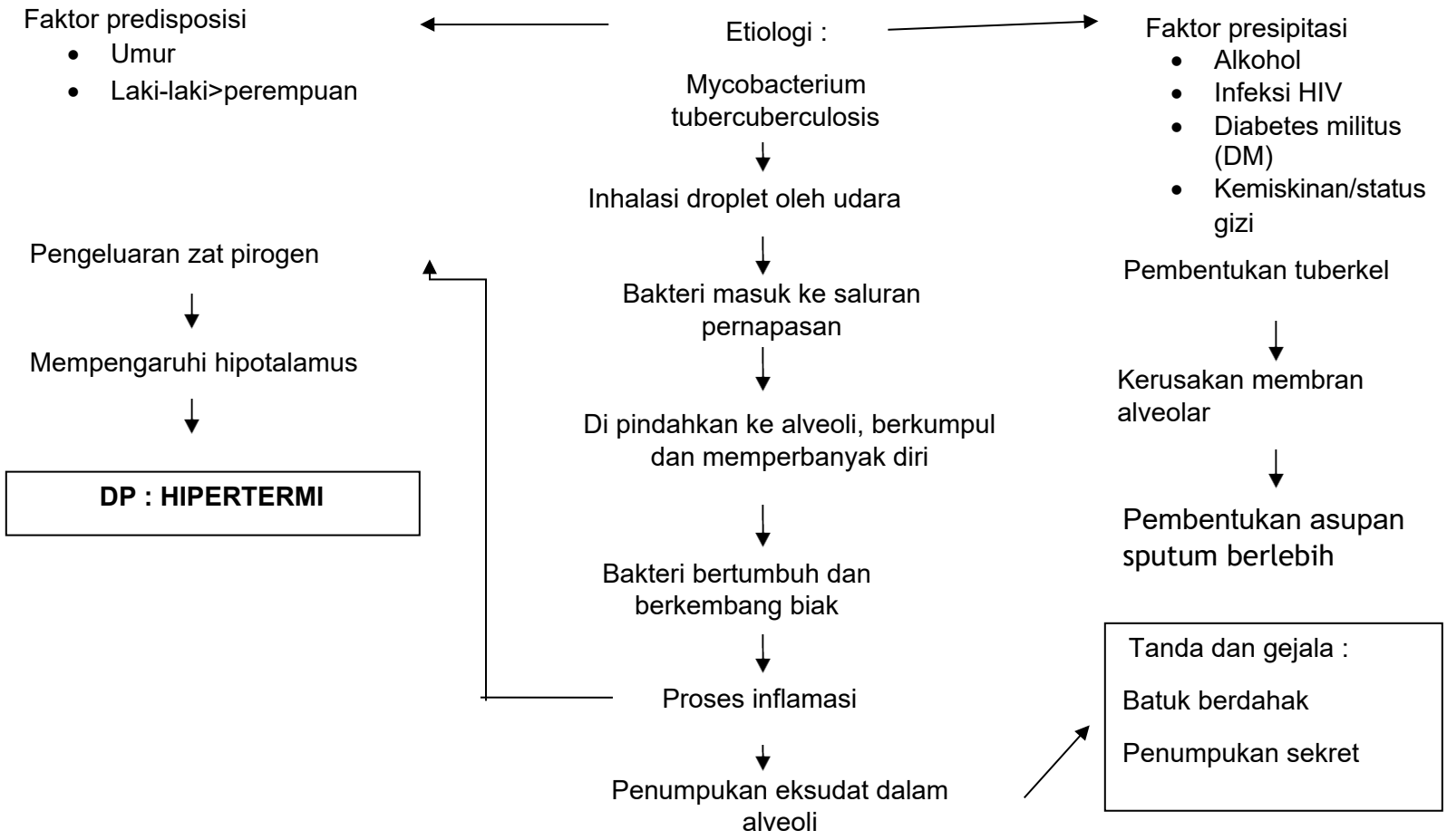
h.Resiko infeksi dengan factor resiko: terpajan pada wabah.

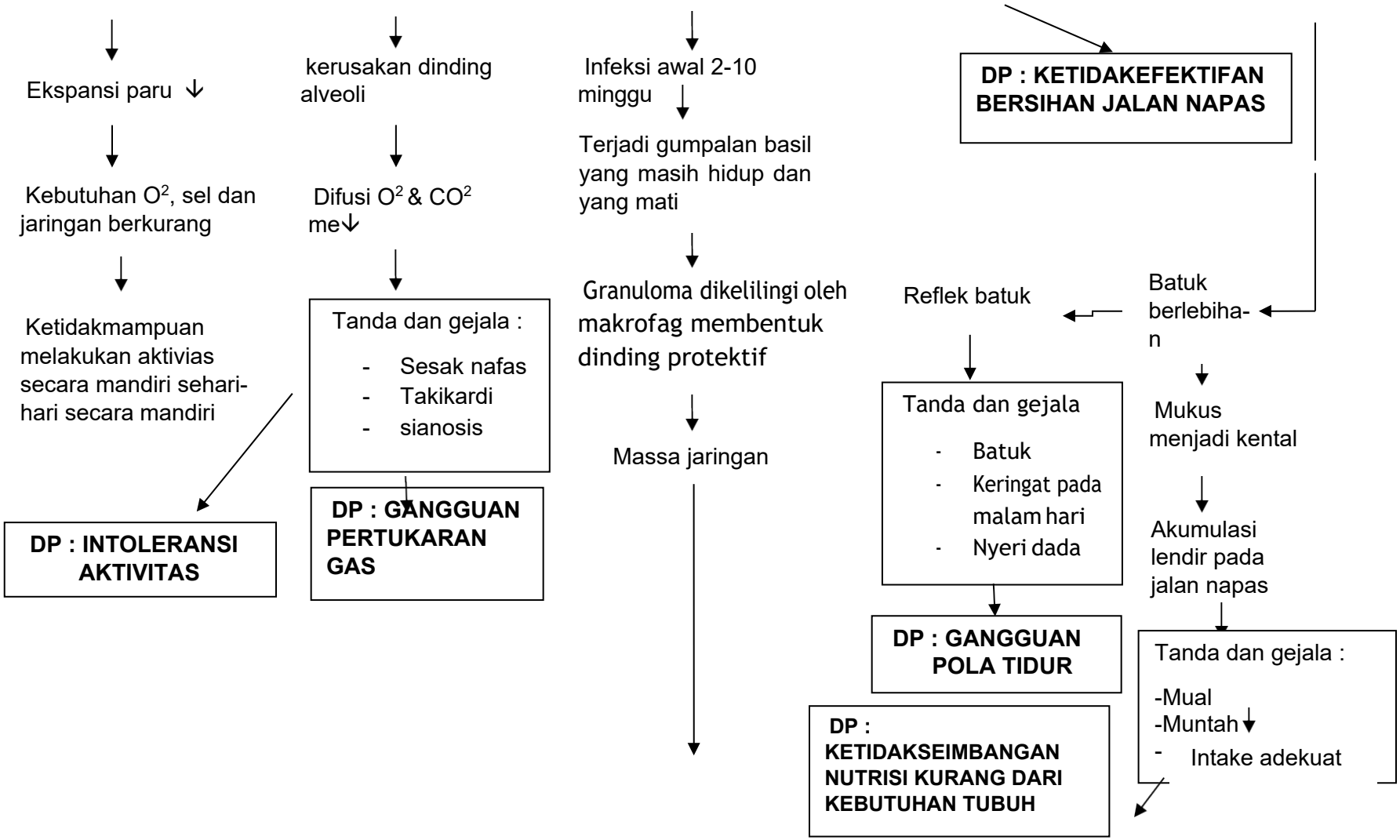
1. Hasil yang di harapkan setelah dilakulan tindakan keperawatan 3 × 24 jam. Diharapkan tidak terjadi infeksi dengan kriteria hasil:
   Deteksi resiko dipertahankan pada skala 2 (jarang menunjukan) dipertahankan ke skala 3 (kadang-kadang menunjukan).
   a. Mengenali tanda dan gejala yang mengindikasikan resiko.
   b. Mengidentifikasi kemungkinan resiko 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 intitusi.
      3) Berikan terapi antibiotic yang sesuai.
      4) Ajarkan pasien dan keluarga mengenal 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:

