KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *TUBERCULOSIS* PARU DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

OLEH:

FREDERICA PONYDAY IMUK (NS2314901048)
FREDERIKA KAMUMU (NS2314901049)

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

STELLA MARIS MAKASSAR

2024

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *TUBERCULOSIS* PARU DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

OLEH:

FREDERICA PONYDAY IMUK (NS2314901048)
FREDERIKA KAMUMU (NS2314901049)

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERSSEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS MAKASSAR
2024

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : 1. Frederica Ponyday Imuk (NS2314901048)

2. Frederika Kamumu (NS2314901049)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah orang lain.

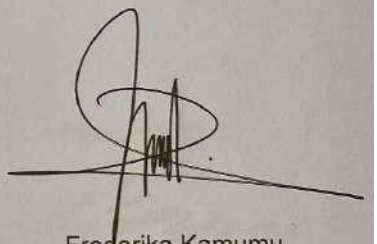
Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar,12 Juni 2024

Yang menyatakan,



Frederica Ponyday Imuk



Frederika Kamumu

ii

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Tuberculosis* Paru Di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa / NIM: 1.Frederica Ponyday Imuk (NS2314901048)
2.FrederikaKamumu (NS231490104)

Disetujui oleh

Pembimbing 1	Pembimbing 2
(Mery Solon,Ns.,M.Kes)	(Elmiana Bongga Linggi,Ns.,M.Kes)
NIDN: 0910057502	NIDN: 0925027603

Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar

Fransiska Anita E.R.S, Ns., M.Kep.,Sp.Kep.MB, PhDNS
NIDN: 0913098201

iii

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama	:	1. Frederika Ponyday Imuk (NS2314901048) 2. Frederika Kamumu (NS2314901049)
Program Studi	:	Profesi Ners
Judul KIA	:	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Tuberculosis* Paru Di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Mery Solon,Ns.,M.Kes

Pembimbing 2 : Elmiana Bongga Linggi,Ns.,M.Kes ( )

Penguji 1 : Fransiska Anita E.R.S,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB,PhDNS ( )

Penguji 2 : Euis Dedeh Komariah, Ns.,MSN ( )

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 12 Juni 2024

Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

NIDN: 0928027101

iii

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

1. Frederica Ponyday Imuk (NS2314901048)
2. Frederika Kamumu (NS2314901049)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benar

Makassar, 12 Juni 2024

Yang menyatakan

Frederica Ponyday Imuk

Frederika Kamumu

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. A.R Dengan *Tuberculosis* Paru di ruang *Intensive Care Unit* di Rumah Sakit Stella Maris Makassar”. Karya Ilmiah Akhir ini merupakan salah satu persyaratan dalam menyelesaikan kuliah program keperawatan profesi ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar. Penulis menyadari bahwa dalam proses penulisan Karya Ilmiah Akhir ini tidak lepas dari bantuan-bantuan, pengarahan, bimbingan, motivasi, serta doa dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segala ketulusan hati penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris, yang telah membimbing dan memberikan masukan kepada penulis juga memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
2. Ibu Fransiska Anita E.R. Sa”pang,Ns.,M.Kep.Sp.Kep.MB.,PhDNS selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerja sama STIK Stella Maris.
3. Ibu Elmiana Bongga Linggi,Ns.,M.Kes selaku wakil ketua bidang kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar.
4. Ibu Mery Sambo,Ns.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris.
5. Ibu Mery Solon,Ns.,M.Kes selaku Ketua Unit Pinjaman Mutu STIK Stela Maris, selaku pembimbing I, dan Ibu Ibu Elmiana Bongga Linggi,Ns.,M.Kes selaku pembimbing II yang dengan penuh kesabaran dan pengertian dalam membimbing, mendidik dan mengarahkan dan membantu penulis menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen beserta seluruh Staf pegawai STIK Stella Maris

Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberi pengarahanselama menempuh pendidikan.

7. Teristimewa kedua orang tua, dari (Frederica Pongiday Imuk), serta keluarga, dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
8. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari (Frederika Kamumu), serta keluarga, dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
9. Seluruh teman-teman seangkatan yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini. Sukses buat kita semua.

Akhir kata, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan menjadi sumber inspirasi untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas kepada pasien.

Makassar, 12 Juni 2024

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL ..... **i**
HALAMAN JUDUL ..... **ii**
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS ..... **iii**
HALAMAN PERSETUJUAN ..... **iv**
HALAMAN PENGESAHAN ..... **v**
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI ..... **vi**
KATA PENGANTAR ..... **vii**
DAFTAR ISIi ..... **x**
Halaman Daftar Gambar ..... **xi**
Daftar Lampiran ..... **xii**
Halaman Daftar Tabel ..... **xiii**
BAB I PENDAHULUAN
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan 4
1. Tujuan Umum 4
2. Tujuan Khusus 4
C. Manfaat Penulisan 4
1. Bagi Instansi RS 4
2. Bagi Profesi Keperawatan 5
3. Bagi Institusi Pendidikan 5
D. Metode Penulisan 5
E. Sistematika Penulisan 5

BAB II TINJAUN PUSTAKA
A. Konsep Dasar 7
1. Definisi 7
2. Anatomi Fisiologi 8
2. Etiologi 11
3. Patofisiologi 13
4. Manifestasi klinik 14
5. Tes diagnostik 17
6. Penatalaksanaan Medik 19
B. Konsep Dasar Keperawatan 27

1. Pengkajian 27
2. Diagnosis Keperawatan 30
3. Intervensi/Rencana Keperawatan 31
4. Perencaan Pulang (*Discharge Planning)* 39

BAB III ILUSTRASI KASUS
A. Ilustrasi Kasus 45
B. Pengkajian 47
C. Analisa Data 68
D. Diagnosa Keperawatan 70
E. Intervensi Keperawatan 71
F. Implementasi Keperawatan 76
G. EvaluasiKeperawatan 99

BAB IV PEMBAHASAN KASUS
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan 117
B. Pembahasan Penerapan EBN 123

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN
A. Simpulan 131
B. Saran 133

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Paru-paru .....

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran1: Daftar Riwayat Hidup

Lampiran2 : Lembar Konsultasi Bimbingan Karya Ilmiah Akhir

DAFTRA TABEL

Tabel 3. 1 Tabel Pengkajian Primer

Tabel 3. 2 Tabel Pemeriksaan Laboratorium

Table 3. 4 Tabel Analisa Data

Tabel 3. 5 Tabel Diagnosis Keperawatan

Tabel 3. 6 Tabel Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 7 Tabel Implentasi Keperawatan

Tabel 3. 8 Tabel Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 1 Tabel PICOT

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberculosis paru atau yang bisa juga disebut dengan *Koch Pulmonal* (KP) ditemukan oleh seorang bakteriologi bernama Robert Koch pada tahun 1882. *Tuberculosis* paru ini merupakan penyakit infeksius terutama yang terjadi pada parenkim paru, *Tuberculosis* paru merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh kuman TB yaitu *mycobacterium Tuberculosis*. Kuman *Tuberculosis* tidak hanya menyerang paru tetapi dapat juga menyerang organ tubuh lainnya. (Dewi, 2020).

Tuberculosis dapat menimbulkan komplikasi yang berbahaya dan dapat menimbulkan kematian apabila tidak diobati atau pengobatannya tidak tuntas. *Mycobacterium Tuberculosis* yang berada di udara dan kondisi fisik rumah yang kotor dan lembab merupakan faktor resiko terjadinya *Tuberculosis* paru. Penyakit *Tuberculosis* paru yang berlangsung pada saat daya tahan tubuh dalam kondisi menurun. Dalam perspektif epidemiologi melihat peristiwa penyakit sebagai hasil interaksi antara 3 komponen host, pemicu/agent serta area *environment.* Pada sisi host, kerentanan terhadap infeksi kuman TB sangat dipengaruhi oleh daya tahan tubuh seorang. Penderita HIV (*Human immonodeficiency Virus)* ataupun orang dengan status gizi yang kurang baik lebih mudah terinfeksi TB (Diantara et al., 2022). Faktor resiko terjadinya TB paru diantaranya dari sanitasi atau lingkungan pemukiman yang buruk.

Ada beberapa masalah kesehatan atau penyakit serius dan mengancam jiwa yang terjadi di seluruh dunia dan salah satunya adalah TB Paru (*Tuberculosis* Paru). Menurut *World Health Organization* (2020). Mengatakan bahwa tuberculosis paru menjadi masalah kesehatan global, terutama menyerang negara-negara berkembang. India, China dan Indonesia merupakan negara penyumbang kasus TB paru sebanyak 86%, diperkirakan ada lebih dari 845.000 kasus setiap tahunnya dari orang yang mengalami TB paru.

Laporan KEMENKES (2023), terdapat sebanyak Lebih dari 724.000 kasus TBC baru, kasus *Tuberculosis* paru yang ditemukan dan diobati pada tahun 2022. Pada tahun 2023 jumlah penderita tuberkulosis paru menurun, dengan jumlah 809.000 kasus. Pada tahun 2023 jumlah penderita Hal ini terjadi kemungkinan karena laki-laki lebih terpapar pada faktor risiko TB paru misalnya merokok dan kurangnya ketidakpatuhan minum obat. Survei ini menemukan bahwa dari seluruh partisipan laki-laki yang merokok (Kementrian Kesehatan RI, 2023). Sulawesi Selatan tahun 2022, kasus TB mencapai angka 35.210 hingga 40.075 (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Berdasarkan data yang dihimpun dari Dinas Kesehatan kota Makassar, penderita TB pada tahun 2023 mencapai 5.444 dengan angka kesembuhan 83%. Kemudian pada tahun 2020, kasus mengalami penurunan menjadi 3.250 dengan angka kesembuhan 85% dan Riskesdas (2023). Berdasarkan data yang didapatkan di Rumah Sakit Stella Maris, pada tanggal 1 Februari sampai tanggal 27 Juni 2023 jumlah pasien TB sebanyak 17 pasien yang rawat inap.

Pada umumnya TB paru menyebabkan infeksi pada saluran pernapasan yang dapat menyebabkan pasien sulit bernapas (sesak napas), bahkan saturasi oksigen bisa menurun. Hal ini

menyebabkan pasien harus mendapatkan perawatan yang intensif agar pernapasan dan saturasi pasien dapat dipantau selama 24 jam oleh perawat.

Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan bertujuan sebagai tindakan untuk mengurangi sesak dengan pengaturan posisi semi fowler 30 derajat. Semi fowler 30 derajat merupakan pengaturan posisi pasien setengah duduk di tempat tidur untuk meningkatan saturasi oksigen serta membantu fungsi penghantaran oksigen dalam tubuh.Peran perawat secara promotif dilakukan dengan cara memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit TB Paru kepada pasien, keluarga dan masyarakat sehingga dapat meningkatkan pengetahuan terkait penyakit TB Paru. Dalam upaya preventif perawat menganjurkan untuk menggunakan masker, memastikan rumah memiliki sirkulasi udara yang baik, menerapkan etika batuk, dan menerapkan pola hidup yang sehat seperti tidak merokok dan berolahraga, serta menerima vaksin BCG. Peran perawat dalam upaya kuratif yaitu patuh dalam melakukan pengobatan rutin selama 6 bulan, ketika penderita yang tidak rutin mengomsumsi OAT dapat mengakibatkan kuman TB kebal terhadap OAT. Sehingga, penderita TB resisten terhadap OAT. Hal ini dapat menyebabkan kondisi penderita semakin memburuk dan harus mengganti obat serta mengulangi pengobatannya Peran perawat dalam upaya rehabilitatif adalah menganjurkan pasien untuk melakukan evaluasi kondisi rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik mengangkat Karya Ilmiah Akhir (KIA) dalam bentuk “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Tuberculosis* Paru di *Ruang Intensive Care Unit* Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

   Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Tuberkulosis Paru.

2. Tujuan Khusus

   Adapun tujuan khusus penulisan karya tulis akhir ini, diharapkanpenulis mampu :

   a. Mengkaji dan menganalisa data pada pasien dengan penyakit *Tuberculosis* Paru
   b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien denganpenyakit *Tuberculosis* Paru
   c. Menyusun intervensi/rencana keperawatan pasien denganpenyakit *Tuberculosis* Paru
   d. Melakukan implementasi keperawatan pasien dengan penyakit *Tuberculosis* Paru
   e. Membuat evaluasi keperawatan pasien dengan penyakit *Tuberculosis* Paru

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi RS

   Karya Ilmiah Akhir ini dapat menjadi bahan masukkan demi meningkatkan mutu pelayanan khususnya dalam mencegah penularan *Tuberculosis* paru.

2. Bagi Profesi Keperawatan

   Dapat menjadi bahan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan,

keterampilan serta menambahkan pengalaman dan dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Tuberculosis* Paru.

3. Bagi Institusi Pendidikan

   Sebagai bahan acuan atau referensi guna menambah pengetahuan bagi peserta didik dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Tuberculosis* Paru.

4. Bagi Profesi Keperawatan

   Dapat menjadi bahan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan, keterampilan serta menambahkan pengalaman dan dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan TB Paru.

5. Bagi Institusi Pendidikan

   Sebagai bahan acuan atau referensi guna menambah pengetahuan bagi peserta didik dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan TB Paru.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini penulis menggunakan metode deskriptif dengan menggunakan pendekatan sebagai berikut:

1. Kepustakaan

   Mempelajari literatur-literatur yang berkaitan atau relevan denganKarya Ilmiah Akhir ini

2. Internet

   Mencari artikel-artikel yang berkaitan dengan Karya Ilmiah Akhir ini

3. Dalam studi kasus keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, perumusan diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pada pasien dengan *Tuberculosis* Paru di Rumah

Sakit

4. Studi dokumentasi

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

E. Sistematika Penulisan

Penulisan Karya Ilmiah Akhir ini disusun secara sistematis dalam beberapa BAB yang terdiri dari : BAB I Pendahuluan (latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan), BAB II Tinjauan Pustaka (konsep dasar medik yang meliputi defenisi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan medik, komplikasi) dan konsep dasar keperawatan yang terdiri dari pengkajian diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, dan perencanaan pulang, BAB III Tinjauan Kasus (pengamatan kasus, pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi serta daftar obat pasien)

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Definisi

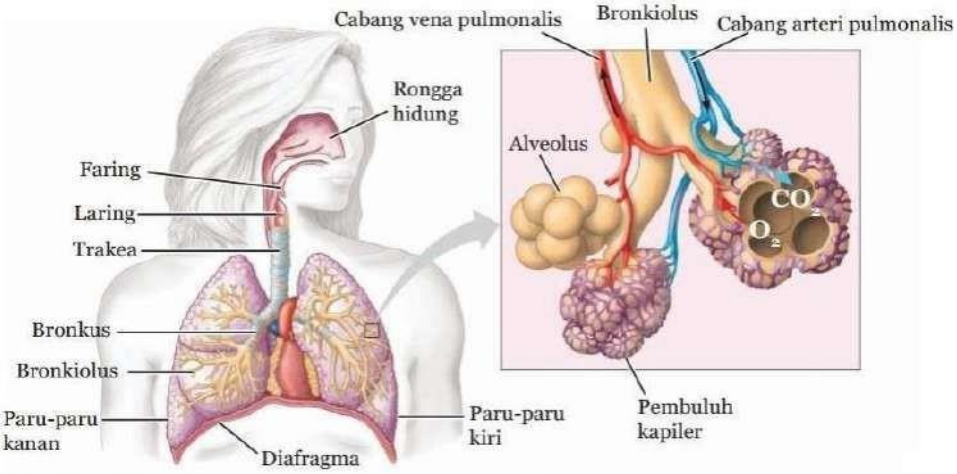
Tuberculosis atau TBC adalah penyakit yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* di paru. Kondisi ini, kadang disebut juga dengan TB paru. Bakteri *Tuberculosis* yang menyerang paru menyebabkan gangguan pernapasan, seperti batuk kronis dan sesak napas (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Tuberculosis paru merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* pada umumnya menyerang paru dan sebagian menyerang diluar paru, seperti kelenjar getah bening (kelenjar), kulit, tulang, selaput otak (Darmin, 2020).

Tuberculosis paru adalah penyaki menular yang disebabkan oleh kuman *tuberculosis* paru (*mycobacterium Tuberculosis*). tuberkulosis paru adalah penyakit yang dapat menular melalui udara (airbone disease), yang akan dihirup ke dalam paru, kemudian kuman dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lain melalui sistem peredaran darah, sistem limfe, melalui saluran pernapasan (bronkus) atau penyebaran langsung ke bagian tubuh lainnya (Suriya, 2018).

Dari pengertian diatas disimpulkan bahwa penyakit TB Paru adalah penyakit yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* yang menyebabkan gangguan pernapasan, seperti batuk dan sesak serta poses penyebarannya melalui udara (*airbone disease)*

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 1. *Paru-paru (Maharani, 2019).*

a. Anatomi

1) Trakea

Trakea atau tenggorokan merupakan bagian paru-paru yang berfungsi menghubungkan laring dengan bronkus. Panjang trakea 9-11 cm dan dibelakang terdiri dari jaringan ikat yang dilapisi oleh otot polos. Trakea pada manusia terdiri dari jaringan tulang rawan yang dilapisi oleh sel epitel bersilia yang menghasilkan lendir. Silia yang terdapat pada trakea ini berguna untuk menyaring udara yang akan masuk menjerat partikel-partikel debu yang masuk ke dalam paru-paru. Hal ini bertujuan untuk membersihkan saluran pernapasan. Trakea terletak di depan saluran esofagus mengalami percabangan di bagian ujung menuju ke paru-paru yang memisahkan trakea dan bronkus kiri dan kanan (Nurmalasari, 2020).

2) Bronkus

Bronkus merupakan saluran yang terdapat pada rongga dada, hasil dari percabangan trakea yang

menghubungkan paru-paru bagian kiri dengan paru-paru bagian kanan. Bronkus bagian sebelah kanan bentuknya lebih lebar, pendek serta lebih lurus, sedangkan bronkus bagian sebelah kiri memiliki ukuran lebih besar yang panjangnya sekitar 5 cm jika dilihat dari asalnya bronkus dibagi menjadi dua, yaitu bronkus primer dan bronkus sekunder (Nurmalasari, 2020). Berikut adalah organ percabangan dari bronkus yaitu:

a) Bronkiolus merupakan cabang-cabang dari bronkus segmental. Bronkiolus mengandung kelenjar submukosa yang memproduksi lendir yang membentuk selimut tidak terputus untuk melapisi bagian dalam jalan napas.

b) Bronkiolus terminalis merupakan percabangan dari bronkiolus. Bronkiolus terminalis mempunyai kelenjar lendir dan silia.

c) Bronkiolus respiratori merupakan cabang dari bronkiolus terminalis. Bronkiolus respiratori dianggap sebagai saluran transisional antara lain jalan napas konduksi dan jalan udara pertukaran gas.

d) Duktus alveolar dan sakus alveolar. Bronkiolus respiratori kemudian mengarah ke dalam duktus alveolar dan sakus alveolar, kemudian menjadi alveoli.

3) Alveolus

Terdapat 150 juta alveolus di paru-paru orang dewasa. Alveolus dikelilingi oleh jaringan kapiler padat. Pertukaran gasdi paru (respirasi eksternal) berlangsung di membran respiratorik. Surfaktan adalah cairan fosfolipid yang mencegah alveolus mengalami kolaps saat ekspirasi.

Darah yang kaya karbondioksida dipompa dari seluruh tubuh masuk ke dalam pembuluh darah alveolaris, melalui proses difusi ia melepaskan karbondioksida dan menyerap oksigen (Bioladwiko et al., 2022).

4) Paru-paru

Terdapat dua paru-paru masing-masing terletak disamping garis di rongga thoraks. Paru kanan di bagi menjadi 3 lobus yaitu superior, medialis, dan inferior. Paru kiri berukuran lebih kecil, lobus kiri terdiri dari 2 lobus kiri terdiri dari 2 lobus yaitu superior dan inferior. Tiap lobus dibungkus oleh jaringan elastis yang mengandung pembuluh limfe, arteriola, venula, bronkial, ductus alveolar dan alveoli.

