

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.”H” DENGAN PENYAKIT TUBERKULOSIS PARU DI RUANG PERAWATAN *ICU-ICCU* RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

MULYA KURNIA
E.1514401035

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
MAKASSAR
2018

LEMBARAN PERSETUJUN

Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.”H” DENGAN PENYAKIT TUBERKULOSIS PARU DI RUANG PERAWATAN *ICU-ICCU* RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR”. Telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan didepan penguji.

Diajukan oleh :

Nama mahasiswa : Mulya Kurnia
Nim : E.1514401035

Disetujui Oleh	Mengetahui
Pembimbing	Wakil Ketua Bidang Akademik
(Mery Solon,Ns.,M.Kes)	(Henny Pongantung,Ns.,MSN)
NIDN : 0910057502	NIDN : 0912106501

LEMBARAN PENGESAHAN
PROGRAM D-III KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS MAKASSAR

Karya Tulis Ilmiah dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN."H" DENGAN PENYAKIT TUBERKULOSIS PARU DI RUANG PERAWATAN *ICU-ICCU* RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR". Telah dipertanggungjawabkan dan telah diuji diharapakan Tim penguji yang dilaksanakan pada :

Hari/Tanggal : Kamis, 7 Juni 2018
Pukul : 14.00-14.45
Tempat : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar

Tim penguji :

1. Debby Lempang,S.Kep.,Ns ( )
2. Sr. Anita Sampe,JMJ.,Ns.,MAN ( )
3. Mery Solon,Ns.,M.Kes ( )

Mengetahui
Ketua STIK STELLA MARIS

(Siprianus Abdu,S.Si.,Ns.,M.Kes)
NIDN : 09128027101

RIWAYAT HIDUP

1. Identitas Pribadi :

Nama	: Mulya Kurnia
Tempat/Tanggal Lahir	: Pare-pare, 25 Juli 1997
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Jl. Muh. Tahir No. 20 Makassar

2. Identitas Orang Tua :

Ayah/Ibu	: Nimrod Mantoling Maloha / Almh. Indayani
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Wirausaha/-
Alamat	: Mamasa

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

Taman kanak-kanak Gloria	: Tamat tahun 2003
SDN. 001 Mamasa	: Tahun 2003-2009
SMP. Frater Mamasa	: Tahun 2009-2012
SMAN. 1 Mamasa	: Tahun 2012-2015
STIK. Stella Maris	: Tahun 2015-2018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN."H" DENGAN PENYAKIT TUBERKULOSIS PARU DI RUANG PERAWATAN *ICU-ICCU* RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".**

Penulisan karya tulis ilmiah ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu persyaratan ujian akhir bagi kelulusan mahasiswa/i STIK Stella Makassar program DIII Keperawatan Tahun 2017-2018.

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

1. Siprianus Abdu,S.Si.,Ns.,M.Kes selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan sampai akhirnya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dan telah memberikan bimbingan selama proses perkuliahan.
2. Henny Pongantung,Ns.,MSN selaku wakil ketua bidang Akademik STIK Stella Maris yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah.
3. Dr. Thomas Soeharto,M.Kes.,MMR selaku Direktur Rs. Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin untuk melakukan pratek klinik dalam pengambilan kasus Karya Tulis Ilmiah.

4. Mery Solon,Ns.,M.Kes selaku Pembimbing Akademik (PA) yang senantiasa memberikan motivasi kepada kami, sejak awal masuk kuliah serta sebagai pembimbing yang memberi arahan dan masukan dalam pembuatan karya tulis ini
5. Kepala bagian, pembimbing klinik (CI) dan para pegawai di ruang perawatan *ICU-ICCU* Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah membantu penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Segenap Dosen dan Staf Pegawai Stik Stella Maris yang telah membimbing, mendidik, dan memberi pengarahan selama penulis mengikuti pendidikan.
7. Kedua Orang Tua dan Saudara/i, terima kasih atas dukungan dan doanya selama ini yang telah memberi semangat kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan dan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Teman-teman seangkatan 2015, terima kasih atas kekompakannya, bantuan, kritik, saran dan kerja sama yang baik dalam proses pengambilan kasus penyakit.

Akhir kata harapan penulis semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa/mahasiswi STIK Stella Maris Makassar dan bagi perawat khususnya dalam usaha peningkatan 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, Juni 2018

Mulya Kurnia

DAFTAR ISI

Halaman

Halaman judul..... i
Halaman persetujuan..... ii
Halaman pengesahan..... iii
Riwayat hidup..... iv
Kata pengantar..... v
Daftar isi vii
Daftar gambar..... ix
Daftar tabel..... x
BAB I PENDAHULUAN..... 1
A. Latar belakang..... 1
B. Tujuan penulisan..... 3
C. Manfaat penulisan..... 3
D. Metode penulisan..... 4
E. Sistematika penulisan..... 4
BAB II TINJAUAN TEORITIS..... 5
A. Konsep dasar medis..... 5
1. Definisi..... 5
2. Anatomi dan fisiologi..... 6
3. Etiologi..... 10
4. Patofisiologi..... 12
5. Manifestasi klinis..... 13
6. Tes diagnostik..... 15
7. Penatalaksanaan medik..... 16
8. Komplikasi..... 17

B. Konsep dasar keperawatan..... 18
1. Pengkajian..... 18
2. Diagnosis keperawatan..... 20
3. Intervensi keperawatan..... 20
4. Perencanaan pulang..... 29
C. Patoflowdiagram..... 30
BAB III TINJAUAN KASUS..... 34
A. Pengamatan kasus..... 34
B. Pengkajian..... 35
C. Analisis data..... 54
D. Diagnosis keperawatan..... 56
E. Intervensi keperawatan..... 57
F. Implementasi keperawatan..... 64
G. Evaluasi keperawatan..... 95
H. Daftar obat..... 101
BAB IV PEMBAHASAN KASUS..... 107
A. Pengkajian..... 107
B. Diagnosis keperawatan..... 109
C. Intervensi keperawatan..... 111
D. Implementasi keperawatan..... 113
E. Evaluasi keperawatan..... 113
BAB V SIMPULAN DAN SARAN..... 115
A. Simpulan..... 115
B. Saran..... 116
DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi paru..... 6
Gambar 2.2 Patoflowdiagram tuberkulosis paru..... 30
Gambar 3.3. Genogram pasien..... 37

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan BTA I, II, III..... 52
Tabel 3.2 Analisis data..... 54
Tabel 3.3 Diagnosis keperawatan..... 56
Tabel 3.4 Intervensi keperawatan..... 57
Tabel 3.5 Implementasi keperawatan..... 64
Tabel 3.6 Evaluasi keperawatan..... 95

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar belakang

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

Berdasarkan data profil kesehatan Indonesia yang dilaporkan oleh Kemenkes RI 2016 menjelaskan jumlah penyakit tuberkulosis sebesar 660/100.000 atau berarti bahwa 0,65% populasi Indonesia menderita tuberkulosis, atau setara 1.600.000 kasus tuberkulosis, dimana tiap tahun terjadi 1.000.000 kasus baru. Sementara *case detection rate* sebesar 33% atau 670.000 untuk kasus yang hilang (Risman, 2016). Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Makassar 2016 penderita tuberkulosis sudah mencapai kurang lebih 4.000 kasus. Makassar merupakan kota dengan penderita tuberkulosis tertinggi di Sulsel dengan angka kasus baru per tahunnya mencapai 254 kasus per rate 100.000 penduduk (Risman, 2016)

Berdasarkan data *Medical Record (MRO)* di Rumah Sakit Stella Maris Makassar tahun 2018 diperoleh data pada tahun 2016 jumlah pasien penderita tuberkulosis paru sebanyak 322 jiwa dengan presentase tertinggi pada kelompok umur 45-64 tahun yaitu laki-laki sebanyak 70 jiwa (21,73%) dan perempuan sebanyak 34 jiwa (10,55%) dan presentase terendah pada kelompok umur 1- 4 tahun yaitu laki-laki 1 jiwa (0,31%) dan perempuan 2 jiwa (0,62%) serta yang meninggal sebanyak 22 jiwa (6,83%). Pada tahun 2017 jumlah penderita tuberkulosis paru sebanyak 422 jiwa dengan persentase tertinggi pada kelompok umur 45-64 tahun yaitu laki-laki sebanyak 107 jiwa (25,35%) dan perempuan sebanyak 44 jiwa (10,42%) dan persentase terendah pada kelompok umur 1- 4 tahun yaitu laki-laki 4 jiwa (0,94%), sedangkan perempuan tidak ada dan yang meninggal sebanyak 35 jiwa (8,29%).

Berdasarkan hal tersebut pemerintah melalui DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*) menggunakan strategi penanggulangan tuberkulosis di rumah sakit melalui pengobatan jangka pendek dengan pengawasan langsung.Kementrian kesehatan Indonesia pada tahun 2016 telah merancang program TOSS Tuberkulosis (Temukan TB, obati sampai sembuh) diharapkan mampu menggerakkan masyarakat untuk turut serta menemukan kasus-kasus tuberkulosis baru yang ada di lingkungan sekitar dan memantau pengobatan hingga tuntas, peran serta masyarakat sangat diperlukan terutama dalam membantu menemukan, pengawasan terhadap pengobatan pasien tuberkulosis sampai sembuh agar rantai penularan tuberkulosis di Indonesia dapat dihetikan. Adanya dukungan dari masyarakat dapat memberikan semangat positif dan kepatuhan pasien untuk minum obat karena masih banyak masyarakat yang tidak mengetahui tentang tuberkulosis dan bagaimana mengakses pengobatan (Smith, 2016) Dengan melihat kasus di atas maka penulis tertarik untuk menjadikan penyakit tuberkulosis menjadi kasus asuhan keperawatan.

B. Tujuan penulisan

1. Tujuan Umum

   Meningkatkan keterampilan dan pengetahuan serta menjadi pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit tuberkulosisi Paru.

2. Tujuan Khusus

   Adapun tujuan khusus dari karya tulis ini adalah memperoleh pengalaman nyata dalam hal:

   a. Melakukan pengkajian keperawatan.
   b. Merumuskan diagnosis keperawatan.
   c. Menetapkan perencanaan asuhan keperawatan.
   d. Melaksanakan implementasi dan membuat evaluasi keperawatan.
   e. Melakukan pendokumentasi asuhan keperawatan.

C. Manfaat penulisan

1. Bagi Instansi RS

   Meningkatkan pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit tuberkulosis Paru.

2. Bagi Instansi pendidikan

   Meningkatakan ilmu pengetahuan serta keterampilan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit tuberkulosis Paru.

3. Bagi Pasien

   Melalui penulisan ini diharapkan dapat menjadi suatu media informasi dalam menambah pengetahuan pasien khususnya dalam proses pengobatan dan perawatan penderita penyakit tuberkulosis Paru.

4. Bagi Penulis

   Sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan pada program studi D-III keperawatan dan menjadi pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan penyakit tuberkulosis.

D. Metode penulisan

Dalam penyusunan Karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif dengan menggunakan pendekatan sebagai berikut:

1. Kepustakaan

   Mempelajari literatur-literatur yang diberikan atau relevan dengan judul karya tulis ini.

2. Internet

   Mencari artikel-artikel yang berkaitan dengan karya tulis ini.

3. Studi kasus

   Dalam studi kasus keperawatan meliputi pengkajian, perumusan diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada pasien TB di rumah sakit.

4. Studi dokumentasi

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

E. Sistematika penulisan

Penulisan karya tulis ini disusun secara sistematis dalam beberapa BAB yang terdiri dari : Bab I Pendahuluan (Latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, sistematika penulisan), Bab II tinjauan teoritis (konsep dasar medis yang terdiri defenisi, anatomi dan fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan medik, komplikasi dan konsep dasar keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan dan perencanaan pulang (*discharge planning*), Bab III tinjauan kasus (pengamatan kasus, pengkajian, analisis data, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi serta daftar obat pasien), Bab IV pembahasan kasus dan Bab V kesimpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Definisi

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

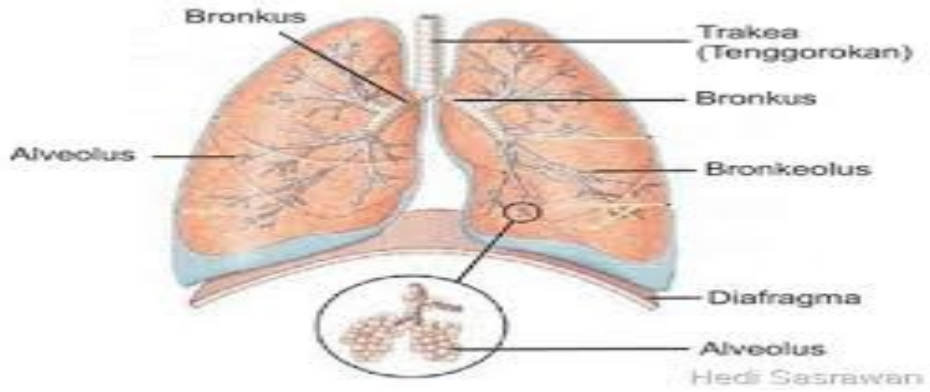
a. Tuberkulosis primer, jika terjadi pada infeksi yang pertama kali,
b. Tuberkulosis sekunder, kuman pada tuberkulosis primer akan aktif setelah bertahun-tahun kemudian sebagai infeksi endogen menjadi tuberkulosis dewasa. Mayoritas terjadi karena adanya penurunan imunitas, misalnya karena malnutrisi,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

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

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

2. Anatomi dan fisiologi

a. Anatomi saluran pernapasan bawah



Gambar 2.1 Anatomi paru (Sasrawan, 2015)

1. Alveoli

   Alveoli adalah kelompok-kelompok kantung yang berdinding tipis, yang dibungkus oleh anyaman kapiler yang sangat halus dan mengandung darah tempat pertukaran gas terjadi melalui difusi berjumlah 300 juta paru.

   Terdapat 3 jenis sel pada alveolar:

   a) Sel alveolar tipe I : sel epitel yang membentuk dinding alveoli.
   b) Sel alveolar tipe II : sel yang aktif mensekresi surfaktan (suatu fosfolipid yang melapisi permukaan dalam dan mencegah alveolar agar tidak kolaps).
   c) Sel alveolar tipe III : merupakan makrofag yang fagositis dan merupakan mekanisme pertahanan.

2. Paru-paru

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

1) Apex, apex pulmo meluas ke dalam leher sekitar 2,5 cm di atas calvicula.
2) Permukaan costa vertebra, menempel pada bagian dalam dinding dada.
3) Permukaan mediastinal, menempel pada pericardium dan jantung.

Paru-paru dilapisi oleh membrane tipis yang lembab disebut pleura. Lapisan yang ada di rongga thorax adalah pleura *parietalis,* yang berada di dasar paru ke seluruh permukaan paru adalah pleura *visceral*. Pada keadaan normal paru-paru dikembangkan untuk mengisi rongga thorax sepenuhnya dan kavum pleura pemisah antara pleura parietal dan *visceral* agar tidak bersentuhan satu sama lain dan (spasium pleura) berisi sedikit cairan pelumas (N=5-15ml) agar tidak terjadi *friction* (Gesekan).

Paru terdiri dari 2, yaitu paru kiri dan paru kanan.

a) Paru kiri terbagi menjadi 2 lobus yaitu atas dan bawah serta 10 segment (5 segment pada lobus superior, dan 5 segment pada lobus inferior).
b) Paru kanan terbagi menjadi 3 lobus, atas, tengah dan bawah dengan 10 segment (5 segment pada lobus superior, 2 pada lobus medial dan 3 pada lobus inferior). Letak paru-paru menutupi jantung.

Pembuluh darah pada paru-paru :

(1) Sirkulasi pulmonal berasal dari ventrikel kanan melalui arteri pulmonal yang mengandung darah sedikit O_2.
(2) Darah yang banyak mengandung O_2 dibawa oleh vena pulmonalis ke atrium kiri ke ventrikel kiri ke seluruh tubuh.

3. Thorax, Diagfragma dan Pleura

Rongga thorax berfungsi melindungi paru-paru, jantung, dan pembuluh darah besar. Bagian rongga thorax terdiri

atas 12 iga costa, pada bagian atas thorax di daerah leher, terdapat dua otot tambahan untuk proses inspirasi, yakni sklaneus dan sterno kleidomastoideus. Otot sklaneus menaikkan tulang iga pertama dan kedua selama inspirasi untuk memperluas rongga dada atas dan menstabilkan dinding dada. Otot sterno kleidomastoideus berfungsi untuk mengangkat sternum. Otot parastenal, trapezius, dan pektorius juga merupakan otot inspirasi tambahan yang berguna untuk meningkatkan kerja napas. Di antara tulang iga terdapat otot intercostal. Otot intercostal eksternum adalah otot yang menggerakkan tulang iga ke atas dan depan, sehingga dapat meningkatkan diameter anteroposterior dari dinding dada. Diagfragma terletak di bawah rongga thorax. Pada keadaan relaksasi, diagfragma ini berbentuk kubah. Mekanisme pengaturan otot diagfragma (nervus frenikus) terdapat pada tulang belakang (*spinal cord*) di servikal ke-3 (C3). Oleh karena itu jika terjadi masalah pada saraf C3, maka hal ini dapat menyebabkan gangguan ventilasi. Pleura merupakan membran serosa yang menyelimuti paru. Terdapat tiga macam pleura yaitu pleura parietal yang melapisi rongga thorax dan pleura visceral yang menutupi setiap paru-paru diantara kedua pleura, kemudian terdapat kavum pleura yang berisi cairan pleura menyerupai selaput tipis yang memungkinkan kedua permukaan tersebut tidak terjadi gesekan satu sama lain selama respirasi. Tekanan dalam rongga pleura lebih rendah dari tekanan atmosfer, sehingga mencegah terjadinya kolaps paru. Jika pleura bermasalah, misalnya mengalami peradangan, maka udara cairan dapat masuk ke dalam rongga pleura. Hal tersebut dapat menyebabkan paru-paru tertekan dan kolaps (Mustikawati, 2017).

b. Fisiologi pernapasan

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

1) Stadium pertama

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

2) Stadium kedua

Transportasi pada fase ini terdiri dari beberapa aspek, yaitu:

a) Difusi gas antara alveolus dan kapiler paru-paru (respirasi eksternal) serta antara darah sistemik dan jaringa-jaringan sel.
b) Distribusi darah dalam sirkulasi pulmonal dan penyesuaian dengan distribusi udara dalam alveolus.
c) Reaksi kimia dan fisik dari O^2 dan CO^2 dengan darah respimi atau respirasi internal merupakan stadium akhir dari respirasi, dimana oksigen dioksida untuk menetapkan energi, dan CO^2 terbentuk sebagai sampah dari proses metabolism sel dan di keluarkan oleh paru-paru.
d) Transportasi adalah tahap kedua dari proses pernapasan yang mencakup proses difusi gas-gas melintasi membrane alveolus kapiler yang tipis (tebalnya kurang dari 0,5 mm). kekuatan mendorong

untuk pemindahan ini dapat di peroleh dari selisih tekanan parsial antara darah dan fase gas.

e) Perfusi adalah pemindahan gas secara efektif antara alveolus dan kapiler paru-paru yang membutuhkan distribusi merata 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 (Widoyono, 2011).