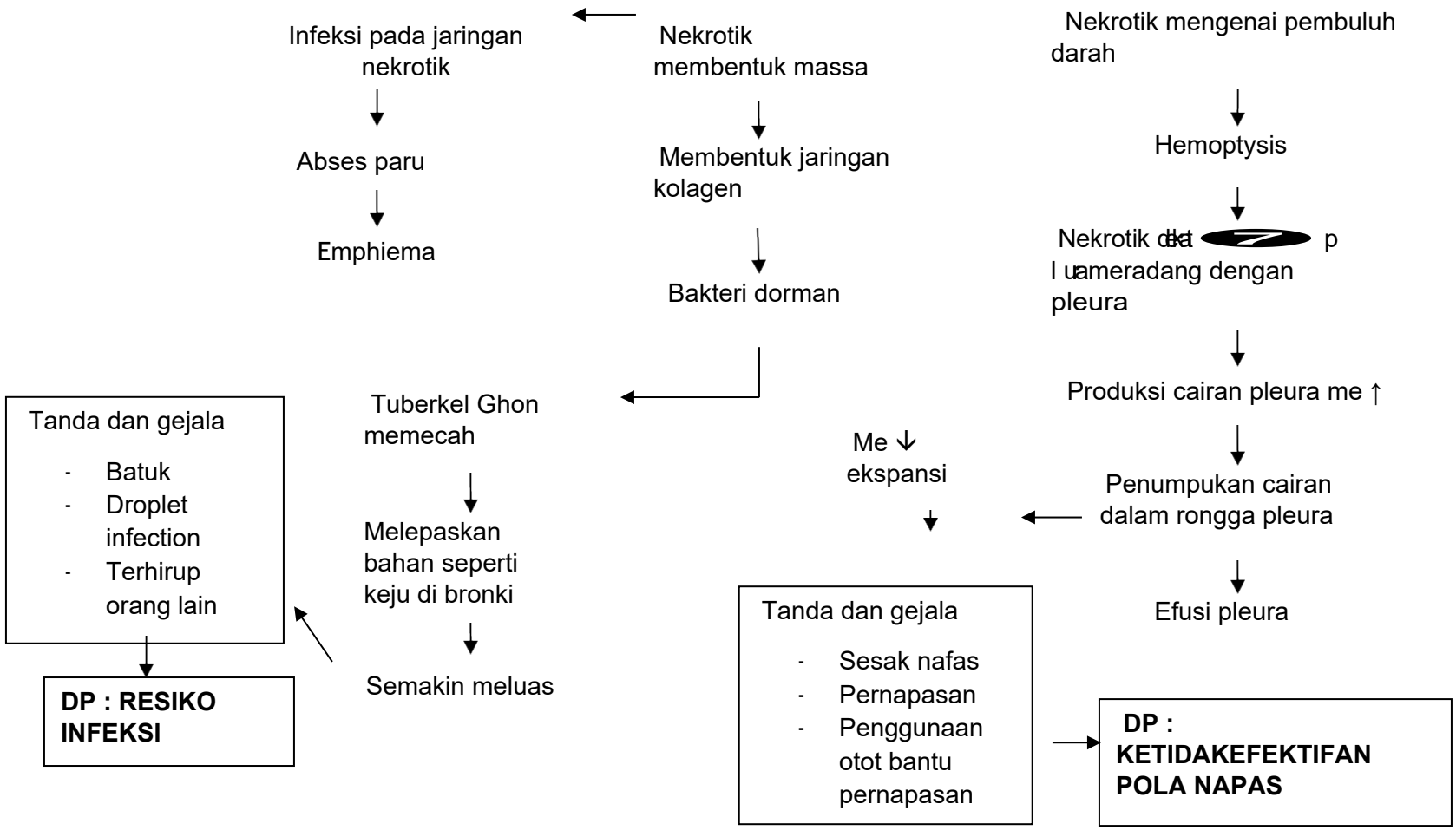
1) Monitor kerentanan infeksi.
2) Batasi jumlah pengunjung yang sesuai.

4. Discharge planning:
   a. Pelajari penyebab dan penularan dari TB serta pencegahan saat diluar rumah.
   b. Pahami tentang penggunaan batuk yang efektif dan mengapa terdapat penumpukan secret di saluran pernapasan
   c. Nafas dalam dan pertahankan saat duduk setegak mungkin.
   d. Lakukan pernapasan diafragma: tahan nafas selama 3-5 detik kemudian secara perlahan-lahan, keluarkan sebanyak mungkin melalui mulut.
   e. Selalu menjaga kebersihan mulut dan pelajari cara yang baik saat batuk dan setelah batuk lakukan jug acara pengontrolan batuk.
   f. Jangan memberikan vaksin BCG pada bayi baru lahir dan konsultasikan kepada tenaga medis terlebih dahulu sebelum vaksin.
   g. Ibu menderita TB aman untuk memberikan ASI pada bayinya dengan catatan menghindara cara penularan TB.
   h. Jalankan terapi obat dengan teratur dan jangan sampai putus tanpa instruksi.
   i. Berhenti merokok dan berhenti minum alkohol.
   j. Olahraga secara teratur, makan makanan yang bergizi serta istirahat yang cuk

Patoflodiagram




Ekspansi paru ↓
Kebutuhan O2, sel dan jaringan berkurang
Ketidakmampuan melakukan aktivias secara mandiri sehari-hari secara mandiri
DP : INTOLERANSI AKTIVITAS
kerusakan dinding alveoli
Difusi O2 & CO2 me↓
Tanda dan gejala :
- Sesak nafas
- Takikardi
- sianosis
DP : GANGGUAN PERTUKARAN GAS
Infeksi awal 2-10 minggu
Terjadi gumpalan basil yang masih hidup dan yang mati
Granuloma dikelilingi oleh makrofag membentuk dinding protektif
Massa jaringan
DP : KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAPAS
Reflek batuk
Batuk berlebiha-n
Tanda dan gejala
- Batuk
- Keringat pada malam hari
- Nyeri dada
DP : GANGGUAN POLA TIDUR
Mukus menjadi kental
Akumulasi lendir pada jalan napas
Tanda dan gejala :
-Mual
-Muntah
- Intake adekuat
DP : KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH


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

BAB III

PENGAMATAN KASUS

Pasien dengan inisial Tn. “M” berumur 17 tahun, pasien masuk RS pada tanggal 02 Maret 2019 dengan penyakit tuberculosis paru. Sebelum masuk RS Keluarga pasien mengatakan, pasien mengalami batuk berlendir ± 1 bulan di rumah, tidak ada nafsu makan, demam, dan sesak ± 1 minggu. Kemudian keluarga pasien mengatakan pasien batuk berlendir disertai darah berwarna merah segar sejak tanggal 02 Maret 2019, serta rasa sesak semakin bertambah akhirnya keluarga pasien memutuskan untuk mengantar ke RS. STELLA MARIS.

Pada saat pengkajian tanggal 05 Maret 2019, penulis memperoleh data pasien mengatakan batuk berlendir disertai darah 1 kali, berkeringat pada malam hari, dan kurang nafsu makan, tekanan darah 110/80 mmHg, suhu 38ºC, nadi 100x/menit, dan pernapasan 24x/menit, pasien terpasang infus RL 500 cc. hasil pemeriksaan foto thorax tampak kesan DD/TB paru dextra, WBC 8. 30 10ˆ3/uL, HGB 12. 3. Pemeriksaan BTA I, II, dan III di temukan hasil positif (+), terdengar suara ronchi pada kedua lapang dada, pasien mengalami penurunan berat badan, pasien 5 hari tidak BAB. Terapi obat yang di berikan yaitu Codein, Asam traneksamat, Paracetamol, Cefriaxone, Isoniasid, Rifampicin, Etambutol, Pirazinamid. Dari data-data diatas penulis mengangkat diagnosis yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas, hipertermi, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

A. PENGKAJIAN

Nama mahasiswa yang mengkaji :
Thomi .S. Batuwael
Richardus Y Yandik

Unit	: Bernadeth II B	Autoanamnese	: ✓
Kamar	: 522 bed 2 (Isolasi)	Alloanamnese	: ✓
Tanggal masuk RS	: 02-03-2019		
Tanggal pengkajian	: 05-03-2019		

I. Identifikasi

a. Pasien

Nama initial	: Tn.”M”
Umur	: 17 tahun
Jenis kelamin	: laki-laki
Status perkawinan	: belum menikah
Jumlah anak	: -
Agama/suku	: Islam/Makassar
Warga negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Pelajar
Alamat rumah	: Jl.Bacan lrg 240 no 16

b. Penanggung jawab

Nama	: Ny. M
Umur	: 44 tahun
Alamat	: Jl.bacan lrg 240 n0.16

Hubungan dengan pasien : Keluarga

II. Data Medik

Diagnosa Medik

Saat masuk : Hemoptoe + Febris

Saat pengkajian : TB paru

III. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit sedang.

Alasan : Tampak pasien terbaring lemas, dan terpasang cairan infus RL 500 cc di tangan sebelah kanan.

b. Tanda-tanda vital

1) Kesadaran (kualitatif): composmentis

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

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

Kesimpulan : pasien tidak koma

2) Tekanan darah : 110/80 mmHg

MAP : (110 + 80[2)]/3 = 90,OmmHg

Kesimpulan : perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 38°C

Lokasi : ☐ Oral ☑ Axila ☐ Rectal

4) Pernapasan : 24 x/menit

Irama : ☑ Teratur ☐ Bradipne ☐ Takipnea

☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stoke

☐ ☑

Jenis : Dada Perut

5) Nadi : 100 x/menit

Irama : ☑ Teratur ☐ Bradikardia

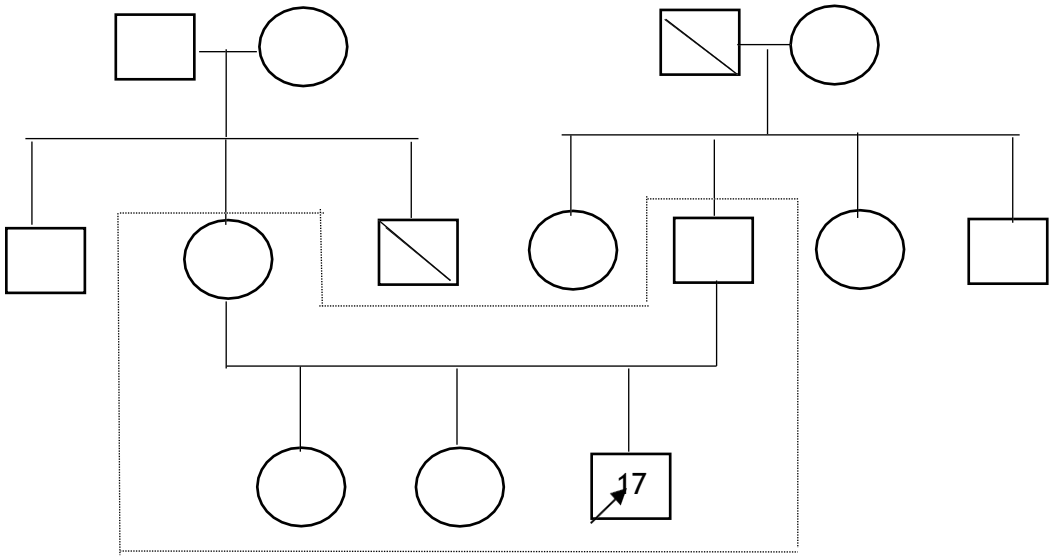
☐ Takikardia ☑ Kuat ☐ Lemah

c. Pengukuran

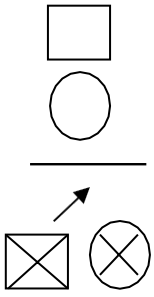
1) Lingkar lengan atas : cm
2) Tinggi badan :160 cm
3) Berat badan : 39 kg
4) IMT (Indeks Massa Tubuh): 15,2 kg/m^2

Kesimpulan : Berat badan kurang

d. Genogram



Keterangan:



: Laki-laki

: Perempuan

: Tinggal serumah

: Pasien

: Meninggal

IV. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

A. POLA PERSEPSI KESEHATAN DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN

1. Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan kesehatan itu penting tetapi dia kurang memperhatikan kesehatannya. Pasien mengatakan ketika dirinya mengalami flu dan batuk dia biasa minum obat laserin yang dibelikan di apotik terdekat. Pasien mengatakan selalu mandi di malam hari, dan ketika tidur selalu menyalakan kipas anginnya. Pasien juga mengatakan ayahnya juga merokok dan puntung rokoknya di biarkan begitu saja di asbak dalam rumah.