5) Pleura

Pleura merupakan lapisan berupa membran yang melapisi paru-paru dan memisahkannya dengan dinding dada bagian dalam. Pada keadaan normal, cavum pleura ini hampa udara sehingga paru-paru kembang kempis dan juga terdapat sedikit cairan (eksudat) yang berguna untuk meminyaki permukaan pleura, menghindari gesekan antara paru-paru dan dinding dada sewaktu ada gerakan napas. Pleura adalah sebuah membran serosa yang terlipat dan membentuk dua lapis membran yaitu pleura visceral yang melekat pada paru, membungkus tiap lobus dan memisahkan lobus, kemudian pleura parietal yang menempel di dalam dinding dada dan permukaan torasik diafragma (Roswati et al., 2023).

b. Fisiologi

1) Transportasi Oksigen

Oksigen diedarkan ke seluruh tubuh melalui sirkulasi darah dan menarik karbondioksida. Sel memiliki kapiler sehingga memungkinkan terjadinya pertukaran oksigen dan karbondioksida dengan mudah. Oksigen berdifusi dari kapiler melalui dinding kapiler ke cairan interstitial. Melalui titik ini dia berdifusi melalui membran sel jaringan, dimana dia digunakan oleh mitokondria untuk respirasi sel. Pergerakan karbondioksida terjadi melalui difusi ke arah yang berlawanan dari sel ke darah.

2) Proses Pernapasan (difusi)

Setelah terjadi pertukaran oksigen dan karbondioksida di jaringan kapiler darah memasuki vena sistemik (disebut darah vena) dan berjalan ke sirkulasi paru. Konsentrasi oksigen dalam darah di dalam kapiler paru-paru lebih rendah dari pada di kantung udara paru-paru (alveoli). Sehingga menyebabkan oksigen akan berdifusi dari alveoli ke darah. Pergerakan udara yang keluar dan masuk dari saluran udara (ventilasi) secara terus menerus mengisi kembali oksigen dan menghilangkan karbondioksida dari saluran udara di paru-paru. Seluruh pertukaran gas yang terjadi antara udara di alveoli dengan darah dan sel-sel tubuh disebut respirasi.

3) Perfusi Paru

Perfusi paru adalah aliran darah yang sebenarnya melalui sirkulasi paru. Darah akan di pompa ke paru-paru oleh ventrikel kanan melalui arteri pulmonalis. Arteri pulmonalis ini akan membela menjadi cabang kanan dan kiri untuk memasok semua bagian dari setiap paru. Sekitar 2% dari darah yang dipompa oleh ventrikel kanan

tidak mengalir ke kapiler alveolar.

2. Etiologi

Ada beberapa jenis bakteri yang berkaitan erat dengan infeksi *Tuberculosis* misalnya *Mycobacterium Tuberculosis, Mycobakterium bovis, Mycobakterium africanum, Mycobacteriummicoti dan Mycobacterium cannetti.*

Mycobacterium Tuberculosis adalah bakteri yang paling sering ditemukan dan penyebab utama terjadinya penyakit *tuberculosis* yang menular antara manusia melalui udara dengan droplet nucleus (1-5 *micron*) yang keluar ketika seseorang batuk, bersin atau bicara (Pradipta et al., 2022).

Kelompok *Mycobacterium* selain *Mycobacterium Tuberculosis* yang menimbulkan gangguan pada saluran pernapasan dikenal dengan MOTT (*Mycobacterium other than Tuberculosis*) yang terkadang mengganggu penegakan diagnosis dan pengobatan

Tuberculosis Sifat kuman *Mycrobacterium Tuberculosis* menurut Alhawaris dan Tabri, (2020) adalah sebagai berikut:

a. Berbentuk batang, panjang 1-10 mikron, lebar 0,2-0,6 mikron
b. Bersifat tahan asam
c. Tahan terhadap suhu 4°C-7°C
d. Sangat peka terhadap panas, sinar matahari dan sinar ultra violet. Pada dahak dengan suhu 30-37°C akan mati dalam waktu kurang lebih 1 minggu.
e. Kuman dapat bersifat dormant.

Menurut (Sikumbang et al., 2022) ada beberapa faktor seperti faktor pendukung/predisposisi dan faktor pencetus/presipitasi sebagai berikut :

1. Faktor predisposisi
   a. Jenis kelamin

      Berdasarkan jenis kelamin, jumlah kasus baru TB paru tahun 2017 pada laki-laki 1,4 kali lebih besar daripada perempuan. Hal ini terjadi karena riwayat merokok dan minum alkohol dapat menurunkan sistem pertahanan tubuh, sehingga wajar jika perokok dan peminum alkohol sering disebut agen dari penyakit TB paru.

   b. Umur

      Umur menjadi salah satu faktor terjadinya peningkatan kasus TB. Hal ini karena semakin bertambahnya usia seseorang maka akan semakin rentan dan beresiko tertular TB paru, hal ini karena sistem imunologi seseorang akan menurun seiring bertamhbahnya usia. Pada usia juga terjadi proses degenerasi dan hal tersebut juga terjadi pada sistem imun tubuh yang mudah terjangkit.

2. Faktor presipitasi
   a. Merokok

      Seseorang yang memiliki kebiasaan merokok akan mengalami penurunan fungsi silia akibat dari zat yang beracun seperti karbon monoksida, nikoti dan tar serta toksin lainnya yang dihirup ke dalam sistem pertahanan tubuh akan menjadi lemah sehingga hal inilah yang memudahkan bakteri *Tuberculosis* masuk ke dalam tubuh dan menginfeksi saluran pernapasan.

a. Lingkungan

Bakteri penyebab *Tuberculosis* paru bisa hidup tahan lama di ruangan berkondisi gelap, lembab, dingin dan tidak memiliki ventilasi yang baik. Lingkungan seperti ini menjadi tempat berkembang biak bakteri sehingga sangat memudahkan terjadinya infeksi.

b. Memiliki kontak erat dengan orang yang memiliki penyakit TB aktif yang infeksius

3. Patofisiologi

Kuman *Tuberculosis* paru yang masuk kedalam tubuh melalui udara pernapasan. Bakteri yang terhirup akan dipindahkan akan melalui jalan napas ke alveoli, tempat dimana mereka berkumpul dan memulai untuk memperbanyak diri.

Sistem imun tubuh berespon dengan melakukan reaksi inflamasi. Ketika terjadi inflamasi akan mengakibatkan penumpukan eksudat dalam alveoli sehingga menyebabkan kerusakan dinding alveoli, kerusakan ini dapat menimbulkan terjadinya disfungsi pada pertukaran karbondioksida dan oksigen, sehingga menimbulkan masalah pola napas tidak efektif dan gangguan pertukaran gas (Sari et al., 2020).

Selain itu proses inflamasi dapat menimbulkan peningkatan produksi sputum sehingga mengakibatkan akumulasi mukus di jalan napas, hal ini membuat pasien lebih sering batuk dan menimbulkan masalah bersihan jalan napas tidak efektif. Peradangan yang terjadi juga mempengaruhi hormon leptin yang terlibat dalam pengaturan berat badan, hal ini akan berpengaruh pada penurunan nafsu makan yang terjadi melalui mekanisme peningkatan

ativitas sel akibat proses peradangan sehingga akan menyebabkan peningkatan metabolisme dan peningkatan sitokin pro inflamasi yang terjadi pada pasien dengan TB Paru.

Pada penderita TB Paru terjadi peningkatan hormon leptin. Leptin merupakan hormon penekan nafsu makan pada keadaan ini pasien akan mengalami defisit nutrisi. Infeksi awal biasanya terjadi 2 sampai 10 minggu. Massa jaringan baru yang disebut granuloma merupakan gumpalan basil yang masih hidup dan sudah mati dikelilingi oleh makrofag dan membentuk dinding protektif granuloma diubah menjadi jaringan fibrosa bagian sentral dari fibrosa ini disebut turbekel (Kurniawaty & Sunarmi, 2022).

Setelah pemajanan dan infeksi awal individu dapat mengalami penyakit aktif karena tidak adekuatnya sistem imun tubuh. Turbekel memecah melepaskan bahan seperti keju ke dalam bronki. Turbekel yang pecah akan membentuk jaringan parut sehingga paru-paru yang terinfeksi menjadi lebih membengkak.

4. Manifestasi klinik

Pada stadium awal penyait TB Paru tidak menunjukkan tanda dan gejala yang spesifik. Namun seiring dengan perjalanan penyakit akan menambah jaringan parunya mengalami setelah pemajanan dan infeksi awal individu dapat mengalami penyakit aktif karena tidak adekuatnya sistem imun tubuh. Turbekel memecah melepaskan bahan seperti keju ke dalam bronki. Turbekel yang pecah akan membentuk jaringan parut sehingga paru-paru yang terinfeksi menjadi lebih membengkak. kerusakan sehingga dapat meningkatkan produksi sputum yang ditunjukkan dengan seringnya klien batuk sebagai bentuk

kompensasi pengeluaran dahak.

Selain itu klien dapat merasa letih, lemas, berkeringat pada malam hari dan mengalami penurunan berat badan. Secara rinci tanda dan gejala TB Paru dapat dibagi menjadi 2 yaitu: gejala sistematik dan gejala respiratorik.

a. Gejala sistemik

1) Demam

Demam adalah salah satu gejala yang sering dijumpai biasanya dapat timbul pada sore dan malam hari yang mirip demam influenza yang bersifat hilang timbul.

2) Gejala sistemik lainnya

Gejala sistemik lain yakni, keringat malam, anoreksia, penurunan berat badan, serta malaise. Timbulnya gejala ini, biasanya dalam beberapa minggu – bulan.

b. Gejala respiratorik

1) Batuk

Batuk baru timbul apabila proses penyakit telah melibatkan bronkus. Batuk mula-mula terjadi oleh karena iritasi bronkus, selanjutnya akibat adanya peradangan pada bronkus maka batuk akan menjadi produktif. Batuk produktif ini berguna untuk membuang produk-produk ekskresi peradangan. Dahak dapat bersifat mukoid atau purulent.

2) Batuk darah

Batuk darah terjadi akibat pecahnya pembuluh darah. Berat dan ringannya batuk darah yang timbul, tergantung dari besar kecilnya pembuluh darah yang pecah. Batuk darah tidak selalu timbul akibat pecahnya aneurisma pada dinding kapitas, juga

dapat terjadi karena ulserasi pada mukosa bronkus. Batuk darah inilah yang paling sering membawa penderita berobat ke dokter.

3) Sesak napas

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

4) Nyeri dada

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

Menurut Hasan et al., (2023). *Tuberculosis* Paru secara klasik dibagi menjadi:

a) *Tuberculosis* primer, yaitu terjadi infeksi pada penderita yang sebelumnya belum pernah terpajan *dengan Mycobacterium Tuberculosis* Paru.

b) *Tuberculosis* Paru sekunder, yaitu terjadi infeksi berulang pada penderita yang sebelumnya pernah terpajan dengan *Myobacterium Tuberculosis* Paru. Hal ini terjadi karena penurunan imunitas, misalnya karena malnutrisi, penggunaan alkohol, penyakit maligna, diabetes hiv aids dan gagal ginjal. *Tuberculosis* Paru adalah penyakit menular yang menyerang organ paru-paru, biasanya disebabkan oleh *Myobacterium Tuberculosis* Paru, bakteri ini juga dapat menyebar hampir ke setiap bagian tubuh lainnya.

5. Tes diagnostik

a. Basil Tahan Asam

Pemeriksaan ini untuk menentukan adanya *mycrobacterium Tuberculosis.* Pemeriksaan ini dilakukan tiga kali yaitu, dahak sewaktu datang, dahak pagi, dan dahak sewaktu kunjungan kedua. Jika didapatkan hasil kedua positif, maka

pemeriksaan BTA dinyatakan positif. Apabila satu kali positif, dua kali negatif maka akan dilakukan pemeriksaan ulang. Jika pada pemeriksaan ulang akan di dapatkan satu kali positif maka dikatakan BTA negatif (Febriani et al., 2022).

b. Foto Thorax

Menunjukan adanya infiltrasilesi pada paru – paru bagian atas, adanya timbulnya kalsium, atau adanya penumpukan cairan (Nurmalasari, 2020).

c. Biopsi jaringan Paru

Menampakkan sel–sel yang besar yang dapat diindikasikan, terjadinya nekrosis (Rafa et al., 2021).

d. Tes Tuberkulin

Tes ini dikakukan untuk menunjukan reaksi imunitas yang timbul setelah 4-8 minggu seseorang terkena infeksi pertama (Rafika et al., 2022).

e. Pemeriksaan Laboratorium

Pada pemeriksaan laboratorium dilakukan pemeriksaan darah rutin, yakni :

1) Pemeriksaan laju endapan darah normal atau meningkat terjadi pada proses limfositosis.
2) Leukosit dapat normal atau sedikit meningkat pada proses *Tuberculosis* paru aktif
3) Hemoglobin (pada tuberkulosis berat sering disertai dengan adanya anemia yang di sebabkan karena defisiensi zat besi (Shatri et al., 2019).

f. Tes Cepat Mokuler

Tes cepat molekuler TCM GeneXpert merupakan pemeriksaan molekuler secara otomatis dan terintegrasi semua langkah Polymerase Chain Reactor (PCR) berdasarkan uji *Deoxyriboneucleic acid* (DNA) untuk

mendeteksi bakteri tuberkulosis dan sekaligus mendeteksi resistensi bakteri tersebut terhadap rifampisin.

6. Penatalaksanaan Medik

a. Farmakologi

Menurut Sumirawati (2021) penatalaksanaan medis pada pasien *Tuberculosis* paru adalah pemberian OAT KDT (kombinasi dosis tetap) yaitu, tablet yang di berikan dengan kombinasi beberapa jenis obat OAT dengan dosis tetap yang akan di konsumsi selama 6–12 bulan. Kesesuaian pemberian OAT adalah, jenis obat yang digunakan, terbukti memiliki efektifitas untuk pasien tuberkulosis paru, serta sudah sesuai dengan standar pengobatan. Adapun dosis yang diterima oleh pasien adalah:

1) Isoniasid (H)

Dikenal dengan INH, bersifat bakterisid, dapat membunuh 90% populasi kuman dalam beberapa hari pertama pengobatan. Obat ini sangat efektif terhadap kuman dalam keadaan metabolic aktif, yaitu kuman yang sedang berkembang. Dosis harian yang dianjurkan 5mg/kg, sedangkan untuk pengobatan intermitten 3 kali seminggu diberikan dengan dosis 10mg/kg BB.

2) Rifampisin (R)

Bersifat bakterisid, dapat membunuh kuman semi-dormant (persisten) yang tidak dapat dibunuh oleh Isoniasid. Dosis 10mg/kg BB diberikan sama untuk pengobatan harian maupun intermitten 3 kali seminggu.

3) Pirasinamid (Z)

Bersifat bakterisid, dapat membunuh kuman yang

berada dalam sel dengan suasana asam. Dosis harian yang dianjurkan 25mg/kg BB, sedangkan untuk pengobatan intermitten 3 kali seminggu diberikan dengan dosis 35mg/kg BB.

4) Streptomisin (S)

Bersifat bakterisid. Dosis harian yang diajurkan 15mg/kg BB sedangkan untuk pengobatan intermitten 3 kali seminggu digunakan dosis yang sama. Penderita berumur sampai 60 tahun dosisnya 0,75 gr/hari, sedangkan untuk berumur 60 tahun atau lebih diberikan 0,50 gr/hari.

5) Etambutol (E)

Bersifat sebagai bakteriostatik. Dosis harian yang dianjurkan 15mg/kg BB sedangkan untuk pengobatan intermitten 3 kali seminggu digunakan dosis 30mg/kg BB.

Adapun penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada proses penyembuhan *Tuberculosis* adalah sebagai berikut. (Kemenkes RI, 2019).

1) Prinsip pengobatan *Tuberculosis* paru Obat Anti *Tuberculosis* (OAT) adalah komponen terpenting dalam pengobatan *Tuberculosis* paru. Pengobatan *Tuberculosis* paru adalah merupakan salah satu upaya paling efisien untuk mencegah penyebaran lebih lanjut dari kuman *Tuberculosis* paru.

Pengobatan yang adekuat harus memenuhi prinsip:

a) Pengobatan diberikan dalam bentuk paduan OAT yang tepat mengandung minimal 4 macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi.

b) Diberikan dalam dosis yang tepat.

c) Ditelan secara teratur dan diawasi secara langsung oleh PMO (Pengawas Menelan Obat) sampai selesai pengobatan.

d) Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup terbagi dalam tahap awal serta tahap lanjutan untuk mencegah kekambuhan.

2) Tahapan pengobatan *Tuberculosis* paru harus selalu meliputi pengobatan tahap awal dan tahap lanjutan denganmaksud :

a) Tahap awal

Pengobatan diberikan setiap hari. Paduan pengobatan pada tahap ini adalah dimaksudkan untuk secara efektif menurunkan jumlah kuman yang ada dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh dari sebagian kecil kuman yang mungkin sudah resisten sejak sebelum pasien mendapatkan pengobatan. Pengobatan tahap awal pada semua pasien baru, harus diberikan selama 2 bulan. Pada umumnya dengan pengobatan secara teratur dan tanpa adanya penyulit, daya penularan sudah sangat menurun setelah pengobatan selama 2 minggu pertama.

b) Tahap lanjutan

Pengobatan tahap lanjutan bertujuan membunuh sisasisa kuman yang masih ada dalam tubuh, khususnya kuman persisten sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan. Durasi tahap lanjutan selama 4 bulan. Pada fase lanjutan seharusnya obat diberikan setiap hari. Pasien berusia diatas 60 tahun tidak mentoleransi

lebih dari 500-700 mg perhari, beberapa pedoman merekomendasikan dosis mg/kg BB pada pasien dengan kelompok usia ini. Pasien dengan berat badan dibawah 50 kg tidak dapat mentoleransi dosis lebih dari 500-750 mg perhari. Bila hasil sputum BTA positif pada bulan kelima atau pada akhir pengobatan menandakan pengobatan gagal dan perlu dilakukan diagnosis cepat TB MDR sesuai alur diagnosis TB MDR. Pada pencatatan, kartu TB 01 ditutup dan hasil pengobatan selanjutnya dinyatakan sebagai tipe pasien “Gagal”. Pengobatan selanjutnya dinyatakan sebagai tipe pasien “Pengobatan setelah gagal”. Bila seseorang pasien didapatkan TB dengan resistan obat maka pengobatan dinyatakan “Gagal” kapanpun waktunya. Pada pasien dengan sputum BTA negatif di awal pengobatan dan tetap negatif pada akhir bulan kedua pengobatan, maka tidak diperlukan lagi pemantauan dahak lebih lanjut. Pemantauan klinis dan berat badan merupakan indikator yang sangat berguna (Palele Beatris, 2022).

b. Non Farmakologi

Menurut Somantri, (2017) penatalaksanaan secara non farmakologis untuk tuberkulosis yaitu sebagi berikut:

1) Pengelolaan Non-Farmakologi dilakukan dengan cara melakukan pendidikan penderita dan peran serta keluarga. Banyak penderita TB Paru yang mengalami kegagalan dalam pengobatannya, ini dikarenakan kasus putus obat yang sering terjadi. Hal ini di picu oleh beberapa sebab antaranya, kurangnya penjelasan dari dokter seberapa pentingnya berobat secara teratur dalam jangka

waktu tertentu, kurangnya kesadaran klien sendiri, biaya pengobatan yang mahal, masalah masalah sosial dan budaya juga berpengaruh.

2) Mengkonsumsi Makanan bergizi

Salah satu penyabab munculnya penyakit TBC adalah kekurangan gizi seperti mineral dan vitamin. Maka dari itu akan sangat penting bilamana penderita secara rutin mengkonsumsi makanan bergizi, makanan bergizi tersebut seperti buah, sayur dan ikan laut. Akan tetapi hindari buah yang banyak mengandung lemak jahat atau gas seperti buah nangka, buah durian, kedondong dan buah nanas.