3. Etiologi

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

Bakteri ini mempunyai sifat istimewa, yaitu dapat bertahan terhadap pencucin warna dengan asam dan alcohol sehingga sering disebut **basil tahan asam** (**BTA)**, serta terhadap zat kimia dan fisik.

Bakteri tuberkulosis ini mati pada pemanasan 100^{o}C selama 5-10 menit atau pada pemanasan 60^{o}C selama 30 menit, dan dengan alkohol 70-95 % selama 15-30 detik. Bakteri ini tahan selama 1-2 jam di udara terutama ditempat yang lembab dan gelap (bisa berbulan-bulan), namun tidak tahan terhadap sinar atau aliran udara.

Adapun dari beberapa factor seperti faktor pendukung/predisposisi dan faktor pencetus/presipitasi antara lain

a. Faktor pendukung
    1) Umur

        Penyakit Tuberkulosis paru sering ditemukan pada usia muda atau usia produktif yaitu 15-50 tahun. Dewasa ini dengan terjadinya transisi demografi, menyebabkan usia harapan hidup lansia menjadi lebih tinggi. Pada usia lanjut lebih dari 55 tahun sistem imunologi sesorang menurun, sehingga sengat rentan terhadap berbagai penyakit, termasuk penyakit tuberkulosis paru.
    2) Laki-laki>perempuan

        Pada laki-laki penyakit ini lebih tinggi, karena merokok dan minum alkohol dapat menurunkan sistem pertahanan tubuh. Sehingga wajar jika perokok dan peminum alkohol sering di sebut agen dari penyakit tuberkulosis paru.
b. Faktor pencetus/presipitas
    1) Sosial Ekonomi

        Faktor sosial ekonomi sangat erat kaitannya dengan kondisi rumah, kepadatan hunian lingkungan perumahan serta lingkungan sanitasi lingkungan kerja yang buruk. Pendapatan keluarga juga sangat erat dengan penularan tuberkulosis, karena pendapatan yang kecil mambuat orang tidak dapat hidup.
    2) Status gizi

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

3) Lingkungan

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

4) Merokok

Rokok mengandung zat berbahaya. Salah satunya adalah karbon Monoksida (CO). Karbon monoksida menggantikan sekitar 15% jumlah oksigen yang dibawa oleh sel darah merah ke dalam tubuh, sehingga suplai oksigen dalam paru-paru berkurang. CO sangat berbahaya karena akan menyebabkan penderita mengalami sesak napas ataupun napas pendek. Merokok dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga mudah terserang penyakit (salah satunya dalah tuberkulosis paru) terutama pada laki-laki yang mempunyai kebiasaan merokok (Widoyono, 2011).

4. Patofisiologi

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

Sistem kekebalan tubuh berespon dengan melakukan reaksi inflamasi. Neutrofil dan makrofag memfagositosis (menelan)

bakteri. Limposit yang spesik terhadap tuberkulosis menghancurkan (melisiskan) basil dan jaringan normal. Reaksi jaringan ini mengakibatkan terakumulasinya eksudat dalam alveoli dan terjadi bronkopneumonia. Infeksi awal biasanya timbul dalam waktu 2-10 minggu setelah terpapar (Andra & Yessie, 2013).

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

Penyakit akan berkembang menjadi aktif setelah infeksi awal karena respons sistem imun yang tidak adekuat. Penyakit aktif dapat juga timbul akibat infeksi ulang atau aktifnya kembali bakteri yang tidak aktif. Pada kasus ini terjadi ulserasi pada *ghon tubercle* dan akhirnya menjadi perkijuan. Tuberkel yang ulserasi mengalami proses penyembuhan membantu jaringan parut. Paru-paru yang terinfeksi kemudian meradang, mengakibatkan bronkopneumonia, pembentukkan tuberkel, dan seterusnya. Pneumonia seluler ini dapat sembuh dengan sendirinya. Proses ini berjalan terus dan basil terus di fagosit atau berkembang biak di dalam sel. Basil juga menyebar melalui kelenjar getah bening. Magkrofag yang mengadakan infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu membentuk sel tuberkel epiteloid yang dikelilingi oleh limfosit (membutuhkan 10-20 hari). Daerah yang mengalami nekrosis serta jaringan granulasi yang dikelilingi sel epiteloid dan fibroblast akan menimbulkan respon berbeda dan akhirnya membentuk sesuatu kapsul yang dikelilingi oleh tuberkel (Widoyono, 2011).

5. Manifestasi klinis (Saydam, 2011).

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

a) Batuk berdahak lebih dari 3 minggu,

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

b) Batuk berdarah (*Hemoptysis*)

Gejala ini banyak ditemukan. Batuk karena adanya oritasi bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk-produk radang bronkus keluar, karena terlibatnya bronkus pada setiap penyakit tidak sama, mungkin saja batuk baru setelah penyakit berkembang dalam jaringan paru yakni setelah berminggu-minggu atau berbulan-bulan peradangan bermula. Sifat batuk di mulai dari batuk kering (*non* produktif) kemudian setelah timbul peradangan menjadi batuk menghasilkan sekret (produktif). Keadaan yang lanjut adalah berupa batuk darah pada tuberkulosis terjadi pada kavitas, dapat terjadi pada ulkus dinding bronkus.

c) Sesak napas disertai Nyeri dada.

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

d) Malaise

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

e) Keringat pada malam hari dan deman

Keringat pada malam hari disebabkan karena kuman *Mycobacterium tuberculosisi* bermetabolisme pada malam hari. Selain itu, keringat malam pada pasien tuberculosis terjadi sebagai respon salah satu molekul sinyal peptide yaitu *Tumour Necrosis Factor Alpha* yang dikeluarkan oleh sel-sel sistem imun dimana merek bereaksi terhadap bakteri infeksius (*M.Tuberculosis)*. Monsit yang merupakan sumber *Tumour Necrosis Factor Alpha* akan meninggalkan aliran darah menuju kumpulan kuman *Mycobacterium tuberculosis* dan menjadi makrofag migrasi. Walaupun makrofag ini tidak dapat mengeradikasi bakteri secara keseluruhan, tetapi pada imunokempeten makrofag dan sel-sel sitokin lainnya akan mengelilingi kompleks bakteri tersebut untuk mencegah penyebaran bakteri lebih lanjut ke jaringan sekitarnya. *Tumour Necrosis Factor Alpha* yang dikeluarkan secara berlebihan sebagi respon imun ini akan menyebabkan demam, keringat malam. Demam timbul sebagai akibat respon sinyal kimia yang bersirkulasi yang menyebabkan hipotalamus mengatur ulang suhu tubuh ke temperatur yang lebih tinggi untuk sesaat. Selanjutnya tubuh akan kembali normal dan panas berlebihan akan dikeluarkan melalui keringat.

6. **Test diagnostik** (Saydam, 2011).

a) Kultur sputum: menunjukkan hasil posistif untuk *Mycobacterium tuberculosis* pada stadium aktif.

b) *Ziehl Neelsen (Acid-fast Staind applied to smear of body fluid*): posistif untuk bakteri tahan asama BTA).

c) Foto rontgen dada (*chest x-rey)*: dapat memperlihatkan inflitrasi kecil pada lesi awal di bagian paru- paru bagian atas, deposit kalsium pada lesi primer yang membaik atau cairan pada efusi pleura. Perubahan mengindikasikan tuberkulosis yang lebih berat, dapat mencakup area berlubang dan fibrosa.

d) *Needle biopsy of lung tissue* : posisitf untuk granuloma tuberculosis, adanya sel-sel besar yang mengindikasikan nekrosis.

e) Bronkografi : merupakan pemeriksaan khusus untuk melihat kerusakan bronkus atau kerusakan paru karena tuberculosis.

f) Darah : leukositosis, laju endap darah (LED) meningkat

g) Tes fungsi paru : VC menurun yang meningkatkan, TLC meningkat dan saturasi oksigen menurun yang merupakan gejala sekunder dari *fibrosis*/infiltrasi parenkim paru dan penyakit pleura.

7. Penatalaksanaan medik (Saydam, 2011).

a. Penatalaksanaan farmakologi

Penatalaksanaan tuberculosis paru sebagai berikut;

1) Pencegahan tuberculosis paru

a) Vaksinasi BCG, reaksi positif terjadi jika setelah mendapat vaksinasi BCG langsung terdapat reaksi lokasi yang besar dalam waktu kurang dari 7 hari setelah penyuntikan**.**

b) Kemoprokfilaksis, yaitu dengan menggunakan INH 5 mg/kg BB selama 6-12 bulan dengan tujuan menghancurkan atau mengurangi populasi bakteri yang masih sedikit**.**

2) Pengobatan tuberkulosis paru

Tujuan pengobatan pada penderita tuberculosis paru, selain untuk mengobati juga untuk mencegah kematian,

kekambuhan, resistensi kuman terhadap OAT, serta memutuskan mata rantai penularan.

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

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

8. Komplikasi (Widoyono, 2011).

a. Pleuritis

Bila proses tuberculosis terjadi di bagian paru yang dekat dengan pleura maka pleura akan ikut meradang dan menghasilkan cairan eksudat atau akan terjadi pleuritis

eksudatif. Bila cairan makan banyak akan dilakukan fungsi dan cairan eksudat dikeliarkan sebanyak mungkin untuk menghindari terjadinya *achwartedi* kemudian hari.

b. Efusi pleura

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

c. Empisema

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

B. Konsep Dasar Keperawatan (Barara, 2013).

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

1. Pengkajian

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

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

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

b. Pola nutrisi dan metabolik

DS: Kehilangan nafsu makan, pelaporan penurunan berat badan.

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

c. Pola eliminasi
   DS: Berkeringat malam hari, konstipasi dan diare.
   DO: Warna urine kuning.
d. Pola aktivitas dan latihan
   DS: Kelemahan umum, melaporkan keletihan dan kelemahan secara verbal.
   DO: Takikardi, *takipnea/dysnea* saat beraktifitas.
e. Pola tidur dan istirahat
   DS: Pasien melaporkan kesulitan untuk tidur, sering terbangun pada malam hari, mimpi buruk.
   DO: Gelisah, sering menguap, tampak palpebral berwarna gelap.
f. Persepsi sensorik dan kognitif
   DS: Perasaan nyeri dada.
   DO: Bingung dan gelisah.
g. Pola persepsi konsep diri
   DS: Perasaan tidak berdaya, harapan tidak ada.
   DO: Ketakutan, menyangkal, ansietas.
h. Pola peran dan hubungan dengan sesama
   DS: Perasaan isolasi dan penolakan karena penyakit.
   DO: Perubahan pola kapitas fisik dalam melaksanakan peran.
i. Pola reproduksi dan seksualitas
   DS: Masalah seksualitas yang berhubungan dengan penyakit.
   DO: Perilaku distraksi, penurunan libido, perilaku seksual yang menyimpang.
j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress
   DS: Adanya faktor stress yang lama, perasaan tidak berdaya.
   DO: Menyangkal, ketakutan, dan mudah tersinggung.
k. Pola sistem nilai dan kepercayaan

DS: Tekanan spiritual yang terjadi sehubungan sakit.

DO: Tampak melakukan ibadah, alat doa tersedia.

2. **Diagnosis keperawatan** (Herdman & Kamitsuru, 2016).
   a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebih, hemoptysis, batuk darah.
   b. Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan faktor biologis.
   c. Hipertermi berhubungan dengan infeksi *Mycobacterium tuberculosis.*
   d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan adanya batuk sesak napas dan nyeri dada.
   e. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan kerusakan membrane alveolar.
   f. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan menurunya ekspansi paru sekunder terhadap penumpukan cairan dalam rongga pleura.
   g. Defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan keletihan.
   h. Risiko infeksi dengan faktor risiko: terpajan pada wabah.

3. **Intervensi keperawatan**
   a. Ketidakefktifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan.
      1. Hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan jalan napas pasien kembali efektif dengan kriteria hasil: Status pernapasan dipertahankan pada skala 2 (devisiasi cukup berat dari kisaran normal) ditingkatkan ke skala 3 (devisiasi sedang dari kisaran normal) :
         a. Frekuensi pernapasan.
         b. Irama pernapasan.
         c. Penggunaan otot bantu.

d. Suara napas tambahan (Moorhead, 2013).

2. Intervensi

a. Monitor tanda-tanda vital :

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

b. Menejemen jalan napas :

a. Lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya.

b. Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk.

c. Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif.

d. Auskultasi suara napas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan.

c. Terapi oksigen :

a. Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan.

b. Monitor aliran oksigen.

d. Pengaturan posisi :

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

e. Pencegahan aspirasi :

Jaga kepala tempat tidur dinggikan 30 sampai 45 menit setelah pemberian makan.

f. Pemberian obat :

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

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

1. Hasil yang diharapkan Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan meningkatnya asupan makan dan peningkatan berat badan dengan kriteria hasil:
   a) Nafsu makan dipertahankan pada skala 2 (Banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 3 (Cukup terganggu):
      1) Hasrat/keinginan untuk makan.
      2) Menyenangi makanan.
   b) Status nutrisi : asupan nutrisi dipertahankan pada skala 2 (Sedikit adekuat) ditingkatkan ke skala 3 (Cukup adekuat)
      1) Asupan protein.
      2) Asupan lemak.
      3) Asupan karbohidrat.
      4) Asupan serat (Moorhead, 2013).
2. Intervensi :
   a. Monitor tanda-tanda vital :

      Monitor tanda-tanda vital, nadi, suhu dan status pernapasan.
   b. Terapi nutrisi :
      1) Tentukan jumlah kalori dan tipe nutrisi yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dengan berkolaborasi bersama ahli gizi, sesuai kebutuhan.
      2) Pastikan bahwa dalam diet mengandung makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi.
      3) Ajarkan pasien dan keluarga mengenai diet yang dianjurkan.
      4) Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorite pasien sementara pasien berada di rumah sakit atau fasislitas perawatan yang sesuai.
   c. Bantu peningkatan berat badan :
      1) Timbang pasien pada jam yang sama setiap hari.
      2) Bantu pasien untuk makan atau menyuapi pasien.

d. Menajemen saluran cerna :

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

c. Hipertermi berhubungan dengan infeksi *Mycobacterium tuberculosis*

1. Hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Suhu tubuh kembali dalam batas normal 36ºC-37,5ºC dengan kriteria hasil:
   a) Termoregulasi dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 3 (cukup terganggu):
      1) Bekeringat saat panas.
      2) Penurunan suhu kulit.
      3) Dehidrasi.
      4) Mengigil saat dingin.
   b) Tanda-tanda vital dipertahankan pada skala 2 (devisiasi cukup besar dari kisaran normal) ditingkatkan ke skala 3 (devisiasi sedang dari kisaran normal)
      1) Suhu tubuh.
      2) Denyut nadi (Moorhead, 2013).
2. Intervensi :
   a. Perawatan demam
      1) Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya.

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

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

d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan adanya batuk sesak napas dan nyeri dada
1. Hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam pola tidur pasien kembali efektif dengan kriteria hasil:
Tidur dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 3 (cukup terganggu)
a) Jam tidur.
b) Kesulitan memulai tidur.
c) Perasaan segar setelah tidur (Moorhead, 2013).
2. Intervensi :
Peningkatan tidur :
1) Tentukan pola tidur/aktivitas pasien.
2) Monitor pola tidur pasien dan catat kondisi fisik (misalnya, apnea tidur, sumbatan jalan napas, nyeri/ketidaknyamanan, dan frekuensi buang air kecil dan/atau psikologis (misalnya, ketakutan atau kecemasan) keadaan yang mengganggu tidur dan dapat memfasilitasi/mengganggu tidur.

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

e. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan kerusakan membrane alveolar.
1. Hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam pasien mampu menunjukkan status pernapasan yang efektif dengan kriteria hasil:
Status pernapasan: pertukaran gas dipertahankan pada skala 2 (devisiasi cukup berat dari kisaran normal) ditingkatkan ke skala 3 (devisiasi sedang dari kisaran normal)
a) Saturasi oksigen.
b) Dispnea saat istirahat.
c) Sianosis.
d) Gangguan kesadaran (Moorhead, 2013).
2. Intervesi :
Menejemen jalan napas :
1) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi.
2) Lakukan fisioterapi dada, sebagaimana mestinya.
3) Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir.
4) Auskultasi suara napas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan.
5) Lakukan penyedotan melalui endotrakea atau nasotrakea, sebagaimana mestinya.

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

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

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

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

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

2. Intervensi :

   a. Monitor tanda-tanda vital :

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

   b. Menejemen jalan napas :

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

   c. Terapi oksigen :

1) Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan.
2) Monitor aliran oksigen (Bulechek, 2013)

g. Defisit perawatan diri : Mandi berhubungan dengan kelemahan
   1. Hasil yang diharapkan Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan pasien mampu mandi sendiri dengan kriteria hasil:
      a. Perawatan diri : mandi dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 3 (Cukup terganggu):
         1) Mandi dengan bersiram.
         2) Mencuci wajah.
      b. Perawatan diri : kebersihan dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 3 (Cukup terganggu):
         1) Mempertahankan kebersihan mulut.
         2) Mengeramas rambut.
         3) Menyisir rambut dipertahananankan (Moorhead, 2013).
   2. Intervensi:
      a. Bantuan perawatan diri : mandi/kebersihan :
         1) Monitor integritas kuit pasien.
         2) Berikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu merawat diri secara mandiri.
         3) Fasilitasi pasien untuk mandi sendiri dengan tepat.
         4) Fasilitasi pasien untuk menggosok gigi dengan tepat.
      b. Pemeliharaan kesehatan mulut :
         1) Intruksikan dan bantu pasien membersihkan mulut setelah dan sesering mungkin, sesuai dengan kebutuhan.

2) Monitor gigi yang meliputi warna, kebersihan dan ada tidaknya debris.
3) Dorong dan bantu pasien untuk berkumur.

c) Perawatan rambut dan kulit kepala :

1) Monitor kondisi rambut dan kulit kepala, termasuk kelainan-kelainannya (misalnya, kering, atau rambut rapuh, serangga kutu, ketombe dan defisiensi nutrisi).
2) Cuci dan kondisikan rambut, memijat sampo dan kondisioner ke kulit kepala dan rambut.
3) Sikat atau sisir rambut dengan menggunakan sisir bergigi jarang atau dengan jari tangan, sesuai kebutuhan.
4) Menginstruksikan pasien atau orang tua mengenai perawatan rambut (misalnya, membersihkan rambut) (Bulechek, 2013).

h. Risiko infeksi dengan factor risiko: terpajan pada wabah

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

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

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

2. Intervensi :

   a. Kontrol infeksi :

      1) Isolasi orang yang terkena penyakit menular.
      2) Ganti peralatan perawatan per pasien sesuai protocol institusi.

3) Berikan terapi antibiotik yang sesuai.
4) Ajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi dan kapan harus melaporkannya kepada penyedia perawatan kesehatan.
5) Ajarkan pasien dan anggota keluarga mengenai bagaimana menghindari infeksi.