2. Riwayat penyakit saat ini :

a. Keluhan utama :

Batuk lendir bercampur darah

b. Riwayat keluhan utama :

Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami batuk berlendir ± 1 bulan di rumah sejak bulan Februari dan disertai demam hilang timbul. keluarga pasien juga mengatakan pasien batuk berlendir disertai darah berwarna merah segar 2 kali sebelum masuk Rumah Sakit. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak sejak 1 minggu yang lalu (25 februari 2019) dan sesak bertambah bila pasien beraktifitas. Keluarga pasien mengatakan pasien hanya makan sedikit dan lebih banyak minum. Akhirnya keluarga pasien memutuskan untuk mengantar pasien ke RS. STELLA MARIS pada tanggal 2 Maret 2019 jam 20.00.

Pada saat dikaji keluarga pasien mengatakan pasien mengalami batuk berlendir disertai darah 1 × di RS pada jam 10.00 pagi (5 Maret 2019).

c. Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit yang pernah dialami seperti penyakit yang sekarang dan tidak pernah di rawat di Rumah Sakit.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan tidak ada penyakit dalam keluarga sebelumnya.

e. Pemeriksaan fisik:

1). Kebersihan rambut : tampak bersih
2). Kulit kepala : tampak bersih
3). Kebersihan kulit : tampak bersih
4). Hygiene rongga mulut : tampak bersih
5). Kebersihan genitalia : tidak dikaji
6). Kebersihan anus : tidak dikaji

B. POLA NUTRISI DAN METABOLIK

1. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan banyak yaitu 4 x sehari, tetapi semenjak ± 1 bulan (Februari) pasien mengalami batuk lendir disertai darah pola makannya tidak teratur, karena penurunan nafsu makan tapi lebih banyak minum (5-8 gelas).

2. Keadaan sejak sakit:

Saat di kaji keluarga pasien mengatakan ketika mengalami batuk pasien kurang ada nafsu makan, pasien hanya menghabiskan

sedikit makanan yang di berikan dan lebih sering minum air putih (1000-1500 cc).

3. Observasi :

   Tampak pasien menghabiskan ¼ porsi makanan dari 1 porsi yang disediakan dan minum air putih 5-8 gelas sehari.

4. Pemeriksaan fisik :

   a. Keadaan rambut : tampak bersih
   b. Hidrasi kulit : finger print kembali dalam 3 detik
   c. Palpebra/konjungtiva : tampak tidak edema/tidak anemis
   d. Sclera : tampak tidak ikterik
   e. Hidung : tampak septum ada dibagian tengah
   f. Rongga mulut : tampak kurang bersih
   g. Gusi : tidak ada peradangan
   h. Gigi : tampak kurang bersih
   i. lidah : tampak kurang bersih
   j. Kemampuan mengunyah keras : pasien mampu mengunya keras
   k. Pharing : tidak ada peradangan
   l. Kelenjar getah bening : tidak ada peradangan
   m. Kelenjar parotis : tidak teraba pembesaran
   n. Abdomen
      1) Inspeksi : tampak datar dan tidak ada bayangan vena
      2) Auskultasi : peristaltik usus 10 x/menit
      3) Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan
      4) Perkusi : terdengar bunyi tympani
   o. Kulit
      1) Edema : tidak ada edema
      2) Icterik : tidak ada

3) Tanda-tanda radang : tidak ada peradangan

p. Lesi : tidak tampak adanya lesi

C. POLA ELIMINASI

1. Keadaan sebelum sakit :

   Pasien mengatakan sebelum sakit biasanya pasien BAB 1-2 x sehari dan BAK 1-4 x sehari

2. Keadaan sejak sakit :

   Saat di kaji pasien mengatakan belum BAB semenjak di RS, sedangkan BAK ± 400 cc berwarna kuning dan berbau besing.

3. Observasi:

   Tampak pasien belum BAB selama 5 hari dan BAK 4-5 perhari

4. Pemeriksaan fisik :

   a. Peristaltik usus : 10 x/m
   b. Palpasi kandung kemih : tampak kosong
   c. Nyeri ketuk ginjal : negative
   d. Mulut uretra : tidak di kaji
   e. Anus :
      1) Peradangan : tidak ada peradangan
      2) Hemroid : tidak di kaji
      3) Fistula : tidak di kaji

D. POLA AKTIFITAS DAN LATIHAN

1. Keadaan sebelum sakit :

   Pasien mengatakan aktifitasnya sebagai seorang siswa yaitu pergi ke sekolah dari jam 7 pagi sampai pulang sekolah jam 2 sore. Pasien juga mengatakan ketika selesai makan dia beristirahat ± 1

jam. Pasien juga mengatakan setiap sore hari dia biasanya latihan barung sai bersama teman-temannya.

2. Keadaan sejak sakit :

   Saat di kaji pasien mengatakan tidak mampu beraktifitas seperti sebelumnya yaitu pergi ke sekolah dan latihan barong sai. pasien hanya tidur di tempat tidurnya, dan pergi ke toilet. Pasien juga mengatakan merasa sesak bertambah bila tidur terlentang dan beraktifitas berat.

3. Observasi :

   Tampak pasien hanya terbaring di tempat tidurnya, dan berjalan untuk pergi ke toilet.

   a. Aktivitas harian :

      Makan 0
      Mandi 2
      Pakaian 2
      Kerapihan 2

      BAK 0
      BAB : tidak BAB
      Mobilisasi di tempat tidur 0
      Kesimpulan :

0: Mandiri
1: Bantuan dengan alat
2. Bantuan orang

   b. Postur tubuh : tegak
   c. Gaya jalan : tegak/normal
   d. Anggota gerak yang cacat : tidak ada
   e. Fiksasi : tidak di kaji
   f. Tracheostomi : tidak d ikaji

4. Pemeriksaan fisik :

   a. Tekan darah

Berbaring : 100/80mmHg

b. HR : 100x/menit

c. Kulit :

Keringat dingin : tampak ada

Basah : ada

d. JVP : tidak dikaji

Kesimpulan :

e. Perfusi pembuluh darah kapiler kuku : kembali < 3detik

f. Thorax dan pernafasan

1) Inspeksi:

Bentuk thorax : tampak simetris kiri dan kanan

Retraksi interkosta : tampak ada retraksi

Sianosis : tidak ada

Stridor : tidak terdengar

2) Palpasi :

Vocal premitus : teraba getaran sama antara paru kiri dan kanan

Krepitasi : tidak ada

3) Perkusi : normal

Lokasi : di kedua lapang paru

4) Auskultasi :

Suara nafas : veslkuler

Suara ucapan : tidak dikaji

Suara tambahan : ronchi

5. Jantung :

1) Inspeksi

Ictus cordis: teraba pada ICS 5 linea media clavicularis

2) Palpasi

Ictus cordis: teraba pada ics 5 linea media clavikularis sinistra

3) Perkusi

Batas atas jantung : ICS 3 linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung : ICS 5 linea mid clavikularis

Batas kanan jantung : ICS 3 linea sternalis dextra

Batas kiri jantung : ICS 5 linea mid axilaris sinistra

4) Auskultasi

Bunyi jantung IIA :bunyi tunggal, ICS 2 linea sternalis dextra

Bunyi jantung IIP : bunyi tunggal, ICS 2 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung IT : bunyi tunggal, ICS 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung IM : bunyi tunggal, ICS 5 linea mid clavikularis sinistra

Bunyi jantung III irama Gallop : tidak kaji

Murmur : tidak di kaji

Bruit : Aorta : tidak di kaji

A.Renalis : tidak terdengar

A.Femoralis : tidak terdengar

6. Lengan dan tungkai :

1) Atrofi otot : ☐ positif ☑ negatif
2) Rentang gerak : tampak pasien mampu bergerak
3) Kaku sendi : tidak ada
4) Nyeri sendi : tidak ada
5) Fraktur : tidak ada
6) Parese : tidak ada

7) Paralisis : tidak ada

8) Uji kekuatan otot

	Kanan	kiri
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 melawan tekanan

Nilai 2 : mampu melawan gaya grafitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

9) Refleks fisiologis : normal

10) Refleks patologi : normal

Babinski : Kiri : ☐ Positif ☑ Negatif

Kanan : ☐ Positif ☑ Negatif

11) Clubbing jari-jari : Tidak ada

12) Varises tungkai : Tidak ada

13) Columna vetebralis :

Inspeksi : ☐ Lordosis ☐ Kiposis ☐ Skoliosis

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Kaku kuduk : Tidak ada

E. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

1. Keadaan sebelum sakit:

   Pasien mengatakan sebelum sakit pola tidurnya tidak ada masalah. Pasien juga mengatakan tidur siangnya ±1 jam dan tidur malamnya ± 8 jam.

