



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
TUBERCULOSIS PARU DI RUANG IGD
RUMAH SAKIT PELAMONIA
MAKASSAR**

OLEH :

AGUSTINA LORENSIA MARAMPA (NS2114901007)

AMITA VANIA PAKABU' (NS2114901008)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR**

2022



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
TUBERCULOSIS PARU DI RUANG IGD
RUMAH SAKIT PELAMONIA
MAKASSAR**

OLEH :

AGUSTINA LORENSIA MARAMPA

(NS2114901007)

AMITA VANIA PAKABU'

(NS2114901008)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR**

2022

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang betanda tangan dibawah ini nama :

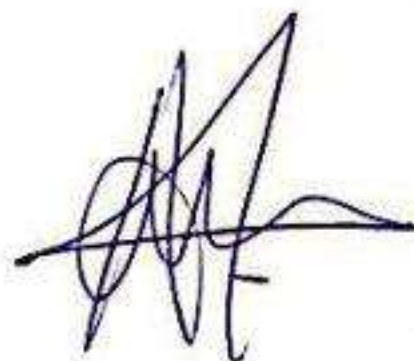
1. Agustina Lorensia M (NS2114901007)
2. Amita Vania Pakabu' (NS2114901008)

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

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

Makassar, Juni 2022

Yang menyatakan



(Agustina Lorensia M)



(Amita Vania P)

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Agustina Lorensia M (NS2114901007)

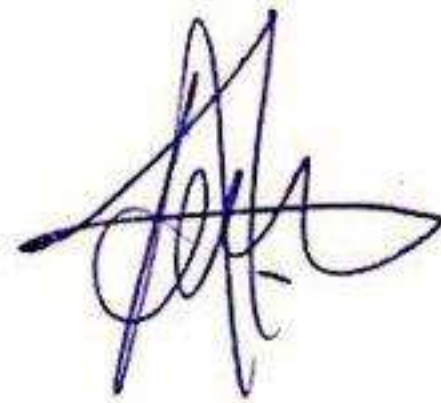
Amita Vania Pakabu' (NS2114901008)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, menggalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan Karya Ilmiah Akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Juni 2022

Yang menyatakan



(Agustina Lorensia M)



(Amita Vania P)

HALAMAN PENGESAHAN





Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh

Nama 1 Agustina Lorensia M (NS2114901007)
 2 Amita Vania Pakabu' (NS2114901008)

Program studi : Profesi Ners

Judul KIA Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Tuberculosis
Paru di ruang IGD Rumah Sakit Pelamonia Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

Pembimbing 1	· Serlina Sandi, Ns.,M Kep	())
Pembimbing 2	· Fransisco Irwandy, Ns.,M Kep	())
Penguji 1	· Rosmina Situngkir, Ns.,M Kes	())
Penguji 2	· Fransiska Anita, Ns.,M Kep., SpKMB	())

Ditetapkan di STIK Stella Maris Makassar
Tanggal 12 Juli 2022

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Sprianus Abdu, S. Si.,Kep.,Ns.,M.Kes)
NIDN: 0928027101

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmia Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Tuberculosis Paru di Ruang IGD Rumah Sakit Pelamonia Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji

Diajukan Oleh

Nama mahasiswa/NIM . 1. Agustina Lorensia M (NS2114901007)
2. Amita Vania Pakabu' (NS2114901008)

Disetujui oleh

Pembimbing 1



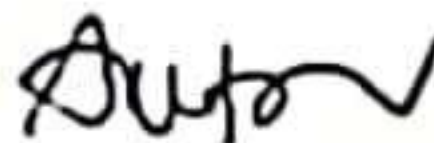
(Serlina Sandi, Ns, M Kep)
NIDN 0913068201

Pembimbing 2



(Fransisco Irwandy, Ns, M Kep)
NIDN 0910099002

**Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar**



(Fransiska Anita, Ns., M.Kep.Sp.Kep.MB)
NIDN: 0913098201

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah akhir dengan judul “ Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada Tn. M dengan Tuberculosis Paru di Ruang IGD Pelamonia Makassar.

Penulisan Karya Ilmiah Akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/mahasiswi STIK Stella Maris Makassar Program Profesi Ners dan persyaratan untuk memperoleh gelar Profesi Ners di STIK Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini masih terdapat kekurangan, oleh karena itu dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun dan dapat membantu penulis untuk menyempurnakan Karya Ilmiah Akhir ini.

Dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini penulis menyadari bahwa banyak mendapatkan bantuan, pengarahan, bimbingan serta doa dan motivasi dari berbagai pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis secara khusus mengucapkan terima kasih kepada:

1. Siprianus Apdu, S.Si.,Ns.,M.Kes, selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang juga telah banyak memberikan saran dan masukan demi menyempurnakan skripsi ini.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.Kep,MB selaku wakil ketua bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Matilda M. Paseno, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan STIK Stella Maris Makassar.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi.
5. Mery Sambo, Ns.,M.Kep. selaku Ketua Program Studi Ners STIK Stella Maris Makassar.

6. Serlina Sandi, Ns.,M.Kep dan Fransisco Irwandy, Ns.,M.Kep selaku pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan dalam penyelesaian KIA ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen beserta seluruh staff pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik, dan memberi pengarahan selama menempuh Pendidikan.
8. Kepada orang tua dari Agustina Lorensia Marampa, Yohanis Pakalla (Ayah) dan Yustina (Ibu), serta orang tua dari Amita Vania Pakabu' yaitu Petrus Pakabu' (Ayah) dan Indriani Bela (Ibu), serta sanak saudara penulis yang selalu memberikan semangat, doa serta dukungan baik moril maupun materil.
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, kami menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan. Kami mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun agar kami bisa melaksanakan penelitian.

Makassar, 30 Juni 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	
HALAMAN SAMPUL DALAM	
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
Halaman Daftar Gambar	xi
Halaman Daftar Lampiran	xii
Halaman Daftar Tabel	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	2
1. Tujuan Umum	2
2. Tujuan Khusus	2
C. Manfaat Penelitian	3
D. Metode Penelitian	3
E. Sistematika Penulisa	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar	5
1. Pengertian	5
2. Anatomi dan Fisiologi	6
3. Etiologi	11
4. Klasifikasi	11

5. Patofisiologi	12
6. Manifestasi Klinik	14
7. Tes Diagnostik	16
8. Penatalaksanaan Medis	16
9. Komplikasi	18
10. Discharge Planning	19
B. Konsep Dasar Keperawatan	19
1. Pengkajian	19
2. Diagnosis Keperawatan	21
3. Luaran Dan Perencanaan Keperawatan.....	21
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Ilustrasi Kasus.....	28
B. Pengkajian	30
C. Diagnosis Keperawatan	36
D. Perencanaan Keperawatan.....	36
E. Implementasi Keperawatan.....	38
F. Evaluasi Keperawatan.....	40
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Askep	44
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	49
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan.....	55
B. Saran	56
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Anatomi Sistem Pernapasan.....	6
--	---

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 2 : Lembar Konsultasi

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pengkajian	30
Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium.....	35
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan.....	36
Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan.....	38
Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan.....	40

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kemajuan peradaban manusia sudah semakin berkembang pesat di segala bidang kehidupan. Ilmu pengetahuan dan teknologi dewasa ini menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari masyarakat modern. Kesibukan yang luar biasa terutama di kota besar membuat manusia terkadang lalai terhadap kesehatan tubuhnya, seperti pola makan yang tidak teratur, kurang olahraga, jam kerja yang berlebihan mengkonsumsi makanan cepat saji hingga merokok sudah menjadi kebiasaan lazim yang berpotensi menimbulkan berbagai macam masalah kesehatan seperti kejadian penyakit menular, salah satu penyakit menular tersebut adalah Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*, Yang juga dikenal sebagai Bakteri Tahan Asam (BTA), *Mycobacterium tuberculosis* yang bisa menimbulkan gangguan pada saluran nafas dikenal sebagai MOTT (*Mycobacterium Other Than Tuberculosis*) yang terkadang bisa mengganggu penegakan diagnosis dan pengobatan TBC. Gejala utama pasien TB Paru yaitu batuk berdahak selama 2 minggu atau lebih, batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, sesak napas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat pada malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan (Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) dari Global Tuberculosis Report 2020, 10 juta orang di dunia menderita tuberkulosis (TBC) dan menyebabkan 1,2 juta orang meninggal setiap tahunnya dan Indonesia merupakan salah satu negara dengan penderita tuberkulosis tertinggi di dunia dengan perkiraan jumlah

orang yang jatuh sakit akibat tuberkulosis mencapai 845.000 dengan angka kematian sebanyak 98.000 (World Health Organization (WHO), 2021).