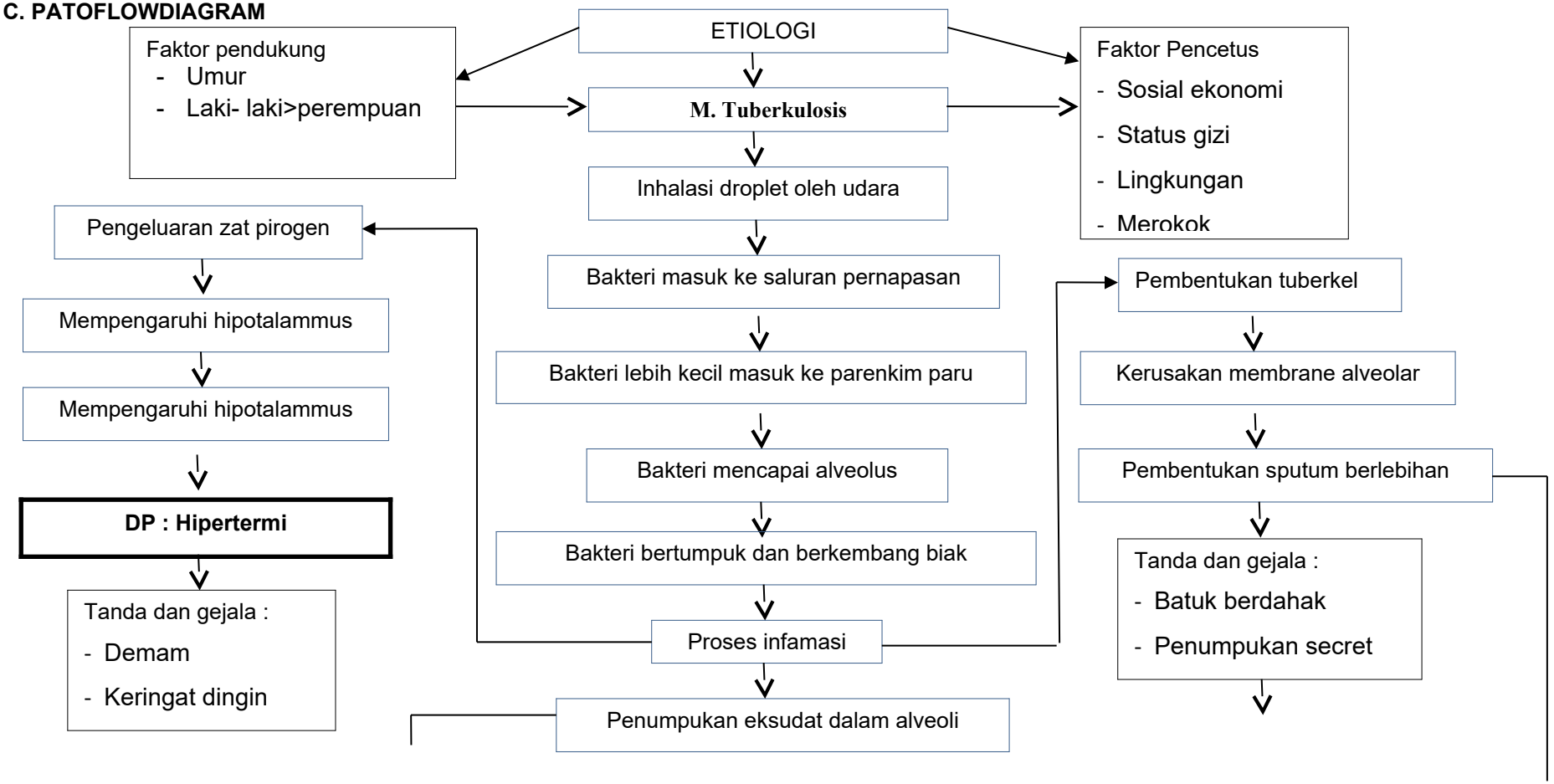
b. Perlindungan infeksi :
   1) Monitor kerentanan infeksi.
   2) Batasi jumlah pengunjung yang sesuai (Bulechek, 2013).

4. Perencanaan Pulang (Widoyono, 2011).

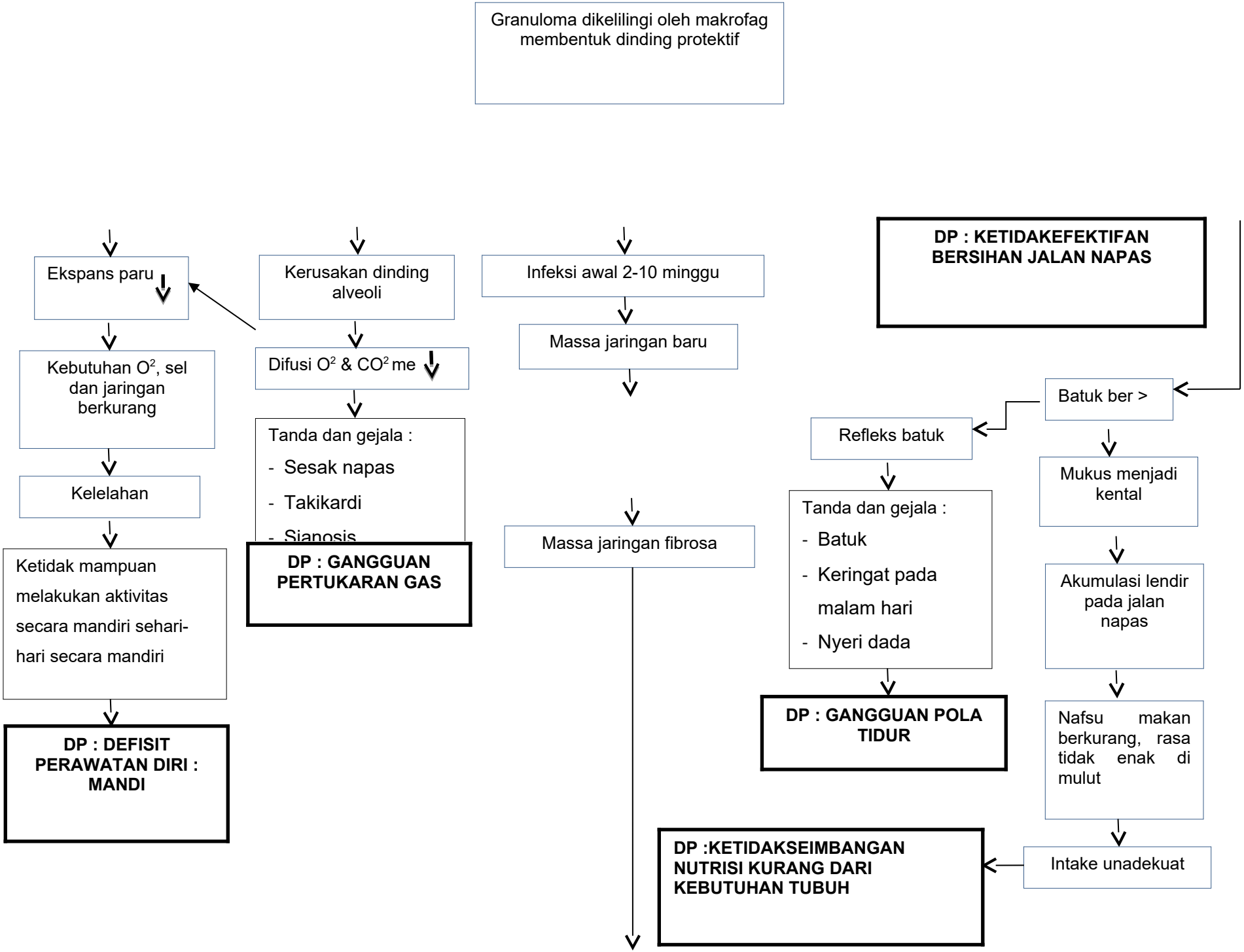
Hal-hal yang perlu disampaikan kepada keluarga dan pasien sebelum pulang :

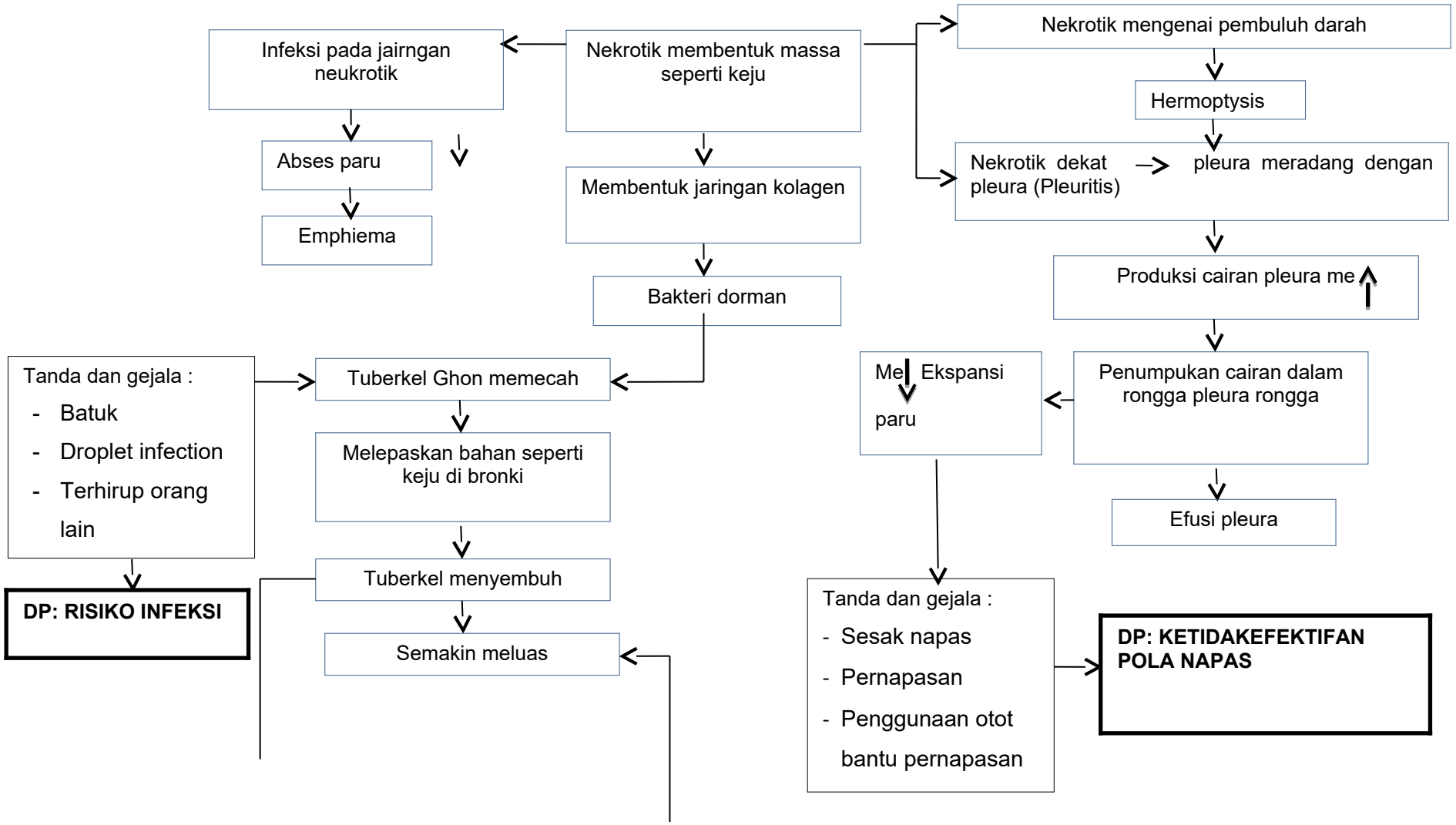
a. Mengawasi pasien saat minum obat, keluarga tidak boleh pergi dari samping pasien sebelum pasien menelan obat.
b. Menganjurkan kepada keluarga atau penjenguk apabila ingin berkomunikasi dengan pasien baiknya menggunakan masker/tidak secara langsung berhadapan dengan pasien.
c. Perawat menganjurkan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

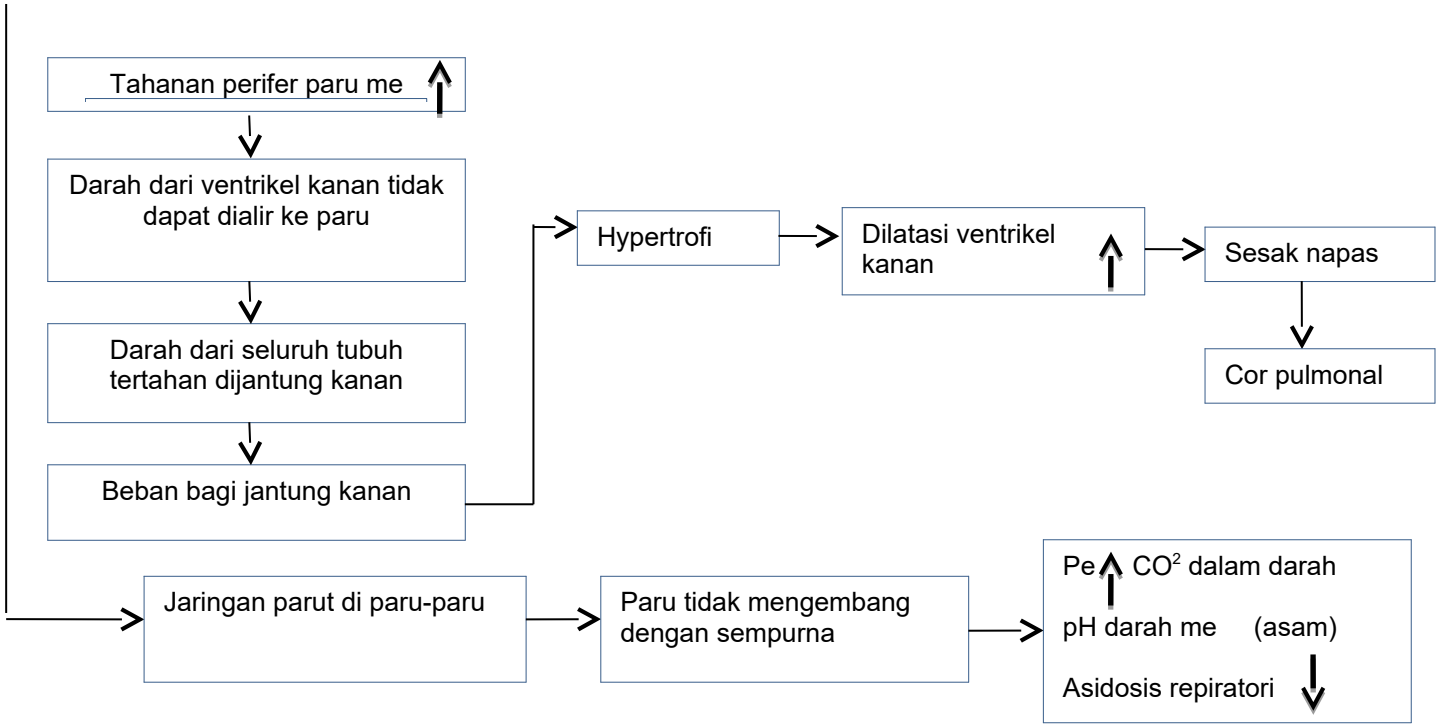
C. PATOFLOWDIAGRAM



Gambar 2.2 Patoflowdigram penyakit tuberculosis paru


Granuloma dikelilingi oleh makrofag membentuk dinding protektif
Ekspans paru
Kerusakan dinding alveoli
Infeksi awal 2-10 minggu
DP : KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAPAS
Kebutuhan O2, sel dan jaringan berkurang
Difusi O2 & CO2 me
Massa jaringan baru
Batuk ber >
Kelelahan
Tanda dan gejala :
- Sesak napas
- Takikardi
- Sianosis
Refleks batuk
Mukus menjadi kental
Ketidak mampuan melakukan aktivitas secara mandiri sehari-hari secara mandiri
DP : GANGGUAN PERTUKARAN GAS
Massa jaringan fibrosa
Tanda dan gejala :
- Batuk
- Keringat pada malam hari
- Nyeri dada
Akumulasi lendir pada jalan napas
DP : DEFISIT PERAWATAN DIRI : MANDI
DP : GANGGUAN POLA TIDUR
Nafsu makan berkurang, rasa tidak enak di mulut
DP :KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH
Intake unadekuat


Infeksi pada jairngan neukrotik
Nekrotik membentuk massa seperti keju
Nekrotik mengenai pembuluh darah
Hermoptysis
Abses paru
Emphiema
Membentuk jaringan kolagen
Nekrotik dekat pleura (Pleuritis)
pleura meradang dengan
Produksi cairan pleura me
Bakteri dorman
Tanda dan gejala :
- Batuk
- Droplet infection
- Terhirup orang lain
Tuberkel Ghon memecah
Me Ekspansi paru
Penumpukan cairan dalam rongga pleura rongga
Efusi pleura
Melepaskan bahan seperti keju di bronki
Tuberkel menyembuh
Semakin meluas
DP: RISIKO INFEKSI
Tanda dan gejala :
- Sesak napas
- Pernapasan
- Penggunaan otot bantu pernapasan
DP: KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAPAS


Tahanan perifer paru me
Darah dari ventrikel kanan tidak dapat dialir ke paru
Darah dari seluruh tubuh tertahan dijantung kanan
Beban bagi jantung kanan
Hypertrofi
Dilatasi ventrikel kanan
Sesak napas
Cor pulmonal
Jaringan parut di paru-paru
Paru tidak mengembang dengan sempurna
Pe CO2 dalam darah
pH darah me (asam)
Asidosis repiratori

BAB III
TINJAUAN KASUS

A. Pengamatan kasus

Pasien dengan inisial Tn.“H” berumur 31 tahun, pasien masuk rumah sakit pada tanggal 3 April 2018 dengan penyakit tuberkulosis paru. Sebelum masuk Rs Keluarga mengatakan pasien kurang lebih 1 minggu batuk berlendiri, sesak dan demam di rumah, pasien jika tidur terdengar bunyi tambahan, berkeringat pada malam hari, Kemudian keluarga mengatakan pasien sebelum sakit 3 hari minum alkohol dan merokok esok harinya kemudian mengalami sesak napas, bibir membiru, penurunan kesadaran sehingga memutuskan untuk masuk ke Rs Stella Maris.

Pada saat pengkajian penulis mendapatkan pasien dalam keadaan posisi tidur fowler 90^0, sesak, batuk berlendir, nyeri dada tembus ke belakang skala 6, berkeringat pada malam hari, tampak pasien berkeringat berlebih, tidak ada nafsu makan, tekanan darah 160/100 mmHg, suhu 36,2 °C, nadi 101 x/menit dan pernapasan 60 x/menit, pasien terpasang infus NS 500 cc. Hasil dari pemeriksaan foto thorax tampak kesan KP dupleks lama aktif, WBC 21.4, NEUT% 94,8, LYM# 0,7, NEUT# 20.3, LYM% 3.3, pemeriksaan BTA II dan III ditemukan, terdengar suara ronchi pada kedua lapang dada, pasien malas makan, ukuran LILA 28 cm, keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan, tampak pasien kurus, pasien 4 hari tidak bisa BAB, pasien sejak sakit malas mandi, kulit tampak berminyak, bau mulut, adanya karang gigi, gigi berwarna kuning, lidah kotor, kulit kepala berketombe, rambut berminyak. Terapi obat yang diberikan yaitu *Dexamethazone, Combivent, Rifampicin, Etambutol, Pyrazenamid, Pehadoxin, Ceftriaxone, Novalgin.* Dari data-data di atas penulis mengangkat diagnosis yaitu ketidakefktifan bersihan jalan napas, ketidaksetidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh, defisit perawatan diri mandi.

B. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji : Mulya Kurnia NIM: E.1514401035

Unit	: *ICU-ICCU*	Autoanamnese:
Kamar	: Isolasi *HCU* Bed 1	Alloananmnese: ✓
Tgl masuk RS	: 3 April 2018	
Tgl pengkajian	: 5 April 2018	

1. Identitas

a. Pasien

Nama initial	: Tn.”H”
Umur	: 31 tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Status perkawinan	: Menikah
Jumlah anak	: 5 orang
Agama/suku	: Islam
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat rumah	: Jl. Vetran Selatan No. 22

b. Penanggung jawab

Nama	: Ny. “A”
Umur	: 26 tahun
Alamat	: Jl. Vetran Selatan No. 22

Hubungan dengan pasien: Istri

2. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk	: Tuberkulosis paru
Saat pengkajian	: Tuberkulosis paru

3. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit berat

Alasan : Tampak pasien sesak napas, tidur dengan posisi Fowler, tampak pasien terpasang cairan NS 500 cc, 16 tetes/menit, terpasang mask non reabreating 10 liter/menit, SPO2 99% .

b. Tanda – Tanda Vital

1) Kesadaran (kualitatif): Compos mentis

Skala koma glaslow

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan: Tidak koma

2) Tekanan darah : 160/100 mmHg

MAP: 120 mmHg.

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 36,2 °C ☐ Oral ☑ axilla ☐ Rectal

4) Pernapasan : 60 x/menit

Irama: ☐ teratur ☐ Bradipnea ☑ Takipnea ☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stokes

Jenis : ☑ dada ☐ Perut

5) Nadi : 101 x/menit

Irama: ☐ teratur ☑ tachikardi ☐ Bradichardi

☑ Kuat ☐ Lemah

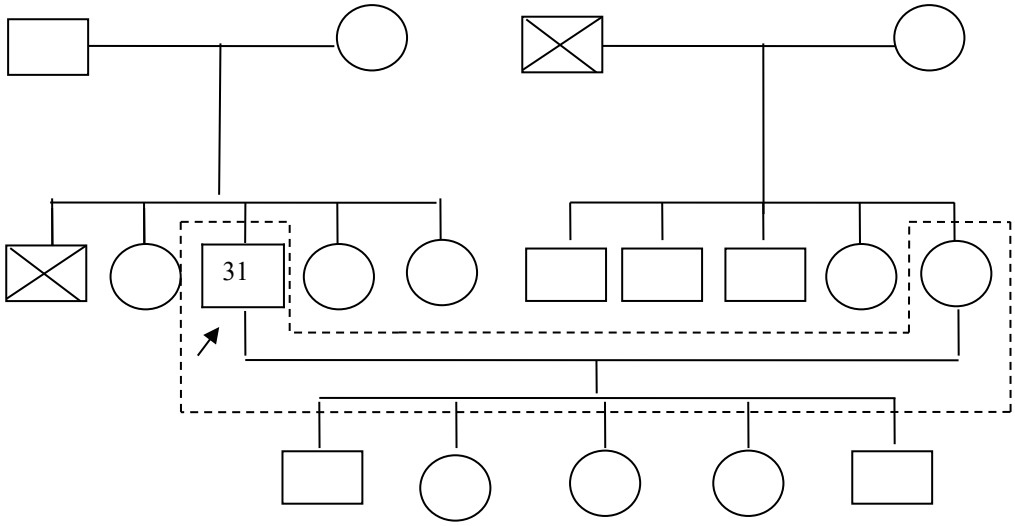
c. Pengukuran

1. Lingkar lengan atas : 28 cm
2. Tinggi badan :Tidak dikaji kondisi pasien tidak memungkinkan.

3. Berat badan :Tidak dikaji kondisi pasien tidak memungkinkan.
4. IMT :-

   Kesimpulan :-

d. Genogram



Gambar 3.3 Genogram pasien

Keterangan :

: Pria hidup

: Wanita hidup

: Pria meninggal

31 : Umur pasien

: Tinggal serumah

: Pasien

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien kurang menjaga pola hidupnya, jika sakit pasien beli obat sendiri, jarang berolahraga, mandi 2x sehari pagi dan sore, pasien kadang periksa ke dokter jika ia merasa sakitnya parah, pasien merokok dan minum alkohol sejak SMP hingga saat ini dalam 1 sehari menghabiskan 1 bungkus rokok. Keluarga mengatakan pasien pernah konsumsi obat 6 bulan tutas akan tetapi pasien tidak melakukan pemeriksaan kembali dan pasien kembali merokok karena menganggap sudah sehat.

2) Riwayat penyakit saat ini:

a) Keluhan utama :

Penurunan kesadaran.

b) Riwayat keluhan utama:

Sebelum masuk Rs Keluarga mengatakan pasien kurang lebih 1 minggu batuk berlendiri, sesak dan demam di rumah, pasien jika tidur terdengar bunyi tambahan, berkeringat pada malam hari, kemudian keluarga mengatakan pasien sebelum sakit 3 hari minum alkohol dan merokok esok harinya kemudian mengalami sesak napas, bibir membiru, penurunan kesadaran sehingga memutuskan untuk masuk ke Rs. Stella Maris. Keluarga mengatakan pasien saat masuk pasien di anjurkan di rawat di *ICU-ICCU* tetapi keluarga menolak dengan alasan takut karena pengalamannya banyak keluarganya meninggal saat di rawat di *ICU-ICCU* sehingga akhirnya di rawat di Bernadeth II A

kurang lebih 2 hari tetapi karena sesak disertai nyeri dada tembus belakang yang di rasakan terus menerus akhirnya di bawah ke ruang *ICU-ICCU*. Saat pengkajian keluarga mengatakan pasien masih sesak napas, batuk berlendir, pasien nyeri dada tembus kebelakang, muncul secara terus-menerus, skala nyeri 6, pasien jika sesak dan tidur berbaring nyeri akan timbul, berkeringat pada malam hari, tampak pasien berkeringat berlebih, terpasang mask non reabreating 10 liter/menit, infus NS. 500 cc, 16 tetes/ menit, terpasang SPO2 99%, tampak pasien meringis, tampak pasien sesak napas dan batuk berlendir berwarna putih, posisi tidur fowler 90^{o}.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami

   Keluarga mengatakan pasien 2 tahun lalu menderita penyakit TBC.

4) Riwayat kesehatan keluarga

   Keluarga mengatakan pasien kakaknya meninggal dengan penyakit yang sama.

5) Pemeriksaan fisik:

   a) Kebersihan rambut :Berminyak
   b) Kulit kepala :Berketombe
   c) Kebersihan kulit :Kurang bersih
   d) Higiene rongga mulut :Kotor, berbau dan ada karang gigi
   e) Kebersihan genitalia :Tidak dikaji karena pasien menolak.
   f) Kebersihan anus :Tidak dikaji karena pasien menolak

b. Pola nutrisi metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga mengatakan pasien sebelum sakit banyak mengkonsumsi makanan dan minuman, pasien makan 3x sehari dengan nasi, ikan dan sayur. pasien ada selera makan, pasien suka minum minumam beralkohol.

2) Keadaan sejak sakit:

Sejak sakit keluarga mengatakan nafsu makan pasien berkurang, pasien makan bubur dan menghabiskan ½ porsi makanan, pasien tidak suka makan sayur, tempe, dan menu makanan dari RS. Keluarga mengatakan pasien minum air putih 1 gelas ± 200cc dan kadang menggunakan botol aqua 600 ml. Keluarga mengatakan pasien sakit perut dan merasa perut kembung, pasien ada penurunan berat badan, tetapi keluarga tidak mengetahui secara pasti berapa penurunan berat badan pasien, pasien kurang mengkonsumsi makanan yang bergizi dan berserat.

3) Observasi:

Tampak pasien meringis saat perut di tekan, perut membesar, terpasang cairan NS 500 cc, 16 tetes/ menit, pasien minum 2 gelas air putih kurang lebih 400 cc, menghabiskan ½ porsi bubur dari rumah sakit, tanpa sayur dan tempe, pasien tampak kurus.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Keadaan rambut :Kurang bersih
b) Hidrasi kulit :Kembali dalam <3 detik
c) Palpebra/conjungtiva :Tidak edema/anemis.
d) Sclera :Tidak ikterik.

e) Hidung :Septum berada di tengah, simetris, tidak ada radang/ polip.

f) Rongga mulut : Berbau, tidak ada radang.

Gusi : Tidak ada peradangan.

g) Gigi : Adanya karang gigi.

Gigi palsu : Tampak tidak ada

h) Kemampuan mengunyah keras: Pasien mampu mengunyah keras

i) Lidah : Kotor, tidak ada peradangan.

j) Pharing : Tidak ada peradangan.

k) Kelenjar getah bening : Tidak pembesaran.

l) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran.

m) Abdomen:

a. Inspeksi : Perut membesar

b. Auskultasi : Peristaltik usus 5x/menit.

c. Palpasi : Tidak teraba adanya benjolan

d. Perkusi : Terdengar hipertimpani

n) Kulit

a. Edema : ☐ positif ☑ negatif

b. Ikterik : ☐ positif ☑ negatif

c. Tanda – tanda radang : Tidak ada.

d. Lesi : Tidak ada lesi pada kulit.

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pola BAB pasien dalam sehari 1x berwarna kuning kecoklatan dan tidak mengalami kesulitan dalam BAB. Keluarga mengatakan pola BAK pasien dalam sehari kurang lebih 7 kali, berwarna kuning, pasien tidak sakit saat BAK.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan pasien kurang lebih 4 hari tidak BAB, perut pasien terasa kembung, pasien ada rasa BAB tetapi terasa keras dan sakit saat BAB, keluarga pasien mengatakan pasien BAK kurang lebih 5-6 kali tidak ada masalah saat BAK, pasien mengeluarkan sedikit BAB berwarna hitam dan keras.

3) Observasi:

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

4) Pemeriksaan fisik :

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

b) palpasi kandung kemih : ☐ penuh ☑ kosong.

c) nyeri ketuk ginjal ☐ positif ☑ negatif.

d) mulut uretra tidak dikaji karena pasien menolak.

e) anus:

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

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga mengatakan pasien memiliki usaha kontrakan dan membantu istinya menjual, keluarga mengatakan pasien biasanya mencuci motor, mengangkat barang-barang yang berat seperti, gallon, gas dan barang-barang lainnya yang dijual. Keluarga mengatakan di waktu luang pasien merokok dalam sehari habis 1 bungkus rokok bersama dengan tetangganya.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien malas mandi, pasien ± 3 hari tidak mandi selama di rawat di rumah sakit, pasien tidak mampu mengambil perlengkapan mandi sendiri, pasien tidak mampu membasuh tubuhnya sendiri karena tubuhnya serasa lemas untuk beraktifitas sendiri.

3) Observasi :

Tampak pasien diberikan posisi fowler 90^0, aktifitasnya terbatas di tempat tidur karena sesak dan nyeri dada tembus ke belakang timbul bila pasien banyak bergerak, pasien tidak bisa berdiri karena sesak, akitifitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

a) Akitivitas harian :

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

1) Makan : 2
2) Mandi : 2
3) Pakaian : 2
4) Kerapihan : 2
5) Buang air besar: 1
6) Buang air kecil : 1
7) Mobilisasi ditempat tidur: 2

b) Postur tubuh : tidak dapat dikaji karena pasien tidak dapat berdiri karena sesak.
c) Gaya jalan : tidak dapat dikaji karena pasien tidak dapat berdiri karena sesak.
d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada.
e) Fiksasi : Tidak ada.
f) Tracheostomi : Tidak ada.

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : - mmHg
Duduk : 160/100 mmHg

Berdiri :- mmHg

Kesimpulan: Hipotensi Orostatik : Tidak dapat Disimpulkan.

b) HR : 101X/menit

c) Kulit

Keringat dingin : Tampak pasien berkeringat dingin.

Basah : Tidak ada.

d) JVP : 5 – 2 cmH_2O.

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai.

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

f) Thorax dan pernapasan :

1) Inspeksi :

Bentuk thorax : Simetris.

Retraksi intercostal : Tidak ada.

Sianosis : Tidak ada.

Stridor : Tidak terdengar.

2) Palpasi :

Vocal fremitus : Teraba getaran paru kanan lemah.

3) Perkusi : ☐ sonor ☑ redup ☐ pekak

4) Auskultasi :

Suara napas : Terdengar Bronco-vesikuler.

Suara ucapan : Terdengar Bronkophoni.

Suara tambahan : Terdengar Ronchi.

g) Jantung

1) Inspeksi :

Ictus cordis : Tampak pada ICS V midklavikularis kiri.

2) Palpasi :

Ictus cordis : Teraba pada ICS V midklavikularis kiri.

3) Perkusi :

Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra.

Batas bawah jantung: ICS V midclavicularis.

Batas kanan jantung : Linea sternalis dextra.

Batas kiri jantung :Linea axilaris anterior sinistra.

4) Auskultasi :

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

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

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

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

Bunyi jantung II :Tidak terdengar irama gallop

Murmur :Tidak terdengar.

Bruit : Aorta :

A. Renalis :Tidak terdengar.

A. Femoralis :Tidak terdenngar.

h) Lengan dan tungkai

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

2) Rentang gerak :

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parese : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

3) Uji kekuatan otot :

Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh.

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibanding sisi yang lain.

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

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

Nilai 1 :Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan.

Nilai 0 : Tidak ada otot, tidak mampu bergerak.

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

5) Refleks patologi :

Babinski, kiri : ☐ positif ☑ negatif

Kanan : ☐ positif ☑ negatif

6) Clubbing jari-jari : Tidak ada.

7) Varises tungkai : Tidak ada.

i) Columna vertebralis :

1) Inspeksi : Tidak ada kelainan.

2) Palpasi : Teraba adanya nyeri tekan.

Kaku kuduk : Tidak ada.

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien tidak ada gangguan tidur, pada siang hari tidur dari jam 15.00-17.00 dan pada malam hari tidur dari jam 23.00-08.00. Keluarga mengatakan pasien sebelum tidur biasanya menonton TV, keluarga mengatakan pasien sering begadang.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan pasien sejak sakit tidak bisa tidur karena nyeri dada tembus ke belakang dan sesak. Keluarga mengatakan pasien pada siang hari tidak tidur, pada malam hari tidur dari jam 03.00-05.00 dan terbangun

pada malam hari karena nyeri dada tembus ke belakang. Keluarga mengatakan pasien sulit memulai tidur karena nyeri dada tembus belakang tiba-tiba muncul.

3) Observasi :

Ekspresi wajah mengantuk	:	√	Positif	Negatif
Banyak menguap	:	√	Positif	Negatif
Palpebra inferior berwarna gelap	:		Positif	✓ Negatif

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

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

2) Keadaan sejak sakit :

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

3) Observasi :

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

4) Pemeriksaan fisik :

a) penglihatan :

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

b) Pendengaran :

- Pina : Simetris antar kiri dan kanan.
- Kanalis : Bersih, tidak tampak serumen.
- Membran timpani : Utuh.

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit :

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

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan pasien merasa cemas dengan penyakitnya, keluarga pasien mengatakan pasien senang hati menerima motivasi yang diberikan.

3) Observasi :

a) Kontak mata :Mata pasien tidak tertuju pada perawat.

b) Rentan perhatian :Perhatian pasien kurang karena sesak

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

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

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien menjalin hubungan yang baik dengan sesama.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan jika penyakit pasien mulai kambu pasien suka marah-marah, Keluarga mengatakan pasien sering marah jika tidak ditemani di dalam RS.

3) Observasi :

Tampak pasien dijaga oleh istrinya, pasien dikunjungi oleh teman dan keluarganya, keluarga menjaga pasien dengan memakai masker, keluarga menyiapkan masker di atas meja

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien berumur 31 tahun dan mempunyai 5 orang anak. Yakni 2 anak laki-laki dan 3 anak perempuan.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan pasien selama dirawat di rumah sakit tidak ada masalah yang terjadi yang berhubungan dengan reproduksi dan seksualitas.

3) Observasi :

Tidak dikaji karena pasien menolak.

4) Pemeriksaan fisik :

Tidak dapat dikaji karena pasien menolak.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

a) Keadaan sebelum sakit :

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

b) Keadaan sejak sakit :

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

c) Observasi :

Tampak pasien gelisah.

k. Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien rajin kemasjid untuk beribadah

2) Keadaan sejak sakit :

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

3) Observasi :

Tampak pasien berdoa sebelu

5. UJI SARAF CRANIAL

NI Olafactorius – Penghiduan :

Tampak pasien dapat mencium aroma minyak kayu putih.

N II Optikus :

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

N III Oculomotorius :

Tampak pasien dapat mengerakkan bola mata ke atas dan ke bawah

N IV Trochlearis :

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

N VI Abduscens :

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

N V Trigeminus :

Respon sensorik: tidak dikaji karena pasien sesak. Respon motorik: tampak pasien mampu menggigit.

N VII Fascialis :

Fungsi motorik: tampak pasien dapat mengangkat alis, mencucurkan bibir, mengkerutkan dahi, tersenyum dan meringis. Respon sensorik: tidak dikaji karena pasien sesak.

N VIII Vestibulo-Acustikus :

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

N IX Glossopharyngeus :

Tampak ulvula berada di tengah.

N X Vagus :

Tampak pasien mampu menelan.

N XI Accessorius :

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

NXII Hypoglossus :

Tidak dikaji karena pasien sesak.