2. Keadaan sejak sakit:

   pasien mengatakan sejak mengalami batuk, keringat di malam hari pasien kesulitan untuk memulai isirahatnya karena merasa sesak. Pasien juga mengatakan jarang tidur siang, dan tidur malamnya 4 -6 jam.

3. Observasi:

   Tampak pasien tidak banyak menguap

   Ekspresi wajah mengantuk : ☐ positif ☑ negatif

   Banyak menguap : ☐ positif ☑ negatif

   Palpebra inferior berwarna gelap: ☐ positif ☑ negatif

F. POLA PERSEPSI KOGNITIF

1. Keadaan sebelum sakit :

   Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan kognitifnya. pasien juga mengatakan masih dapat mengingat dan mendengarkan sesuatu dengan baik.

2. Keadaan sejak sakit :

   Saat di kaji pasien mengatakan tidak ada masalah. Pasien juga mengatakan dapat mengingat kejadian yang dialami sebelumnya.

3. Observasi:

   Tampak pasien bisa melihat dengan jelas papan nama perawat dengan jarak ± 30 cm, dan mencium bauh minyak telon yang di berikan.

4. Pemeriksaan fisik :

a) Penglihatan

Kornea : tampak jernih

Pupil : isokor kiri dan kanan

Lensa mata : tampak jernih

Tekan intra okuler : teraba sama antara kiri dan kanan

b) Pendengaran

Pina : simetris kiri dan kanan

Kanalis : tampak bersih

Membran timpani : tampak pantulan cahaya telinga politzer dikiri dan kanan

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai

Pasien dapat merasakan sentuhan yang diberikan pada lengan dan tungkai

G. POLA PERSEPSI DAN KONSEP DIRI

1. Keadaan sebelum sakit :

   Pasien mengatakan tidak ada masalah, dan merasa puas dengan dirinya selama ini

2. Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan merasa cemas ketika masuk RS tetapi setelah di rawat pasien mulai terbiasa dengan lingkungan dan kondisi tubuhnya.

3. Observasi :

   a. Kontak mata: tampak menatap perawat saat di ajak bicara
   b. Rentang perhatian: mendengarkan instruksi perawat dan menjawab pertanyaan yang diberikan oleh perawat
   c. Suara dan cara bicara: suara dan cara bicara tampak jelas.

4. Pemeriksaan fisik:
   a. Kelainan bawaan yang nyata : tidak ada
   b. Bentuk/ostur tubuh : tegak
   c. Kulit : tampak lembab

H. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA

1. Keadaan sebelum sakit :
   Pasien mengatakan interaksinya dengan tetangga baik. Pasien juga mengatakan sangat akrab dengan teman-temanya
2. Keadaan sejak sakit :
   Pasien mengatakan hanya bisa berinteraksi dengan keluaga, perawat, dan teman-temanya yang dating menjenguknya
3. Observasi :
   Tampak pasien berinteraksi dengan baik kepada keluarga perawat, dan teman-teman yang datang menjenguknya.

I. POLA REPRDUKSI DAN SEXSUALITAS

1. Keadaan sebelum sakit :
   Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan organ vitalnya. Pasien juga mengatakan belum memiliki pasangan.
2. Keadaan sejak sakit :
   Pasien mengatakan tidak masalah denganrgan vitalnya
3. Observasi :
   Tampak pasien menunjukan perilaku yang tidak menyimpang sesuai pola reproduksi dan seksualitas.
4. Pemeriksaan fisik :
   Tidak dikaji

J. POLA MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES

1. Keadaan sebelum sakit :

   Pasien mengatakan belum pernah mengalami masalah yang membuatnya stres.

2. Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan merasa cemas dengan penyakitnya saat pertama kali masuk Rumah Sakit.

3. Observasi :

   Tampak pasien tenang.

K. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN

1. Keadaan sebelum sakit :

   Pasien mengatakan pasien beragama islam dan biasa menjalankan ibadah sholat.setiap hari.

2. Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan selama di Rumah Sakit hanya mendengar ayat-ayat alquran yang di bacakan oleh keluarganya

3. Observasi :

   Tampak ada buku ayat-ayat Alquran.

V. UJI SARAF KRANIAL

No	Nervus	Hasil
1.	N I (OLFATORIUS)	Pasien mampu mencium dan mengenal bau minyak telon yang di berikan.
2.	N II (OPTICUS)	Pasien dapat membaca dengan jelas tulisan font 12 pada jarak 25-30 cm.
3.	N III (OCULOMTRIUS) N IV (TROCHLEARIS) N VI (ABDUSCENS)	Pasien mampu menggerakan bola mata ke arah atas, bawah, kanan, kiri. pupil tampak mengecil kalau terkena cahaya, dan reflex cahaya ada.
4.	N V (TRIGEMINUS)	Sensorik: Pasien mampu merasakan dan mengetahui lokasi goresan kapas pada dahi, pipih, dan dagu. Motorik: Pasien mampu menggigit dengan kuat, teraba tonus muskulus masseter.
5.	N VII (VASCIALIS)	Sensorik: Pasien mampu mengenal rasa manis pada makanan yang di berikan. Motorik: Pasien mampu mengangkat kedua alis, merengut dahi, tersenyum, dan tertawa.
6.	N VIII (VESTIBULACUSTICUS)	Vestibularis: Keseimbangan duduk, dan berdiri ada

		Akustikus: Pasien mampu mendengar sesuai instruksi perawat
7.	N IX (GLOSSOPHARYNGEUS)	Tampak letak ovula ditengah (glossoparingeus)
8.	N X (VAGUS)	Pasien mampu menelan (vagus)
9.	N XI (ACCESSORIUS)	Pasien mampu mengangkat kedua bahu, (ascesoris).
	N XII (HYPOGLOSSUS)	Pasien mampu menggerakan dan mengulurkan lidahnya

VI. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Pemeriksaan lab:

Test	Result	Unit	Reference ranges
WBC	8. 30	10ˆ3/uL	4.6 -10.2
HGB	12. 3	g/dl	14. 1 – 18. 1
MXD#	0. 6	10ˆ9/uL	0 – 1.2
LED 1 jam	87. 0	Mm/h	0 - 20
LED 2 jam	112. 0	Mm/h	0 - 20

2. Pemeriksaan foto toraks PA:

   Tampak persebulungan inhomogen pada lapangan atas paru kanan tidak tampak gambaran penarikan rgan mediastinum.

   Tampak gambaran lesi bulat lusen batas tegas didalam perselubungan ini.

   Jantung: bentuk dan ukuran dalam batas normal.

   Kedua sinus dan iafragma biasa

   Tulang-tulang intaks

   Kesan:

   Pneumonia lobaris dextra

   DD/TB paru dextra

3. Pemeriksaan BTA

   a. BTA I

Test	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Metode
Bakteriologi mikroskopik BTA I	Ditemukan (+)*	Tidak ditemukan		

   b. BTA II

Test	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Metode
Bakteriologi mikroskopik BTA II	Ditemukan (+)*	Tidak ditemukan		

c. BTA III

Test	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Metode
Bakteriologi mikroskopik BTA III	Ditemukan (+)*	Tidak ditemukan		

VII. TERAPI

a. Terapi farmakologi

1) Codein 30 mg/3x1/oral
2) Asam traneksamat 25 mg/3x1/oral
3) Paracetamol 1000 mg
4) Ceftriaxone 1 g/12 jam

Obat OAT

1) ISONIASID (INH) 300 mg/hari
2) Rifampicin 400 mg/hari
3) Etambutol 50 mg/kgBB/hari
4) PIRAZINAMID 500 mg/hari

b. Terapi cairan

1) Cairan RL 500 ml 20 tts/menit

ANALISA DATA

Nama : Tn.”M”

Ruang/kamar : B. II. B/ 522 Bed 2

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	DS: a) Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami batuk ± 1 bulan di rumah. b) Keluarga pasien mengatakan pasien batuk lendir disertai darah. c) Pasien mengatakan merasa sesak ketikabatuk, posisi baring dan aktivitas. DO: a) Tampak pasien 1 kali batuk lendir bercampur darah. b) Tampak lendir berwarna putih bening dan, disertai darah. c) Auskultasi terdengar ronchi pada lapang paru dextra. d) Observasi ttv: TD:110/80 mmHg N: 100 ×/m S: 38ºC P: 24 ×/m	Mukus berlebihan	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

	e) Foto toraks (03/03/2019) Kesan: pneumonia lobaris dextra, DD/TB paru dextra.		
2	DS: a) Keluarga pasien mengatakan badan pasien hangat. b) Keluarga pasien mengatakan badan pasien berkeringat. c) Pasien mengatakan badannya hangat ketika pagi dan sore hari. DO:	Penyakit	Hipertermi

	a) Tampak pasien berkeringat. b) Teraba badan pasien hangat. c) Observasi ttv: TD: 110/80 mmHg N: 100 ×/m S: 38ºC P: 24 ×/m d) Pemeriksaan lab: WBC 10.40 10ˆ3/uL LED 1 jam = 75.0 Mm/h LED 2 jam = 99.0 Mm/h		
3	DS: a) Pasien mengatakan kurang nafsu makan. b) Pasien mengatakan hanya menghabiskan sedikit makanan. c) Pasien mengatakan lebih sering minum air putih. d) Pasien mengatakanan kesulitan saat menelan. e) Pasien mengatakan merasa lemas.	Kurang asupan makanan	Ketidakseimbang nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

	DO:		

	a) Tampak pasien tidak nafsu makan. b) Tampak pasien hanya menghabis-kan ¼ porsi makanan yang di berikan. c) Tampak pasien minum air 5-8 gelas sehari. d) Tamak pasien lemah. e) IMT: 15,2. kg Kesimpulan : Berat badan kurang.		