Di Indonesia, jumlah total kasus baru TB paru berjumlah total 255.812 kasus yang didominasi oleh jenis kelamin laki-laki yaitu 153.904 kasus kemudian diikuti oleh jenis kelamin perempuan yaitu 1010.908 kasus, dan untuk di Sulawesi Selatan, jumlah kasus baru TB paru terkonfirmasi bakteriologis berjumlah total 11.547 kasus didominasi oleh jenis kelamin laki-laki yaitu 6.930 kasus kemudian diikuti oleh jenis kelamin perempuan yaitu 4.617 kasus (Kemenkes RI, 2018).

Tingginya angka kejadian tuberkulosis di Indonesia dipicu oleh berbagai faktor salah satunya lingkungan, apabila lingkungan tempat tinggal memiliki pencahayaan atau terkena sinar matahari langsung, kuman TB tidak akan bertahan lama di udara. Lain halnya pada udara yang lembab, kuman TB dapat bertahan lama di udara dan dengan mudah menginfeksi manusia kemudian faktor lain yang dapat menyebabkan terjadinya peningkatan penyakit tuberkulosis adalah ketidakpatuhan dalam pengobatan, dampak jika penderita berhenti minum obat adalah munculnya kuman tuberkulosis yang resisten terhadap obat, jika ini terus terjadi dan kuman terus menyebar pengendalian obat tuberkulosis akan semakin sulit dilaksanakan dan meningkatnya angka kematian, gejala atau keluhan yang paling sering terjadi hingga pasien dibawa ke rumah sakit adalah sesak napas (Fitri Diana, Purba Agnes, 2018).

Kegawat daruratan yang terjadi pada tuberkulosis paru terjadi akibat dari komplikasi yang membahayakan kehidupan dalam waktu singkat adalah sesak napas. Hal tersebut terjadi karena adanya penumpukkan cairan didalam jaringan paru atau dalam rongga dada (Dialife, 2018). Adapun tindakan keperawatan untuk membantu mengatasi atau mengurangi keluhan yang dirasakan, perawat

mengatur posisi semi fowler agar keluhan sesak napas pasien dapat berkurang, selain itu perawat dapat melakukan pemberian nebulizer yang berguna untuk mempermudah pasien mengeluarkan secretnya, suplementasi oksigen harus diberikan pada pasien sesak dan mengalami penurunan saturasi oksigen di bawah 95% sebab hipoksia merupakan salah satu penyebab kematian pada kasus TB paru. Pada pasien yang mengalami perburukan atau tanda-tanda gagal napas maka perlu dilakukan intubasi (Hidayati Nurul, Akbar Aldika, Rosyid Nur, 2018).

Berdasarkan fenomena yang terjadi maka penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang akan dituangkan dalam bentuk Karya Ilmiah Akhir Ners yang dilakukan di ruang IGD Rumah Sakit Pelamonia Makassar

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengetahuan dan pengalaman nyata dalam melakukan prosedur asuhan keperawatan di Rumah Sakit pada pasien TB Paru

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien dengan TB Paru
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien dengan TB Paru
- c. Menetapkan rencana keperawatan pada pasien dengan TB Paru
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan TB Paru dan tindakan keperawatan berdasarkan efektivitas tindakan posisi semi fowler pada pasien TB Paru yang mengalami sesak napas
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan TB Paru

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi RS

Karya tulis ini dapat menjadi bahan masukan berupa bentuk angka peningkatan pasien dengan masalah TB Paru sehingga para tenaga kesehatan dapat meningkatkan kualitas dan mutu pelayanan rumah sakit khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan TB Paru

2. Bagi Profesi Keperawatan

Dapat menjadi bahan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan, keterampilan dan mengedukasi keluarga mengenai masalah serta menambahkan pengalaman telah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan TB Paru

3. Bagi Institusi Pendidikan

Karya tulis ini dapat digunakan sebagai sumber informasi dan acuan bagi institusi pendidikan dalam meningkatkan kualitas pendidikan dan kualitas penulis karya ilmiah.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini adalah :

1. Studi kepustakaan

Mengambil beberapa literatur sebagai sumber dan acuan teori dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir mengenai TB Paru

2. Studi kasus dengan melakukan pengamatan langsung di ruangan IGD Rumah sakit Pelamonia Makassar

3. Data pendukung lainnya didapatkan dengan hasil wawancara dengan keluarga pasien

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Karya Ilmiah ini dimulai dengan BAB I Pendahuluan yang berisi latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Pada BAB II tinjauan pustaka dibagi menjadi dua yaitu konsep dasar medik yang berisi definisi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, patoflowdiagram, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medis, komplikasi. Selain itu ada konsep dasar keperawatan yang berisi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan dan diakhiri dengan *discharge planning*.