Tanda tangan mahasiswa yang mengkaji

(Mulya kurnia)

6. Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan darah

Nama/ Umur : Tn. “H”/31 Tahun

Ruang/ Kamar : ICU-ICCU/HCU

Parameter	Hasil	Flage	Satuan	Nilai normal
WBC	21,4	+	10^3/UL	[4.8 ---10.6]
NEUT%	94.8	+	%	[40 --- 74]
LYM%	3.3	-	%	[19 --- 48]
NEUT#	20.3	+	10^3/UL	[1.5 --- 7]
LYM#	0.7	-	10^3/UL	[1 --- 3.7]

2. Pemeriksaan BTA

Nama/ Umur : Tn. “H”/31 Tahun

Ruang/ Kamar : ICU-ICCU/HCU

Tanggal pemeriksaan : 07-4-2018

Test / Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Metode

BTA I	Tidak ditemukan	Tidak ditemukan		

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

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

Tabel 3.1 Pemeriksaan BTA I,II,III

3. Pemeriksaan foto thorax

   Nama/ Umur : Tn. “H”/31 Tahun

   Ruang/ Kamar : ICU-ICCU/HCU

   Kesan :

   KP dupleks lama aktif

   Bullae lapangan atas paru bilateral

   Cor besar, os, tidak insoirasi

7. Therapy

1. Combivent 1 tube 2,5 ml/ 5 ml/ 6 jam/ Inhalasi
2. Rifampicin 1 x1 tablet/ 450 mg/ 24 jam/Oral
3. Etambutol 1x1 tablet/400 mg /24 jam/ Oral
4. Pyrazinamide 1x1 tablet/500 mg/24 jam/ Oral
5. Ceftriaxone 1 gr/2 gram Drips/ 12 jam/ IV
6. Dexamethazone 5mg/ 5 ml/ 8 jam/ IV
7. Novalgin 5 mg/5 ml/ 8 jam/ IV

8. Pehadoxin ¾ tablet/400 mg/24 jam/ Oral

C. Analisis data

Nama/Umur : Tn.”H”/31 Tahun

Ruang/Kamar : *ICU-ICCU*/Isolasi *HCU Bed* 1

NO.	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
I	Data Subjektif : - Keluarga mengatakan pasien batuk berlendir kurang lebih 1 minggu terus menerus disertai demam di rumah. - Keluarga mengatakan pasien jika bernapas dan tidur terdengar bunyi tambahan. - Keluarga mengatakan pasien batuk berlendir disertai sesak - Keluarga pasien mengatakan pasien merokok sejak SMP hingga saat ini, dalam 1 sehari menghabiskan 1 bungkus Data objektif : -Tampak pasien terpasang mask non	Mukus berlebihan	Ketidak efektifan bersihan jalan napas

	rebreathing 10 liter/menit, pernapasan 60x/menit. -Tampak pasien berkeringat berlebih, terpasang cairan NS. 500 cc, 16 tetes/ menit, terpasang SPO2 99% -Tampak pasien sesak dan batuk berlendir berwarna putih, posisi tidur fowler. -Terdengar suara tambahan ronchi pada kedua dada -Tampak kesan foto thorax KP dupleks lama aktif, WBC 21.4, NEUT% 94,8, LYM# 0,7, NEUT# 20.3 dan LYM% 3.3 -Tampak pemeriksaan BTA II dan III ditemukan		

II	Data Subjektif : - Keluarga mengatakan nafsu makan pasien berkurang. - Keluarga mengatakan pasien tidak suka makan sayur, tempe dan menu dari RS. - Keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan - Keluarga mengatakan pasien sakit perut dan perut kembung. - Keluarga mengatakan pasien kurang mengkonsusmsi makanan yang bergizi dan berserat. - Keluarga mengatakan pasien sudah 4 hari tidak BAB. Data Objektif - Tampak pasien malas makan - Tampak LILA 28 cm	Kurang asupan makanan	Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh

	- Tampak pasien kurus - Tampak pasien menghabiskan ½ porsi bubur dari rumah sakit tanpa sayur dan tempe - Tampak pasien meringis saat perut ditekan - Terdengar suara bising usus 5 x/menit - Tampak pasien : TD : 160/100 N : 101x/menit S : 36,2 °C P : 60 x/menit - Tampak terpasang infus NS 500, dengan 16 tetes/menit		

III	Data Subjektif : - Keluarga pasien mengatakan sejak di rumah sakit pasien malas mandi - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mampu mengambil perlengkapan mandi sendiri - Keluarga mengatakan pasien ± 3 hari tidak mandi selama di rumah sakit - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mampu membasahi tubuhnya sendiri Data Objektif : - Tercium rongga mulut berbau - Tampak lidah kotor - Tampak terdapat karang gigi - Tampak rambut berminyak - Tampak kulit kepala berketombe	Kelemahan	Defisit perawatan diri: mandi

D. Diagnosis keperawatan

Nama/Umur : Tn.”H”/31 Tahun

Ruang/Kamar : *ICU-ICCU*/Isolasi *HCU* Bed 1

No.	Diagnosis Keperawatan
I	Ketidakefektifan bersihan jalan napas yang berhubungan dengan mukus berlebihan
II	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan Kurang asupan makanan
III	Defisit perawatan diri : mandi yang berhubungan dengan kelemahan

E. Intervensi keperawatan

Nama/Umur : Tn.”H”/31 Tahun

Ruang/Kamar : *ICU-ICCU*/Isolasi *HCU Bed* 1

No.	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan
			Meliputi :tindakan keperawatan, observatif, penyuluhan, kolaborasi dokter
I	Ketidakefektifan bersihan jalan napas yang berhubungan dengan mukus berlebihan Data Subjektif : - Keluarga mengatakan pasien batuk berlendir kurang lebih 1 minggu terus menerus disertai demam di rumah. - Keluarga mengatakan pasien jika bernapas dan tidur terdengar bunyi tambahan. - Keluarga mengatakan pasien batuk berlendir disertai sesak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan jalan napas pasien kembali efektif dengan kriteria hasil : Status pernapasan dipertahankan pada skala 2 (devisiasi cukup berat dari kisaran normal) ditingkatkan ke skala 3 (devisiasi sedang dari kisaran normal) : a. Frekuensi pernapasan.	1. Monitor tanda-tanda vital : Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat. 2. Manajemen jalan napas : a. Lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya. b. Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk. c. Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif. d. Auskultasi suara napas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada adanya suara tambahan 3. Terapi oksigen : a. Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan. b. Monitor aliran oksigen. 4. Pengaturan posisi :

	- Keluarga pasien mengatakan pasien merokok sejak SMP hingga saat ini, dalam 1 sehari menghabiskan 1 bungkus Data objektif : - Tampak pasien terpasang mask non rebreathing 10 liter/menit, pernapasan 60x/menit. - Tampak pasien berkeringat berlebih, terpasang cairan NS. 500 cc, 16 tetes/ menit, terpasang SPO2 99% - Tampak pasien sesak dan batuk berlendir berwarna putih, posisi tidur fowler. - Terdengar suara tambahan ronchi pada kedua dada - Tampak kesan foto thorax KP dupleks lama aktif, WBC 21.4, NEUT% 94,8, LYM# 0,7,	b. Irama pernapasan. c. Penggunaan otot bantu d. Suara napas tambahan. e. Batuk.	Posisikan pasien untuk mengurangi dypnea (misalnya posisi semi fowler atau fowler) 5. Pencegahan aspirasi : Jaga kepala tempat tidur ditinggikan 30 sampai 45 menit setelah pemberian makan. 6. Pemberian obat : Berikan pasien mengenai jenis obat, alasan pemberian obat hasil yang diharapkan dan efek lanjutan yang akan terjadi sebelum pemberian obat.

	NEUT# 20.3 dan LYM% 3.3 - Tampak pemeriksaan BTA II dan III ditemukan		
II	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan Kurang asupan makanan Data Subjektif : - Keluarga mengatakan nafsu makan pasien berkurang. - Keluarga mengatakan pasien tidak suka makan sayur, tempe dan menu dari RS. - Keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan. - Keluarga mengatakan pasien sakit perut dan merasa perut kembung. - Keluarga mengatakan pasien kurang mengkonsusmsi makanan yang bergizi dan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan meningkatnya asupan makan pasien dengan kriteria hasil ; 1. Nafsu makan dipertahankan pada skala 2 (Banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 3 (Cukup terganggu): a. Hasrat/keinginan untuk makan. b. Menyenangi makanan. 2. Status nutrisi : asupan nutrisi dipertahankan pada skala 2 (Sedikit	1. Monitor tanda-tanda vital : Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat. 2. Terapi nutrisi : a. Tentukan jumlah kalori dan tipe nutrisi yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dengan berkolaborasi bersama ahli gizi, sesuai kebutuhan. b. Pastikan bahwa dalam diet mengandung makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi. c. Ajarkan pasien dan keluarga mengenai diet yang dianjurkan. d. Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorite pasien sementara pasien berada di rumah sakit atau fasilitas perawatan yang sesuai. 3. Bantu peningkatan berat badan : a. Timbang pasien pada jam yang sama setiap hari. b. Bantu pasien untuk makan atau menyuapi pasien. 4. Manajemen saluran cerna : a. Catat tanggal terakhir buang air besar terakhir.

	berserat. - Keluarga mengatakan pasien sudah 4 hari tidak BAB. Data Objektif : - Tampak pasien malas makan - Tampak LILA 28 cm - Tampak pasien kurus - Tampak pasien menghabiskan ½ porsi bubur dari rumah sakit tanpa sayur dan tempe - Tampak pasien meringis saat perut ditekan - Terdengar peristaltik usus 5 x/menit - Tampak pasien : TD : 160/100 N : 101x/menit S : 36,2 °c P : 60 x/menit - Tampak terpasang infus NS 500, dengan 16 tetes/menit	adekuat) ditingkatkan ke skala 3 (Cukup adekuat) a. Asupan protein b. Asupan lemak c. Asupan karbohidrat d. Asupan serat e. Asupan mineral	b. Monitor buang air besar termasuk frekuensi, konsistensi, bentuk, volume, dan warna dengan cara yang tepat. c. Berikan cairan hangat setelah makan dengan cara yang tepat. d. Catat masalah BAB yang sudah ada sebelumnya, BAB rutin, dan penggunaan laksatif. e. Ajarkan pasien mengenai makanan-makanan tertentu yang membantu mendukung keteraturan [aktifitas] usus.

III	Defisit perawatan diri: mandi yang berhubungan dengan kelemahan Data Subjektif : - Keluarga pasien mengatakan sejak di rumah sakit pasien malas mandi - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mampu mengambil perlengkapan mandi sendiri - Keluarga mengatakan pasien ± 3 hari tidak mandi selama di rumah sakit - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mampu membasahi tubuhnya sendiri Data Objektif : - Tercium rongga mulut berbau - Tampak lidah kotor - Tampak terdapat karang gigi -Tampak rambut berminyak, kulit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan pasien mampu mandi sendiri dengan kriteria hasil: 1. Perawatan diri : mandi dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 3 (Cukup terganggu): a. Mandi dengan bersiram b. Mencuci wajah 2. Perawatan diri : kebersihan dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 3 (Cukup terganggu): a. Mempertahankan kebersihan mulut b. Mengeramas rambut c. Menyisir rambut dipertahanankan	1. Bantuan perawatan diri : mandi/ kebersihan : a. Monitor integritas kulit pasien. c. Berikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu merawat diri secara mandiri. d. Fasilitasi pasien untuk mandi sendiri, dengan tepat. e. Fasilitasi pasien untuk menggosok gigi dengan tepat. 2. Pemeliharaan kesehatan mulut : a. Intruksikan dan bantu pasien membersihkan mulut setelah dan sesering mungkin, sesuai dengan kebutuhan. b. Monitor gigi yang meliputi warna, kebersihan dan ada tidaknya debris. c. Dorong dan bantu pasien untuk berkumur. 3. Perawatan rambut dan kulit kepala : a. Monitor kondisi rambut dan kulit kepala, termasuk kelainan-kelainannya (misalnya, kering, atau rambut rapuh, seranggakutu, ketombe dan defisiensi nutrisi. b. Cuci dan kondisikan rambut, memijat sampo dan kondisioner ke kulit kepala dan rambut. c. Sikat atau sisir rambut dengan menggunakan sisir bergigi jarang atau dengan jari tangan, sesuai

	kepala berketombe		kebutuhan. d. Menginstruksikan pasien atau orang tua mengenai perawatan rambut (misalnya, membersihkan rambut).

F. Implementasi keperawatan

Nama/Umur : Tn.”H”/31 Tahun

Ruang/Kamar : *ICU-ICCU/*Isolasi *HCU Bed* 1

Hari, Tanggal	Pukul	No. DP	Tindakan keperawatan	Paraf
Jumat, 6-4-2018	08.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat H : TD : 180/100 mmHg N : 90 x/menit S : 36,2°C P : 38 x/menit	Mulya
		I	Memonitor aliran oksigen H : Tampak selang oksigen tidak bocor dan terasa aliran oksigen di kulit perawat	Mulya
		I	Memberikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan H : Tampak perawat memberikan oksigen nasal kanul dengan 5 liter/menit Pasien mengatakan masih merasa sesak, batuk berlendir dan nyeri dada	Mulya
	08.30	I	Memposisikan pasien untuk mengurangi dypnea H : Tampak pasien berbaring dengan posisi fowler 90 °	Mulya
		I	Melakukan fisoterapi dada H : Tampak perawat melibatkan peran keluarga untuk melakukan fisioterapi dada pada pasien	Mulya
	08.35	I	Memfasilitasi pasien untuk mandi dan menggosok gigi H : - Pasien mengatakan tidak ingin mandi dan menggosok gigi	Mulya

Jumat, 6-4-2018	08.35	III	H : - Tampak pasien menolak untuk mandi dan menggosok gigi sendiri ataupun dibantu perawat	Mulya
	08.45	III	Memonitor gigi yang meliputi warna, kebersihan dan ada tidaknya debris H : Tampak gigi kurang bersih, adanya karang gigi, gigi berwarna kuning, mulut berbau, dan tidak ada debris.	Mulya
	09.00	II	Menimbang BB pasien H : Tampak BB pasien 45, dengan IMT 17,5 (BB kurang ideal)	Mulya
	09.15	I	Mengauskultasi suara napas H : - Terdengar suara napas tambahan ronchi - Terdengar suara napas dada kanan lebih menurun	Mulya
		I	Melakukan fisioterapi dada H : Pasien mengatakan belum bisa mengeluarkan lendir dari jalan napas	Mulya
		I	Menginstruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif H : Pasien mengatakan belum mampu mempraktikkan teknik batuk efektif	Mulya
	10.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status penapasan dan berikan obat H : TD : 170/100 mmHg N : 110x/menit S : 36,2 ^{O}C P : 37x/menit Tampak pemberian obat Dexamethazone 5 ml/IV	Mulya
	10.15	II	Menentukan jumlah kalori dengan berkolaborasi dengan ahli gizi sesuai kebutuhan yang diperlukan untuk	Mulya

Jumat, 6-4-2018	10.15	II	memenuhi kebutuhan nutrisi dengan berkolaborasi dengan ahli gizi sesuai kebutuhan H : Ahli gizi mengatakan pasien harus mengkonsumsi makanan yang tinggi protein, karbohidrat, lemak, mineral dan vitamin serta tinggi serat	Mulya
	10.37	II	Mencatat tanggal terakhir BAB dan masalah BAB yang sudah ada sebelumnya, BAB rutin dan penggunaan laksatif H : - Pasien mengatakan terakhir BAB tanggal 3 april 2018, ± 4 hari pasien tidak BAB, Jika BAB terasa sakit dan tidak pernah menggunakan obat pencahar - Pasien mengatakan sakit perut - Tampak pasien meringis	Mulya
	11.00	I	Memberikan obat H :Tampak pemberian obat combivent 5 ml/ inhalasi	Mulya
	11.15	I	Melakukan fisioterapi dada H : Pasien mengatakan belum bisa mengeluarkan lendir dari jalan napas	Mulya
	11.30	II	Membantu pasien untuk makan atau menyuapi pasien dan memberi air hangat setelah makan H : - Pasien mengatakan malas makan, hanya menghabiskan 3 sendok bubur, tidak dengan lauk, sayur, minum air putih 1 gelas ± 200 CC - Tampak pasien tidak menghabiskan 1 porsi makan dan tidak berselera untuk makan	Mulya
Jumat,	11.30	I	Meninggikan kepala tempat tidur selama	Mulya

6-4-2018			30 sampai 45 menit H : Pasien merasa nyaman	
	12.00	I	Memberikan obat H : Tampak pemberian obat novalgin 5 ml/IV	Mulya
		I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan H : TD : 180/100 mmHg N: 102 x/menit S: 36^{O} C P: 38 x/menit	Mulya
	12.15	I	Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk H : - Tampak pasien belum mampu mempraktikkan teknik batuk efektif, perawat menganjurkan minum air hangat - Pasien mengatakan masih batuk berlendir dan belum bisa mengeluarkan lender	Mulya
	12.47	I	Mengauskultasi suara napas catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara napas tambahan H : - Terdengar suara napas tambahan ronchi - Terdengar suara napas dada kanan lebih menurun	Mulya
		I	Menginstruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk H : - Tampak pasien belum mampu melakukan teknik batuk efektif - Tampak perawat menganjurkan latih terus teknik batuk efektif	Mulya

Jumat,	13.16	II	Mengajarkan pasien mengenai makanan-	Mulya

6-4-2018			makanan tertentu yang membantu mendukung keteraturan (aktifitas) usus H : Tampak perawat menganjurkan pasien tidak malas, sering mengkonsumsi sayuran, buah-buahan dan air putih	
	13.46	III	Mengintruksikan dan membantu pasien membersihkan mulut dan berkumur H : Pasien mengatakan tidak ingin membersihkan mulut dan berkumur	Mulya
	14.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan H : TD : 160/90 mmHg N : 97x/menit S : 36^{O}C P : 33 x/menit	Grego
	14.10	I	Melakukan fisioterapi dada dan membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif H : - Pasien mengatakan mampu mengeluarkan lendir dengan teknik batuk efektif dan perawat menganjurkan minum air hangat - Pasien mengeluh masih batuk berlendir	Grego
		I	Mengauskultasi suara napas H : - Terdengar suara napas tambahan ronchi - Terdengar suara napas dada Kanan lebih menurun	Grego
		I	Memonitor aliran oksigen H : Tampak selang oksigen tidak bocor, terpasang oksigen nasal kanul 5 liter/menit	Grego

Jumat,	15.00	I	Memberikan obat	Perawat

6-4-2018			H : Tampak pemberian obat : Rifampicin 1tablet/oral Etambutol 1 tablet/oral Pyrazenamide 1 tablet/oral Pehadoxin 3/4 tablet/oral	Fery
	15.10	III	Menginstruksikan dan membantu pasien membersihkan mulut dan berkumur H : pasien mengatakan tidak ingin membersihkan mulut, meskipun dibantu oleh keluarga dan perawat	Grego
		III	Memonitor gigi yang meliputi warna, kebersihan dan ada tidaknya debris H : Tampak gigi kurang bersih, adanya karang gigi, gigi berwarna kuning, mulut berbau, dan tidak ada debris	Grego
	15.30	II	Menyuapi pasien dan memberikan cairan hangat dan meninggikan kepala tempat tidur 30 – 45 menit H : - Tampak psien makan kue bolu 1 potong dan minum air putih hangat 1 gelas ± 200cc - Pasien mengatakan merasa nyaman saat kepala ditinggikan	Grego
	16.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dan memberikan obat H : TD : 160/70 mmHg N : 92 x/menit S : 36 x/menit P : 37x/menit Tampak pemberian obat Cetriaxone 2 gram/Drips	Grego
	16.15	I	Memonitor buang air besar H : Tampak pasien belum BAB	Grego

Jumat,	16.15	II	Mengajarkan mengenai makanan tertentu	Grego

6-4-2018			yang membantu mendukung keteraturan (aktifitas) usus H : Tampak perawat menganjurkan pasien mengkonsumsi sayuran, buah-buahan dan minum air putih	
	17.00	I	Memberikan obat H : Tampak pemberian obat Combivent 5 ml/ Inhalasi	Grego
		II	Mengajarkan pasien dan keluarga mengenai diet H : - Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan - Tampak perawat memotivasi pasien untuk makan dan menganjurkan pasien mengkonsumsi makanan tinggi serat, protein, lemak, Vitamin dan mineral	Grego
	18.00	I	Melakukan fisioterapi dada dan membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif H: - Pasien mengatakan mampu mengeluarkan lendir dengan teknik batuk efektif dan perawat menganjurkan minum air hangat - Pasien mengeluh masih batuk berlendir	Grego
		I	Memberikan obat H : Tampak pemberian obat Dexamethazone 5 ml/IV	Grego
	18.30	II	Menganjurakan keluarga untuk membawa makanan favorite pasien sementara pasien berada di rumah sakit atau fasilitas perawatan yang sesuai	Grego