3) Berolahraga secara rutin

Mungkin hampir semua penyakit dapat ditangani dengan melakukan olahraga secara rutin, dan begitu juga untuk penyakit TBC ini. jika penderita bisa olahraga secara rutin misal jogging atau senam, maka akan membantu peredaran darah dan metabolisme dalam tubuh menjadi lancar sehingga virus penyebab TBC tidak akan mampu berkembang atau duplikasi diri menjadi banyak (Bagaskara,2019).

7. Komplikasi

a. Bronkopneumonia

Fagosit (neutrofil dan makrofag) menelan banyak bakteri, limpospesifik-tuberculosis melisi (menghancurkan) basil dan jaringan normal. Reaksi jaringan ini mengakibatkan penumpukan eksudat dalam alveoli, menyebabkanbronkopneumonia (Ida, 2020).

b. Efusi pleura

Antigen MT yang masuk ke dalam rongga pleura berinteraksi dengan sel-sel T, dan segera tersensitisasi oleh MT tersebut. Hal ini menyebabkan reaksi hipersensitivitas tipe lambat danakumulasi cairan

c. Malnutrisi

Malnutrisi pada TB terjadi akibat perubahan metabolik serta perubahan konsentrasi leptin dalam darah. Perubahan metabolik yang terjadi adalah proses anabolic block, penurunan nafsu makan, malabsorbsi nutrisi dan malabsorbsi mikronutrisi.

d. Anemia

Bakteri TB yang terus menumpuk dalam darah akan merusak parenkim paru sehingga produksi sputum akan terus meningkat dan bisa mengakibatkan rusaknya pembuluh darah dan menimbulkan gejala hemoptoe. Hemoptoe atau batuk darah yang tidak terkontrol akan membuat kadar hemoglobin menurun (Tomastola et al., 2022).

2. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pengkajian Primer pada pasien *Tuberculosis* menurut mardalena (2022)

1) Breathing

Inspeksi : Bentuk dada dan gerakan pernapasan. Tampak kurus sehingga terlihat adanya penurunan proporsi diameter bentuk dada antero-posterior dibandingkan proporsi diameter lateral, adanya ketidakseimbangan rongga dada,

pelebaran intercostal space karena adanya efusi pleura massif atau penyempitan intercostal space karen atelektasis paru. Mengalami sesak nafas, peningkatan frekuensi nafas, menggunakan otot bantu nafas dan juga gerakan pernafasan menjadi tidak simetris.

Palpasi : adanya pergeseran trakhea, adanya penurunan gerakan dinding pernafasan, adanya penurunan taktif fremitus pada klien dengan TB paru, biasanya ditemukan pada klien yang disertai komplikasi efusi pleura masif

Perkusi : TB paru tanpa komplikasi ditemukan bunyi resonan atau sonor pada seluruh lapang paru, sedangkan TB paru dengan komplikasi didapatkan bunyi redup sampai pekak pada sisi yang sakit. Dan apabila disertai pneumotoraks didapatkan bunyi hiperresonan.

Auskultasi : akan didapatkan bunyi paru tambahan (ronkhi) pada sisi yang sakit. Apabila dengan komplikasi akan ditemukan penurunan resonan vokal pada sisi yang sakit.

2) Blood

Pada klien dengan TB Paru akan didapatkan :

Inspeksi : inspeksi tentang adanya parut (menandakan bahwa klien pernah menjalani operasi jantung sebelumnya) dan keluhan kelemahan fisik.

Palpasi : denyut nadi melemah.

Perkusi : batas jantung mengalami pergeseran pada TB paru dengan efusi pleura masif mendorong kesisi sehat.

Auskultasi : tekanan darah biasanya normal. Tidak di dapatkan bunyi jantung tambahan.

3) *Brain*

Pada penderita TB paru biasanya ditemui kesadaran composmentis, adanya sianosis perifer apabila klien mengalami gangguan perfusi jaringan yang berat. Klien biasanya tampak dengan wajah meringis, menangis, merintih, merengang dan mengeliat. Pada mata biasanya nampak konjungtiva anemis pada penderita dengan hemoptoe masif dan kronis, sklera ikterik apabila klien mengalami gangguan fungsi hati.

4) *Bladder*

Perawat perlu mengkaji adanya oliguria karena ini bisa berhubungan dengan tanda syok. Urine klien akan berwarna jingga pekat dan berbau karena meminum OAT terutama Rifampisin.

5) *Bowel*

Klien mengalami penurunan nafsu makan, dan penurunan berat badan.

6) *Bone*

Aktivitas sehari-hari berkurang banyak pada klien dengan TB paru. Gejala yang muncul biasanya kelemahan, kelelahan, insomnia, pola hidup menetap, dan jadwal olahraga menjadi tidak teratur.

b. Pengkajian sekunder

1) Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

Data subjektif: Pasien mengatakan mempunyai

riwayat penyakit DM, merokok, memiliki keluarga dengan riwayat penyakit tuberculosis, berkomunikasi dengan orang yang terkena tuberculosis, minum alkohol dan penggunaan obat-obatan steroid, pasien mengatakan sesak, batuk produktif/non produktif, pasien mengatakan batuk berdarah, sesak nafas, sakit dada, demam naik turun, pasien mengatakan berkeringat.

Data objektif: Tampak mulut pasien hitam, pasien lemah, gelisah, meringis, sesak, tampak batuk berdarah, menggunakan otot bantu pernapasan, sianosis, terdengar bunyi napas tambahan, tampak warna kulit pucat, kulit teraba hangat, tampak berkeringat, nadi teraba kuat/lemah, tanda-tanda vital abnormal.

2) Pola Nutrisi dan Metabolik

Data subjektif : Anoreksia, tidak enak diperut, penurunan berat badan.

Data objektif: Turgor kulit jelek, kulit kering/berisik, kehilangan lemak subkutan

3) Pola Eliminasi

Data subjektif : Penurunan frekuensi urine, oliguria

Data objektif : Abdomen kembung, diare atau konstipasi

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Data subjekif: Rasa lemah cepat lelah, aktivitas bera timbul. Sesak (nafas pendek).

Data objektif: Takikardia, takipnea/dispnea saat kerja, irritable, sesak (tahap, lanjut; infiltrasi radang sampai setengah paru).

5) Pola Tidur dan Istirahat

Data subjektif: Sulit tidur, menggigil, berkeringat pada malam hari

Data objektif: Sering menguap, gelisah, lemas

6) Pola Persepsi Kognitif

Data subjektif: Sakit kepala, penglihatan kabu, muda lupa

Data objektif:Gangguan status mental, penurunan lapang perhatian, gangguan proses berfikir, tingkat kesadaran menurun

7) Pola persepsi dan Konsep Diri

Data subjektif: Harga diri rendah, perasaan tidak berdaya

Data objektif: Sering marah-marah, cemas

8) Pola Peran dan Hubungan Sesama

Data subjektif: Pasien takut bersosialisasi karena takut menularkan penyakitnya, terjadi perubahan peran, menyendiri.

Data objektif: Lemas, murung, suka menyendiri

9) Pola Reproduksi dan Seksualitas

Data subjektif: Masalah seksual yang berhubungan dengan penyakitnya

Data objektif: Penurunan libido, infertibilitas

10) Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress

Data subjektif: Faktor stress lama, masalah keuangan, perasaan tak berdaya/tak ada harapan.

Data objektif: Menyangkal (selama tahap dini),

ansietas,ketakutan, mudah tersinggung.

11) Pola Nilai dan Kepercayaan

Data subjektif: Tekanan spiritual yang terjadi saat sakit

Data objektif: Tampak sering berdoa, perlengkapan ibadah tersedia, sulit beribadah dengan tenang akibat batuk dan nyeri dada.

2. Diagnosis Keperawatan

Menurut Wahdi Achmad & Retno Dewi (2021). Diagnosis untuk *Tuberculosis* Paru yaitu :

a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (mis: kelemahan otot pernapasan) (D.0005)
b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan mokus dalam jumlah berlebihan, eksudat dalam jalan alveoli, sekresi bertahan/sisa sekresi (D.0001).
c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient (D.0019)
d. Hipertermia berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme, proses penyakit (mis. Infeksi) (D.0130)
e. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (D.0057)

Dalam penyusunan diagnosa menggunakan teori yang telah disusun oleh PPNI dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2017).

3. Intervensi/Rencana Keperawatan

Adapun Perencanaan Keperawatan yang disusun untuk mengatasi permasalahan yang dialami oleh penderita Tuberkulosis Paru yaitu:

a. Diagnosis keperawatan I:

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (mis: kelemahan otot pernapasan)

1) SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka Pola Napas (L.01004) membaik dengan kriteriahasil:
   a) Dispnea cukup menurun
   b) Penggunaan otot bantu napas cukup menurun
   c) Pemanjangan fase ekspirasi cukup menurun
   d) Frekuensi napas cukup membaik

2) SIKI: Pemantauan respirasi (1.01014)
   a) Observasi
      1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas
         R/ Mengetahui frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas pasien
      2) Monitor kemampuan batuk efektif
         R/ Mengetahui kemampuan batuk efektif pasien
      3) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
         R/ Mengetahui kesimetrusan ekspansi paru pasien
      4) Auskultasi bunyi napas
         R/ Mengetahui kesimetrusan ekspansi paru pasien
      5) Monitor saturasi oksigen

R/ Mengetahui adanya perubahan saturasi oksigen pasien.

b) Terapeutik

1) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien

R/ Mengetahui perkembangan kondisi pasien

2) Dokumentasikan hasil pemantauan

R/ Mengetahui fokus keperawatan dan mengevaluasi hasil keperawatan serta sebagai tanggung gugat perawat

c) Edukasi

1) Ajarkan teknik batuk efektif

R/ Untuk memaksimalkan ventilasi serta dapat mempermudah pengeluaran secret.

d) Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik.

R/ Untuk menurunkan kekentalan secret sehingga sekret dapat dengan mudah keluar.

b. Diagnosis keperawatan II:

Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas, eksudat dalam jalan alveoli, sekresi bertahan/sisa sekresi (D.0001)

1) SLKI : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka bersihan jalan napas (L.01001) meningkat dengan kriteria hasil:

a) Batuk efektif meningkat

b) Produksi sputum menurun
c) Gelisah menurun
d) Frekuensi napas Membaik
e) Pola napas membaik

2) SIKI: Manejemen jalan napas (1.01011)
   a) Observasi
      1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
         R/ Untuk mengetahui keabnormalan pada pasien
      2) Monitor bunyi napas tambahan
         R/ Untuk mengetahui adanya bunyi napas tambahan pada pasien.
      3) Monitor sputum
         R/ Untuk mengetahui jumlah dan warna sputum serta dapat di gunakan untuk pemeriksaan laboratorium untuk melihat adanya bakteri.

   b) Terapeutik
      1) Posisikan semi fowler atau fowler
         R/ Untuk membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya napas.
      2) Berikan minum hangat
         R/ Untuk membantu mengencerkan sputum atau sekret yang tertahan.
      3) Berikan oksigen
         R/ Untuk membantu membebaskan jalan napas serta mencegah terjadinya obstruksi atau sumbatan pada jalan napas.

c) Edukasi

1) Ajarkan teknik batuk efektif

R/ Untuk memaksimalkan ventilasi serta dapat mempermudah pengeluaran secret.

d) Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik

R/ Untuk menurunkan kekentalan secret sehingga sekret dapat dengan mudah keluar.

c. Diagnosis keperawatan lV:

Hipertermia berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme,proses penyakit (mis. Infeksi)

1) SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka termoregulasi (L.14134) membaik dengan kriteria hasil:
   a) Pucat menurun
   b) Suhu tubuh membaik
   c) Suhu kulit membaik
2) SIKI: Manajemen hipertemia (1.15506)
   a) Observasi
      1) Identifikasi penyebab hipertermie

         R/ Untuk mengetahui penyebab terjadinya demam.

      2) Monitor suhu tubuh

         R/ Untuk mengukur, mencatat, dan memproses dan mengkomunikasikan untuk menegakkan diagnosa

b) Terapeutik

1) Sediakan Lingkungan yang dingin

R/ Untuk mencegah terjadinya peningkatan suhu tubuh

2) Berikan cairan oral

R/ Untuk menghindari terjadnya dehidrasi pada pasien

3) Longgarkan atau lepaskan pakaian

R/ Untuk meningkatkan sirkulasi tubuh sehingga suhu tubuh kembali normal

d. Diagnosis keperawatan IV : Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis

1) SLKI : Setelah dilakukan intervensi keperawatn selama 3x24 jam maka toleransi aktivitas (L.05047) membaik dengan kriteria hasil :

a. Frekuensi meningkat
b. Kekuatan Tubuh bagian atas meningkat
c. Kekuatan tubuh meningkat
d. Keluhan lelah menurun
e. Dispnea saat beraktivitas menurun

2) SIKI : Manajemen energi (1.05178)

a) Observasi

1) Identifikasi gangguan fungsi tu uh yang mengakibatkan kelelahan

R/ mengidentifikasi pencetus terjadinya kelelahan dan rencana tindakan berikutnya yang dapat dilakukan

2) Monitor kelelahan fisik dan emosional

R/ untuk mengetahui koping pasien

3) Monitor pola dan jam tidur

R/ Untuk menghindari kelelahan akibat kurang istirahat

b) Terapeutik

1) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif

R/ Membantu meningkatkan rentang gerak klien dalam beraktivitas

2) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan

R/ memberikan rasa nyaman pada klien

3) Fasilitasi duduk ditempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

R/ Mengurangi resiko jatuh/sakit pada klien

c) Edukasi

1) Anjurkan tirah baring

R/ Istirahat yang lebih dan mengurangi aktivitas dapat memulihkan energi kembali

2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

R/ Melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot dan sendi.

d) Kolaborasi

1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

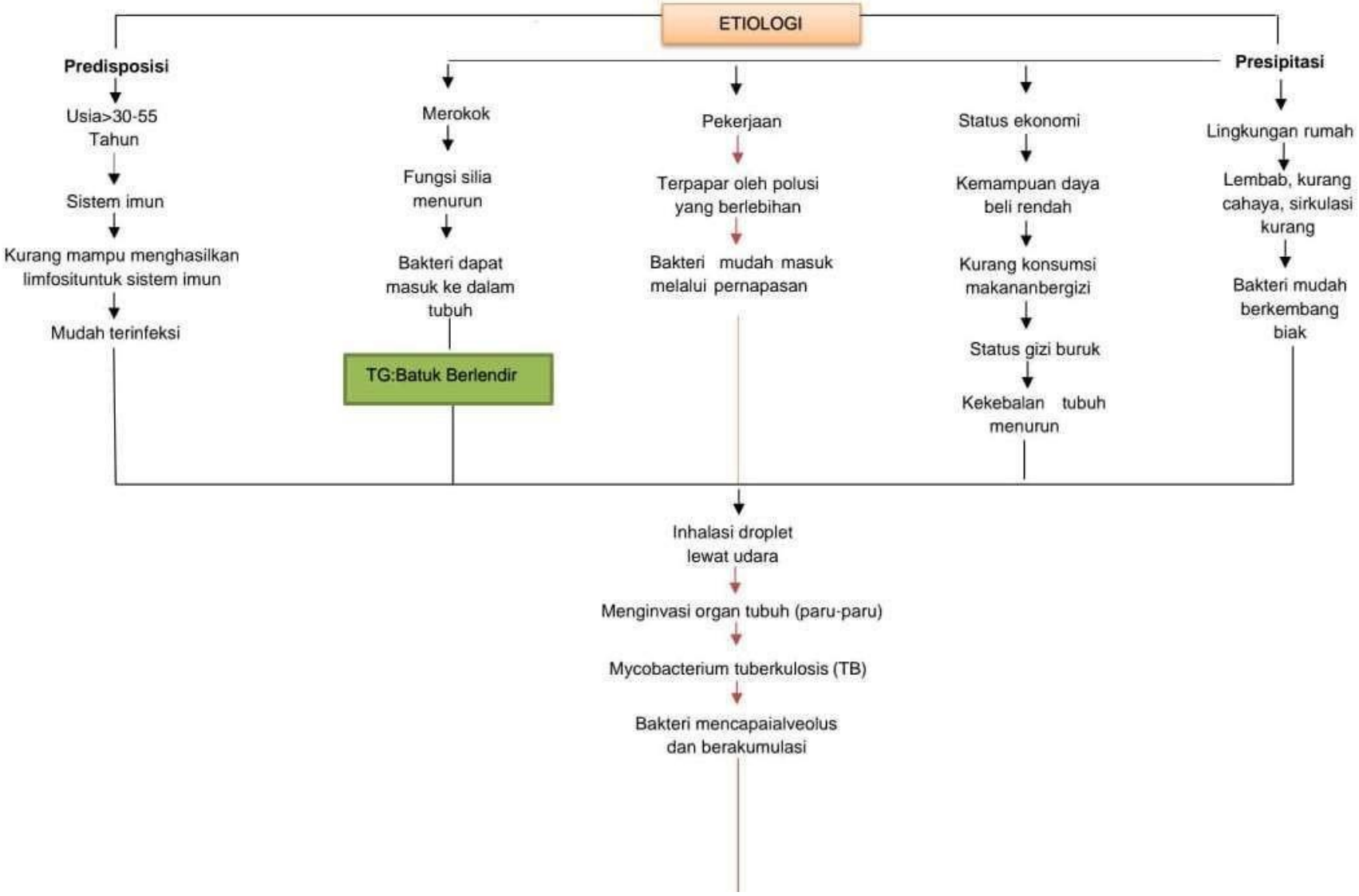
R/ Pemberian gizi ynag cukup dapat meningkatkan energi klien

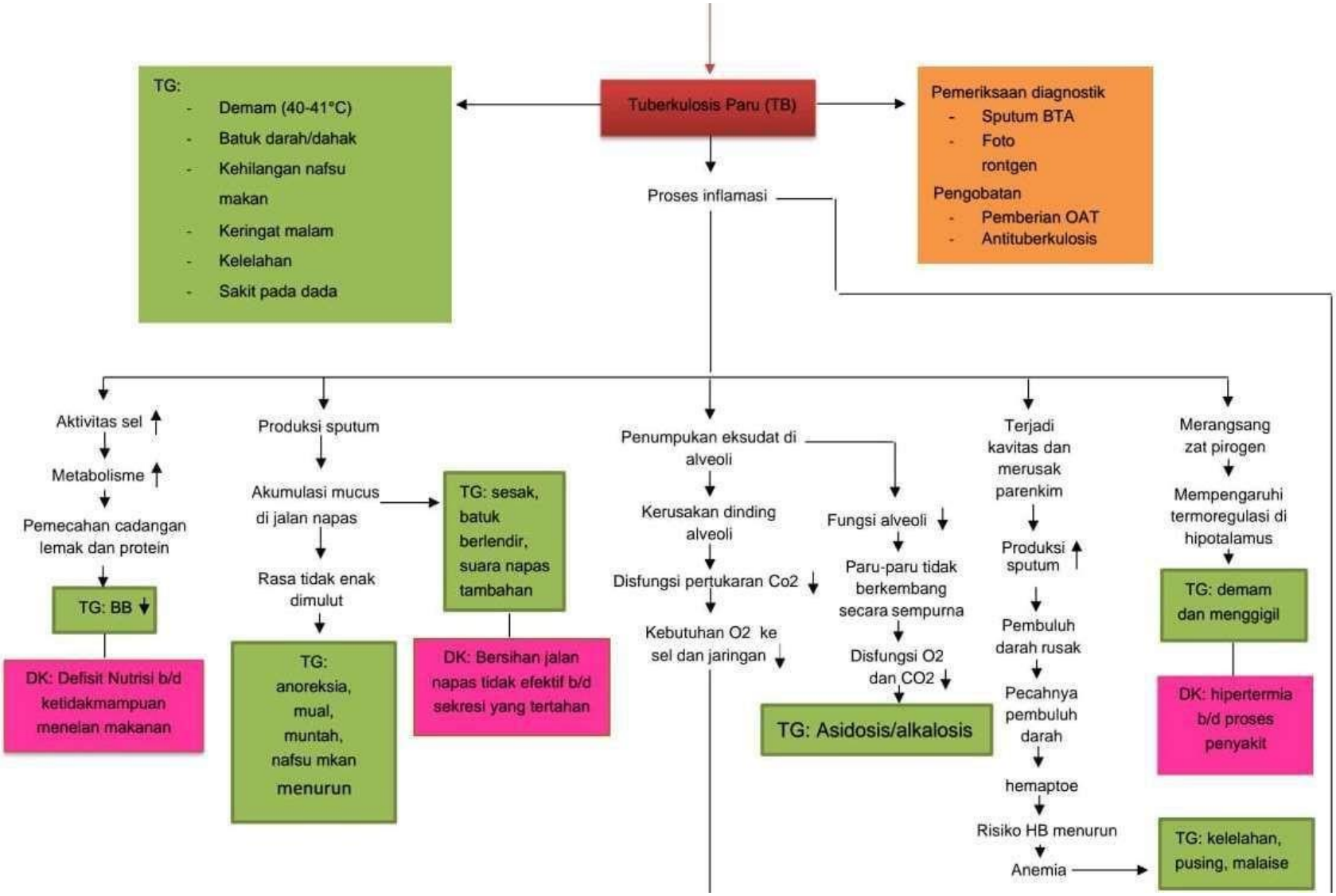
4. Perencaan Pulang *(Discharge Planning)*