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO:	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1)	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebihan.
2)	Hipertermi berhubungan dengan penyakit.
3)	Ketiakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan	Rencana keperawatan	Rasional
	1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mucus berlebihan D: d) Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami batuk ± 1 bulan di rumah. e) Keluarga pasien mengatakan pasien batuk berlendir disertai darah.	Setelah dilakukan perawatan selama 3 × 24 jam diharapkan bersihan jalan nafas dapat ditingkatkan dengan indikator : a. Kemampuan untuk mengeluarkan secret dipertahankan pada skala 2 (devisiasi yang cukup-cukup berat dari kisaran normal) ditingkatkan ke skala 4 (devisiasi ringan dari kisaran normal)	Manajemen jalan nafas : a. Monitor status pernapasan dan oksigenasi.	a. Penurunan bunyi nafas dapat menunjukan atelectatis, ronchi, wheezing, menunjukan akumulasi, secret/ketidakmampuan otot aksesori pernapasan dan peningkatan kerja pernapasan. b. Pengeluaran secret sulit jika sangat kental,

	f) Pasien mengatakan merasa sesak ketika batuk, dan posisi baring DO: f) Tampak pasien 1 kali batuk lendir bercampur darah. g) Tampak lendir berwarna putih bening dan, darah merah segar ± 30 cc h) Auskultasi terdengar suara tambahan ronchi di lapang paru dextra. i) Observasi ttv: TD: 110/80 mmHg N: 100 ×/m S: 38ºC P: 24 ×/m	b. Batuk dipertahankan pada skala 2 (devisiasi yang cukup-cukup berat dari kisaran normal) ditingkatkan ke skala 3 (devisiasi sedang dari kisaran normal)	b. Buang secret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir. c. Instruksikan pasien untuk melakukan batuk efektif. d. Posisikan pasien untuk meringankan sesaknafas.	sputum berdarah kental atau darah segar diakibatkan oleh kerusakan (kavitasi) paru atau luka bronchial dan dapat memerlukan evaluasi/intervensi lanjutan. c. Mempermudah pengeluaran secret tanpa emborosan energi. d. Posisi semifowler membantu memaksimalkan ekspansi paru, ventilasi, dan meningkatkan gerakan secret kedalam jalan nafas besar untuk di keluarkan.

	j) Foto toraks (03/03/2019) Kesan: pneumonia lobaris dextra, DD/TB paru dextra.		e. Kolabrasi pemberian obat dengan dokter	e. Agen mukotik, contohnya asetilsistein.

	2. Hipertermi berhubungan dengan penyakit DS: k) Keluarga pasien mengatakan badan pasien hangat l) Keluarga pasien mengatakan badan pasien berkeringat m) Pasien mengatakan badannya hangat ketika pagi dan sore hari. DO : e) Tampak pasien berkeringat f) Tampak badan pasien hangat g) Observasi ttv: TD: 110/80 mmHg N: 100 ×/m	Setelah dilakukan perawatan selama 3 × 24 jam diharapkan dapat ditingkatkan dengan indikator: a. Termogulasi dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 2 (sedikit terganggu)	Perawatan demam: a. Monitor suhu dan tanda vital lainnya. b. Menganjurkan pasien banyak minum air putih. c. Memberikan kompres air hangat pada pasien. d. Tutup pasien dengan selimut. Atau pakaian yang tipis. e. Kolaborasi pemberian obat antipiuretik dengan dokter.	a. mengidentifikasi pola demam dan suhu tubuh (38,9ºC-41,1ºC) merupakan penyakit infeksius aktif. b. Cairan membantu distribusi obat-obatan dalam tubuh serta membantu menurunkan demam. c. Dapat membantu mengurangi demam. d. Pakaian yang tipis akan mengurangi penguapan tubuh. e. Digunakan untuk mengurangi demam dengan aksi sentralnya pada hipotalamus, meskipun demam mungkin berguna

	S: 38ºC P: 24 ×/m LED 1 jam: 75.0 Mm/h h) LED 2 jam: 99.0 Mm/h			dalam membatasi pertumbuhan organisme dan meningkatkan autodekstuksi dari sel-sel yang terinfeksi.

	3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan DS: f) Pasien mengatakan kurang nafsu makan g) Pasien mengatakan hanya menghabis - kan sedikit makanan h) Pasien mengatakan lebih sering minum air putih. i) Pasien mengatakan kesulitan saat menelan. j) Pasien mengatakan merasa lemas DO:	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 × 24 jam, diharapkan: a. Asupan makanan dipertahankan pada skala 3 (cukup meyimpang dari rentang normal) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit menyim- pang dari batas normal)	Manajemen nutrisi: a. Monitor kalori dan asupan makanan. b. Monitor kecenderungan terjadinya penurunan dan kenaikan BB. c. Identifikasi alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien. d. Ciptakan lingkungan yang optimal saat	a. Membantu atau menyediakan asupan makanan dan cairan diet seimbang yang berguna dalam mengidentifikasi derajat, luasnya masalah dan pilihan intervensi tepat. b. Memberikan informasi tentang kebutuhan diet, keefktifan terapi. c. Membatasi makanan yang menyebabkan alergi. d. Lingkungan yang menyenagkan dapat menurunkan stress dan lebih konduktif untuk makan.

	f) Tampak pasien malas makan g) Tampak pasien hanya menghabis-kan ¼ porsi makanan yang di berikan. h) Tampak pasien minum air 5-8 gelas sehari. i) Tampak pasien lemah j) BB: 39 kg k) TB: 160 cm l) IMT: 15,2		mengkonsumsi makanan (misalnya bersih, berventilasi, serta bebas dari bau yang menyengat). e. Menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering.	e. Meningkatkan masukan oral untuk status nutrisi.

IMPLEMENTASI

Nama : Tn. “M”

Ruangan/kamar : B.II.B/522. Bed 2

Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Perawat
6/03/2019	I,II,III	08:00	Mengkaji keadaan umum Hasil: keadaan umum lemah, batuk berlendir disertai darah, tampak badan pasien teraba hangat, dan terpasang cairan infus RL	Ka Nata
	III	10.00	Menimbang berat badan pasien. Hasil: Tampak BB=39kg	Thomi
	I,II	11:00	Mengobservasi ttv: Hasil: TD: 110/70 mmHg N: 80×/m S: 38ºC P: 24×/m	Thomi
	I	11:00	Mengatur posisi pasien Hasil: Tampak posisi pasien semifowler	Thomi
	I	11:20	Menganjurkan pasien untuk melakukan batuk efektif dengan cara menyedot secret untuk dibuang Hasil : Pasien tampak mengikuti instruksi yang di anjurkan perawat	Thomi
	III	11:40		

			Mengidentifikasi alergi atau intoleransi makanan untuk pasien Hasil: Pasien mengatakan tidak ada alergi dengan makanan	Ka nata dan THomi
	III	12:00	Menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering Hasil: Pasien tampak mengerti dan melakukan apa yang di anjurkan perawat	Ka nata dan Thomi
	I	13:00	Memberikan terapi obat kolaborasi dengan dokter Hasil: Asam traneksamat 25 mg	Thomi
	I	14:20	Mengatur posisi pasien Hasil: Tampak posisi pasien semifowler	Richardus
	I,II,	16:00	Mengobservasi ttv: Hasi l: TD: 120/80 mmHg N: 80×/m S: 38ºC P: 24×/m	Richardus
	II	17:00	Memberikan kompres hangat untuk pasien Hasil: Tampak terpasang kompres di dahi pasien.	Ka Vino dan Richardus
	II	18:20	Memberikan terapi obat kolaborasi dengan dokter Hasil:	Richardus

			Paracetamol 1000 mg	
	II	19:30	Codein 30 mg	
			Mengukur suhu pasien	Richardus
			Hasil:	
		20:10	suhu: 36,6ºC	
			Mengontrol keadaan pasien	Richardus
			Hasil:	
			Pasien tampak sedang beristirahat	

Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Perawat
7/03/2019	I,II,III	08:00	Mengkaji keadaan umum pasien Hasil: keadaan umum lemah, batuk berlendir tetapi tidak disertai darah, tampak badan pasien teraba hangat, dan terpasang cairan infus RL	Ka Nata dan Thomi
	I,II	10:00	mengobservasi ttv: TD: 110/70 mmHg N: 80×/m S: 38ºC P: 24×/m	Thomi
	II	10:30	Mengobservasi pasien untuk banyak minum air putih. Hasil: Pasien tampak mengerti dan sudah mengitu anjuran perawat	Thomi
	III	11:00	Menciptakan lingkungan kamar pasien yang optimal sebelum pasien makan Hasil: Tampak kamar pasien bersih, dan rapih	Thomi
	III	11:15	Monitori kalori dan asupan makanan. Hasil: Tampak gizi makanan pasien seimbang yaitu bubur, sayur, dan lauk.	Ka nata Thomi
	I,III	11:30	Mengatur posisi pasien untuk duduk saat makan Hasil: Tampak posisi pasien duduk saat makan	Ka Nata dan Thomi

	I	12:30	Melakukan terapi obat kolaborasi dengan dokter Hasil: Asam traneksamat 25 mg	Thomi
	I	13:00	Mengobservasi pasien untuk batuk efektif. Hasil: Tampak pasien mengikuti instruksi perawat.	Richardus
	I,II	16:00	Mengobservasi ttv: Hasil: TD: 110/70 mmHg N: 80×/m S: 38ºC P: 24×/m	Richardus
	I,II	18:00	Memberikan terapi obat kolaboasi dengan dokter Hasil: Ceftriaxone 1 g Codein 30 mg Paracetamol 1000 mg	Richardus
	II	19: 20	Menutup pasien dengan selimut Hasil: Tampak pasien terpakai selimut	Richardus
		20:00	Mengontrol keadaan pasien. Hasil: Pasien tampak sedang beristirahat	Richardus

Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Perawat
8/03/209	I,II	08:00	Mengkaji keadaan umum pasien Hasil: keadaan umum baik, batuk tidak berlendir dan tidak ada darah, terpasang cairan infus RL	Ka Wahyu dan Richardus
	I,II	10:00	Mengobservasi ttv: Hasil: TD: 110/70 mmHg N: 90×/m S: 36,6ºC P: 22×/m	Richardus
	I	12:00	Memberikan terapi obat kolaborasi dengan dokter. Hasil: Asam traneksamat 25 mg INH 300 mg/hari Rifampisin 400 mg/hari Etambutol 50 mg/kgBB/hari Streptmisin 500 mg/hari	Richardus
	I	13:00	Mengatur posisi pasien Hasil: Tampak posisi pasien semifowler	Richardus
	I,II	16:00	Mengobservasi ttv: Hasil: TD: 110/70 mmHg N: 90×/m S: 36,6ºC P: 22×/m	Thomi

	III	17:00	Menimbang BB pasien. Hasil: BB = 40kg	Thomi
	I	18:00	Memberikan terapi obat kolaborasi dengan dokter. Hasil: Ceftriaxone 1 g Codein 30 mg	Thomi
		20:00	Mengontrol keadaan pasien. Hasil: Tampak pasien sedang beristirahat.	Thomi

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : Tn. “M”

Ruang/kamar : B.II.B/522 Bed 2

Tanggal	Evaluasi Soap	Perawat
6/03/2019	1) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mucus berlebihan S: a. Pasien mengatakan masih batuk berlendir disertai darah. b. Pasien mengatakan merasa sesak ketika batuk dan posisi baring. O: a. Tampak pasien batuk berlendir disertai darah 1 × b. Auskultasi terdengar ronchi pada lapang paru dextra. c. Observasi ttv: TD: 110/80 mmHg P: 24 ×/m A: ketidakefektifan bersihan jalan nafas belum teratasi. P: lanjutkan ntervensi: a. Manajemen jalan nafas b. Kolaborasi pemberian obat kolaborasi dengan dokter.	

	2) Hipertermi berhubungan dengan penyakit S: a. Pasien mengatakan tubuhnya hangat b. Pasien juga mengatakan tubuhnya berkeringat O: a. Tampak tubuh pasien teraba hangat dan berkeringat b. TTV: N: 100 ×/m S: 38ºC A: Hipertermi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 3) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan makanan S: a. Pasien mengatakan sudah ada nafsu makan. b. Pasien mengatakan menghabiskan setengah makanan yang diberikan dan banyak minum air putih. O: a. Tampak pasien hanya menghabiskan ½ makanan yg di berikan b. Tampak pasien minum 6 gelas sehari c. IMT: 15,2	

	A: ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi a. Manajemen nutrisi	

Tanggal	Evaluasi Soap	Perawat
7/03/2019	1) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mucus berlebihan S: a. Pasien mengatakan masih batuk berlendir tetapi tidak disertai darah b. Pasien mengatakan rasa sesaknyasudah mulai berkurang O: a. Tampak pasien hanya batuk berlendir dan tidak disertai darah b. TTV: TD: 110/80 mmHg P: 24×/m A: Ketidakefektifan bersihan jalan nafas mulai teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan a. Kolaborasi pemberian obat dengan dokter 2) Hipertermi berhubungan dengan penyakit S: a. Pasien mengatakan tubuhnya masih hangat O: a. tampak tubuh pasien teraba hangat b. TTV: S: 38ºC	

	N: 1oox/m A: Hipertermi belum teratasi P: Lanjutkan intervensis 3) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan makanan S: a. Pasien mengatakan sudah ada nafsu makan b. Pasien mengatakan menghabiskan setengah makanan yang diberikan dan banyak minum air putih O: a. Tampak pasien hanya menghabiskan ½ makanan yg di berikan b. Tampak pasien minum 5-8 gelas sehari c. IMT: 15,2 A: ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi a. Manajemen nutrisi	

Tanggal	Evaluasi soap	Perawat
8/03/2019	1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mucus berlebihan S: a. Pasien mengatakan batuknya tidak berlendir, dan tidak ada darah b. Pasien mengatakan tidak merasakan sesak lagi O: a. Tampak kondisi pasien tidak sesak. b. TTV: TD: 110/70 mmHg P: 22×/m A: Ketidakefektifan bersihan jalan nafas sudah teratasi P: Intervensi selesai 2) Hipertermi berhubungan dengan penyakit S: a. Pasien mengatakan tubuhnya tidak hangat lagi. O: a. TTV: S: 36,6ºC N: 90x/m	

	A: Hipertermi sudah teratasi P: Intervensi selesai 3) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan makanan S: a. Pasien mengatakan sudah ada nafsu makan b. Pasien mengatakan menghabiskan makanan yang diberikan dan banyak minum air putih O: a. Tampak pasien menghabiskan 1 porsi makanan yg di berikan b. Tampak pasien minum 5-8 gelas sehari c. IMT: 15, 2 A: ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan teratasi sebagian. P: Perahankan/lanjutkan Intervensi	

G. DAFTAR OBAT

1. Codein
   a. Klasifikasi/golongan obat: Antitusif
   b. Dosis umum: 10 mg-20 mg 4-6jam/hari
   c. Dosis untuk pasien: 1 tablet
   d. Cara pemberian obat: Oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat:

      Codein merupakan analgesic egonis opioid. Efek codein terjadi apabila codein berikatan secara agonis dengan reseptor opioid diberbagai tempat disusunan saraf pusat. Efek analgesik codein tergantung afinitas codein terhadap reseptor opioid tersebut. Codein dapat meningkatkan ambang rasa nyeri dan mengubah reaksi yang timbul di korteks serebri pada waktu persepsi nyeri diterima dari thalamus. Codein juga merupakan antitusif yang bekerja pada susunan saraf pusat dengan menekan pusat batuk.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien:

      Karena pasien mengalami batuk berlendir.
   g. Kontraindikasi:

      Asma bronchial, emfisema paru, trauma kepala, tekanan intracranial yang meninggi, alkoholisme akut, setelah operasi saluran empedu.
   h. Efek samping obat:

      Dapat menimbulkan ketergantungan, mual, muntah, pusing, sembelit, depresi pernapasan terutama pada penderita asma, depresi jantung dan stroke.
2. Asam traneksamat
   a. Klasifikasi/golongan obat: Anti Fibrinolitik
   b. Dosis umum:
   1) Tablet: Asam Traneksamat 500 mg dan 600 mg.

2) Larutan injeksi: 100 mg/ml.

c. Dosis untuk pasien:

Dewasa:

1) Untuk konsumsi oral (tablet) dosis yang dianjurkan adalah 1 mg sampai 1,5 mg (15-25 mg/kg) yang diberikan sebanyak 2-3 kali sehari.
2) Obat injeksi, dosis yang dianjurkan adalah 0,5 mg sampai 1 mg (10 mg/kg) yang di berikan melalui infus IV sebanyak 3 kali sehari.

Anak:

1) Oral, (tablet) dosis yang dianjurkan adalah 25 mg/kg yang diberikan sebanyak 2-3 kali sehari.
2) larutan injeksi, dosis yang dianjurkan adalah 10 mg/kg yang diberikan sebanyak 2-3 kali sehari.

d. Cara pemberian obat: Oral, Injeksi

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat:

Asam traneksamat merupakan obat anti fibrinolitik yang mampu menghambat plasminogen, sehingga mengurangi konversi plasminogen menjadi plasmin (fibrinolisin). Penghambat tersebut mampu mencegah degradasi fibrin, pemecahan trombosit, peningkatan kerapuhan vaskuler dan pemecahan factor koagulasi. Dengan proses penghambatan plasminogen, maka obat ini mampu mencegah dan mengurangi pendarahan. Dengan demikian, Asam traneksamat biasanya digunakan untuk membantu mencegah dan menghentikan pendarahan pasca operasi, pencabutan gigi pada penderita hemofilia, pendarahan pada penderita angio-edema turunan. Selain itu obat ini juga bisa digunakan untuk mengurangi pendarahan pada mimisan, luka (cedera), dan manstruasi berlebihan.

f. Alasan pemberian obat pada pasien:

g. Kontraindikasi:

Hipersensitif, perdarahan subaraknoid (pendarahan di otak), riwayat tromboembolik (penyumbatan pembuluh darah), mengalami cedera kepala, masalah pembuluh darah, hematuria, pengumpalan darah, penyakit ginjal.

h. Efek samping obat:

Mual muntah, anoreksia, eksantema, sakit kepala. Selain itu ada juga, masalah penglihatan, sakit dada dan batuk, mengalami kejang.

3. Paracetamol

h. Klasifikasi/golongan obat: antipireutik

i. Dosis umum: 500 mg/ 4-8 jam

j. Dosis yang bersangkutan: 3 × 1 tablet

k. Cara pemberian: oral

l. Mekanisme kerja obat:

Menghambat sistesis prostaglandin yang berperan sebagai mediator nyeri dan demam.

m. Alasan pemberian obat:

Pesien merasakan badan terasa panas.

n. Efek samping:

Kerusakan fungsi hati, GI: Nekrosis hepatic (overdosis)

4. ceftriaxone

a. Klasifikasi/golongan obat: antibiotik

b. Dosis umum: 20-80mg/kgBB/hari

c. Dosis yang bersangkutan: 2 gram drips/12 jam

d. Cara pemberian: IV

e. Mekanisme kerja obat:

Efek bakterisid dapat menghambat pembentukan mukopeptida dinding sel. Berfungsi sebagai antibiotic dalam mengobati berbagai macam infeksi

f. Alasan pemberian obat:
   Untuk mencegah terjadi infeksi sekunder
g. Kontra indikasi:
   Hipersensitifitas terhadap antibiotic sefalosporon, hipersensitifitas dengan penicillin.
h. Efek samping obat:
   Gangguan pencernaan, reaksi kulit, hematom, dan anemia hemolitik.