Jumat,	18.30	II	H : Keluarga mengatakan akan	Grego

6-4-2018			membawakan pasien buah-buah seperti pisang dan papaya	
	18.45	I	Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif H : - Pasien mengatakan masih batuk berlendir dan merasa masih ada lendir ditenggorokan - Tampak pasien dapat mengeluarkan lendir ± 10 dengan teknik batuk efektif Memposiskan pasien untuk	Grego
		I	Memposisikan pasien untuk mengurangi dypnea H : Tampak pasien berbaring dengan posisi fowler 90º	Grego
	19.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan H : TD : 160/80 mmHg N : 88x/menit S : 36,4 ºC P : 34 x/menit	Grego
	19.30	II	Menyuapi pasien dan memberikan cairan hangat dan meninggikan kepala tempat tidur 30-45 menit H : - Pasien mengatakan tidak berselera makan - Pasien mengatakan sakit perut - Tampak pasien hanya makan 3 senddok bubur, tidak makan lauk, sayur dan minum air hangat ½ ± 100cc	Grego
		II	Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan favorite pasien	Grego

Jumat,	19.30	II	H : Pasien mengatkan makan 3 potong	Grego

6-4-2018			buah papaya yang di bawa oleh keluarganya	
	20.00	I	Memberikan dan mendokumentasikan pemberian obat H : Tampak pemberian obat Novalgin 5 ml/ IV	Grego
	20.15	II	Memonitor buang air besar termasuk frekuensi, konsistenso, bentuk, volume dan warna dengan cara yang tepat H : Tampak pasien belum BAB	Grego
	21.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan H : TD : 190/100 mmHg N : 97x/menit S : 36,2 ^{O}C P : 33x/menit	Mari’
	23.00	I	Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif H : - Pasien mengatakan masih batuk berlendir dan merasa masih ada lendir ditenggorokan - Tampak pasien dapat mengeluarkan lendir ± 10 dengan teknik batuk efektif	Mari’
		I	Memberikan dan mendokumentasikan pemberian obat H : Tampak pemberian obat Combivent 3 ml/ inhalasi	Mari’
		I	Memberikan obat H : Tampak pemberian obat Dexamethazone 5 ml/IV	Mari’

Jumat, 6-4-2018	24.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan	Mari’

			H : TD : 170/90 mmHg N : 81x/menit S : 36,2 ^{O}C P : 34 x/menit	
Sabtu, 7-4-2018	02.00	I	Memberikan obat H : Tampak pemberian obat Dexamethazone 5 ml/IV	Mari’
		I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan H : TD :140/100 mmHg N : 93x/menit S ; 36^{o}C P : 30x/ menit	Mari’
	04.00	I	Memberikan obat H : Tampak pemberian obat Ceftriaxone 2 gram PBNS Drips /IV dan Novalgin 5 ml/ IV	Perawat Amir
		I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan H : TD : 150/90 mmHg N : 80x/menit S : 36^{o}C P : 34x/menit	Mari’
	05.00	I	Memberikan dan mendokumentasikan pemberian obat H : Tampak pemberian obat Combivent 5 ml/ Inhalasi	Mari’
	06.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan H : TD : 150/90 mmHg N : 88x/menit S : 36^{o}C	Mari’

Sabtu, 7-4-2018	06.00	I,II,III I	P : 35x/menit Membuang sekret dengan memotivasi	Mari’

			pasien untuk melakukan batuk efektif H : - Pasien mengatakan masih batuk berlendir dan merasa masih ada lendir ditenggorokan - Tampak pasien dapat mengeluarkan lendir ± 10 ml dengan teknik batuk efektif	
		I	Mengauskultasi suara napas H : - Terdengar suara napas tambahan ronchi - Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan - Terdengar suara napas dada kanan lebih menurun	Mari’
		I	Memonitor aliran oksigen H : Tampak selang oksigen tidak bocor, terpasang oksigen nasal kanul 5 liter/menit	Mari
	06.30	I	Memposiskan pasien untuk mengurangi dypnea H : Tampak pasien berbaring dengan posisi fowler 90°	Mari’
		II	Menyuapi pasien dan memberikan cairan hangat dan meniggikan kepala tempat tidur 30-45menit H : - Pasien mengatakan tidak berselera makan - Pasien mengatakan sakit perut - Tampak pasien hanya makan 3 sendok bubur, tidak makan lauk, sayur dan minum air hangat 2 gelas 400cc	Mari’

Sabtu, 7-4-2018	06.30	II	Menimbang BB pasien H : Tampak BB pasien 45, dengan IMT	Mari’

			17,5 (BB kurang ideal), pasien kurus	
		II	Mencatat tanggal terakhir BAB dan masalah BAB yang sudah ada sebelumnya, BAB rutin dan penggunaan laksatif H : - Pasien mengatakan terakhir BAB tanggal 3 april 2018, ± 4 hari pasien tidak BAB, Jika BAB terasa sakit dan tidak menggunakan obat pencahar	Mari'
	07.00	III	Memfasilitasi pasien untuk mandi sendiri H : Pasien mengatakan tidak ingin mandi karena merasa lemah dan nyeri dada	Mulya
		III	Memberikan bantuan untuk mandi sampai pasien mampu secara mandiri H :- Tampak pasien menolak untuk mandi, meskipun bantu oleh perawat - Pasien mengatakan tidak ingin menyikat gigi	Mulya
		III	Menyisir rambut H : Tampak pasien menyisir rambut	Mulya
		I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat H : Tampak pasien TD : 150/100 N : 88x/menit S : 36 ^{O}c P : 32 x/menit	Mulya
	08.00	I	Memberikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan H :- Tampak perawat memberikan oksigen nasal kanul dengan 5 liter/menit	Mulya

Sabtu, 7-4-2018	08.00	I	H :- Pasien mengatakan masih merasa sesak, batuk berlendir dan nyeri dada	Mulya

		I	Mengauskultasi suara napas H : - Terdengar suara napasa tambahan ronchi - Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan - Terdengar suara napas dada kanan lebih menurun dan getaran dada sebalah kanan lemah saat dilakukan pemeriksaan vocal premitus	Mulya
		I	Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif H : - Pasien mengatakan masih batuk berlendir dan merasa masih ada lendir ditenggorokan - Tampak pasien dapat mengeluarkan lendir ± 10 dengan teknik batuk efektif, menganjurkan minum air hangat	Mulya
		I	Memposiskan pasien untuk mengurangi dypnea H : Tampak pasien berbaring dengan posisi semi fowler 90^{o}	Mulya
	09.00	II	Menimbang BB pasien H : Tampak BB pasien 45, dengan IMT 17,5 (BB kurang ideal), pasien kurus	Mulya
	09.17	II	Menganjarkan pasien mengenai makanan yang membantu aktifitas usus H : Pasien mengatakan makan 3 buah pisang, dan minum air putih	Mulya
		I	Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif	Mulya

Sabtu, 7-4-2018	09.17	I	H : Pasien mengatakan mampu mengeluarkan lendir, masih batuk	Mulya

			berlendir dan merasa masih ada lendir ditenggorokan	
		II	Memberikan cairan hangat H : - Pasien mengatakan minum air hangat - Tampak pasien minum1 gelas ± 200 cc	Mulya
	10.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan, memberikan obat dan melakukan fisioterapi dada H : - Tampak pasien TD : 160/90 mmHg N : 87x/menit S : 36 ^{O}c P : 30 x/menit - Tampak pemberian obat Dexamenthazone 5ml/ IV Pasien mampu mengeluarkan lendir	Mulya
	11.00	I	Memberikan obat H : Tampak pemberian obat Combivent 5 ml/ Inhealer	Mulya
	11.30	II	Memastikan dalam diet makanan mengandung serat yang tinggi H : Pasien mengatakan makan 1 potong buah papaya yang di bawa dari rumah	Mulya
		I,II	Menyuapi pasien dan memberikan cairan hangat dan meninggikan kepala 30-45 menit H : - Pasien mengtakan ada selera makan - Tampak pasien menghabiskan ½ porsi bubur, ½ lauk, mengahabiskan sayur dan makan buah papaya, minum air hangat 1 gelas ± 100 cc	Mulya

Sabtu, 7-4-2018	11.30	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan	Mulya

			H : TD : 150/80 mmHg N : 85 x/menit S : 36°C P : 28 x/menit	
	12.00	I	Memberikan obat H : Tampak pemberian obat Novalgin 5 ml/ IV	Mulya
	13.15	I	Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif H : Pasien mengatakan mampu mengeluarkan lendir, masih batuk berlendir dan merasa masih ada lendir ditenggorokan	Mulya
		I	Menginstruksikan pasien membersihkan mulut, Fasilitasi pasien untuk menggosok gigi dan bantu pasien untuk berkumur H : Pasien mengatakan mampu menyikat gigi tetapi di atas tempat tidur	Mulya
		III	Menginstruksikan pasien atau orang tua mengenai perawatan rambut H : Keluarga mengatakan akan menganjurkan pasien untuk berniat mencuci rambut	Mulya
		I,II,II	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan H : TD : 150/80 mmHg N : 85 x/menit S : 36°C P : 28 x/menit	Mulya

Sabtu, 7-4-2018	14.00	I	Memonitor aliran oksigen, melakukan fisoterapi dada dan membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk	Glory

			melakukan batuk efektif H : - Tampak selang oksigen tidak bocor, terpasang oksigen nasal kanul 5 liter/menit - Pasien mengatakan mampu mengeluarkan lendir, masih batuk berlendir dan merasa masih ada lendir ditenggorokan, pasien masih sesak, dan nyeri dada	
		III	Memonitor integritas kulit pasien H : - Tampak pasien menggaruk-garuk kulit karena gatal, tampak kulit kurang bersih	Glory
	15.00	I	Memberikan obat H : Tampak pemberian obat : Rifampicin 1tablet/oral Etambutol 1 tablet/oral Pyrazenamide 1 tablet/oral Pehadoxin 3/4 tablet/oral	Glory
		II	Menyuapi pasien makanan dan memberikan cairan hangat H : Tampak pasien minum susu 1 gelas susu dan makan 2 buah pisang	Glory
	15.30	III	Menginstruksikan pasien membersihkan mulut, Fasilitasi pasien untuk menggosok gigi dan bantu pasien untuk berkumur H : - Pasien mengatakan mampu menyikat gigi tanpa dibantu oleh perawat - Tampak psien menyikat gigi diatas tempat tidur	Glory

Sabtu, 7-4-2018	15.50	III	Memonitor adanya BAB termasuk frekuensi, konsistensi, bentuk, volume, dan warna	Glory

			H : - Tampak pasien menunggunakan pempers - Tampak BAB pasien berwarna coklat kehitaman, konsistensi padat ± 50 cc	
	16.00	I,II,II	Pasien pindah ke ruang perawatan Bernadeth II B Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan H : Tampak pasien TD : 150/70 mmHg N : 85 x/ menit S : 36°C P : 26 x/menit	Perawat Diana dan glory
		I	Memberikan obat dan memberikan oksigen tambahan H : - Tampak pemberian obat Cetriaxone 2 gram PBNS Drips/IV - Tampak pemberian oksigem nasal kanul 3 liter/menit - Pasien mengatakan sesak, nyeri dada mulai berkurang, masih batuk berlendir	Glory
		I	Melakukan fisioterapi dada dan membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk batuk H : Pasien mengatakan mampu mengeluarkan banyak lendir dengan teknik batuk efektif.	Glory

Sabtu, 7-4-2018	16.00	II	Memberikan cairan hangat H : Tampak pasien minum air putih hangat 2 gelas	Glory
		I	Menguskultasi suara napas	Glory

			H : - Terdengar suara napas tambahan ronchi mulai berkurang - Terdengar suara napas dada kanan lebih lemah	
	17.00	I	Memberikan dan mendokumentasikan pemberian obat H : Tampak pemberian obat Combivent 5 ml/ Inhalasi	Glory
	17.30	II	Memonitor BAB termasuk frekuensi, bentuk, volume, dan warna H : - Tampak pasien menggunakan pempers - Tampak BAB pasien hitam kecoklatan, konsisitensi padat, ± 100CC	Glory
		I	Melakukan fisioterapi H : Pasien mengatakan masih batuk berlendir	Glory
	18.00	I	Memposisikan pasien untuk mengurangi dypnea H : Pasien mengatakan ingin menurunkan posisi kepala tampat tidur untuk posisi tidur terlentang	Glory
		I	Memberikan dan mendokumentasikan pemberian obat H : Tampak pemberisn obat Dexamethazone 5ml/ IV	Glory
	18.30	I,II	Menyuapi pasien dan memberikan cairan hangat dan meninggikan kepala 30-45 menit	Glory

Sabtu, 7-4-2018	18.30	I,II	H : - Pasien mengatakan ada nafsu makan - Tampak adanya selera makan pasien, pasien menghabiskan ½ bubur, menghabiskan sayuran, lauk	Glory

			dari menu Rs. Pasien makan 3 buah pisang dan air putih hangat 3 gelas ± 600 cc	
	19.17	III	Menginstruksikan pasien membersihkan mulut, Fasilitasi pasien untuk menggosok gigi dan bantu pasien untuk berkumur H : Pasien mengatakan bisa menyikat gigi sendiri tetapi diatas tempat tidur	Glory
		I	Meninggikan kepala tempat tidur ± kurang lebih 30-40 menit setalah makan H : Pasien mengatakan merasa nyaman dengan pemberian posisi kepala ditinggikan	Glory
		I	Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk batuk H : Pasien mengatakan mampu mengeluarkan banyak lendir dengan teknik batuk efektif	Glory
		I	Menguskultasi suara napas H : - Terdengar suara napas tambahan ronchi mulai berkurang - Terdengar suara napas dada kanan lebih lemah	Glory
	20.00	I	Memberikan dan mendokumentasikan pemberian obat H : Tampak pemberian obat Novalgin 5 ml/ IV	Glory
		I	Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk	Glory

Sabtu, 7-4-2018	20.00	I	H : Pasien mengatakan banyak mengelurkan lendir dari tenggorakan dengan teknik batuk efektif	Glory
		I	Memonitor buang air besar termasuk	Glory

			frekuensi, konsistensi, bentuk, voume dan warna dengan cara yang tepat H : Tampak pasien belum BAB, meringis saat perut ditekan	
	21.00	II	Memberikan cairan hangat H : Tampak pasien minum 2 gelas air putih hangat	Stelin
		I	Melakukan fisoterapi dada H : Tampak perawat melibatkan peran keluarga untuk melakukan fisioterapi dada pada pasien	Stelin
	22.00	I	Monitor aliran oksigen H : Tampak aliran oksigen tidak ada yang bocor terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit	Stelin
	23.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan H : TD : 140/60 mmHg N : 85x/menit S ; 36 ^{O}C P : 26 x/menit	Stelin
Minggu, 8-4-2018	02.00	I	Memberikan obat H : Tampak pemberian obat Combivent 5 ml/ Inhalasi	Stelin
		I	Memberikan obat H : Tampak pemberian oabat Dexamethazone 5 ml/ IV	Stelin
		I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan	Stelin

Minggu, 8-4-2018	04.00	I,II,III	H : TD : 140/90 mmHg N : 80 x/menit S : 36^{O}C P : 28 x/menit	Stelin

		I	Memberikan obat H : Tampak pemberian obat Novalgin 5 ml /IV dan Cefriaxone 2gr Drips/IV	Stelin
	05.00	I	Memberikan obat H : Tampak pemberian obat Combivent 5 ml/ Inhalasi	Stelin
	06.00	I	Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif H : - Pasien mengatakan mampu mengeluarkan banyak lendir -Tampak pasien mnegeliarjan lendir ± 15 cc	Stelin
		I	Menguskultasi suara napas H : - Terdengar suara napas tambahan ronchi mulai berkurang - Terdengar suara napas dada kanan lebih lemah	Stelin
		I	Memberikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan H : - Tampak pemberian oksigem nasal kanul 5 liter/menit - Pasien mengatakan sesak, nyeri dada mulai berkurang, masih batuk berlendir	Stelin
		I	Memposisikan pasien untuk mengurangi dypnea H : Pasien mengatakan ingin menurunkan posisi kepala tampat tidur untuk posisi tidur terlentang	Perawat Fery dan Stelin

Minggu, 8-4-2018	06.30	II	Menyuapi pasien dan memberikan cairan hangat H : - Pasien mengatakan ada nafsu makan -Tampak adanya selera makan	Stelin

			pasien, pasien menghabiskan ½ bubur, menghabiskan sayuran, lauk dari menu Rs, makan 3 buah pisang dan air putih hangat 3 gelas ± 600 cc	
		II	Memonitor BAB termasuk frekuensi, bentuk, volume, dan warna H : - Tampak pasien menggunakan pempers - Tampak BAB pasien berwarna hitam kecoklatan, konsistensi padat, ± 100CC	Stelin
		II	Menimbang BB pasien H : Tampak BB pasin 45 kg, pasien tidak mengalami peningkatan BB, pasien kurus	Stelin
	07.00	III	Menginstruksikan pasien membersihkan mulut, Fasilitasi pasien untuk menggosok gigi dan bantu pasien untuk berkumur H : Pasien mengatakan bisa menyikat gigi sendiri tetapi diatas tempat tidur	Grego
		III	Memonitor kondisi rambut, kulit kepala dan integrritas kulit H : Tampak rambut dan kulit pasien berminyak, adanya ketombe pada kulit kepala	Grego
		III	Mencuci rambut dengan sampo H : Pasien mengatakan tidak ingin mencuci rambut sendiri	Grego
		III	Menyisir rambut H :Tampak pasien menyisir rambut sendiri	Grego

Minggu, 8-4–2018	07.00	III	Memonitor gigi yang meliputi warna, kebersihan, ada tidaknya debris H : Tampak warna kuning pada gigi masih ada, mulut tidak berbau, tidak adanya	Grego

			debri	
		III	Memberikan bantuan untuk mandi sampai pasien mampu secara mandiri H : Pasien mengatakan tidak ingin mandi hanya ingin membasuh wajah sendiri	Grego
	08.00	I	Mengauskultasi suara napas, fisioterapi dada dan memnuang secret dengan memotivasi pasien batuk H :- Terdengar Suara napas tambahan ronchi mulai berkurang - Terdengar Suara napas dada kanan mulai meningkat - Pasien mengatakan mampu mengeluarkan lendir dari tenggorokan teknik batuk efektif	Grego
		I	Memberikan oksigen tambahan H : - Tampak pemberian oksigen nasal kanul 3 liter/menit - Pasien mengatakan sesak napas dan nyeri dada mulai berkurang, merasa masih ada lendir di tenggorokan	Grego
	09.00	II	Mencatat masalah BAB H : - Pasien mengatakan sudah bisa BAB, sakit bila BAB karena keras - Pasien mengatakan perut tidak sakit dan kembung	Grego
		II	Memastikan bahwa dalam diet mengandung serat yang tinggi H : Pasien mengatakan makan buah pisang dan papaya	Grego