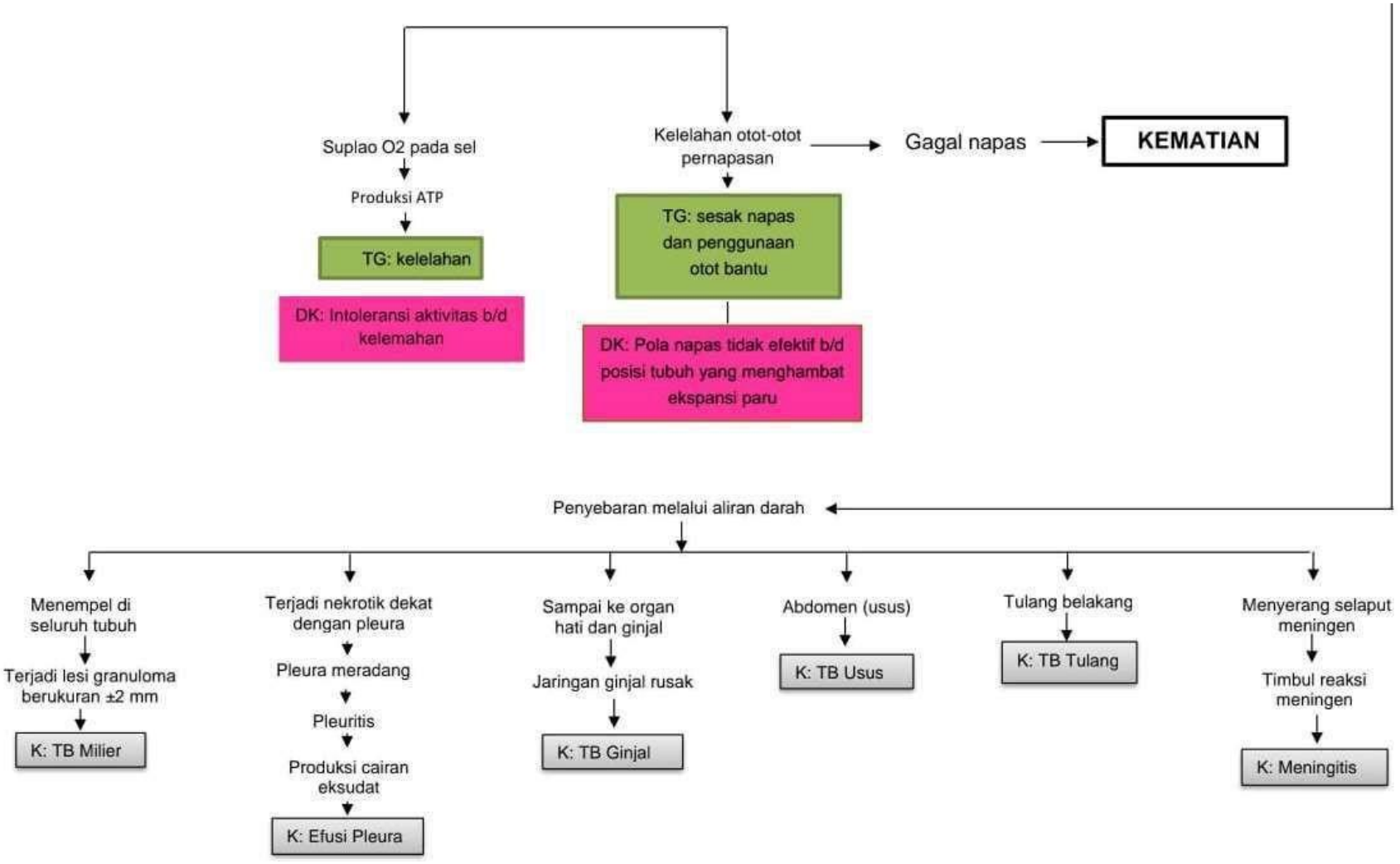
Menurut Guyton & Hall, (2016) ada beberapa penyuluhan yang perlu diberikan perawat kepada pasien dan keluarga untuk pertimbangan perawatan di rumah, sebagai berikut:

a. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala perburukan penyakit atau kekambuhan penyakit Tuberkulosis Paru

b. Menjelasken tentang Obat: Beritahu klien dan keluarga tentang daftar nama obat dosis, waktu pemberian obat, efek samping obat, serta menjelaskan agar tidak putus dalam minum obat, menjelaskan peraturan meminum obat OAT yang diberikan dan dampak jika tidak teraturdalam minum obat.


ETIOLOGI
Predisposisi
Usia>30-55 Tahun
Sistem imun
Kurang mampu menghasilkan limfosituntuk sistem imun
Mudah terinfeksi
Merokok
Fungsi silia menurun
Bakteri dapat masuk ke dalam tubuh
TG:Batuk Berlendir
Pekerjaan
Terpapar oleh polusi yang berlebihan
Bakteri mudah masuk melalui pernapasan
Status ekonomi
Kemampuan daya beli rendah
Kurang konsumsi makananbergizi
Status gizi buruk
Kekebalan tubuh menurun
Presipitasi
Lingkungan rumah
Lembab, kurang cahaya, sirkulasi kurang
Bakteri mudah berkembang biak
Inhalasi droplet lewat udara
Menginvasi organ tubuh (paru-paru)
Mycobacterium tuberkulosis (TB)
Bakteri mencapaialveolus dan berakumulasi


TG:
- Demam (40-41°C)
- Batuk darah/dahak
- Kehilangan nafsu makan
- Keringat malam
- Kelelahan
- Sakit pada dada
Tuberkulosis Paru (TB)
Pemeriksaan diagnostik
- Sputum BTA
- Foto rontgen
Pengobatan
- Pemberian OAT
- Antituberkulosis
Proses inflamasi
Aktivitas sel
Metabolisme
Pemecahan cadangan lemak dan protein
TG: BB
DK: Defisit Nutrisi b/d ketidakmampuan menelan makanan
Produksi sputum
Akumulasi mucus di jalan napas
Rasa tidak enak dimulut
TG: anoreksia, mual, muntah, nafsu mkan menurun
TG: sesak, batuk berlendir, suara napas tambahan
DK: Bersihan jalan napas tidak efektif b/d sekresi yang tertahan
Penumpukan eksudat di alveoli
Kerusakan dinding alveoli
Disfungsi pertukaran Co2
Kebutuhan O2 ke sel dan jaringan
Fungsi alveoli
Paru-paru tidak berkembang secara sempurna
Disfungsi O2 dan CO2
TG: Asidosis/alkalosis
Terjadi kavitas dan merusak parenkim
Produksi sputum
Pembuluh darah rusak
Pecahnya pembuluh darah
hemaptoe
Risiko HB menurun
Anemia
TG: kelelahan, pusing, malaise
Merangsang zat pirogen
Mempengaruhi termoregulasi di hipotalamus
TG: demam dan menggigil
DK: hipertermia b/d proses penyakit


Suplao O2 pada sel
Produksi ATP
TG: kelelahan
DK: Intoleransi aktivitas b/d kelemahan
Kelelahan otot-otot pernapasan
Gagal napas
KEMATIAN
TG: sesak napas dan penggunaan otot bantu
DK: Pola napas tidak efektif b/d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru
Penyebaran melalui aliran darah
Menempel di seluruh tubuh
Terjadi lesi granuloma berukuran ±2 mm
K: TB Milier
Terjadi nekrotik dekat dengan pleura
Pleura meradang
Pleuritis
Produksi cairan eksudat
K: Efusi Pleura
Sampai ke organ hati dan ginjal
Jaringan ginjal rusak
K: TB Ginjal
Abdomen (usus)
K: TB Usus
Tulang belakang
K: TB Tulang
Menyerang selaput meningen
Timbul reaksi meningen
K: Meningitis

BAB III

ILUSTRASI KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien Tn. A umur 66 tahun, jenis kelamin laki-laki, agama islam, pekerjaan wiraswasta masuk Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 25 April 2024 pada pukul 13:30 WITA dengan keluhan sesak napas disertai nyeri, sejak 4 hari yang lalu. Pasien dirujuk ke ICU di ruang isolasi dengan diagnosa medis TB Paru, diagnosa saat pengkajian yaitu TB Paru.

Pada tanggal 25 April 2024 pengkajian di ruang ICU pasien mengeluh batuk berlendir bercampur darah, nyeri dada sebelah kiri tembus belakang, nyeri dirasakan tertusuk-tusuk dan hilang timbul dengan skala 4 dan memberat saat pasien bernafas dan pasien tampak sesak. Pasien mengalami penurunan berat badan yang drastis sejak 3 bulan dari BB 74 Kg menjadi BB pasien 51 kg (IMT=16,65). Pasien memiliki riwayat DM sejak 15 tahun yang lalu. Pasien memiliki kebiasaan merokok.

Tampak kesadaran pasien compos mentis dengan GCS 15 (M6,V5,E4), tampak pasien dalam posisi semifowler. Tampak pasien pucat, teraba akral dingin, tampak pasien batuk berlendir bercampur bercak darah. Terdengar suara napas tambahan ronchi diseluruh lapang paru kiri. Observasi tanda-tanda vital TD: 90/80 mmHg, N: 70x/menit, P: 34 x/menit, S: 36 ^{0}C, SPO2: 93%, BB= 51kg.

Dari hasil pemeriksaan radiologi pada tanggal 25 April 2024 didapatkan hasil pemeriksaan foto thorax dengan kesan KP Dupleks lama aktif dan hasil pemeriksaan laboratorium darah dengan hasil RBC 4.25^6uL, HGB 11.8 g/dL, HCT 33.1%, MCV 77.9 fL, LYMPH # 0.70^3uL. Hasil pemeriksaan echocardiografi: LVEF: 65% Hasil pemeriksaan GDS 400mg/dL

FORMAT LAPORAN KASUS

RUANG *INTENSIVE CARE*

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa : Frederica Ponyday & Frederika Kamumu

Tanggal : 25 April 2024

Nama Pasien/Umur : Tn A.R/66 Tahun

Diagnosa Medis : *Tuberculosis* paru

1. Pengkajian primer

Breath **(B1)**	Pergerakan dada	Pergerakan dada simetris kanan dan kiri
	Pemakaian otot bantu napas	Ada pasien menggunakan cuping hidung
	Palpasi	a. Vocal Fremitus : Teraba getaran dada kiri lemah b. Nyeri Tekan : Tidak ada nyeri tekan c. Kreptasi : Tidak ada krepitasi
	Perkusi	Redup Lokasi : Paru Kiri
	Batuk	Produktif
	Sputum	Ada bercampur bercak darah
	Alat bantu napas	Ada Jenis : NRM 15 lpm
	Lain-lain	a. 34x/menit b. SpO2 93% c. Hasil foto Thorax Kesan KP dupleks lama aktif Efusi pleura kiri minimal
Blood	Suara jantung	Tunggal

(2)	Irama jantung	Reguler
	CRT	CRT ≥3 detik
	JYP	Normal, 5-2 cmH20
	Edema	Tidak ada
	EKG	Tidak ada
	Lain-lain	Sinus Rhytm
		a. TTV : TD : 90/80 mmHg Nadi : 70x/menit b. Terpasang infus NACL 24 tetes/menit c. GDS : 400 mg/dL
Brain **(B3)**	Tingkat kesadaran	a. Kualitatif Composmentis b. Kuantitatif (GCS) E : 4 V : 5 M : 6
	Reaksi pupil: a. Kanan b. Kiri	 Ada, diameter 3 mm Ada, diameter 3 mm
	Refleks biologis	a. Reflex biceps: positif b. Reflex triceps: positif c. Reflex patella: positif d. Reflex sachiles: positif e. Reflex brachialis: positif
	Refleks patologis	a. Reflex Babinski: negatif b. Kaku kuduk: negatif c. Kerning sign: negatif d. Lateral sign: negatif
	Meningeal sign	Tidak ada
	Lain-lain	Tidak ada

Bladder **(B4)**	Urin	a. Jumlah 500cc/24 jam b. Warna Kuning Pekat
	Kateter	Ada, Hari ke 1 Jenis : kateter biasa no 16 dengan panjang 22 cm
	Kesulitan BAK	Tidak ada
	Lain-lain	Tidak ada nyeri tekan dibagian suprarubis
Bowel **(B5)**	Mukosa bibir	Mukosa Bibir kering
	Lidah	Lidah bersih
	Keadaan gigi	Keadaan gigi lengkap
	Nyeri telan	Tidak ada nyeri telan
	Abdomen	Tidak ada distensi abdomen
	Peristaltik usus	Peristaltik usus 15x/menit
	Mual	Tidak ada mual
	Hematemesis	Tidak ada hematemesis
	Menela terpasang NGT	Tidak terpasang NGT
	Terpasang colostomy bag	Tidak terpasang colostomy bag
	Diare	Tidak mengalami diare
	Konstipasi	Tidak mengalami kosntipasi
	Asites	Tidak mengalami asites
	Lain-lain	Tidak ada
Bone **(B6)**	Tugor	Turgor kulit menurn
	Perdarahan kulit	Tidak ada pendarahan
	Icterus	Tidak ada icterus
	Akral	Teraba dingin
	Pergerakan sendi	Bebas
	Fraktur	Tidak ada fraktur

	Luka	Tidak ada luka

B. Diagnosa Keperawatan (berdasarkan data yang diperoleh saat pengkajian primer)

B-1 : Bersihan jalan napas berhubungan dengan hipersekresi jalan napas

B-2 : Tidak ada masalah ditemukan

B-3 : Tidak ada masalah ditemukan

B-4 : Tidak ada masalah ditemukan

B-5 : Tidak ada masalah ditemukan

B-6 : Tidak ada masalah ditemukan

2. Pengkajian sekunder

1. Pengkajian Pola Kesehatan
    a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan
        1) Keadaan sebelum sakit

        Keluarga pasien mengatakan kesehatan itu penting, Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai kebiasaan merokok sejak SMA. Keluarga mengatakan jarang memeriksakan kesehatannya. Jika pasien mengalami sakit ringan seperti mual, muntah, sakit kepala, tegang pada leher, pasien hanya beristirahat di rumah, jika tidak kunjung sembuh dalam 3 hari pasien membeli obat di apotik tanpa resep dokter. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat TB paru pada tahun 2018 namun tidak tuntas dalam pengobatan. Keluarga pasien juga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit DM kurang lebih 15 tahun yang lalu dan jarang memeriksakan gula darahnya.

        2) Riwayat penyakit saat ini :
            a) Keluhan utama : Sesak napas

b) Riwayat keluhan utama

Keluarga pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien mengeluh sesak napas sejak ± 2 minggu disertai nyeri dada, mual muntah sejak 4 hari yang lalu, pasien juga mengatakan batuk berlendir bercampur darah sejak ± 1 bulan, keluarga mengatakan sesak napas pasien memberat saat beraktivitas dan pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke IGD, setelah dilakukan beberapa tindakan dokter menginstruksikan untuk dipantau diruang ICU. Pada saat pengkajian pasien tampak sesak, pasien mengatakan susah mengeluarkan dahak, pasien juga mengatakan masih merasa nyeri dibagian dada sebelah kiri tembus kebelakang dengan skala nyeri 4 dan nyeri terasa tertusuk-tusuk dan hilang timbul dan tampak ekspresi wajah pasien meringis kesakitan, tampak pasien kurang bertenaga, tampak pasien lesu, dan tampak pasien tidak mampu beraktivitas. Dari hasil observasi tanda-tanda vital TD: 90/80 mmHg, N: 70x/menit, P: 34 x/menit, S: 360C akral pasien teraba dingin dan hasil pemeriksaan GDS 400 mg/dl , SPO2 : 93%, GCS : M6V5E4

c) Riwayat penyakit yang dialami

Pasien mengatakan memiliki riwayat DM kurang lebih 15 tahun yang lalu, pasien juga mengatakan memiliki riwayat TB paru tahun 2018 namun tidak tuntas dalam pengobatan.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga dan pasien mengatakan dalam keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit yang sama yang dialami pasien saat ini. Pasien juga mengatakan dalam keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi dan juga Diabetes Melitus, atau penyakit menular lainnya

e) Pemeriksaan Fisik

1) Kebersihan rambut: Rambut bersih, tidak berbau, warna rambut hitam dan sedikit beruban

2) Kulit kepala : Tidak ada lesi dan ketombe

3) Kebersihan kulit : kulit besih

4) Hygyen rongga mulut: rongga mulut pasien bersih dan tidak ada sairawan

5) Kebersihan genetalia : tidak dikaji

6) Kebersihan anus : tidak dikaji

b. Pola nutrisis Dan metabolik

1. Keadaaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit, pasien makan 3x sehari dan dapat menghabiskan 1 sampai 2 porsi makanan dengan menu makanan yang bervariasi seperti daging, ikan, sayuran tempe tahu dan nasfu makan baik, serta tidak ada pantangan dalam hal makanan, pasien mengatakan suka makan daging-dagingan. Pasien mengatakan suka mengkonsumsi coto, Pasien mengatakan minum kurang lebih 5-8 gelas per hari. Pasien masih sering minum dan makan makanan manis. Pasien

mengatakan tiap pagi mengtakan tiap pagi minum teh hangat dipagi hari. Keluarga pasien mengtakan berat badan sebelum sakit yaitu 74 kg.

2. Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit. Pasien makan 3x dalam sehari dengan porsi sedikit. Pasien mengatakan porsi minumnya lebih sedikit dari seblum sakit. Pasien mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan selama 3 bulan terakhir yaitu dari 74 kg sekarang menjadi 51kg

Observasi

Pasien kurus, IMT =16,65. Membran mukosa pucat, GDSpasien 400 mg/Dl

3. Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan rambut : rambut besrsih, tidak berbau
b) Hidrasi kulit : Finger print kembali >4 detik
c) Palpebra/congjungtiva: tidak edema, congjungtiva anemis
d) Sclera : Tidak ikterik
e) Hidung: Bersih, tidak ada secret atau mucus, tidak ada lesi, simetris kiri dan kanan
f) Rongga mulut: Mulut kering dan kotor
g) Gusi: Tidak ada peradangan atau sariawan, berwarna merah muda
h) Gigi: Gigi berwarna agak kekuningan, ada caries gigi
i) Gigi palsu: Tidak ada gigi palsu
j) Kemampuan mengunyah keras : Pasien mampu mengunyah keras
k) Lidah : Lidah kotor

l) Pharing: Tidak ada peradangan

m) Kelenjar getah bening: Tidak ada pembesaran getah bening

n) Kelenjar parotis: Tidak ada pembesaran kelenjar parotis

o) Abdomen:

1) Inspeksi : Perut datar
2) Auskultas : Peristaltik usus 15 kali/menit
3) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
4) Perkusi : Terdengar suara thympani

p) Kulit :

1) Edema : Negatif
2) Icterik : Positif
3) Tanda-tanda radang: Tidak ada tanda tanda radang
4) Lesi : Tidak ada lesi

q) intake & Output :

Intake 1x24 jam : 300ML (minum) + 500 ml + 20 ml (obat-obatan dan cairan infus) : 620

Output 1x24 jam : 500 cc (Urine) + IWL : 765ml

c. Pola Eliminasi

1. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit tidak mengalami masalah dalam BAB dan BAK, pasien BAB sebanyak 1-2 kali sehari dengan konsistensi keras dan berwarna kuning, dan BAK 4-6 kali sehari dengan urin berwarna kuning jernih, dan berbau khas urin.

2. Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan selama sakit juga tidak ada gangguan pada BAB dan BAK, keluarga pasien

mengatakan pasien BAK dibantu dengan kateter urine dan BAB menggunakan pampers di atas tempat tidur

Observasi:

Pasien terpasang kateter urine, urine bag terisi 500cc/24Jam, dan berwarna kuning pekat

3. Pemeriksaan fisik:
   a) Peristaltik usus : 15 x/menit
   b) Palpasi kandung kemih : Kosong
   c) Nyeri ketuk ginjal : Negatif
   d) Mulut uretra : Tidak dikaji (pasien pria)
   e) Anus:
      1) Peradangan : Tidak dikaji
      2) Hemoroid : Tidak dikaji
      3) Fistula : Tidak dikaji

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1. Keadaan sebelum sakit:

   Keluarga pasien mengatakan bekerja sebagai pedagang.

   Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit sering berolahraga seperti jalan pagi.

   Keluarga pasien mengatakan pasien sering mengangkat beban berat dan melakukan pekerjaanya sendiri.

2. Keadaan sejak sakit:

   Keluarga pasien mengatakan semenjak sakit pasien berhenti bekerja sejak 1 bulan yang lalu karena pasien merasa sesak dan nyeri jika melakukan aktivitas yang berat, dan aktivitasnya dibantu oleh keluarga karena pasien merasa lemas.

   Observasi :

   Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga.

   a) Aktivitas harian:
      1) Makan : 2

0: mandiri
1: bantuan dengan alat
2 : bantuan orang
3: bantuan alat danorang
4: bantuan penuh

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

b) Postur tubuh : Tidak dikaji
c) Gaya jalan : Tidak dikaji
d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada
e) Fiksasi: Tidak ada
f) Tracheostomi: Tampak tidak terpasang tracheostomi

3. Pemeriksaan fisik
a) Tekanan darah
Berbaring : 90/80 mmHg

Duduk : Tidak Terlaksana

Berdiri : Tidak terlaksana
Kesimpulan : Hipotensi ortostatik : Negatif
b) HR : 70x/menit
c) Kulit :
Keringat dingin : Ada

Basah: Ada
d) JVP : 5 - 2 cmH2O
Kesimpulan : pemompaan ventrikel memadai
e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : kembali dalam > 3 detik
f) Thorax dan pernapasan

1) Inspeksi:
Bentuk thorax : Simetris

Retraksi intercostal : Tidak ada

Sianosis : Tidak ada

Stridor : Tidak ada

2) Palpasi:

Vocal premitus : Teraba getaran paru kiri lemah

Krepitasi: Tidak teraba adanya krepitasi

3) Perkusi:

Sonor Redup

Lokasi : Terdengar pada paru sebelah kiri

4) Auskultasi:

Suara napas : Vesikuler

Suara ucapan : Getaran pada paru kirilemah

Suara tambahan: Ronchi

g) Jantung

1) Inspeksi:

Ictus cordis : Tidak tampak

2) Palpasi:

Ictus cordis : Teraba di ICS 5 midclavicularis sinistra

3) Perkusi:

Batas atas jantung: ICS 2 linea sternalisdextra

Batas bawah jantung: ICS 5 linea midclavicularis sinistra

Batas kanan jantung: ICS 2 lineasternalis dextra

Batas kiri jantung: ICS 5 linea anteriorsinistra

4) Auskultasi:

Bunyi jantung II A: Tunggal ICS 2 linea sternalis dextra

Bunyi jantung II P: Tunggal ICS 2 dan 3 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I T : Tunggal ICS 2 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M :Tunggal ICS 2 midclavicularis sinistra

Bunyi jantung III irama gallop : Tidak ada

Murmur : Tidak ada

Bruit : Aorta : Tidak ada

A.Renalis : Tidak ada

A.Femoralis: Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

1) Atrofi otot : Negatif
2) Rentang gerak :

Kaku sendi : Tidak ada kaku sendi

Nyeri sendi : Tidak ada nyeri sendi

Fraktur : Tidak ada fraktur

Parese : Tidak ada

Paralisis: Tidak ada

3) Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :

Nilai 5: Kekuatan penuh

Nilai 4: Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang satu

Nilai 3: Mampu menahan tegak tapi tida kmampu melawan tekanan

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

Nilai 1: Otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0: Tidak ada kontraksi otot, tidakmampu bergerak

4) Refleks fisiologi: Biseps (+) triceps (+) patella (+) achilles(+)

5) Refleks patologi: Kiri (negatif), kanan (negatif)

6) Babinski, Kiri : Negatif

Kanan : Negatif

7) Clubing jari-jari : Tidak ada

8) Varises tungkai: Tidak ada

h) Columna vetebralis:

1) Inspeksi: Lordosis Kiposis Skoliosis

2) Palpasi: Tidak ada nyeri

3) Kaku kuduk: Tidak ada kaku kuduk

e. Pola Tidur dan Istirahat

1. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengetakan sebelum sakit pola tidur pasien baik. Pasien mengatakan ia tidur pada jam 21:30 WITA dan bangun pagi jam 06:00 WITA. Pasien mengatakan suka tidur dalam suasana gelap dan tenang.

2. Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien sejak sakit pola tidurnya tidak baik, pasien mengatakan sulit tidur karena batuk berlendir dan nyeri dada sebelah kiri yang dialaminya, pasien mengatakan ia sering terbangun saat tidur karena batuk, pasien juga merasa gelisah, pasien merasa tidurnya tidak puas.

Observasi: Pasien berbaring di tempat tidur dan tidak melakukan aktivitas apa–apa.

Ekspresi wajah mengantuk: Positif Negatif Banyak menguap: Positif Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : Positif Negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit tidak ada gangguan pada indra pendengaran, pengecapan, dan penghiduan, tetapi padaindra penglihatan pasien memakai alat bantu kacamata.

2. Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit tidak ada perubahan pada ke enam indra pasien. Keluarga pasien mengatakan mengetahuitentang penyakitnya pasien.

Observasi:

Pendengaran dan penglihatan pasien tidak baik, pasien tidak jelas berbicara saat ditanya.

3. Pemeriksaan fisik:

a) Penglihatan

1) Kornea : Kornea mata jernih
2) Pupil : Pupil isokor
3) Lensa mata : Lensa mata jernih
4) Tekanan intra okuler (TIO): Teraba normal pada kedua mata

b) Pendengaran

1) Pina : Bersih
2) Kanalis : Serumen berwarna kuning pada daerah kanalis kiri
3) Membran timpani : Pantulan cahaya baik

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai : Pasien merasakan cubitan di kedua lengan dan tungkai.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1. Keadaan sebelum sakit:

   Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak pernah mengeluh tentang dirinya dan menerima dirinya apa adanya.

2. Keadaan sejak sakit:

   Keluarga pasien mengatakan sejak sakit ia merasa dirinya tidak mampu berbuat apa-apa. Keluarga pasien mengatakan merasa khawatir dengan orang lain karena penyakitnya yang bisa menular kepada orang lain.

   Observasi:

   Ekspresi pasien cemas dan kurang memiliki semangat saat diajak berbicara

   a) Kontak mata: Kontak mata fokus

   b) Rentang perhatian: Perhatian tidak mudah terahlikan

   c) Suara dan cara bicara: Terdengar suara pasien tidak jelas

   d) Postur tubuh: Tidak dikaji

3. Pemeriksaan fisik:

   a) Kelainan bawaan yang nyata: Tidak ada
   b) Bentuk/postur tubuh: Kurus/postur tubuh tegak
   c) Kulit: Kulit bersih, Tidak ada lesi

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1. Keadaan sebelum sakit:

   Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien bekerja (mencari nafkah) dan sangat aktif dalam kegiatan bersosialisasi dengan tetangga maupun

kerabat. Keluarga pasien mengatakan pasien tinggal bersama istri dan anak perempuanya dan hubungan mereka sangat baik.

2. Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak lagi bekerja untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga. Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien jarang dikunjungi oleh keluarga dan kerabat terdekat. Keluarga pasien mengatakan anaknya sering mengunjunginya.

Observasi:

Istri pasien selalu berada di sampingnya.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak ada masalah dengan hubungan suami istri. Pasien adalah seorang laki – laki, pasien adalah seorang ayah, dan pasien mengatakan tidak ada penyimpangan seksual.

2. Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan tidak ada masalah yang di alami dalam seksualitas, tidak adanya penyimpangan seksual, dan tidak ada keluhan yang berhubungan dengan sistem reproduksi dan seksualitas pasien, pasienhanya bisa berbaring di tempat tidur.

Observasi:

Tidak ada perilaku menyimpang yang dilakukan oleh pasien, Pasien berperilaku layaknya seorang laki-laki

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

1. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit apabila

pasien sedang cemas dan stress, pasien selalu menyelesaikan masalahnya secara musyawarah dengan keluarganya.

2. Keadaan sejak sakit:

keluarga pasien mengatakan sejak sakit tidak mampu berbuat apa-apa tetapi setiap hal ia dapat ceritakan pada istrinya untuk dapat diselesaikan bersama.

Observasi:

Pasien berbaring dengan tenang di tempat tidur

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien beragama islam dan pasien aktif mengikuti ibadah di mesjid

2. Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien jarang beribadah

Observasi:

Pasien lemah dan terbaring di tempat tidur

C. Pemeriksaan Penunjang : (Meliputi Pemeriksaan Lab, Rontgen, CT Scan, dll)

a) Foto Thorax 25 April 2024

KP Duplex lama aktif

Cor sulit dievaluasi, susp. Ec, atelectasis segmental paru kiri
Efusi pleura kiri minimal. DD : penebalan pleura

b) Echoardiografi: 26 April 2024

Kesan: LVEF = 65%

c) Pemeriksaan Darah Lengkap: 25 April 2024

Hasil Tabel 3.2
Pemeriksaan Laboratorium

Parameter				Nillai Rujukan
WBC	**12,27**	(10^3/uL)		(4.60 – 10.20)
RBC	**4.15-**	(10^6/uL)		(4.70 – 6.10)
HGB	**11.8 -**	(g/dL)		(14.1 – 18.1)
HCT	**33.1 -**	(%)		(43.5 – 53.7)
MCV	**77.9 -**	(fL)		(80.0 – 97.0)
MCH	27.3	(pg)		(27.0 – 31.2)
MCHC	35.0	(g/dL)		31.8 – 35.4)
PLT	179	(10^3/uL)		(150 – 450)
RDW-SD	42.2	(fL)		(37.0 – 54.0)
RDW-CV	14.5	(%)		(11.5 – 14.5)
PDW	9.9	(fL)		(9.0 – 13.0)
MPV	9.7	(fL)		(7.2 – 11.1)
P-LCR	22.0	(%)		(15.0 – 25.0)
PCT	0.17	(%)		(0.17 – 0.35)
NEUT#	4.06	(10^3/uL)		(1.50 – 7.00)
LYMPH#	**070 -**	(10^3/uL)		(1.00 – 3.70)
MONO#	0.41	(10^3/uL)		(0.00 – 0.70)
EO#	0.00	(10^3/uL)		(0.00 – 0.40)
BASO#	0.02	(10^3/uL)		(0.00 – 0.10)
IG#	0.02	(10^3/uL)		(0.00 – 7.00)
NEUT%	78.2	(%)		(37.0 – 80.0)
LYMPH%	13.3	(%)		(10.0 – 50.0)
MONO%	7.9	(%)		(0.0 – 14.0)
EO%	0.0	(%)		(0.0 – 1.0)
BASO%	0.4	(%)		(0.0 – 1.0)
IG%	0.4	(%)		(0.0 – 72.0)

1. Terapi

a) Omeprazole 1 ampul/12 jam/iv
b) Codein 10 mg 3x1/hari/oral
c) N-Ace 3x1/hari/ora
d) Ceftazidime 10 mg 0-0-1/iv
e) Novalgin 1 ampul/12 jam/iv
f) Apidra 8 unit/0-0-1
g) Farbivent /hari/nebu
h) NACL 0,09%
i) Pasien pernah dapat obat OAT tapi pasien tidak rutin dan berhenti minum obat

2. Diagnosa Keperawatan :

(2 Diagnosa Utama Untuk Data Yang Didapat Dari Pengkajian Sekunder)

1) Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d Hiperglikemia
2) Intoleransi aktivitas b/d Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

ANALISA DATA

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
	DS: 1. Keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun pada malam hari karena sering batuk 2. Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sesak 3. Pasien mengatakan susah mengeluarkan lendir 4. Keluarga pasien mengatakan pasien batuk berlendir bercampur darah yang dialami sejak ± 1 bulan yang lalu DO : 1. Tampak pasien batuk berlendir 2. Terdengar suara napas tambahan ronchi pada paru kiri 3. Hasil foto toraks kesan: KP dupleks lama aktif 4. Foto thoraks: susp.	Hiipersekresi Jalan Napas	Bersihan Jalan Napas

	Ec, atelectasis segmental paru kiri 5. Efusi SPO2 : 93%		
	DS : 1. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat DM 2. Pasien mengatakan Lemas DO : 1. Tampak pasien lemas 2. Tampak pasien Lesu 3. Tampak mulut kering 4. Mukosa bibir pucat 5. GDS 400 mg/dL	Hiperglikemia	Ketidakstabilan kadarglukosa darah
	DS: 1. Pasien mengatakan merasa lemas 2. Pasien mengatakan cepat merasa lelah ketika beraktivitas 3. Pasien Mengatakan Merasa sesak jika melakukan aktivitas DO: 1. Tampak Pasien dalam posisi semi fowler 2. Tampak aktifitas pasien dibantu	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktivitas

	dalam beraktifitas 1. Aktivitas Harian : a. Makan : 2 b. Mandi : 2 c. Pakaian : 2 d. Kerapihan: 2 e. Buang air besar: 2 f. Buang air kecil : 1 g. Mobilisasi di tempat tidur : 2		

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Nama/ Umur : Tn A

Ruang/ Kamar: ICU (ISOLASI)

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN
1	Bersihan jalan napas tidak efektif b/d Hipersekresi jalan napas
2	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d hiperglikemia
3	Intoleransi aktivitas b/d Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhanoksigen

INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama/ Umur : Tn A

Ruang/ Kamar: ICU (ISOLASI)

Tanggal	SDKI	SLKI	SIKI Meliputi: Observatif, Terapeutik, Edukatif dan Kolaborasi
	Bersihan jalan napas b/d hipersekresi jalan napas DS: 1. Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sesak. 2. Pasien mengatakan susah mengeluarkan lendir 3. Keluarga pasien mengatakan pasien batuk berlendir bercampur daah	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi napas membaik 5. Pola napas membaik	Manajemen Jalan Napas (1.01011) *Observasi* 1. monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, wheezing, ronchi) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) *Terapeutik* 1. Posisikan semi-fowler atau fowler 2. Lakukan fisioterapi dada

	yang dialami sejak ± 1 bulan yang lalu. 4. Keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun pada malam hari karena sering batuk DO: 1. Tampak keadaan pasien lemah 2. Tampak pasien batuk berlendir 3. Terdengar suara napas tambahan ronchi pada paru kiri 4. Hasil foto toraks kesan: KP dupleks lama aktif 5. Foto thoraks: susp. Ec, atelectasis segmental paru kiri		

	6. SPO2 : 93%		
	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d Hiperglikemia DS : 1. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat DM 2. Pasien mengatakan Lemas DO : 1. Tampak pasien lemas 2. Tampak pasien lesu 3. Tampak mulut kering 4. Mukosa bibir pucat 5. GDS 400 mg/dL	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil : 1. Lelah/lesu cukup menurun 2. Kadar glukosa dalam darah cukup membaik	**Manajemen Hiperglikemi** 1. Observasi a. Identifikasi penyebab hipeglikemia b. Monitor kadar glukosa darah c. Monitor tanda dan gejala hiperglikemi d. Monitor intake cairan dan output cairan 2. Edukasi a. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri b. Ajarkan pengolaan diabetes (mis. Menggunakan insulin) 3. Kolaborasi Kolaborasi pemberian insulin
	Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas	**Manajemen Energi** *Observasi :* 1. Monitor kelelahan fisik dan emosional

	oksigen 1. Pasien mengatakan merasa lemas 2. Pasien mengatakan cepat merasa lelah ketika beraktivitas 3. Pasien Mengatakan Merasa sesak jika melakukan aktivitas DO: 1. Tampak Pasien dalam posisi semifowler 2. Tampak aktifitas pasien dibantu dalam beraktifitas 3. Aktivitas Harian : a. Makan : 2 b. Mandi : 2 c. Pakaian : 2	meningkat dengan kriteria hasil : 1. Saturasi oksigen cukup meningkat 2. Keluhan lelah cukup menurun 3. Frekuensi nafas cukup menurun	2. Monitor pola dan jam tidur 3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan Saat melakukan aktivitas *Terapeutik :* 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau pasif *Edukasi :* 1. Anjurkan tirah baring *Kolaborasi*: 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang carameningkatkan asupan makan

	d. Kerapihan: 2 e. Buang air besar: 2 f. Buang air kecil : 1 g. Mobilisasi di tempat tidur : 2		

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tanggal/Hari		DP	Implementasi Keperawatan	Nama Perawat
Jumat, 26 April 2024 (Sift Pagi)	07:30	I	Memonitor Tanda-tanda vital Hasil: TD 90/80mmHg N 70 x/menit P 34x/menit SPO2 : 93%	Frederika Kamumu
	07:45	I	Memberikan oksigen Hasil : NRM 15lpm	Frederika Kamumu
	08:00	I	Memberikan posisi semi fowler (head up 30^0) Hasil : 1. Memposisikan pasien 30^o 2. Tampak Pasien mengikuti arahan yang diberikan 3. Pasien mengatakan sesaknya berkurang	Frederika Kamumu
	08:30	lll	Memonitor pola dan jam tidur Hasil : Pasien mengatakan sulit tidur karena batuk dimalam hari	Frederika Kamumu

	09:00	I	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : Terdengar suara napas tambahan ronchi pada paru kiri	
	09:30	I	Memonitor sputum Hasil : 1. Tampak pasien batuk berlendir 2. Tampak lendir/sputum bercampur bercak darah	Frederika Kamumu
			Melakukan fisioterapi dada Hasil : Tampak Pasien Batuk tapi tidak dapat mengeluarkan dahak	Frederika Kamumu
	09:00	II	Mengidentifikasi penyebab hiperglikemia Hasil : Pasien mengataka sebelum masuk ke RS sering mengkonsumsi makanan dan minuman yang manis	Frederika Kamumu
	09:15	III	Menganjurkan tirah baring Hasil: Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur	Frederika Kamumu

	09:30	ll	Mengajarkan penggunaan insulin Hasil : Keluarga Pasien mengerti saat dijelaskan menggunakan insulin	
	10:00	lll	Memonitor kelelahan fisik Hasil : Pasien mengatakan merasa lelah dan sesak ketika selesai beraktivitas	Frederika Kamumu
	10:30	l	Memberikan obat: Hasil : N- Ace 200 mg/oral Codein 10mg/Oral Novalgin 5ml/IV Omeprazol 10ml/IV Ceftazidime 10 mg 0-0-1/iv Farbivent 2,5 ml	Frederika Kamumu
	10:45	ll	Monitor tanda dan gejala hiperglikemi Hasil : Pasien mengatakan merasa lemah	Frederika Kamumu
		ll	Memonitor kadar glukosa darah Hasil : 400mg/dL	Frederika Kamumu