5. Isoniasid (INH)
   a. Klasifikasi/golongan obat: Antituberculosis
   b. Dosis umum: 300 mg/hari
   c. Dosis yang bersangkutan: 1 × 1 tablet
   d. Cara pemberian: oral
   e. Mekanisme kerja obat:
      Menghambat sintesis dinding sel mikrobacterium dan mengganggu metabolismenya.
   f. Alasan pemberian obat:
      Untuk pencegahan tuberculosis pada pasien yang terpajan penyakit aktif.
   g. Kontraindikasi:
      Hipersensitivitas, penyakit hati akut, hepatitis akibat isoniazid yang sebelumnya.
   h. Efek samping obat:
      SSP: neorupati perifer, kejang, psikosis.
      Mata dan THT: gangguan penglihatan, mual, muntah.

6. Rifampicin
   a. Klasifikasi/golongan obat: Antituberculosis
   b. Dosis umur: 600 mg/hari
   c. Dosis yang bersangkutan: 1 × 1 tablet
   d. Cara pemberian: oral
   e. Mekanisme kerja obat:
      Menghambat sintesis RNA dengan menghambat transkripsi RNA pada mikroorganisme yang peka
   f. Alasan pemberian obat:
      Untuk mengatasi bakteri tuberculosis
   g. Kontraindikasi:
      Hipersensitivitas, kehamilan dan laktasi
   h. Efek samping obat:
      Sakit kepala, mengantuk, keletihan, mual, muntah, nyeri uluhati, nyeri abdomen, diare, hepatitis.
7. ETAMBUTOL
   a. Klasifikasi/golongan obat: Antituberculosis
   b. Dosis umum: 500 mg
   c. Dosis yang bersangkutan: 1 × 1 tablet
   d. Cara pemberian: oral
   e. Mekanisme kerja obat:
      Menghambat pertumbuhan mikobakteria.
   f. Alasan pemberian obat:
      Diberikan pada pasien sebagai antituberculosis.
   g. Kontraindikasi:
      Neuritis optic, Hipersensitivitas
   h. Efek samping obat:

SSP: sakit kepala, malaise, pusing, konfusi, halusinasi.Mual, muntah, anoreksia, nyeri abdomen, hepatitis, demam.

8. PIRAZINAMID
   a. Klasifikasi/golongan obat: Antituberculosis
   b. Dosis umum: 500 mg/hari
   c. Dosis yang bersangkutan: 1 × 1 tablet
   d. Cara pemberian: oral
   e. Mekanisme kerja obat:
      Merupakan antituberculosis sekunder aktif dalam suasana asam terhadap mikrobakterium, bersifat bakterisid terutama pada basil tuberculosa intra seluler pada pemberian oral, mudah diserap dan tersebar luas keseluruh jaringan tubuh.
   f. Alasan pemberian obat:
      Untuk pencegahan tuberculosis pada pasien yang terpajan penyakit aktif
   g. Kontraindikasi:
      Hipersensitivitas, penyakit hati akut, hepatitis akibat isoniazid yang sebelumnya.
   h. Efek samping obat:
      SSP: neorupati perifer, kejang, psikosis.
      Mata dan THT: gangguan penglihatan, mula, muntah.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

Dalam BAB ini akan membahas tentang kesenjangan antara konsep teori dengan kasus nyata yang ditemukan dalam pelaksanaan keperawatan pada Tn.”M” dengan kasus tuberkulosis paru dilaksanakan selama 3 hari di RS Stella Maris makassar dari tanggal 5-7 maret 2019. Untuk memudahkan pembahasan maka penulis membahas dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanan implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan data dasar proses keperawatan. Pada tahap ini semua data atau informasi tentang pasien yang dibutuhkan/dikumpulkan untuk membantu menetapkan diagnosa keperawatan yang sesuai. Penulis memperoleh data dari berbagai sumber yaitu pasien, keluarga pasien, perawat, catatan medis, dan landasan teori.

Demam terjadi karena adanya respon tubuh Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan Tn.”M” usia 17 tahun masuk RS Stella Maris Makassar dengan keluhan yaitu batuk berlendir campur darah, sesak napas, berkeringat pada sore dan malam hari dan demam. Batuk terjadi karena adanya iritasi/ulkus pada bronkus, berkeringat pada sore atau malam hari terjadi karena *Mycobacterium* bermetabolisme disore atau malam hari sehingga mnyebabkan terjadinya keringat terhadap infeksi akibat bakteri Tuberculosis, ini sebagai tanda bahwa imun sedang melawan infeksi yang disebabkan oleh bakteri tersebut (Widoyono, 2011). Saat dirumah sakit Tn.”M” mengeluh batuk berlendir disertai darah, sesak napas

dan berkeringat pada sore dan malam, serta nafsu makan berkurang ditandai dengan penurunan BB.

Batuk berlendir yang terjadi pada Tn.”M” karena adanya penumpukan eksudat dialveoli sehingga menyebabkan fungsi silia menurun dan terjadi sekresi mukus meningkat, sesak napas dialami karena terbentuknya jaringan parut di paru-paru sehingga menjadi infeksi dan menjadi dilatasi kemudian mengakibatkan paru tidak dapat mengembang secara sempurna (Andra & Yessie, 2013). Nafsu makan berkurang ditandai dengan penurunan BB pada Tn.”M” karena adanya suatu infeksi yang kompleks antara respon tubuh dan virulensi dari organisme penyebab penyakit sehingga terjadi perubahan menyeluruh pada respon metabolik tubuh tetapi dapat juga disebabkan karena salah satu efek samping dari obat. Terjadinya penurunan BB, tampak kurus dan nafsu makan berkurang pada Tn.”M” dapat juga salah satu gejalah dari malaise (Saydam, 2011).

Berdasakan pengkajian keluarga mengatakan pasien tersebut tidak mengalami riwayat penyakit sebelumnya. Keluarga mengatakan pasien ± 1 bulan mengalami batuk berlendir, kurang nafsu makan, keringat di malam hari, dan kurang tidur. Keluarga pasien juga mengatakan selama pasien sakit di rumah pasien mengkonsumsi obat yang dibeli di apotik terdekat. Adapun kesenjangan yang ditemukan yaitu keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tidak merokok sedangkan pada teori yang dijelaskan salah satu penyebab adalah merokok. Keluarga pasien mengatakan ayah pasien biasa merokok di dalam rumah. Berdasarkan apa yang telah dipelajari, ketika seseorang yang terpapar asap rokok terus-menerus dalam jangka waktu yang lama bisa menyebabkan terjadinya penurunan daya tahan tubuh sehingga bisa terkena penyakit salah satunya yaitu Tuberculosis Paru.

Pada tinjauan kasus ini hasil foto thoraks menunjukkan kesan PA, pneumonia lobaris dextra, DD/TB paru dextra,dan hasil pemeriksaan

laboratorium menunjukkan WBC 8.30, HBG 12. 3, MXD# 0. 6, LED 1 jam 87. 0, LED 2 jam 112. 0, tinggi hal ini di pengaruhi oleh kondisi tubuh, misalnya ketika tubuh mengalami peradangan atau infeksi, kemudian adanya pemeriksaan sputum BTA selama 3 hari, yang mana didapatkan hasil BTA I: ditemukan (+), BTA II: ditemukan (+), BTA III: ditemukan (+), pemeriksaan BTA I pada pasien ditemukan karena pengambilan sputum BTA pasien tidak makan, hal ini mengakibatkan hasil dari BTA I dapat teranalisa adanya bakteri pada sputum pasien (Saydam, 2011).

Pada tinjauan kasus, obat-obatan yang dikonsumsi pasien untuk antituberculosis, yaitu Isoniasid (INH), Rimfampicin, Etambutol, dan Pyrazinamid. Adapun obat tambahan yang diberikan, yaitu codein (mengurangi batuk berlendir), Asam traneksamat (untuk menghentikan pendarahan), Paracetamol (menurunkan demam), Cefriaxone (mencegah terjadinya infeksi).

Berdasarkan pengkajian 11 pola Gordon maka ada beberapa yang bermasalah yaitu pola persepsi dan pemeliaraan kesehatan, pola nutrisi dan metabolik, pola eliminasi, pola tidur dan istirahat.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data yang diperoleh penulis disngkat diagnosis keperawatan kepada Tn.”M” yaitu:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas yang berhubungan dengan mukus berlebihan. Penulis mengangkat diagnosis ini sesuai dengan batasan karakteristik diagnosa NANDA yaitu bunyi nafas tambahan (Ronhi), perubahan irama dan frekuensi pernapasan, serta adanya sputum.
2. Hipertermi yang berhubungan dengan penyakit. Penulis mengangkat diagnosis ini sesuai dengan batasan karakteristik diagnosa NANDA yaitu kulit terasa hangat.