Minggu, 8-4-2018	09.00	II	Menimbang BB pasien H : Tampak BB pasien 45, tidak mengalami kenaikan BB	Grego
		II	Memberikan cairan hangat	Grego

			H : - Pasien mengatakan minum air hangat - Tampak pasien minum 2 gelas ± 400 cc	
	09.37	III	Menginstruksikan pasien membersihkan mulut, Fasilitasi pasien untuk menggosok gigi dan bantu pasien untuk berkumur H : Pasien mengatakan bisa menyikat gigi sendiri tetapi diatas tempat tidur	Grego
		III	Memberikan bantuan pasien mandi dan mencuci rambut H : Pasien mengatakan malas mandi dan tidak ingin mencuci rambut	Grego
	10.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan H : TD : 140/80 mmHg N : 85 x/menit S : 36^{O}C P : 26 x/menit	Grego
		I	Memberikan dan mendokumentasi obat H : Tampak pemberian obat Dexamethazone 5 ml/IV	Grego
	10.30	I	Melakukan fisioterapi dada dan membuang secret dengan memotivasi pasien batuk H : - Pasien mengatkan mengeluarkan banyak lendir - Tampak pasien mengeluarkan lendir ± 10 cc - Tampak keluarga mampu melakukan teknik fisioterapi dada yang telah di ajarkan perawat	Grego

Sabtu, 8-4-2018	10.30	I	Mengauskultasi suara napas H :- Terdengar Suara napas tambahan ronchi mulai berkurang - Terdengar Suara napas dada kanan	Grego

			mulai meningkat	
	11.00	I	Memberikan obat dan Memonitor gigi yang meliputi warna, kebersihan dan ada tidaknya debris H : - Tampak pemberian obat Combivent 5 ml/ Inhalasi - Tampak warna kuning pada gigi masih ada, mulut tidak berbau, tidak adanya debris	Grego
		I	Menyuapi pasien dan memberikan cairan hangat H :- Pasien mengatakan ada selera makan menghabisakan 1/2 porsi menu makanan dari RS. - Tampak pasien minum air putih 3 gelas ± 600 cc	Grego
	11.30	III	Menginstruksikan pasien membersihkan mulut, Fasilitasi pasien untuk menggosok gigi dan bantu pasien untuk berkumur H : Pasien mengatakan bisa menyikat gigi sendiri tetapi di atas tempat tidur kemudia perawat memberikan fasilita yang dibutuhkan	Grego
	12.00	I	Memberikan obat H : Tampak pemberian obat Novalgin 5 ml/ IV	Grego
		I	Mengauskultasi suara napas H :- Terdengar Suara napas tambahan ronchi mulai berkurang, suara napas dada kanan meningkat	Grego

Minggu, 8-4-2018	13.00	I	Melakukan fisioterapi dada dan membuang sekret H :- Tampak kelurga pasien mampu melakukan secara mandiri fisioterapi	Grego

			dada pasien - Pasien mengatakan banyak mengeluarkan lendir - Tampak pasien mampu mengeluarkan lendir ± 10cc	
	14.00	II	Memberikan cairan hangat H : - Tampak pasien minum air hangat yang diberikan oleh perawat - Pasien mengatakan minum 3 gelas air putih ± 600 cc	Mari’
		II	Memonitor BAB termasuk frekuensi, bentuk, volume, dan warna H : - Tampak pasien menggunakan pempers - Tampak BAB pasien berwarna kecoklatan, konsisitensi padat dan lunak, ± 100CC	Perawat Amir dan Mari’
	15.00	I	Memberikan obat H : Tampak pemberian obat : Rifampicin 1tablet/oral Etambutol 1 tablet/oral Pyrazenamide 1 tablet/oral Pehadoxin 3/4 tablet/oral	Mari’
		I	Melakukan fisioterapi dada dan membuang secret dengan memotivasi pasien batuk H : - Pasien mengatakan mampu mengeluarkan lendir	Mari’
	16.00	I	Memberikan dan mendokumentasi obat H : Tampak pemberian obat Ceftriaxone 2 gram PBNS Drip/IV	Mari’

Minggu, 8-4-2018	16.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan H : TD : 140/70 N : 85x/menit	Mari’

			S : 36,2 ^{O}C P : 25 x/menit	
	16.34	II	Memastikan bahwa dalam diet mengandung makanan yang tinggi serat H : Pasien mengatakan mengkonsumsi buah-buahan, sayur dan minum air putih	Mari’
	17.00	I	Memberikan obat H : Tampak pemberian obat Combivent 5 ml/ Inhalasi	Mari’
		I	Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk batuk H : Pasien mengatakan banyak mengeluarkan lendir dari tenggorokan	Mari’
	18.00	I	Memberikan obat H : Tampak pemberian obat Dexamethazone 5ml/ IV	Mari’
	18.30	II	Menyuapi pasien dan cairan hangat setelah makan H : - Pasien mengatakan menghabiskan 1 porsi menu makanan, minum air hangat 3 gelas ± 600 cc dari rumah sakit, dan 3 potong buah papaya - Tampak pasien ada selera makan	Mari’
	19.00	III	Menginstruksikan pasien membersihkan mulut, Fasilitasi pasien untuk menggosok gigi dan bantu pasien untuk berkumur H : - Pasien mengatakan mampu menggosok gigi sendiri dikamar mandi - Tampak pasien menggosok gigi dikamar sendiri	Mari’

Minggu, 8-4-2018	19.00	I	Melakukan fisioterapi dada dan membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk batuk H : - Pasien mengatakan mampu mengeluarkan lendrir dari tenggorokan	Mari'
	20.00	I	Mengauskultasi suara napas H : - Tidak terdengar suara napas tambahan rochi - Terdengar ventilasi napas dada kanan mulai meningkat	Mari'
		I	Memberikan obat H : Tampak pemberian obat Novalgin 5 ml/ IV	Mari'
		III	Menginstruksikan pasien membersihkan mulut, Fasilitasi pasien untuk menggosok gigi dan bantu pasien untuk berkumur H : Tampak pasien menyikat gigat sebelum tidur secara mandiri di kamar mandi	Mari'
	21.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan H : TD : 140/80 N : 85 x/menit S : 36,2 ^{O}C P : 24 x/menit	Mari'
	23.00	I	Memberikan obat H : Tampak pemberian obat Combiven 5 ml/IV	Mari'
Senin, 9-4-2018	02.00	I	Memberikan obat H : Tampak pemberian obat Dexamethazone 5 ml/ IV	Mulya
	04.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan	Mulya

Senin, 9-4-2018	04.00	I,II,III	H : TD : 130/80 N : 85 x/menit S : 36,2 ^{O}C P : 23 x/menit	Mulya
		I	Memberikan obat H : Tampak pemberian obat Ceftriaxone 2 gram PBNS Drips/IV dan Novalgin 5 ml/ IV	Mulya
	05.00	I	Memberikan obat H : Tampak pemberian obat Combivent 5 ml/ Inhalasi	Mulya
		I	Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif H : - Pasien mengatakan mampu mengeluarkan banyak lendir dari tenggorakan dengan teknik batuk efektif	Mulya
	06.00	I	Menguskultasi suara napas dan memberikan oksigen tambahan H : - Tidak terdengar suara napas tambahan ronchi - Terdengar suara napas dada kanan dan kiri sama - Tampak pasien tidak alat bantu terpasang oksigen - Pasien mengatakan sesak napas, nyeri dada, batuk berlendir berkurang	Mulya
	06.30	I	Memposisikan pasien untuk mengurangi dypnea H : Tampak pasien tidak beri posisi fowler ataupun semi folwer	Mulya

Minggu,	06.30	II	Menyuapi pasien dan memberikan cairan	Mulya

9-4-2018			hangat H : - Pasien mengatakan menghabiskan 1 porsi menu makanan, minum air hangat 3 gelas ± 600 cc dari rumah sakit, dan 3 potong buah papaya - Tampak pasien ada selera makan	
	07.00	II	Memonitor BAB termasuk frekuensi, bentuk, volume, dan warna dan menimbang BB pasien H : - Tampak pasien menggunakan pempers - Tampak BAB pasien berwarna kecoklatan kekuningan, konsisitensi padat dan lunak, ± 500 cc, BB pasien 45, tidak mengalami kenaikan BB	Mulya
		II	Menginstruksikan pasien membersihkan mulut, Fasilitasi pasien untuk menggosok gigi dan bantu pasien untuk berkumur H : Pasien mengatakan bisa menyikat gigi sendiri di kamar mandi	Mulya
		II	Memberikan bantuan untuk mandi sampai pasien mampu secara mandiri H : Pasien mengatakan mandi sendiri di kamar mandi	Mukya
		II	Mencuci rambut dengan sampo H : Pasien mengatakan mampu mencuci rambut sendiri	Mulya
		II	Memonitor gigi yang meliputi warna, kebersihan dan ada tidaknya debris H : Tampak warna kuning pada gigi masih ada, mulut tidak berbau, tidak adanya debris	Mulya

Minggu, 9-4-2018	07.00	III	Memonitor kondisi rambut, kulit kepala dan integritas kulit H : Tampak rambut tidak berminyak kulit pasien bersih, ketombe pada kulit kepala berkurang	Mulya

G. Evaluasi keperawatan

Nama/Umur : Tn.”H”/31 Tahun

Ruang/Kamar : *ICU-ICCU*/Isolasi *HCU Bed* 1

Hari, Tanggal	NO.DP	EVALUASI PROSES	PARAF
Sabtu, 7-4-2018	**I**	**S** : - Pasien mengatakan masih batuk berlendir dan merasa masih ada lendir ditenggorokan **0** : - Tampak pasien dapat mengeluarkan lendir ± 10 dengan teknik batuk efektif - Terdengar suara napas tambahan ronchi - Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan - Terdengar suara napas dada kanan lebih menurun - Tampak selang oksigen tidak bocor, terpasang oksigen nasal kanul 5 liter/menit - Tampak pemberian posisi fowler 90° - Tampak pernapasan pasien 30x/ menit **A :** Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan belum kembali efektif **P** : Lanjutkan intervensi 1. Monitor TTV 2. Manajemen jalan napas 3.Terapi oksigen 4. Pengaturan posisi 5. Pemberian obat	MULYA
Sabtu, 7-4-2018	**II**	**S** : - Pasien mengatakan tidak berselera makan - Pasien mengatakan sakit perut - Pasien mengatakan masih belum bisa BAB	MULYA

Sabtu, 7-4-2018	**II**	**O** : - Tampak pasien hanya makan 3 sendok bubur, tidak makan lauk, sayur dan minum air hangat 2 gelas 400cc - Tampak pasien hanya makan 3 sendok bubur, tidak makan lauk, sayur dan minum air hangat 2 gelas 400cc - Tampak pasien belum BAB, pasien meringis saat perut di tekan **A** : Kebutuhan nutrisi pasien belum teratasi **P** : Lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Terapi nutrisi 3. Bantu peningkatan berat badan 4. Manajemen saluran cerna	MULYA
Sabtu, 7-4-2018	**III**	**S** : - Pasien mengatakan tidak ingin mandi karena merasa lemah dan nyeri dada - Pasien mengatakan tidak ingin menyikat gigi **O** : - Tampak pasien menyisir rambut - Tampak pasien menolak untuk mandi, meskipun bantu oleh perawat **A** : Pasien mampu mandi sendiri belum tercapai **P** : Lanjutkan intervensi 1. Bantuan perawatan diri : mandi/ kebersihan 2. Pemeliharaan kesehatan mulut 3. Perawatan rambut dan kulit kepala	MULYA

Minggu,	**I**	**S :** - Pasien mengatakan sesak, nyeri dada	MULYA

8-4-2018		mulai berkurang, masih batuk berlendir - Pasien mengatakan ingin menurunkan posisi kepala tampat tidur untuk posisi tidur terlentang - Pasien mengatakan mampu mengeluarkan banyak lendir **O** : - Terdengar suara napas tambahan ronchi mulai berkurang - Terdengar suara napas dada kanan lebih lemah - Tampak pemberian oksigem nasal kanul 5 liter/menit - Tampak pasien mengeluarkan lendir ± 15 cc - Tampak pernapasan 28 x/menit **A** : Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan belum kembali efektif **P** : Lanjutkan intervensi : 1. Monitor tanda-tanda vital : 2. Manajemen jalan napas 3. Terapi oksigen 4. Pengaturan posisi 5. Pemberian obat	
Minggu, 8-4-2018	**II**	**S** : - Pasien mengatakan ada nafsu maka **O** : - Tampak adanya selera makan pasien, pasien menghabiskan ½ bubur, menghabiskan sayuran, lauk dari menu Rs. Pasien makan 3 buah pisang dan air putih hangat 3 gelas ± 600 cc	MULYA
Minggu, 8-4-2018	**II**	**O** : - Tampak pasien menggunakan pempers -Tampak BAB pasien berwarna hitam kecoklatan, konsistensi padat, ± 100CC **A** : Kebutuhan nutrisi pasien tercapai sebagian **P** : Lanjutkan intervensi	MULYA

		1. Monitor tanda-tanda vital 2. Terapi nutrisi 3. Bantu peningkatan berat badan 4. Manajemen saluran cerna	
Minggu, 8-4-2018	**III**	**S** : - Pasien mengatakan bisa menyikat gigi sendiri tetapi diatas tempat tidur - Pasien mengatakan tidak ingin mencuci rambut sendiri - Pasien mengatakan tidak ingin mandi hanya ingin membasuh wajah sendiri **O** : - Tampak rambut dan kulit pasien berminyak, adanya ketombe pada kulit kepala - Tampak pasien menyisir rambut sendiri - Tampak warna kuning pada gigi masih ada, mulut tidak berbau, tidak adanya debri **A** : Pasien mampu mandi sendiri teratasi sebagian **P** : Lanjutkan intervensi 1. Bantuan perawatan diri : mandi/ kebersihan 2. Pemeliharaan kesehatan mulut 3. Perawatan rambut dan kulit kepala	MULYA

Minggu, 9- 4-2018	**I**	**S :** - Pasien mengatakan sesak napas, nyeri dada, batuk berlendir berkurang - Pasien mengatakan mampu mengeluarkan banyak lendir dari tenggorakan dengan teknik batuk efektif **O** : - Tidak terdengar suara napas tambahan ronchi - Terdengar suara napas dada kanan dan	MULYA

		kiri sama - Tampak pasien tidak alat bantu terpasang oksigen, pernapasan 23x/menit - Tampak pasien tidak beri posisi fowler ataupun semi folwer **A** : Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan kembali efektif **P** : Stop Intervens	
Minggu, 9- 4-2018	**II**	**S** : - Pasien mengatakan menghabiskan 1 porsi menu makanan, minum air hangat 3 gelas ± 600 cc dari rumah sakit, dan 3 potong buah papaya **O** : - Tampak pasien ada selera makan - Tampak pasien menggunakan pempers - Tampak BAB pasien berwarna kecoklatan kekuningan, konsisitensi padat dan lunak ± 500 cc **A** : Kebutuhan nutrisi pasien teratasi yakni adanya peningkatkan asupan makan **P** : Stop intervensi	MULYA
Minggu, 9- 4-2018	**III**	**S** : - Pasien mengatakan bisa menyikat gigi sendiri di kamar mandi - Pasien mengatakan mampu mencuci rambut sendiri - Pasien mengatakan mandi sendiri di kamar mandi **O** : - Tampak rambut tidak berminyak kulit pasien bersih, ketombe pada kulit kepala berkurang - Tampak warna kuning pada gigi masih ada, mulut tidak berbau, tidak adanya	MULYA

		debri **A** : Pasien mandi sendiri tercapai **P** : Stop intervensi	

H. Daftar obat

Daftar obat yang diberikan kepada pasien

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

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

f. Alasan pemberian obat :
   Obat combivent diberikan karena pasien mengalami batuk berlendir
g. Kontra indikasi :
   Kardiomiopati obstruksi hipertrofik, takiaritmia, terhadap fenoterol HBr atau substansi seperti atropine.
h. Efek samping obat :
   Tremor ringan takikardi, sakit kepala, pusing, gugup, mulut kering, iritasi tenggorokan, retensi urin (Elin, Retnosari & Joseph, 2009)

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

   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat:
      Menghambat sintesis RNA pada mikroorganisme yang peka. Berfungsi mengobati infeksi pada penderita tuberkulosis
   f. Alasan pemberian obat :
      Untuk mengatasi bakteri tuberkulosis
   g. Kontra indikasi :
      Penyakit hati aktif
   h. Efek samping obat :
      Gangguan saluran cerna seperi mual, muntah, anoreksia, diare : pada intermiten dapat terjadi sindrom influenza,

gangguan respirasi (nafas pendek), kolaps dan syok, anemia hemolitik, anemia, gagal ginjal akut, purpura, trombositopenia, gangguan fungsi hati, icterus, flushing, urtikaria, ruam,edema, kelemahan otot, miopati, leucopenia, eosinophilia, gangguan menstruasi, warna kemerahan pada urin, saliva dan cairan tubuh lainnya: tromboflebitis pada pemberian infus jangka panjang. (Elin, Retnosari & Joseph, 2009)

3. Nama obat : *Etambutol*
   a. Klasifikasi/golongan obat : Anti tuberkulosis
   b. Dosis umum : 1 tablet :100 mg, 400mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1x1 tablet/24 jam
   d. Cara pemberian : Oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi oba :
      Penghambatan sintesa RNA pada kuman yang sedang membelah, juga menghindari terbentuknya *mycolic acid* pada diding sel, berfungsi untuk menghambat pertumbuhan bakteri (Judith & April 2009).
   f. Alasan pemberian obat :
      Diberikan pada pasien sebagai antituberkulosis
   g. Kontra indikasi:
      Anak dibawah 6 tahun, neuritis optic, gangguan visual
   h. Efek samping obat:
      Neuritif optik, buta warna merah/hijau, neuritis perifer (Elin, Retnosari & Joseph, 2009).
4. Nama obat : *Pyrazinamide*
   a. Klasifikasi/golongan obat : Anti tuberculosis
   b. Dosis umum : 500 mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1x1 tablet/24 jam
   d. Cara pemberian : Oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Obat ini bekerja sebagai antibiotic dengan cara mneghentikan pertumbuhan bakteri. Berfungsi melawan *mycobacterium tuberculosis* paru

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

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

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

5. Nama obat : *Ceftriaxone*
   a. Klasifikasi/golongan obat : Antibiotik
   b. Dosis umum : 20-80mg/kgBB/hari
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 2 gram Drips/ 12 jam
   d. Cara pemberian : IV
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
      Efek bakterisid dapat menghambat pembentukan mukopeptida diding sel. Berfungsi sebgai antibiotik dalam mengobati berbagai macam infeksi
   f. Alasan pemberian obat :
      Untuk mencegah terjadinya infeksi sekunder

   g. Kontra indikasi:
      Hipersensitifitas terhadap antibiotic sefalosporon
      hipersensitifitas dengan penicillin
   h. Efek samping obat:
      - Gangguan pencernaan seperti diare, mual, muntah, stomatitis glositis

- Reaksi kulit : eksantema, dermatitis, alergi, gatal, urtikaria, bengkak dan eritema
- Perubahan hematologi : hematoma dan anemia hemolitik
- Efek samping lain yang dapat terjadi : sakit kepala, pusing, peningkatan enzim hati, oliguria dan rekasi anafilaktik (Elin, Retnosari & Joseph, 2009).