	11:30	lll	Monitor lokasi ketidaknyamanan saat melakukan aktivitas Hasil : Pasien mengatakan merasa sesak bertambah saat beraktivitas	
	12:00	l	Memonitor Tanda-tanda vital Hasil: TD 93/80mmHg N 75 x/menit P 32x/menit SPO2 : 93%	Frederika Kamumu
	12:30	lll	Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Hasil : Tampak pasien melakukan aktivitas ringan	Frederika Kamumu
	13:00	ll	Memberikan injeksi insulin Hasil : Apidra 8 unit	Frederika Kamumu
	13:30	ll	Memonitor intake dan output cairan Hasil : Intake : Minum 150 cc, obat 20 cc, 300 cc Output : urine 350 cc Balance: 150 cc-20 cc-300cc-350 cc = -520	Frederika Kamumu

(Sift Sore)	14:00	I	Memonitor Tanda-tanda vital Hasil: TD 96/80mmHg N 80x/menit P 32x/menit SPO2 : 95%	Frederica imuk
	14:15	I	Memberikan oksigen Hasil : NRM 15lpm	Frederica imuk
	14:30	I	Memberikan posisi semi fowler (head up 30^0) Hasil : 1. Memposisikan pasien 30^o 2. Tampak Pasien mengikuti arahan yang diberikan 3. Pasien mengatakan sesaknya berkurang	Frederica imuk
	15:00	I	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : Terdengar suara napas tambahan ronchi pada paru kiri	Frederica imuk
			Memonitor sputum Hasil : 1. Tampak pasien batuk berlendir 2. Tampak lendir/sputum bercampur bercak darah	Frederica imuk

	15:30	lll	Memonitor pola dan jam tidur Hasil : Pasien mengatakan sulit tidur karena batuk dimalam hari	
	15:45	l	Melakukan fisioterapi dada Hasil : Tampak Pasien Batuk tapi tidak dapat mengeluarkan dahak	Frederica imuk
	15:30	lll	Menganjurkan tirah baring Hasil: Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur	Frederica imuk
		ll	Mengajarkan penggunaan insulin Hasil : Keluarga Pasien mengerti saat dijelaskan menggunakan insulin	Frederica imuk
		lll	Memonitor kelelahan fisik Hasil : Pasien mengatakan merasa lelah dan sesak ketika selesai beraktivitas	Frederica imuk
	16:00	l	Memberikan obat: Hasil : N-Ace 200 mg/oral Codein 10mg/Oral Ceftazidime 10 mg 0-0-1/iv	Frederica imuk

	17:00	ll	Memonitor Tanda-tanda vital Hasil: TD 96/80mmHg N 74x/menit P 32x/menit SPO2 : 95%	
	19:00	ll	Monitor tanda dan gejala hiperglikemi Hasil : Pasien mengatakan merasa lemah	Frederica imuk
	20:00	ll	Memonitor kadar glukosa darah Hasil : 395mg/dL	Frederica imuk
	20:30	ll	Memberikan injeksi insulin Hasil : Apidra 8 unit	Frederica imuk
	21:00	ll	Memonitor intake dan output cairan Hasil : Intake : Minum 100 cc, obat 10 cc, 200 cc Output : urine 150 cc Balance: 100 cc-10 cc-200cc-150 cc = -2600	Frederica imuk

Tanggal/Hari		DP	Implementasi Keperawatan	Nama Perawat
Sabtu, 27 April 2024	07:30	I	Memonitor Tanda-tanda vitalHasil: TD 100/70mmHg N 95 x/menit P 27x/menit SPO2 : 93%	Frederica Imuk
	07:45	I	Memberikan oksigenHasil : NRM 15lpm	Frederica imuk
	08:00	I	Memberikan posisi semi fowler (head up 30^0) Hasil : 1. Memposisikan pasien 30^o 2. Tampak Pasien mengikuti arahan yang diberikan 3. Pasien mengatakan sesaknya berkurang	Frederica imuk
	08:30	I	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : Terdengar suara napas tambahan ronchi pada paru Kiri	Frederica imuk

	08:45	I	Memonitor sputum Hasil : 1. Tampak pasien batuk berlendir 2. Tampak lendir/sputum bercampur bercak darah	
			Melakukan fisioterapi dada Hasil : Tampak Pasien Batuk tapi tidak dapat mengeluarkan dahak	Frederica imuk
	09:00	III	Memonitor kelelahan fisik Hasil : Pasien mengatakan merasa lelah dan sesak ketika selesai beraktivitas	Frederica imuk
	09:30	II	Menganjurkan tirah baring Hasil: Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur	Frederica imuk
	10:00	III	Mengajarkan penggunaan insulin Hasil : Keluarga Pasien mengerti saat dijelaskan menggunakan insulin	Frederica imuk
	10:30	I	Memberikan obat: Hasil : N-Ace 200 mg/oral	Frederica imuk

			Codein 10mg/Oral Novalgin 5ml/IV Omeprazol 10ml/IV Ceftazidime 10 mg 0-0-1/iv Farbivent 2,5 ml	
	10:45	ll	Monitor tanda dan gejala hiperglikemi Hasil : Pasien mengatakan merasa lemah	Frederica imuk
			Memonitor kadar glukosa darah Hasil : 350mg/dL	Frederica imuk
	11:30	lll	Memonitor kelelahan fisik Hasil : Pasien mengatakan merasa lelah dan sesak ketika selesai beraktivitas	Frederica imuk
	12:00	l	Memonitor Tanda-tanda vitalHasil: TD 97/70mmHg N 80x/menit P 27x/menit SPO2 : 93%	Frederica imuk
	12:30	lll	Menganjurkan tirah baring Hasil: Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur	Frederica imuk

	13:00	II	Memberikan injeksi insulin Hasil : Apidra 8 unit	Frederica imuk
	13:30	II	Memonitor intake dan output cairan Hasil : Intake : Minum 200 cc, obat 20 cc, 250 cc Output : urine 200 cc Balance: 200 cc-20 cc-250cc-200 cc = -270	Frederica imuk
(Sift Sore)	14:00	I	Memonitor Tanda-tanda vitalHasil: TD100/80mmH N 85x/menit P 32x/menit SPO2 : 99%	Frederika Kamumu
	14:15	I	Memberikan oksigen Hasil : NRM 15lp	Frederika Kamumu
	14:45	I	Memberikan posisi semi fowler (head up 30^0) Hasil : 4. Memposisikan pasien 30^o 5. Tampak Pasienmengikuti arahan yang diberikan 6. Pasien mengatakan sesaknya berkurang	Frederika Kamumu

	15:00	I	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : Terdengar suara napas tambahan ronchi pada paru kiri	
			Memonitor sputum Hasil : 3. Tampak pasien batuk berlendir 4. Tampak lendir/sputum bercampur bercak darah	Frederika Kamumu
	15:30	I	Melakukan fisioterapi dada Hasil : Tampak Pasien Batuk tapi tidak dapat mengeluarkan dahak	Frederika Kamumu
	16:00	III	Memonitor kelelahan fisik Hasil : Pasien mengatakan merasa lelah dan sesak ketika selesai beraktivitas	Frederika Kamumu
	16:30	III	Menganjurkan tirah baring Hasil: Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur	Frederika Kamumu

	16:45	I	Memberikan obat: Hasil : O- Ace 200 mg/oral Codein 10mg/Oral Ceftazidime 10 mg 0-0-1/iv	
	17:00	III	Memonitor kelelahan fisik Hasil : Pasien mengatakan merasa lelah dan sesak ketika selesai beraktivitas	Frederika Kamumu
	17:30	III	Menganjurkan tirah baring Hasil: Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur	Frederika Kamumu
	19:00	II	Monitor tanda dan gejala hiperglikemi Hasil : Pasien mengatakan merasa lemah	Frederika Kamumu
	20:00	I	Memonitor Tanda-tanda vital Hasil: TD110/90mmHg N 85x/menit P 32x/menit SPO2 : 99%	Frederika Kamumu
	20:30	II	Memonitor kadar glukosa darah Hasil : 350mg/dL	Frederika Kamumu

	21:00	ll ll	Memberikan injeksi insulin Hasil : Apidra 8 unit Memonitor intake dan output cairan Hasil : Intake : Minum 150 cc, obat 20 cc, 100 cc Output : urine 150 cc Balance: 150 cc-20 cc-100cc-150 cc = -120	Frederika Kamumu

Tanggal/Hari		DP	Implementasi Keperawatan	Nama Perawat
Minggu, 28 April 2024	07:15	I	Memonitor Tanda-tanda vitalHasil: TD110/70mmHg N 80 x/menit P 25x/menit SPO2 : 96%	Frederica Ponyday Imuk
	07:30	I	Memberikan oksigen Hasil : NRM 15lpm	Frederica imuk
	07:45	I	Memberikan posisi semi fowler (head up 30^0) Hasil : 7. Memposisikan pasien 30^o 8. Tampak Pasien mengikuti arahan yang diberikan 9. Pasien mengatakan sesaknya berkurang	Frederica imuk
	08:30	I	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : Terdengar suara napas tambahan ronchi pada paru Kiri	Frederica imuk

		I	Memonitor sputum Hasil : 5. Tampak pasien batuk berlendir 6. Tampak lendir kental	
		I	Melakukan fisioterapi dada Hasil : Tampak Pasien Batuk tapi tidak dapat mengeluarkan dahak	Frederica imuk
	09:00	III	Memonitor pola dan jam tidur Hasil : Pasien mengatakan sulit tidur karena batuk dimalam hari	Frederica imuk
	09:30	III	Menganjurkan tirah baring Hasil: Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur	Frederica imuk
	10:00	III	Memonitor kelelahan fisik Hasil : Pasien mengatakan merasa lelah dan sesak ketika selesai beraktivitas	Frederica imuk

	10:30	I	Memberikan obat: Hasil : N-Ace 200 mg/oral Codein 10mg/Oral Novalgin 5ml/IV Omeprazol 10ml/IV Ceftazidime 10 mg 0-0-1/iv Farbivent 2,5 ml	Frederica imuk
	10:45	II	Monitor tanda dan gejala hiperglikemi Hasil : Pasien mengatakan merasa lemah	Frederica imuk
		II	Memonitor kadar glukosa darah Hasil : 250mg/dL	Frederica imuk
	11:30	III	Memonitor kelelahan fisik Hasil : Pasien mengatakan merasa lelah dan sesak ketika selesai beraktivitas	Frederica imuk
	12:00	II	Memonitor Tanda-tanda vital Hasil: TD 100/70mmHg N 80x/menit P 25x/menit SPO2 : 97%	Frederica imuk

		lll	Menganjurkan tirah baring Hasil: Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur	Frederica imuk
	12:30		Memberikan injeksi insulin Hasil : Apidra 8 uniT	Frederica imuk
		ll	Memonitor intake dan output cairan Hasil : Intake : Minum 150 cc, obat 25cc, infus 400 cc Output : urine 1200 cc Balance: 150 cc-25 cc-25cc-400 cc-1200cc = -1,475	Frederica imuk
(Sift Sore)	14:00	l	Memonitor Tanda-tanda vital Hasil: TD110/80mmHg N 80x/menit P 24x/menit SPO2 : 97%	Frederika Kamumu
		l	Memberikan oksigen Hasil : NRM 15lpm	Frederika Kamumu

	14:15	I	Memberikan posisi semi fowler (head up 30^0) Hasil : 1. Memposisikan pasien 30^o 2. Tampak Pasien mengikuti arahan yang diberikan 3. Pasien mengatakan sesaknya berkurang	Frederika Kamumu
	14:45	I	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : Terdengar suara napas tambahan ronchi pada paru kiri	Frederika Kamumu
		I	Memonitor sputum Hasil : 1. Tampak pasien masih batuk berlendir 2. Tampak lendir	Frederika Kamumu
	15:00	I	Melakukan fisioterapi dada Hasil : Tampak Pasien Batuk tapi tidak dapat mengeluarkan dahak	Frederika Kamumu
	15:30	III	Memonitor kelelahan fisik Hasil :Pasien mengatakan merasa lelah dan sesak ketika selesai beraktivitas	Frederika Kamumu

		II	Mengajarkan penggunaan insulin Hasil : Keluarga Pasien mengerti saat dijelaskan menggunakan insulin	Frederika Kamumu
		III	Menganjurkan tirah baring Hasil: Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur	
	16:00	I	Memberikan obat: Hasil : P- Ace 200 mg/oral Codein 10mg/Oral Ceftazidime 10 mg 0-0-1/iv	Frederika Kamumu
	16:30	III	Memonitor kelelahan fisik Hasil : Pasien mengatakan merasa lelah dan sesak ketika selesai beraktivitas	Frederika Kamumu
	17:30	II	Memonitor Tanda-tanda vital Hasil: TD110/80mmHg N 80x/menit P 24x/menit	Frederika Kamumu

		lll	Menganjurkan tirah baring Hasil: Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur	Frederika Kamumu
	19:00	ll	Monitor tanda dan gejala hiperglikemi Hasil : Pasien mengatakan merasa lemah	Frederika Kamumu
	20:00	ll	Memonitor kadar glukosa darah Hasil : 100mg/dL	
	20:30	ll	Memberikan injeksi insulin Hasil : Apidra 8 unit	Frederika Kamumu
	21:00	ll	Memonitor intake dan output cairan Hasil : Intake : Minum 100 cc, obat 20 cc, infis 300 cc Output : urine 200 cc Balance: 100 cc-20 cc-300cc-200 cc = -420	Frederika Kamumu

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn A/66 Tahun

Unit/kamar : Icu

Evaluasi Sift Pagi

Hari/ tanggal	DP	Evaluasi S O A P	Perawat
Jum'at,26 April 2024	I	S : Pasien mengatakan masih batuk berdahak dengan sputum bercampurbercak darah O : - Tampak lendir/sputum bercampur bercak darah - Terdengar bunyi napas tambahan ronchi pada paru kiri - Pernapasan 30x/menit A: Masalah bersihan jalan napas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi napas membaik 5. Pola napas membaik	Frederika Kamumu
	II	S : Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat DM O : Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur GDS: 395 mg/Dl A : ketidakstabilan glukosa darah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Lelah/lesu cukup menurun	Frederika Kamumu

		2.Kadar glukosa dalam darah cukup membaik	
	III	S: • Pasien mengatakan masih merasa lelah • Pasien mengatakan semua aktivitas harian pasien dibantu oleh keluarga dan perawat O: • Tampak ku pasien lemah • Tampak pasien berbaring lemah d • Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat • Rentang gerak terbatas A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Saturasi oksigen cukup meningkat 2. Keluhan lelah cukup menurun Frekuensi nafas cukup menurun	Frederika kamumu

Evaluasi Keperawatan

Nama/Umur : Tn A/66 Tahun

Unit/kamar : Icu

Evaluasi Sift Pagi

Hari/ tanggal	DP	Evaluasi S O A P	Perawat
Sabtu, 27 April 2024	I	S : Pasien mengatakan masih batuk berdahak dengan sputum bercampur bercak darah O : - Tampak lendir/sputum bercampur bercak darah - Terdengar bunyi napas tambahan ronchi pada paru kiri - Pernapasan 25x/menit A: masalah bersihan jalan napas teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi napas membaik 5. Pola napas membaik	Frederica ponyday imuk
	II	S : Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat DM 1. Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur 2. GDS: 395 mg/Dl 3. Mencatat intake dan output cairan Hasil Intake : Minum 150cc, obat 20 cc, Infus	Frederica ponyday imuk

		100cc Output : (Urine) 150cc Balance : 150cc- 20cc- 100cc- 150cc = -120 A : ketidakstabilan glukosa darah belumteratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Lelah/lesu cukup menurun 2. Kadar glukosa dalam darah cukup membaik	
		S: ● Pasien mengatakan masih merasa lelah ● Pasien mengatakan semua aktivitas harian pasien dibantu oleh keluarga dan perawat O: • Tampak ku pasien lemah • Tampak pasien berbaring lemah • Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat • Rentang gerak terbatas • Aktivitas harian Makan : 2 Pakaian : 2 Kerapihan : 2 BAB : 2 BAK : 1	

		Mobilisasi ditempat tidur: 2 A: Masalah intoleransi aktivitas belumteratasi P: Lanjutkan intervensi 3. Saturasi oksigen cukup meningkat 4. Keluhan lelah cukup menurun Frekuensi nafas cukup menurun	

Evaluasi Keperawatan

Hari/ tanggal	DP	Evaluasi S O A P	Perawat
Minggu, 28 April 2024	I	S: Pasien mengatakan masih batuk berdahak dengan sputum bercampur bercak darah O: - Tampak lendir/sputum bercampur bercak darah - Terdengar bunyi napas tambahan ronchi pada paru kiri - Pernapasan 24x/menit A: masalah bersihan jalan napas belum teratasi P: lanjutkan intervensi	Frederika Kamumu
	II	S : Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat DM O: Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur GDS: 395 mg/Dl A : ketidakstabilan glukosa darah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	Frederika Kamumu
		S: • Pasien mengatakan lelah berkurang • Pasien mengatakan semua aktivitas harian pasien dibantu oleh keluarga dan perawat O: • Tampak pasien berbaring lemah ditempat tidur	

		• Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat • Rentang gerak terbatas A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Saturasi oksigen cukup meningkat 2. Frekuensi nafas cukup menurun	

DAFTAR OBAT

1. Nama obat: N-Ace
2. Klasifikasi/ golongan obat: Obat Keras
3. Dosis umum: Dosis N-Ace pada orang dewasa dan anak usia > 14 tahun adalah 2-3 x sehari 1 kapsul, sedangkan dosis untuk anak usia 6-14 tahun adalah 2 x sehari 1 kapsul
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 3x1/hari
5. Cara pemberian obat: Oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Mekanisme kerja obat ini adalah Acetylcysteine bekerja sebagai mukolitik melalui kelompok sulfhidril bebasnya yang membuka ikatan disulfida dalam mucoprotein, sehingga menurunkan viskositas lendir. N-Ace digunakan untuk terapi mukolitik (mengencerkan dahak) pada penyakit bronkial & paru akut & kronik denganlendir pekat, brokitis akut & kronik, emfisema paru, bronchitis.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Obat diberikan untuk membantu pasien dalam mengeluarkan dahak
8. Kontra indikasi: Hindari penggunaan pada pasien yang memiliki riwayat hipersensitif terhadap salah satu komposisi dari N-Ace
9. Efek samping: Gangguan saluran pencernaan ringan misalnya, mual, muntah, dispepsia (sekumpulan gejala nyeri, perasaan tidak enak pada perut bagian atas yang menetap), pirosis (rasa panas yang sering kali dirasakan di daerah perut, dada, dan bisa treus menjalar hingga keleher), bronkospasme (pengetatan otot-otot yang melapisi saluran udara (bronkus) di paru-paru), stomatitis (inflamasi lapisan mukosa dari struktur apa pun pada mulut), rinore (sekret hidung) dan sakit kepala.