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan kurang asupan makanan. Penulis mengangkat diagnosis ini sesuai dengan batasan karakteristik diagnosa NANDA yaitu berat badan 20% atau lebih di bawah rentang berat badan ideal dan kurang minat pada makananAdapun beberapa diagnosis tinjauan teoritis yang penulis tidak angkat dalam tinjauan kasus seperti:

1. Defisit perawatan diri mandi yang berhubungan dengan kelemahan. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada saat pengkajian pasien mampu melakukan aktivitasnya secara mandiri seperti makan dan aktivitas lainnya seperti mandi, dan kerapihan pasien dibantu oleh keluarganya.
2. Ganguan pola tidur berhubungan dengan adanya batuk sesak napas. penulis tidak mengangkat diangnosis ini karena gangguan pola tidur disebabkan oleh ketidakefektifan bersihan jalan akibat penumpukan eksudat di alveoli yang mengakibatkan pola nafas kurang efektif. oleh karena itu apabila ketidakefektifan bersihan jalan nafas pasien mampu teratasi maka gangguan pola tidur tidak akan terjadi pada pasien.
3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan membrane alveolar. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena penulis telah mengangkat diagnosis ketidakefektifan bersihan jalan nafas untuk mengatasi pola nafas pasien karena produksi mukus meningkat ditandai dengan adanya keluhan batuk berlendir.
4. ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan menurunnya ekspansi paru sekunder terhadap penumpukan cairan dalam rongga pleura. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena penulis telah mengangkat diagnosis ketidakefektifan bersihan jalan nafas untutk mengatasi pla nafas yang kurang efektif.

5. Resiko infeksi dengan factor resiko: terpajan pada wabah penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena tampak keluarga pasien mengetahui bahwa penyakit yang di derita olah pasien menular ditandai dengan keluarga menjaga pasien dengan memakai masker.

C. Intervensi keperawatan

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

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang berhubungan dengan mucus berlebihan.

   Intervensi berdasarkan NIC:

   Monitor status pernapasan dan oksigenasi, buang secret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir, instruksikan pasien untuk melakukan batuk efektif, posisikan pasien untuk meringankan sesak nafas. Kolaborasi pemberian obat dengan dokter.

2. Hipertermi berhubungan dengan penyakit

   Intervensi berdasarkan NIC:

   Monitor suhu dan tanda-tanda vital, menganjurkan pasien banyak minum air putih, memberikan kompres air hangat pada pasien, tutup pasien dengan selimut atau pakaian yang tipis, kolaborasi pemberian obat antipiuretik dengan dokter.

3. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan kurang asupan makanan.

   Intervensi berdasarkan NIC:

   Monitor kalori dan asupan makanan, monitr kecenderungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan, identifikasi alergi atau intoleransi makanan yang di miliki pasien, ciptakan lingkungan yang optimal saat

mengkonsumsi makanan misalnya (bersih, berventilasi,serta bebas dari bau yang menyengat), menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering.

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

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

E. Evaluasi

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

Pada tahap ini penulis mengevaluasi pelaksanaan keperawatan berdasarkan *Nursing Outcomes Clasification* yang diberikan pada pasien selama tiga hari yaitu pada tanggal (6 - 8 maret 2019).

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas yang berhubungan dengan mukus berlebihan. Evaluasi yang dilakukan didapatkan masalah bersihan jalan napas kembali efektif pasien mengatakan tidak merasa sesak dan tidak batuk berlendir lagi. Hal ini didukung dengan data pola napas normal 22x/menit dan tidak terdengar suara napas tambahan, maka hal ini menunjukkan bahwa frekuensi dan irama napas pasien kembali efektif

dan batuk, sehingga diagnosis ketidakefektifan bersihan jalan napas telah teratasi.

2. Hipertermi berubungan dengan penyakit. Evaluasi yang dilakukan didapatkan pasien. Pasien mengatakan tubuhnya tidak hangat lagi. Hal ini didukung dengan data suhu tubuh 36,6ºC. Hal ini menunjukkan bahwa hipertermi pasien sudah teratasi.
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan kurang asupan makan. Evaluasi yang dilakukan didapatkan masalah kebutuhan nutrisi pasien belum teratasi penuh dimana pasien mengatakan mampu menghabiskan 1 porsi makanan yang diberikan dan minum air 5-8 gelas, IMT = 15,2. Hal ini menunjukkan bahwa pasien sudah ada nafsu makan, tetapi IMT masih dibawah batasan normal. Hal ini menunjukan keseimbangan nutrisi hanya teratasi sebagian.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

Setelah menguraikan tinjauan teoritis dan penerapan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, menerapkan perencanaan, melaksanakan tindakan keperawatan dan melakukan evaluasi keperawatan pada Tn.”M” dengan Tuberkulosis paru di ruangan perawatan Bernadeth. II. B (Isolasi, 522 b) RS Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut:

A. Simpulan.

1. Pengkajian keperawatan yang telah dilakukan pada pasien Tn.”M” dengan Tuberkulosis paru. Penulis menemukan beberapa data seperti batuk lendir disertai darah, sesak nafas, suara nafas tambahan ronchi di bagian paru dextra, pernapasan 24×/M, demam, berkeringat sore dan malam hari, kurang nafsu makan ditandai dengan penurunan BB.
2. Diagnosa keperawatan yang ditetapkan antara lain:
   a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebihan.
   b. Hipertermi berhubungan dengan penyakit.
   c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.
3. Dari rencana keperawatan yang disusun semua dapat diimplementasikan sepenuhnya, karena dalam pelaksanaan keperawatan penulis bekerja sama dengan keluarga, sesama perawat, dan tim kesehatan lainnya.
4. Setelah melakukan asuhan keperawatan selama tiga hari pada pasien Tn.”M” dapat diperoleh hasil evaluasi dari masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas data teratasi, hipertermi dapat teratasi, dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh tidak teratasi.

B. Saran

Dengan melihat kenyataan yang terjadi pada Tn.”M” dengan Tuberkulosis paru maka penulis beberapa saran, yaitu:

1. Bagi pasien dan keluarga

   Bagi keluarga dan pasien sangat diharapkan kerja sama yang baik untuk mencapai penyembuhan yaitu keluarga mendampingi pasien dalam nutrisi dan minum obat secara teratur hingga tuntas serta pentingnya terapi yang berkesinambungan bagi pasien, jangan sampai putus minum obat meskipun gejala-gejalanya yang sudah hilang serta pasien harus tetap mengontrol ke dokter.

2. Institusi Rumah Sakit

   Pihak rumah sakit diharapkan tetap memperhatikan dan mengembangkan mutu pelayanan keperawatan yg kompherensif khususnya pada pasien Tuberkulosis paru, dan menyediakan media penyuluhan seperti flipchard dan leaflet tentang penyakit Tuberkulosis paru.

3. Untuk mahasiswa/i

   Penulis mengharapkan kepada mahasiswa/I agar bisa meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam melaksanakan proses keperawatan khususnya pada pasien dengan penyakit Tuberkulosis paru.

DAFTAR PUSTAKA

Barara Takiyah. 2013.*Asuhan keperawatan panduan lengkap menjadi perawat profesional***.** Jakarta:Prestasi pustakakarya.

Brunner & Suddarth, 2013. *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12*. Jakarta.

Chandra. B, 2012*. Ilmu Kedokteran Pencegahan dan Komunitas*. Jakarta: EGC

Dinkes Prov. Sulsel. (2013). *Profil Kesehatan Kota Makassar*. *Http://dinkeskotamakassar.net/downlad/3855214Profil%20Kesehatan%* 20Kota%Makassar%2013.pdf.

Hermand Heather & Kamitsuru Shigemi. 2016.*Diagnosa keperawatan Edisi 10.* Jakarta:EGC.

Hedi Sasrawan, 2013. *Artikel Sistem Pernapasan Pada Manusia.* https://hedisasrawan.blogspot.com

Hurst Marlene, 2015 *Keperawatan medikal bedah vol.* 1 jakarta EGC.

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

Muttaqin Arif, 2008. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*.Jakarta.Salemba Medika.

Price A.Sylvia, Wilson M.Lorraine. (2012). *Patofisiologi. edisi 6*. Jakarta EGC.

Somantri Irman, 2012.*Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan,* Edisi 2-Jakarta Salemba Medika.

Ward P. T Jeremy dkk, 2008 *At a Glance SISTEM RESPIRASI* Edisi kedua. Jakarta.

World Health Organization (WHO, 2014), *Profil Organisasi Kesehatan Dunia* http://www.WHO.go.id.

Yasmara Deni dkk, 2016. *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta.

LEMBAR KONSUL

Nama : Richardus. Y. Yandik (E1614401074)
Thomi. S. Batuwaeel (E1614401081)

Judul KTI : Asuhan Keeperawatan pada Tn."M" dengan Tuberkulosis Paru di Ruang Bernadeth. II. B.

Pembimbing : Yunita Carolina, Ns., M.kep

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	TTD
1	07-03-2019	BAB I Pendahuluan BAB II Pengkajian	1. Latar belakang 2. Pengkajian 3. Keadaan umum	
2	13-03-2019	BAB III Pengkajian	1. Latar belakang 2. Intervensi 3. Analisa data 4. Implementasi	
3	22-03-2019	Bab II *Tinjauan teoritis*	1. Referensi data rikesdas 2. Anatomi fisiologi 3. Manifestasi klinik	
4	30-04-2019	Bab I Pendahuluan	1. Latar belakang 2. Tujuan penulisan 3. Manfaat penulisan 4. Metode penulisan 5. Sistemati penulisan	
5	09-04-2019	Bab III Pengkajian	1. Pengkajian 2. Analisa data 3. Implementasi	
6	13-04-2019	Bab I sampai Bab V	1. Latar belakang 2. Tinjauan teoritis 3. Implementasi	

7	20-04-2019	Bab I dan II	1. Latar belakang 2. Tinjauan teoritis	Olive
8	13-05-2019	Bab II, III, IV	1. Etiologi 2. Implementasi 3. evaluasi	Olive.
9	16-05- 2019	BAB II, Pathway	1. Pathoflodiagram 2. Pengkajian	Olive
10	17-05-2019	BAB I-V Sampul sampai daftar pusaka	1. *Latar belakang* 2. Pengkajian 3. Landasan teori 4. Penamatan kasus 5. Intervensi 6. Pembahasan kasus 7. *Daftar pustaka*	Olive
11	19-05-2019	BAB II-IV	1. Komplikasi 2. Intervensi 3. Evaluasi	Olive.
		Sampul sampai lembar konsul	*ACC*	Olive.