6. Nama obat : *Dexamethazone*
   f. Klasifikasi/golongan obat : Kortikosteroid
   g. Dosis umum : 5 mg/kgBB/hari
   h. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 5 ml/ 8 jam
   i. Cara pemberian : IV
   j. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
      Bekerja dengan cata mencegah pelepasan zat-zat di dalam tubuh yang menyebabkan perdangan. Berfungsi untuk mengatasi penyakit peradangan dan mengatasi mual dan muntah
   k. Alasan pemberian obat :
      Untuk mengurangi inflamasi/ peradangan yang terjadi
   l. Kontra indikasi :
      Hipersensitifitas terhadap dexamethasone, herpes simpleks pada mata, peptic ulcer aktif atau psikosis dan wanita hamil karena akan terjadi hipoadrenalisme pada bayi yang dikandung.
   m. Efek samping obat ;
      Badan terasa lelah atau lemas, gangguan tidur, sakit kepala, vertigo, keringat berlebihan, jerawat, kulit kering dan menipis serta memar, mudah haus, sering BAK, nyeri otot, nyeri sendir atau tulang, sakit perut atau perut terasa kembung, rentan infek (Judith & April 2009).
7. Nama obat : Novalgin
   c. Klasifikasi/golongan obat : analgesic atau antipiretik

d. Dosis umum : 5 mg/kgBB/hari (Judith & April 2009).
e. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 5 ml/ 8 jam
f. Cara pemberian : IV
g. Mekanisme kerja dan fungsi obat:
   Bekerja dengan cara menghalangi sintesis pirogen endogen sehingga metamizole memilki efek analgesic dan juga antiperadangan. Berfungsi sebagai penghilang/meredahkan rasa sakit, *antipasmosic* (meredakan nyeri kolik akibat kejang otot polos), meredakan peradangan dan demam
h. Alasan pemberian obat:
   Untuk mengurangi rasa nyeri
i. Kontra indikasi:
   Alergi terhadap metamizole (antalgin) dan komponen lain obat. Bayi kurang dari 3 bulan atau 5 kg BB, Wanita hamil dan menyusi, polifiria hepatik
j. Efek samping obat :
   Pusing, mulut terasa kering, gangguan darah, mual, dan gangguan fungsi hati
   (Elin, Retnosari & Joseph, 2009).

8. Nama obat : Pehadoxin
   a. Klasifikasi/golongan obat : Isoniazid (INH)
   b. Dosis umum : 400 mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : ¾ tablet/24 jam
   d. Cara pemberian :Oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
      Mengambat biosintesa asam mikolat pada dinding sel mikobakterium dan bertindak sebagai koenzim dalam metabolism protein, karbohidrat dan lemak. Berfungsi menekan pertumbuhan bakteri tuberculosis.
   f. Alasan pemberian obat
      Untuk mengobati tuberculosis pada paru serta menghambat perkembangan penyakit

g. Kontra indikasi :

   Penyakit hati yang aktif, hipersensivitas terhadap isoniazid

h. Efek samping obat :

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

   (Elin, Retnosari & Joseph, 2009).

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Dalam BAB ini akan membahas tentang kesenjangan antara konsep teori dengan kasus nyata yang ditemukan dalam pelaksanaan keperawatan pada Tn.”H” dengan kasus tuberkulosis paru yang di laksanakan selama 3 hari di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dari tanggal 6-8 April 2018. Untuk memudahkan pembahasan maka penulis membahas dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan Tn.”H” usia 31 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan keluhan yaitu batuk berlendir, sesak napas, berkeringat pada malam hari, dan demam. Batuk terjadi karena adanya iritasi/ulkus pada bronkus, berkeringat pada malam hari terjadi karena *Mycobacterium* bermetabolisme di malam hari sehingga menyebabkan terjadinya keringat yang berlebihan, demam terjadi karena adanya respon tubuh terhadap infeksi akibat bakteri tuberkulosis, ini sebagai tanda bahwa imun sedang melawan infeksi yang disebabkan oleh bakteri tersebut (Widoyono, 2011). Akan tetapi pada saat pengkajian keluhan tersebut sudah tidak dialami pasien pada saat di rumah sakit Tn.”H” mengeluh batuk berlendir disertai sesak napas, nyeri dada tembus ke belakang, berkeringat berlebihan, serta nafsu makan berkurang ditandai dengan penurunan BB.

Batuk berlendir yang terjadi pada Tn.”H” karena adanya penumpukan eksudat di alveoli sehingga menyebabkan fungsi silia menurun dan terjadi sekresi mukus meningkat, sesak napas dialami

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

Berdasarkan pengkajian keluarga mengatakan pasien 2 tahun yang lalu mengalami penyakit yang sama dan mengkonsumsi obat tuntas selama 6 bulan akan tetapi pasien tidak melakukan pemeriksaan kembali, dan pasien kembali merokok karena menganggap sudah sehat. Berdasarkan teori merokok dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga mudah terserang penyakit (salah satunya dalah tuberculosis paru) terutama pada laki-laki yang mempunyai kebiasaan merokok (Widoyono, 2011).

Berdasarkan data pengkajian pasien terdapat juga manifestasi klinis lain yang terjadi pada pasien tetapi tidak terdapat pada tinjauan teori yaitu dari data keluarga mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien mengalami bibir membiru dan penurunan kesadaran hal ini terjadi karena infeksi pada paru-paru yang disebabkan oleh bakteri tuberkulosis dan meningkatnya produksi mukus pada saluran pernapasan sehingga mengakibatkan gangguan pertukaran gas (Saydam, 2011). Penurunan kesadaran terjadi karena melalui data keluarga mengatakan pasien 3 hari minum alkohol dan merokok. Hal inilah yang menunjukkan terdapatnya kesenjangan antara teori dan temuan kasus yang didapatkan pada pasien. Adapun kesenjangan lain

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

Pada tinjauan kasus ini hasil foto x-ray toraks menunjukkan KP duplex lama aktif, hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan WBC 21.4, NEUT% 94.8, NEUT# 20,3 meningkat LYM% 3.3, LYM# 0,7 rendah hal ini terjadi karena manifestasi dari adanya infeksi pada paru-paru pasien, kemudian adanya pemeriksaan sputum BTA selama 3 hari yang mana didapatkan hasil BTA I : tidak ditemukan, BTA II: ditemukan (+) dan BTA III: ditemukan (++) Pemeriksaan BTA I pada pasien tidak ditemukan karena pada saat pengambilan sputum BTA pasien telah makan, hal ini yang mengakibatkan hasil dari BTA I tidak teranalisa adanya bakteri pada sputum pasien (Saydam, 2011).

Pada tinjauan kasus, obat-obatan yang di konsumsi pasien untuk *antituberculosis,* seperti *Rifampicin, Etambutol, Pyrazenamid,* dan *Pehadoxin* adapun obat tambahan yang diberikan *Dexamethazone* (mengurangi inflamasi/ peradangan yang terjadi),*Ceftriaxone* (Untuk mencegah terjadinya infeksi sekunder sebagai antibiotik), *Combivent (*mengencerkan secret pada jalan napas) dan *Novalgin* (mengurangi nyeri dada) (Widoyono, 2011).

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

B. Diagnosis keperawatan (Herdman & Kamitsuru, 2016)

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

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas yang berhubungan dengan mukus berlebihan. Penulis mengangkat diagnosis ini karena adanya data hasil pengkajian yaitu pasien batuk berlendir, pasien

sesak napas, hasil foto thoraks KP Dupleks lama aktif, suara napas broncoponi, dan suara napas tambahan ronchi, BTA II: ditemukan (+) dan BTA III: ditemukan (++).

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan kurang asupan makanan. Penulis mengangkat diagnosis ini karena adanya keluhan nafsu makan pasien berkurang, pasien mengalami penurunan BB, pasien kurang mengkonsumsi makanan bergizi dan berserat, pasien sudah 4 hari tidak BAB, hasi I pengukuran LILA pasien 28 cm, pasien menghabiskan ½ porsi bubur tanpa sayur dan tempe.
3. Defisit perawatan diri mandi yang berhubungan dengan kelemahan. Penulis mengangkat diagnosis keperawatan ini karena ada data dari pengkajian pasien ± 3 hari tidak mandi selama di rumah sakit, pasien tidak mampu mengambil perlengkapan mandi sendiri, pasien malas mandi, kulit kepala berketombe, rambut berminyak, kulit kurang bersih, terdapat karang gigi, kurang bersih bersih, lidah kotor, rongga mulut berbau.

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

1. Hipertermia berhubungan dengan infeksi *Mycobacterium tuberculosis*. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena pada saat pengkajian pasien tidak mengalami peningkatan suhu tubuh tetapi pada saat sebelum masuk rumah sakit fase tersebut dialami saat berada di rumah pasien.
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan adanya batuk sesak napas dan nyeri dada. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena gangguan pola tidur disebabkan oleh ketidakefektifan bersihan jalan akibat penumpukan eksudat di alveoli yang mengakibatkan pola napas pasien kurang efektif disertai nyeri karena tarikan saat batuk berlendir yang terus-menerus terjadi. Oleh karena itu apabila ketidakefektifan bersihan jalan napas

pasien mampu teratasi maka gangguan pola tidur tidak akan terjadi pada pasien.

3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan kerusakan membrane alveolar. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena penulis telah mengangkat diagnosis ketidakektifan bersihan jalan napas untuk mengatasi pola napas pasien karena produksi mukus meningkatkan di tandai dengan adanya keluhan batuk berlendir dan pemberian obat *combivent*, juga tidak dilakukan pemeriksaan AGD.
4. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan menurunnya ekspansi paru sekunder terhadap penumpukan cairan dalam rongga pleura. Penulis tidak mengangkat diangnosis ini karena penulis telah mengangkat diagnosis ketidakektifan bersihan jalan napas untuk mengatasi pola napas yang kurang efektif.
5. Risiko infeksi dengan faktor risiko: terpajan pada wabah. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena tampak keluarga pasien mengetahui bahwa penyakit yang di derita oleh pasien menular di tandai dengan keluarga menjaga pasien dengan memakai masker, keluarga menyiapkan masker di atas meja.

C. Intervensi keperawatan

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

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas yang berhubungan dengan mucus berlebihan (Herdman & Kamitsuru, 2016). Penulis membuat beberapa intervensi yaitu: monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat, lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya, buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir, instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif, auskultasi suara napas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan, berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan, monitor aliran oksigen, Posisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (misalnya posisi semi fowler atau fowler), jaga

kepala tempat tidur ditinggikan 30 sampai 45 menit setelah pemberian makan, merikan pasien mengenai jenis obat, alasan pemberian obat hasil yang diharapkan dan efek lanjutan yang akan terjadi sebelum pemberian obat, dokumentasikan pemberian obat dan resep pasien (misalnya nama generic obat, dosis, waktu, cara, alasan pemberian dan efek yang dicapai) sesuai dengan protocol (Bulechek, 2013)

2. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan Kurang asupan makanan (Herdman & Kamitsuru, 2016). Penulis membuat beberapa intervensi: tentukan jumlah kalori dan tipe nutrisi yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dengan berkolaborasi bersama ahli gizi, sesuai kebutuhan, pastikan bahwa dalam diet mengandung makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi, ajarkan pasien dan keluarga mengenai diet yang dianjurkan, anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorite pasien sementara pasien berada di rumah sakit atau fasislitas perawatan yang sesuai, monitor tanda-tanda vital, nadi, suhu dan status pernapasan, catat tanggal terakhir buang air besar terakhir, monitor buang air besar termasuk frekuensi, konsistensi, bentuk, volume, dan warna dengan cara yang tepat, berikan cairan hangat setelah makan dengan cara yang tepat, catat masalah BAB yang sudah ada sebelumnya, BAB rutin, dan penggunaan laksatif, timbang pasien pada jam yang sama setiap hari, bantu pasien untuk makan atau menyuapi pasien. (Bulechek, 2013)
3. Defisit perawatan diri mandi yang berhubungan dengan kelemahan (Herdman & Kamitsuru, 2016). Penulis membuat beberapa intervensi: monitor integritas kuit pasien, berikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu merawat diri secara mandiri, fasilitasi pasien untuk mandi sendiri, dengan tepat, fasilitasi pasien untuk menggosok gigi dengan tepat, isntruksikan dan bantu pasien membersihkan mulut setelah dan sesering mungkin, sesuai dengan

kebutuhan, monitor gigi yang meliputi warna, kebersihan dan ada tidaknya debris, dorong dan bantu pasien untuk berkumur, monitor kondisi rambut dan kulit kepala, termasuk kelainan-kelainannya (misalnya, kering, atau rambut rapuh, serangga kutu, ketombe dan defisiensi nutrisi, cuci dan kondisikan rambut, memijat sampo dan kondisioner ke kulit kepala dan rambut, Sikat atau sisir rambut dengan menggunakan sisir bergigi jarang atau dengan jari tangan, sesuai kebutuhan, menginstruksikan pasien atau orang tua mengenai perawatan rambut (misalnya, membersihkan rambut). (Bulechek, 2013)

D. Implementasi keperawatan

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

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

E. Evaluasi keperawatan (Moorhead, 2013)

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

Pada tahap ini penulis mengevaluasi pelaksanaan keperawatan berdasarkan *Nursing Outcomes Clasification* yang diberikan pada pasien selama tiga hari yaitu pada tanggal (6-8 April 2018).

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas yang berhubungan dengan mukus berlebihan. Evaluasi yang dilakukan didapatkan masalah bersihan jalan napas kembali efektif dipertahankan pada skala 2 (devisiasi cukup berat dari kisaran normal)ditingkatkan ke skala 3 (devisiasi sedang dari kisaran normal), dimana pasien mengatakan sesak napas, nyeri dada, batuk berlendir berkurang dan pola napas normal 23x/menit dan tidak terdengar suara napas tambahan, maka hal ini menunjukkan bahwa frekuensi dan irama napas pasien kembali efektif dan batuk, penggunaan otot bantu serta suara napas tambahan telah teratasi.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan kurang asupan makan. Evaluasi yang dilakukan didapatkan masalah Kebutuhan nutrisi pasien teratasi sebagian yakni adanya peningkatkan asupan makan dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala, 3(cukup terganggu), dimana Pasien mengatakan menghabiskan 1 porsi menu makanan, minum air hangat 3 gelas ± 600 cc dari rumah sakit, dan 3 potong buah papaya, tampak pasien ada selera makan. Hal ini menunjukkan bahwa hasrat/keinginan dan menyenangi makanan, serta asupan protein, lemak, karbohidrat, serat dan mineral dapat teratasi.
3. Defisit perawatan diri mandi yang berhubungan dengan kelemahan. Evaluasi yang dilakukan didapatkan Pasien mandi sendiri tercapai dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan pada skala 3 (cukup terganggu), dimana pasien mengatakan Pasien mengatakan bisa menyikat gigi sendiri di kamar mandi, mampu mencuci rambut sendiri, dan mandi sendiri di kamar mandi. Hal ini menunjukkan bahwa mandi dengan bersiram, mencuci wajah, membersihkan mulut, mengeramas dan menyisir rambut dapat teratasi.

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.”H” dengan tuberkulosis paru di ruang perawatan *ICU-ICCU* (Isolasi *HCU* bed 1) Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut:

A. Simpulan

1. Pengkajian keperawatan yang telah dilakukan pada pasien Tn.”H” dengan tuberkulosis paru. Penulis menemukan beberapa data seperti sesak, batuk berlendir, nyeri dada tembus ke belakang, suara napas tambahan ronchi di kedua lapang paru, pernapasan 60x/menit, keringat pada malam hari, nafsu makan berkurang, LILA 28 cm, malas mandi, ± 3 hari tidak mandi selama di rumah sakit, rongga mulut berbau, lidah kotor, adanya karang gigi, kulit kurang bersih, rambut berminyak, kulit kepala berketombe.
2. Diagnosis keperawatan yang ditetapkan antara lain:
   a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas yang berhubungan dengan mukus berlebih
   b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan kurang asupan makan
   c. Defisit perawatan diri: mandi yang berhubungan dengan kelemahan
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.”H” dapat diperoleh hasil evaluasi dari masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas, ketidakseimbangan nutrisi dari kebutuhan tubuh dan masalah defisit perawatan diri mandi dapat teratasi.

B. Saran

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

1. Bagi instansi RS

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

2. Bagi instansi pendidikan

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

3. Bagi pasien

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

4. Bagi Penulis

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

DAFTAR PUSTAKA

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

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

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

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

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

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

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

MRO RS. Stella Maris Makassar.2018.**Data Pasien Rawat Inap Tuberkulosis Paru.Makassar**:RS. Stella Maris

Pru Smith.2016.http://www.tbonline.info/posts/2016/10/16/global-tb-report-2016/ Diakses pada tanggal 8 mei 2018

Risman.2016.https://reliefweb.int/report/world/global-tuberculosis-paru-report-2017 Diakses pada tanggal 8 mei 2018

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

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

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

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

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

DAFTAR LEMBAR KONSUL

KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Mulya Kurnia

NIM : E1514401035

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Tn.”H” dengan Penyakit *Tuberculosis* Paru di Ruang Perawatan *ICU-ICCU* Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing : Mery Solon,Ns.,M.Kes

NO	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	TTD
1.	Kamis, 5 April 2018	BAB III - Judul kasus - Pengkajian	- Pola Gordon - Analisis Data - Diagnosis - Intervensi - Implementasi - Perbaiki Diagnosis III	
2.	Senin, 9 April 2018	BAB III - Pengkajian	- Pola Gordon - Analisis Data - Diagnosis - Intervensi - Implementasi - Evaluasi	
3.	Rabu, 25 April 2018	BAB III - Pengkajian	- Pola Gordon - Analisis Data - Diagnosis - Intervensi - Implementasi - Evaluasi	

4.	Rabu, 8 Mei 2018	BAB I - Pendahuluan BAB II - Tinjauan teoritis BAB III - Tinjauan kasus	- Latar belakang - Tujuan - Manfaat - Sistematika penulisan - Pola Gordon - Analisis Data - Diagnosis - Intervensi - Implementasi - Evaluasi - Konsep dasar medis dan keperawatan	
5.	Senin, 14 Mei 2018	BAB III - Tinjauan kasus	Pengetikan	
6.	Rabu, 16 Mei 2018	BAB IV dan BAB V	Kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus yang di dapatkan dan perbaiki saran	
7.	Selasa, 22 Mei 2018	BAB IV dan BAB V	Penulisan BAB IV dan V	
8.	Senin, 28 Mei 2018	Sampul sampai daftar pustaka	Pengetikan Sampul sampai daftar pustaka	
9.	Rabu, 30 Mei 2018	Sampul depan sampai lembaran konsul	Pengetikan	