DAFTAR OBAT

1. Nama obat: Omeprazol
2. Klasifikasi/ golongan obat: Obat tukak peptik/ proton Pump Inhibitor
3. Dosis umum: 10 mg atau dapat ditingkatkan 20-40 mg per hari tergantungkondisi pasien.
4. Dosis untuk pasien yang Bersangkutan: 1 ampul/12 ja
5. Cara pemberian obat: Intravena
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Omeprazole bekerja dengan cara mengurangi produksi asam lambung. Omeprazole berfungsi untuk menangani penyakit asam lambung.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Alasan pasien diberikan obat omeprazole karena pasien diberikan banyak obat sehingga diberikan omeprazole untuk mencegah terjadinya peningkatan asamlambung
8. Kontra indikasi:
   a. Hipersensivitas terhadap omeprazole dan obat golongan penghambat pompa proton lain.
   b. Peringatakan pada pemberian omeprazole adalah resiko infeksi Clostridium Difficile dan kanker lambung pada penggunaan jangka panjang dan dosis tinggi
9. Efek samping:
   a. Sakit kepala
   b. Perut kembung
   c. Mual atau muntah
   d. Diare

DAFTAR OBAT

1. Nama obat: Codein
2. Klasifikasi/ golongan obat: Analgesik Opiod atau antitusif
3. Dosis umum: 15-60 mg/4 jam (dosis maksimal 360mg/hari)
4. Dosis untuk pasien yang Bersangkutan: 10 mg
5. Cara pemberian obat: Oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Berikatan dengan reseptor khusus disistem saraf pusat sehingga mempengaruhi reseptor rasa nyeri
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Diberikan obat ini karena pasien mengalami batuk dan sulit untuk dikeluarkan lendirnya.
8. Kontra indikasi:
   a. Alergi terhadap codein
   b. Asma parah atau masalah pernapasan
   c. Penyumbatan di perut
9. Efek samping:
   a. Sakit perut
   b. Kesulitan berkemih
   c. Konstipasi
   d. Kantuk
   e. Kebingungan
   f. Pusing
   g. Sakit kepala atau vertigo
   h. Mulut kering

DAFTAR OBAT

1. Nama obat: Apidra
2. Klasifikasi/ golongan obat: insulin rapid acting insulin
3. Dosis umum: Total kebutuhan setiap orang berbeda-beda. Biasanya dosis berada pada kisaran 0,5 sampai 1 unit/mL/kgBB per hari
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 8 unit sebelum makan
5. Cara pemberian obat: Subcutan
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Apidra bekerja dengan cara membantu gula darah (glukosa) untuk masuk ke dalam sel, sehingga tubuh dapat mengubahnya menjadi energi.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Untuk mengontrol gula darah pasien
8. Kontra indikasi: Obat ini tidak dianjurkan untuk pasien yang mengalami hipersensitif atau mengalami alergi terhadap komponen obat ini dan pada kondisi hipoglikemia.
9. Efek samping:

   Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing masing individu. Jika terjadi efek samping yang berlebih dan berbahaya, harap konsultasikan kepada tenaga medis. Efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat adalah: hipoglikemia (kadar gula darah di bawah normal), reaksi local pada tempat injeksi dan reaksi hipersensitivitas misalnya kemerahan kulit, pembengkakan dan pruritus

DAFTAR OBAT

1. Nama obat: Ondansentron
2. Klasifikasi/ golongan obat: Antagonis Reseptor Serotonin (reseptor $5HT_3$)
3. Dosis umum:
4. Dosis awal: 8 mg/iv selama ≥ 15 menit. Dosis lanjutan: 8 mg yang diberikan 4 jam dan 8 jam setelah dosis awal
5. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 ampul/12 jam
6. Cara pemberian obat: Intravena
7. Mekanisme kerja dan fungsi obat:

   Pada bebrapa kondisi tertentu, seperti saat kemoterapi, radioterapi, obat-obatan, atau operasi, kadar serotonin tubuh akan meningkat. Begitu pula dengan jumlah serotonin yang berikatan dengan reseptor $5HT_3$. Hal ini dapat menyebabkan efek mual dan muntah. Ondansentron bekerja dengan cara memblokir efek serotonin ($5HT_3$). Dengan begitu, efek mual dan muntah pada kondisi-kondisi di atas dapat teratasi bahkan dicegah. Ondansentron berfungsi untuk mencegah serta mengobati mual dan muntah bisa disebabkan oleh efeksamping obat-obatan, kemoterapi, radioterapi, atau operasi.
8. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:
9. Alasan pasien diberikan obat ondasentron karena pasien mengeluh mual-mual.
10. Kontra indikasi:
    a. Hipersensivitas terhadap obat ondansentron
    b. Sindrom QT panjang bawaan
    c. Penggunaan bersamaan dengan apomorphin
11. Efek samping:

    Sakit kepala atau pusing, rasa seperti melayang, konstipasi,.

DAFTAR OBAT

1. Nama obat: Ceftazidime
2. Klasifikasi/ golongan obat: Obat resep, antobiotik sefalosporin
3. Dosis umum: 100–150 mg/kgBB, tiap 8 jam. Dosis maksimal 9 gram per hari.
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 100 mg 0-0-1
5. Cara pemberian obat: Intravena
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat:

   Ceftazidime termasuk ke dalam antibiotik sefalosporin generasi ketiga yang bekerja dengan cara mengganggu pembentukan dinding sel bakteri, sehingga bakteri mati. Biasanya, obat ini digunakan untuk mengobati berbagai jenis infeksi bakteri, pneumonia dan infeksi saluran pernapasan bawah (paru-paru) lainnya, infeksi pada area perut, infeksi pada kulit, meningitis dan bentuk infeksi pada otak dan sumsum tulang belakang lainnya
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Untuk mengobati infeksi pada saluran pernapasan pasien
8. Kontra indikasi:

   Kontraindikasi ceftazidime adalah hipersensitivitas terhadap ceftazidime. Pasien dengan riwayat hipersensitivitas obat lain dari golongan cephalosporin juga perlu dipertimbangkan untuk tidak diberikan obat ini.
9. Efek samping:

   a. Mual

   b. Muntah

   c. Diare

DAFTAR OBAT

1. Nama obat: Novalgin
2. Klasifikasi/ golongan obat: Novalgin adalah kelompok obat analgetik (non opioid) dan antipiretik
3. Dosis umum: 1 g diberikan hingga 4 kali sehari atau 2,5 g diberikan 2 kali sehari melalui injeksi intravena selama 5 menit atau lewat injeksi intamuskular. Sesuaikan dosis berdasarkan tingkat keparahan dan respons pasien. Maksimal: 5 g setiap hari
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 amp/12 jam
5. Cara pemberian obat: Intravena
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat:
   Obat ini bekerja dengan menghambat secara Reversibel (keadaan tidak dapat kembali lagi seperti awal) enzim yang mengakibatkan pembentukan penurunan prostaglandin. Prostaglandin merupakan senyawa yang dapat menyebabkan reaksi peradangan berupa nyeri, demam, hingga pembengkakan. Memiliki fungsi sebagai penghilang rasa sakit, antispasmodik (meredakan kejang otot), bersifat anti-inflamasi (penghilang radang) dan penurun demam.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:
   Alasan pasien diberikan obat novalgin yaitu untuk mengurangi nyeri pada pasien.
8. Kontra indikasi:
9. Diketahui hipersensitivitas (termasuk rinitis, asma, urtikaria) terhadap metamizole, turunan pirazolon lainnya, obat anti inflamasi non steroid lain, analgesik lainnya, penderita supresi sumsum tulang atau gangguan hematopoietik (misalnya: Anemia aplastik, agranulositosis, leukopenia), defisiensi, porfiria; hipotensi, wanita hamil dan menyusui.
10. Efek samping Leukopenia (jumlah leukosit kurang dari normal), nyeri dada, aritmia (gangguan irama jantung), mual, muntah, pencernaan yang terganggu, sakit perut, pusing, vertigo, urin berwarna merah, sakit tenggorokan, ruam, sensasi terbakar

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada bab IV ini, penulis akan membahas kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dan kasus kelolaan yang dimana diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. A.R umur 66 tahun dengan Tuberkulosis Paru di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang berlangsung selama tiga hari perawatan yaitu dari tanggal 26-28 April 2024. Untuk memudahkan pembahasan, penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari lima tahap yaitu: pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Dalam pelaksanaanya penulis memperoleh data dari keluarga pasien, pasien, perawat, catatan medis dan hasil pengamatan langsung pada pasien “Tn A.R” usia 66 tahun. Pengkajian dilakukan pada tanggal 25 April 2024 diruangan ICU Rumah Sakit Stella Maris. Pengkajian yang diperoleh bersumber dari pasien, keluarga perawat ruangan, status pasien dan observasi langsung kepada pasien. Pasien masuk ke ICU dengan keluhan sesak napas dirasakan sejak ± 2 minggu yang lalu disertai batuk berlendir dan bercampur bercak darah sejak 1 bulan, nyeri dada sebelah kiri tembus kebelakang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, dan hilang timbul dengan skala nyeri 4 dan memberat saat pasien batuk, pasien mengatakan mengalami penurunan BB selama 3 bulan dari BB 74 Kg menjadi BB 51 Kg. Pasien mengatakan memiliki riwayat DM

sejak 15 tahun yang lalu pasien mengatakan memiliki riwayat merokok sejak SMA. Pada saat pengkajian tampak pasien sesak, tampak pasien batuk berlendir bercampur darah, tampak kesadaran pasien composmentis (GCS 15), tampak pasien dalam posisi semi fowler, tampak pasien pucat, akral teraba dingin, terdengar suara napas ronchi diseluruh lapang paru. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : TD :90/80 mmHg, N : 70 x/m, S : 36°C, P : 34 x/m, BB : 51 Kg,

SpO2 : 93 %. Hasil pemeriksaan foto thorax didapatkan : kesan KP duplex lama aktif.Cor sulit dievaluasi, susp. Ec, atelectasis segmental paru kiri, efusi pleura Hasil pemeriksaan labolatorium : hasil RBC 4.25^6uL, HGB 11.8 g/dL, HCT 33.1%, MCV 77.9 fL,

LYMPH # 0.70^3uL, dan hasil pemeriksaan echocardiografi: LVEF:65%.

Dari hasil pemeriksaan pada pasien dan keluarga ditemukan bahwa etiologi pada Tn. A yaitu Merokok. Pasien memiliki riwayat merokok dari SMA. Kebiasaan merokok yang dilakukan terus- menerus dapat merusak mekanisme pertahanan paru. Bulu-bulu getar dan alat lain yang ada di paru rusak akibat asap rokok sehingga memudahkan masuknya kuman TB, Selain itu, masuknya kuman dapat merusak makrofag dalam paru yang merupakan sel fagositosis, sehingga kuman TB Paru dapat resisten terhadap pengobatan TB (Riza & Sukendra, 2017).

Keluhan utama pada pasien yaitu sesak napas dan batuk berlendir bercampur bercak darah. Sesak napas dirasakan sejak ± 2 minggu dan batuk berlendir bercampur bercak darah sudah 1 bulan. Batuk dan sesak merupakan manifestasi klinis utama pada pasien dengan TB paru.

Batuk adalah gejala yang paling dini dan merupakan gangguan yang paling sering dikeluhkan pada pasien TB paru. Mula-mula bersifat non produktif kemudian berdahak yang sulit untuk dikeluarkan sehingga menyebabkan sesak napas. Sesak nafas terjadi pada penyakit TB paru yang sudah lanjut, yang infiltrasinya sudah setengah bagian paru- paru. Sesak nafas yang merupakan ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dan saluran napas untuk mempertahankan bersihan jalan napas (Tamara et al., 2022).

Hemoptisis adalah ekspektorasi darah atau dahak bercampur darah yang berasal dari saluran napas bawah dan parenkim paru. Sumber perdarahan dari saluran napas atas bukan saluran napas bawah dan parenkim (Soedarsono & Astuti, 2020). Pasien mengatakan nyeri pada dada bagian kiri. Nyeri dada timbul bila infiltrasi radang sudah sampai ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis. Terjadi gesekan kedua pleura sewaktu pasien menarik atau melepaskan kedua napasnya (Amin H, 2015).

Pada pasien ditemukan suara napas ronchi. Hal ini terjadi karena adanya peningkatan produksi sekret pada saluran pernapasan dan pemeriksaan auskultasi didapatkan suara ronchi dimana hal ini sering ditemui pada pasien TB paru (Kenedyanti, E.,& Sulistyorni, 2017).

Peningkatan glukosa dalam darah. Hal ini terjadi karena pasien DM memiliki sistem imun yang rendah sehingga berkembangnya TB laten menjadi TB aktif lebih tinggi. Pasien DM memiiki 2 hingga 3 kali risiko untuk menderita TB dibanding orang tanpa DM. Diabetes melitus mempunyai efek untuk mengurangi daya tahan pada tubuh salah satunya paru-paru. Tuberkulosis dapat menyebar

lebih cepat pada orang yang DM nya tidak terkontrol (Utomo & Margawati, 2016). Diabetes dapat mengganggu aktivasi dan fungsi makrofag, monosit, limfosit, mikroangiopati paru, disfungsi ginjal dan defisiensi vitamin. Menurut Rohman (2018) DM merupakan faktor risiko TB dan dapat mempengaruhi keberadaan penyakit serta respon terhadap pengobatan. Selain itu, TB dapat menyebabkan intoleransi glukosa dan memperburuk kontrol glikemik pada penderita DM.

2. Diagnosa Keperawatan

Pada diagnosa teori yang dijelaskan di BAB II pasien dengan TB Paru dapat mengalami masalah yang menyebabkan timbulnya enam diagnosa pada pasien. Tetapi terjadi kesenjangan pada kasus Tn.A dimana penulis hanya mengangkat tiga diagnosa. Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) pada kasus Tn. A.R penulis mengangkat 3 diagnosis keperawatan yaitu:

a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan batuk berlendir tetapi tidak mampu dikeluarkan, sesak dan terdengar bunyi ronchi, pernapasan 34x/menit. Penulis mengangkat diagnosa ini karena dari hasil pengkajian, penulis mendapatkan tanda-tanda yang mendukung penegakan diagnosis tersebut berupa tanda dan gejala diatas
b. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemi (gangguan toleransi glukosa darah). Lelah atau lesu, kadar glukosa dalam darah/urine tinggi, mulut kering, dan haus meningkat. Penulis mengangkat diagnosa ini karena keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat DM 15 tahun

yang lalu, tampak pasien lemas, lesu, mulut kering, mukosabibir pucat dan pemeriksaan GDS 400mg/dl.

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh sesak, dispnea, merasa tidak nyaman saat melakukan aktivitas dan lemah. Penulis mengangkat diagnosis ini karena dari hasil pengkajian, penulis mendapatkan data-datayang mendukung penegakan diagnosis tersebut berupa tanda dan gejala seperti yang tertera diatas.

Pada pasien Tn.A juga didapatkan tanda adanya nyeri dada tetapi diagnosa nyeri tidak diangkat karena nyeri yang dialami pasien terjadi karena adanya infiltrasi radang yang sudah sampai ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis sehingga terjadi gesekan kedua pleura sewaktu pasien menarik atau melepaskan kedua napasnya (Kenedyanti, E.,& Sulistyorni, 2017). Peradangan yang terjadi pada pleura (pleuritis) dapat menyebabkan terkumpulnya cairan yang brsifat transudate di pleura. Hal ini menimbulkan adanya suara napas tambahan ronchi dilapang paru. Sehingga intervensi nyeri dada dapat diatasi pada intervensi manajemen jalan napas.

Pada teori juga didapatkan diagnosa pola napas tidak efektif namun pada kasus Tn.A diagnosa tersebut tidak diangkat karena pada pasien dispnea/sesak napas dialami karena adanya peradangan disaluran pernapasan yang diakibatkan oleh bakteri pada bagian pleura. Sehingga pasien menggunakan otot bantu pernapasan untuk menghirup oksigen lebih banyak. Pada diagnosa bersihan jalan napas intervensi yang dilakukan yaitu

manejemen jalan napas dimana jika diagnosa ini teratasi maka pola napasnya juga teratasi.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian menentukan masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan, penulis menyusun rencana asuhan keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan yang dilakukan meliputi tindakan mandiri perawat, tindakan observatif, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaboratif, pada setiap diagnose perawat memfokuskan sesuai kondisi pasien. Penulis juga menggunakan evidence based nursing untuk mendukung intervensi yang akan dilakukan. EBN yang penulis gunakan yaitu pemberian posisi semifowler (30-45^{o}) pada pasien sesak dengan diagnosa tuberculosis paru.

a. Bersihan jalan napas tidak efetif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas

Intervensi yang disusun oleh penulis adalah manejemen jalan napas yang meliputi tindakan ervasi: monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, wheezing, ronchi), monitor sputum (jumlah, warna, aroma). Tindakan terapeutik: posisikan semi- fowler atau fowler, berikan minum hangat, lakukan fisioterapi dada, jika perlu, berikan oksigen, jika perlu. Pemberian edukasi: anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi, ajarkan teknik batuk efektif. Tindakan kolaborasi: Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.

b. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemi (gangguan toleransi glukosa darah).

Intervensi yang disusun oleh penulis adalah tindakan Observasi: monitor kadar glukosa darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemi. Pemberian edukasi: anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, ajarkan pengolaan diabetes (mis. Menggunakan insulin). Tindakan kolaborasi: kolaborasi pemberian insulin.

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan anatara suplai dan kebutuhan oksigen

Intervensi yang disusun oleh penulis adalah yaitu monitor kelelahanfisik, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidaknyaman selama melakukan aktivitas, fasilitasi duduk disamping tempat tidur, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, anjurkan menghubungi perawat apabila tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, pantau TTV.

4. Implentasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan Tn. A,R penulis melakukan tindakan keperawatan intervensi keperawatan berdasarkan SIKI yang terdiri dari observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi yang telah dibuat, penulis juga tidak menemukan kendala selama implementasi dilakukan karena penulis bekerja sama dengan keluarga pasien, dan juga didukung oleh sarana dan prasarana yang ada di Rumah Sakit.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 26 April 2024 – 28 April 2024 pada pasien Tn.A.R merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapakan tercapai atau tidak.

a. Bersihan jalan napas tidak efetif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Sampai pada perawatan hari ketiga masalah belum teratasi karena pasien masih batuk berdahak dengan sputum bercampur darah, frekuensi pernapasan 24x/m, SPO2 97% dan masih terdengar suara napas tambahan ronchi. Sehingga intervensi masih dilanjutkan

b. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemi (gangguan toleransi glukosa darah). Sampai pada perawatan hari ketiga masalah belum teratasi karena GDS pasien masih belum stabil dengan hasil GDS terakhir 395 mg/dl, dan tampak pasien masih lemas/lesu.

Intoleransi aktivitas berhubungan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Sampai pada perawatan hari ketiga hanya teratasi sebagian karena aktivitas pasien sebagian masih dibantu oleh keluarga dan perawat seperti BAK, BAB dan kerapihan. Sehingga intervensi terus di lakukan dan terus memberikan edukasi tentang aktivitas pasien dimana beraktivitas sesuai toleransi yang diberikan.

B. Pembahasan Penerapan EBN

1. Judul EBN

   Pemberian posisi *semi fowler* (30 – 45°c) pada pasien sesak dengan diagnosa tuberculosis paru

2. Diagnosis keperawatan

   Bersihan jalan napas tidak efetik berhubungan dengan hiprsekresi jalan napas.

3. Luaran yang diharapkan

   Bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil: frekuensinapas membaik dan pola napas membaik.

4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN

   Manejemen jalan napas : Posisikan *semi-fowler* atau fowler guna menurunkan sesak yang dialami pasien, saturasi oksigen membaik.

5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

   a. Pengertian tindakan

      Posisi semi fowler adalah memposisikan pasien dengan posisi setengah duduk (30-45oC) dengan menopang bagian kepala dan bahu menggunakan bantal, bagian lutut ditekuk dan ditopang dengan bantal, serta bantalan kaki harus mempertahankan kaki pada posisinya (Suhendar, E & Sahrudi 2022).

   b. Tujuan / rasional EBN dan pada kasus askep

      Pemberian posisi tersebut terbukti dapat mengurangi resiko terjadinya penurunan pengembangan dinding dada, memaksimalkan ekspansi paru sehingga terjadi perubahan pada respiratory rate dan pola napas menjadi efektif.

ANALISA PICOT

	JURNAL I	JURNAL II	JURNAL III
JUDUL	Posisi *Semi Fowler* Terhadap *Respiratory Rate* Untuk Menurunkan Sesak Pada Pasien TB Paru diruang Rawat Inap Rumah Sakit Pelni Jakarta	Pengaruh Pemberian Posisi Semi Fowler Terhadap Respiratory Rate Pasien Tuberkulosis Paru Di Ruang Flamboyan Rsud Soewondo Kendal	*The Effect of Semi Fowler Position on the Stability of Breathing among Asthma Patients at Ratu Zalecha Hospital Martapura*
P (P*roblem /population)*	Tb paru merupakan suatu penyakit infeksi yang dapat menyerang berbagai organ, terutama parenkim paru – paru disebabkan oleh mycobacterium tuberculosis dengan gejala yang bervariasi. Masalah yang terjadi pada pasien tuberculosis paru adalah terjadinya sesak napas Penelitian ini bersifat kuatitatif dengan jenis penelitian pra-eksperimental dengan desain	Tuberkulosis paru merupakan suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh mycobacterium tuberkulosis, yang di tandai dengan batuk bercampur darah, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, dan sesak nafas. Penelitian kuantitatif jenis quasi eksperimental dengan pendekatan One Group Pretest-Post test. Tehnik sampling	Meningkatnya kasus ini tentunya memerlukan penanganan yang cepat agar penyumbatan saluran napas tidak terjadi secara tiba-tiba dan tidak terduga. Pemberian posisi semi fowler sebagai salah satu intervensi keperawatan mandiri dapat mengurangi rasa sesak karena dapat menurunkan tekanan pada perut dan mengoptimalkan fungsi paru. Tujuan penelitian ini

	suatau kelompok pre-post test *(one group pre-post test design)*. Teknik pengambilan sampel yaitu,*non-random sampling* dengan metode total sampling yang didapat sebesar 22 responden.	dengan accidental, sampel sejumlah 22 responden.	adalah untuk mengetahui pengaruh pemberian posisi semi fowler terhadap kestabilan pernafasan pasien asma di RS Ratu ZLalecha Martapura. Penelitian ini menggunakan desain penelitian praeksperimental dengan jumlah responden 30 responden
I (I*ntervention)*	Penelitian ini menggunakan jenis penelitian praeksimental, desainn suatu kelompok pre-post test, dengan teknik total sampling. Instrumen dalam penelitian ini berupa SOP (standard operating procedure), lembar observasi untuk menilai karasteristik responden, pola napas dan posisi tidur dan sesudah dilakukan intervensi posisi semi fowler. Tujuan dilakukan	penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif yang merupakan quasi eksperimental, dengan menggunakan pendekatan *One Group Pretest-Post test*. Penelitian ini dilakukan dengan melakukan tindakan pemberian posisi semi fowler dengan tujuan untuk mengetahui pengaruh pemberian posisi semi fowler terhadap *respiratory rate*	ini penelitian ini merupakan penelitian pra-eksperimental dengan desain one-group pre-post test dengan mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan melibatkan satu kelompok pasien asma. Pasien asma diobservasi sebelum diberikan posisi semi fowler, kemudian diobservasi

	untuk mengetahui pemberian posisi semi fowler dengan kemiringan 45 derajat di Rawat Inap Rumah Sakit Pelni Jakarta	pada pasien tuberkulosis paru di RSUD H. Soewondo Kendal.	kembali setelah diberikan intervensi. Penelitian ini dilakukan di RSUD Ratu Zalecha Martapura terhadap 30 pasien asma dengan menggunakan simple random sampling
C (C*omparision)*	Penelitian ini menggunakan tindakan pembanding dengan rancangan penelitian pre-post test (one group pre-post test design) sebagian besar responden sebelum diberikan posisi semi fowler responden tidak mengalami sesak dengan pernafasan normal 16-24x/menit sebanyak 10 orang, responden dengan pernafasan lambat 5 orang , responden mengalami sesak dengan pernapasan >23x/menit	Penelitian ini tidak menggunakan Penelitian kuantitatif jenis quasi eksperimental dengan pendekatan One Group Pretest-Post test dengan menggunakan uji statistik Wilcoxon Signed Ranks Test Dari hasil analisis pengaruh pemberian posisi Semi fowler terhadap *respiratory rate* pasien *tuberkulosis paru*, dimana pasien yang sebelum dilakukan pemberian posisi *semi fowler* bahwa dari 22 responden, diperoleh hasil sebanyak 5 orang responden degan perrnapasn	Hal ini sejalan dengan hasil penelitian dalam memberikan posisi *semi fowler* untuk mengurangi sesak napas pasien asma, dan hasil penelitian tentang sifat obstruktif asma bronkial yang mempengaruhi volume paru-paru. Secara umum, jika posisi terlentang menyebabkan kemampuan untuk menghasilkan fungsi paru-paru tidak optimal, sebaliknya posisi *semi fowler* dapat membuat tekanan ekspirasi dan

	sebanyak 7 orang setelah dilakukan pemberian posisi *semi fowler* selama 20 menit , responden tidak lagi mengalami sesak dengan pernafasan normal 16-24x/menit sebanyak 15 orang , responden dengan pernafasan lambat 2 orang , responden yang masih merasakan sesak dengan pernapasan >23x/menit sebanyak 5 orang	lambat dan sebanyak 17 orang responden dengan sesak. Setelah dilakukan pemberian posisi *semi fowler* selama 25 menit pada responden terdapat perubahan *respiratory*, hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 22 responden. Sebanyak 15 orang responden tidak lagi mengalami sesak dengan pernafasan normal 16-24x/menit, sebanyak 2 orang responden dengan pernapasan lambat, dan 5 orang responden masih merasakan sesak dengan pernapasan >24x/menit.	laju aliran meningkat, menunjukkan bahwa posisi *semi-fowler* dimana kepala dan tubuh dinaikkan 45º membuat oksigen di paru-paru meningkat sehingga kesulitan bernapas berkurang. Hasil uji Wilcoxon (ρ=0,000).
O (Outcome)	Hasil uji paired t-test didapatkan signifikansi sebesar (p=0.000). Kesimpulan terdapat perubahan yang signifikan pada kemampuan bernafas pasien sebelum dan	responden penelitian, terdapat 12 responden dengan hasil respiratory rate posttest lebih kecil dari pretest, 7 responden tetap, 3 responden mempunyai	Hasil yang didapatkan dari peneltian ini yaitu pemberian posisi *semi fowler* dapat meningkatkan stabilitas pernapasan pada pasien asma

	sesudah dilakukan intervensi di Rawat Inap Rumah Sakit Pelni Jakarta.	respiratory rate yang lebih tinggi dari pretest. Hasil menggunakan *uji Wilxocon Signed Rank Test* diperoleh nilai *p-value* sebesar 0,020 < nilai ά 0,05, sehingga H0 ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh pemberian posisi semi fowler terhadap respiratory rate pada pasien tuberkulosis paru di ruang Flamboyan RSUD Dr. H. Soewondo Kendal.	yang mengalami sesak, posisi *semi fowler* dengan kemiringan 45°, dapat menggunakan gaya gravitasi untuk membantu mengembangkan paru-paru dan mengurangi tekanan perut pada diafragma untuk menstabilkan pernapasan. Hasil uji *Wilxocon Signed Rank Test* diperoleh nilai p-value = 0,000. Kesimpulan ada pengaruh yang signifikan antara pemberian posisi semi fowler terhadap stabilitas pernafasan pada pasien asma di RSUD Ratu Zalecha Martapura.

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

Setelah melakukan pembahasan kasus, yang membandingkan teori dengan kasus pada pasien di lahan praktek melalui asuhan keperawatan yang diterapkan pada pasien Tn. A.R dengan Tuberkulosis Paru (TBC) di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Maka penulis dapat menarik kesimpulan dan memberikan saran sebagai berikut:

A. SIMPULAN

1. Pengkajian

   Pada pengkajian penulis mendapatkan data-data sebagai berikut: Pengkajian keperawatan pasien Tn. A usia 66 tahun masuk di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 25 April 2024 dengan keluhan utama sesak napas disertai nyeri, mual muntah sejak 4 hari yang lalu. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 25 April 2024 diperoleh data: pengkajian pasien menngeluh batuk berlendir bercampur bercak darah, pasien juga merasakan nyeri dada sebelah kanan, nyeri dirasakan tertusuk-tusuk dan hilang timbul dengan skala 4 dan memberat saat pasien bernapas dan pasien tampak sesak. Pasien juga mengatakan mengalami penurunan berat badan yang drastis sejak 3 bulan dari BB 74 Kg dan saat pengkajian BB pasien 51 kg. Tampak kesadaran pasien composmentis (sadar penuh) dengan GCS 15, tampak pasien dalam posisi semifowler. keadaan umum tampak sakit sedang, status gizi kurang (IMT=16,65), Observasi tanda-tanda vital TD: 90/70mmHg, N: 70x/menit, P: 34 x/menit, S: 36^0C, teraba akral dingin. Pada pemeriksaan mata pada konjungtiva tidak tampak anemis, palpebra tidak pucat, tidak ada edema palpebra, tampak pasien batuk berlendir dan tampak sputum bercampur

bercak darah. Saat pemeriksaan dada tampak simetris dan terdengar suara napas tambahan ronkhi paru kanan. Dari hasil pemeriksaan radiologi pada tanggal 25 April 2024 didapatkan hasil pemeriksaan foto thorax dengan kesan KP Dupleks lama aktif dan hasil pemeriksaan laboratorium darah dengan hasil RBC 4.25^6uL, HGB 11.8 g/dL, HCT 33.1%, MCV 77.9 fL, LYMPH # 0.70^3uL. Hasil pemeriksaan echocardiografi: LVEF: 65%. Hasil pemeriksaan GDS 400mg/dL.

2. Diagnosis Keperawatan yang Diangkat pada Tn. A yaitu:
   a. Bersihan jalan napas berhubungan dengan hipersekresi jalan napas
   b. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemi
   c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
3. Intervensi Keperawatan
   a. Bersihan jalan napas berhubungan dengan hipersekresi jalan napas intervensi diangkat sesuai dengan keadaan pasien yaitu manajemen jalan napas.
   b. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemi intervensi diangkat sesuai dengan keadaan pasien yaitu manajemen hiperglikemi
   c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan anatara suplai dan kebutuhan oksigen intervensi yang diangkat sesuai dengan keadaan pasien yaitu manajemen energi.
4. Implementasi Keperawatan

   Semua rencana keperawatan dimplementasikan dengan baik pada Tn.

   A.R dan selama implementasi penulis juga tidak menemukan hambatan karena penulis bekerja sama dengan keluarga

pasien, dan juga didukung oleh sarana dan prasarana yang ada di Rumah Sakit.

5. Evaluasi Keperawatan
   a. Diagnosa keperawatan bersihan jalan napas berhubungan denganhipersekresi jalan napas belum teratasi
   b. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemi belum teratasi
   c. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen teratasi sebagian.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis menyampaikan beberapa saran yang sekiranya dapat bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan-pelayanan yang ditujukan:

1. Bagi Instansi Rumah Sakit
   Pihak Rumah Sakit diharapkan memperhatikan dan meningkatkan mutu pelayanan, agar memberikan perawatan yang bersifat bio-psiko-sosial-spiritual, dalam hal perawat dapat meningkatkan pemantauan neurologis, pada pasien stroke, serta dapat menerapkan pemberian posisi evelasi kepala 30^0 dengan masalah perfusi serebral, melakukan edukasi keperawatan pada pasien stroke selama mengalami perawatan di rumah sakit, sehingga pada waktu pulang ke rumah, pasien bisa melakukan apa yang telah didapatkan pada penyuluhan di rumah sakit dan mempercepat fase rehabilitasi.
2. Bagi Institusi Pendidikan
   Bagi institusi dapat meningkatkan kapasitas dan kualitas pendidikan, dengan memberikan materi yang *up to date* pada mahasiswa tentang penyakit *tuberkulosis paru*, karena penyakit ini sering ditemukan dalam masyarakat dan dirumah sakit, sehingga mahasiswa lebih mengembangkan cara

penanganannya dalam masyarakat maupun dirumah sakit.

3. Bagi Profesi Keperawatan

   Bagi mahasiswa(i) untuk lebih memperluas ilmu dalam pelaksanaan keperawatan yang tepat bagi pasien stroke sesuai dengan teori yang telah didapatkan dibangku perkuliahan, sehingga turut meningkatkan derajat kesehatan pasien, mengadakan pembaharuan melalui pendidikan dalam dunia keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

Agustina Dkk. (2015). *Faktor Resiko Dan Potensi Penularan Tuberkulosis Paru Di Kabupaten Kendal Jawa Tengah*. *14*, *7*

Amin Dkk. (2015). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi Ketujuh Jilid I*. Jakarta: Interna Publishing.

Bagaskara, F. (2019). *Asuhan Keperawatan Tuberkulosis Paru Pada Ny. S Dan Ny. M Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Di Ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Dr. HaryotoLumajang Tahun 2019*.

Brunner & Suddarth. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah*. EGC. Danusantoso, H. (2017). *Buku Saku Penyakit Paru.*

Filly Muhammad Anugerah Fith Dahlan. (2021). *Insidensi Kejadian TB Paru Berdasarkan Usia dan Interpretasi Pemeriksaan BTA (Basil Tahan Asam) di RSUD Labuang Baji Makassar Periode Januari 2019-Desember 2019*.

Guyton & Hall. (2016). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Elsevier.

Huriah, T.,& Wulandari, D. (2017). *Pengaruh Active Cycle of Breathing Technique Terhadap Peningkatan Nilai VEPI, Jumlah Sputum, dan Mobilisasi Sungkar Thiraks Pasien PPOK*. Nursing Practices, 1(2). 44-45.

HK.01.07/MENKES/350, K. M. R. I. (2017). *Rumah Sakit Dan Balai Kesehatan Pelaksanaan Layanan Tuberkulosis Resistan Obat*. *Vol 4*, Hal. 9-15.

I Made.G. (2022). *Mengenal Gambar Penyakit Tuberkulosis Paru dan Cara Penangananya*. E-Jurnal Widya Kesehatan. Vol. 4, No.1

Infodatin. (2018). *Tuberkulosis: Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI*. Jakarta Selatan.

Inayah, S., & Wahyono, B. (2018). *Penanggulangan Tuberkulosis Paru dengan Strategi DOTS Samhatul*. *2(2)*, 331–341.

James Gregory. (2018). *Sistem Pernapasan* (Issue 1102005203). Fakultas Kedokteran Universitas Undayana.

Joisteven Erwin, N. (2020). *Literatur Review : Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Keluarga Dengan Upaya Pencegahan Penularan Tuberkulosis Paru*. 14–15.

Karyanto. R.& Laili. (2018). *Pelaksanaan Batuk Efektif Pada Pasien Tuberkulosis Paru Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Plemahan Kabupaten Kediri*. Ilmu Kesehatan.Vol. 9.

Kenedyanti, E.,& Sulistyorni, L. (2017). *Analisi Mycobacterium Tuberkulosis Dan Kondisi Fisik Rumah Dengan Kejadian Tuberkulosis Paru*. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, *5(2)*, 152–162.
Kemenkes RI. (2018). *Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.*
https://doi.org/1 Desember 2013

Kepmenkes Nomor Hk.01.07/Menkes/755. (2019). *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Tuberkulosis*. *Vol. 8*, Hal 55.

Mulyasmi. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada An. F Dengan Tb Paru Di*

Wilayah Kerja Puskesmas Pasar Baru Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2018.

Nixon, M. (2016). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Sistem Respiratori*. TIM.

Octavia Nia, S. (2020). *Gambaran Karakteristik Pasien Tuberkulosis Paru (TBC) Tahun 2020*. Hal. 18-20.

Permenkes RI. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016 Tentang Penanggulangan Tuberkulosis*. (Hal. 163).

Peraturan Pemerintahan RI. (2016). *Peraturan Pemerintahan Republik Indonesia Nomor 14 2016 Tentang Penyelenggaraan Perumahan Dan Kawasan Pemukiman*.

PPNI (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Edisi I. Jakarta: DPP PPNI.

PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan.* Edisi I. Jakarta: DPP PPNI.

PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (PPNI, Ed.; Edisi 1).

Prihartanti, D., & Subagyo, A. (2016). *Hubungan Lingkungan Fisik Rumah Dengan Kejadian Tb Paru Di Wilayah kerja Puskesmas Mirit Kabupaten Kebumen*. *Buletin Keslingmas*, 36(4), 386–392.

Reza Nugraha. (2016). *Diagnosis dan Tata Laksana Terkini Tuberkulosis*. Indonesia Journal of CHEST. Vol.2, No.2

Sitti Setiati Dkk. (2014). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Interna Publishing.

Smeltzer & Bare. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddart* (Edisi 8 V). EGC.

Somantri, I. (2017). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Salemba Medika.

Wahdi Achmad & Retno Dewi. (2021). *Mengenal Tuberkulosis*. In *Buku Keperawatan*. CV. Pena Persada.

WHO. (2018). *Global Tuberkulosis Report 2018 World Health Organization*. http://www.who.int/Iris/Handle/10665/274453. In Global Tuberkulosis

WHO.(2019). *TB-HIV factsheet*. https://www.who.int/tb/areas-of-work/tb- hiv/tbhiv_factsheet.pdf?ua

WHO. (2020

). *Global Tuberkulosis Report*.

LEMBAR KONSULTASI

Nama : 1. Frederica Pongiday (NS2314901048)
2. Frederika Kamumu (NS2314901049)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn A.R dengan Tuberculosis Paru di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Pembimbing Kasus : Mery Solon, Ns.,M.Kes

No	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
			Pembimbing	Mahasiswa	
				I	II
1.	Selasa, 23 April 2024	- Lapor kasus - ACC kasus : TB paru - Lanjutkan pengkajian			
2	Senin, 29 April 2024	Konsul BAB III - Tambahkan Riwayat keluhan utama pasien - Tambakan pengkajian yang belum lengkap			
2.	Senin, 6 Mei 2024	Konsul revisi BAB III - Memperbaiki implementasi - Menyesuaikan evaluasi dengan SLKI			
3.	Rabu, 15 Mei 2024	ACC BAB III Konsul BAB IV - Tambahkan teori di pembahasan kasus - Revisi PICOT EBN Tambahkan jurnal internasional			
4.	Selasa, 21 Mei 2024	Konsul revisi BAB IV dan BAB V - Menambahkan hasil			

		penelitian dalam outcome PICOT			
5.	Senin, 3 Juni 2024	Memperbaiki margin dan penomoran			
5.	Jumat, 7 Juni 2024	ACC BAB IV ACC BAB V			

LEMBAR KONSULTASI

Nama : 1. Frederika Kamumu (NS2314901048)
2. Frederika Kamumu (NS2314901049)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn A.R dengan Tuberculosis Paru di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Pembimbing Teori : Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes

No	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
			Pembimbing	Mahasiswa	
				I	II
1.	Selasa, 23 April 2024	- Lapor kasus - ACC kasus - Lanjutkan BAB I			
2	Senin, 13 Mei 2024	Konsul BAB I - Tambahkan prevalensi TB Paru di Sulawesi - Tambakan manfaat bagi pasien - Tambakan poin sistematika penulisan Lanjut BAB II			
2.	Senin, 20 Mei 2024	Konsul revisi BAB I ACC BAB I Konsul BAB II - Sesuaikan patoflowdiagram dengan teori dalam bentuk narasi - Perbaiki format penulisan Lanjutkan revisi BAB II			
3.	Selasa 4 Mei 2024	ACC BAB I ACC BAB II ACC Pathway			

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

1. Identitas Pribadi

Nama	:	FrederiKa kamumu
Tempat/Tanggal Lahir	:	Tilamuta/ 30 Mei 2000
Jenis Kelamin	:	Perempuan
Alamat	:	Jl. Bajji Passare

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	:	Aten Kamumu/Nonce Djailani
Agama	:	Islam
Pekerjaan	:	Wiraswasta
Alamat	:	Desa Dulupi

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Mustika	2005
SD 01 Dulupi	: 2006-2011
SMP 01 Dulupi	: 2012-2015
SMA 01 Dulupi	: 2016-2019
STIK Stella Maris	: 2019-2023
Profesi NERS	: 2023-2024

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

1. Identitas Pribadi

Nama	Frederica Pongiday Imuk
Tempat/Tanggal Lahir	Abepura/ 29 November 1999
Jenis Kelamin	Perempuan
Alamat	Jl. Sungai Saddang Lama

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	:	Bernadus/Marlen
Agama	:	Katholik
Pekerjaan	:	swasta
Alamat	:	Jl, Youtefa kamkey abepura

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD YPPK Gembala baik Abepura	: 2007/2012
SMP YPPK Santo Paulus Abepura	: 2006-2011
SMA YPPK Taruna Bakti Waena	: 2012-2015
D-III Keperawatan POLTEKES Jayapura	: 2018-2021
STIK Stella Maris	: 2021-2023
Profesi NERS	: 2023-2024