Selanjutnya pada BAB III terdapat pengamatan kasus berisikan ilustrasi kasus, pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pada BAB IV berisi tentang pembahasan kasus dan pada BAB V berisi tentang kesimpulan dan saran dari keseluruhan Karya Ilmiah Akhir ini. Dan pada akhir dari BAB I hingga BAB IV dilampirkan daftar pustaka.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Sumber penularan yaitu pasien TB BTA (Bakteri Tahan Asam) positif melalui percik relik dahak yang dikeluarkannya, TB dengan BTA negatif juga masih memiliki kemungkinan menularkan penyakit TB meskipun dengan tingkat penularan yang kecil (Kemenkes RI, 2018).

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit yang biasanya meyerang parenkim paru, yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. TB dapat mengenai hampir kesemua bagian tubuh, termasuk meninges, ginjal, tulang, dan nodus limfe. Infeksi awal biasanya terjadi dalam 2 sampai 10 minggu setelah ajanan (Suzanne & Brenda, 2015).

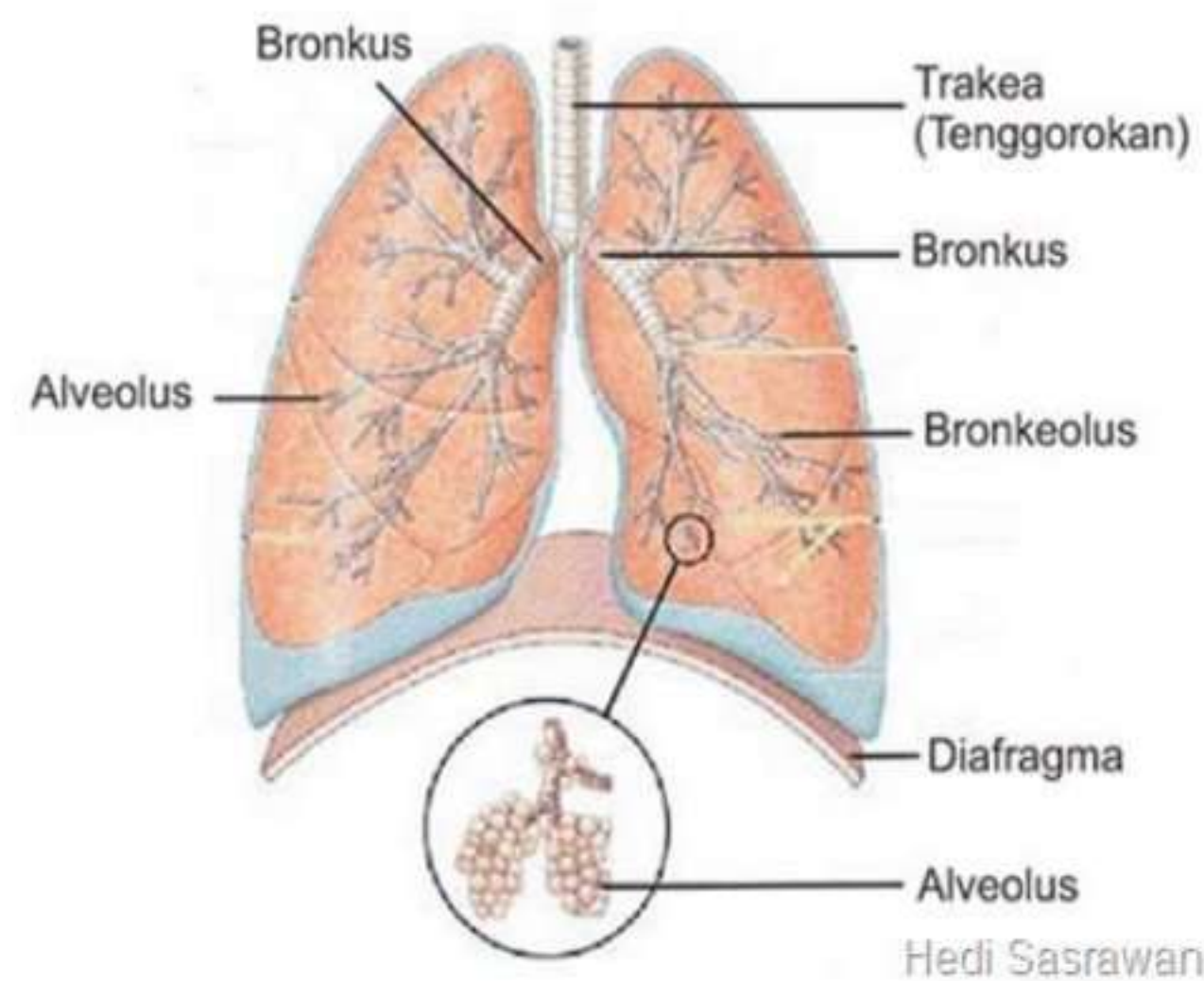
Tuberkulosis adalah penyakit infeksius terutama menyerang parenkim paru, TB paru adalah suatu penyakit yang menular dan disebabkan oleh bacil *mycobacterium tuberculosis* yang merupakan salah satu penyakit saluran pernapasan bagian bawah. Sebagian besar bakteri masuk ke dalam jaringan paru melalui *airbone infection* dan selanjutnya mengalami proses yang dikenal sebagai fokus primer (Wijaya & Putri 2013 dalam Pratiwi 2020).

Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan TB Paru merupakan penyakit infeksi atau menular yang biasanya menyerang paru-paru, penyakit ini disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* yang terhirup oleh manusia melalui udara. Namun tidak hanya paru-paru, bagian tubuh lainnya juga dapat terserang bakteri ini.

2. Anatomi dan Fisiologi

a. Anatomi

Gambar 2.1 Anatomi Sistem Pernapasan



Sumber : Hedi Sasrawan (2016)

Ditinjau dari fungsinya, secara umum saluran pernapasan bagian bawah terbagi menjadi dua komponen. Pertama, saluran udara konduktif atau yang sering disebut sebagai percabangan dari *tracheo bronkialis*. Saluran ini terdiri atas trakea, bronki dan bronkialis. Kedua, satuan respiratorius terminal yang merupakan saluran udara konduktif dengan fungsi utamanya sebagai penyalur gas masuk dan keluar dari saluran respiratorius terminal merupakan tempat pertukaran gas yang sesungguhnya. Alveoli sendiri merupakan bagian dari satuan respiratorius terminal (Rudi & Maria, 2018)

1) Trakea

Trakea disokong oleh cincin tulang rawan berbentuk seperti sepatu kuda yang panjangnya $\pm 12,5$ cm (5 inci). Trakea sangat fleksibel dan berotot dengan cincin kartilago. Pada cincin kartilago ini mengandung *pseudostratified ciliated columnar epithelium* yang mengandung banyak sel goblet untuk sekresi mukus. Fungsi utama dari trakea adalah untuk menyediakan saluran napas untuk udara masuk dan keluar dari paru-paru.

Selain itu, epitel yang melapisi trakea menghasilkan lendir yang memerangkap debu dan kontaminan lain dan agar tidak mencapai paru-paru. Struktur trakea dan bronkus dianalogkan dengan sebuah pohon. Oleh karena itu dinamakan pohon trakeobronkial. Permukaan posterior trakea agak pipih dibandingkan sekelilingnya karena cincin tulang rawan di daerah itu tidak sempurna dan letaknya dapat di depan esofagus. Tempat trakea bercabang menjadi bronkus utama kiri dan kanan dikenal dengan karina. Karina memiliki banyak saraf dan dapat menyebabkan bronkospasme dan batuk berat jika dirangsang (Rudi & Maria, 2018).

2) Bronkus, bronkiolus dan alveolus

Bronkus utama kiri dan kanan tidak simetris, bronkus utama kanan lebih pendek dan lebih lebar dibandingkan dengan bronkus utama kiri dan merupakan kelanjutan dari trakea yang arahnya hampir vertikal. Sebaliknya, bronkus utama kiri dan merupakan lebih panjang dan lebih sempit dibandingkan dengan bronkus utama kanan dan merupakan kelanjutan dari trakea dengan sudut yang lebih tajam.

Cabang utama bronkus kanan dan kiri bercabang lagi menjadi bronkus lobaris dan bronkus segmentalis. Percabangan ini berjalan terus menjadi bronkus yang ukurannya semakin kecil sampai akhirnya menjadi bronkiolus terminalis, yaitu saluran udara terkecil yang tidak mengandung alveoli (kantong udara). Bronkiolus dikelilingi oleh otot polos sehingga ukurannya dapat berubah. Seluruh saluran udara kebawah sampai tingkat bronkiolus terminalis disebut saluran penghantar udara karena fungsi utamanya adalah sebagai penghantar udara ke tempat pertukaran gas paru. Setelah bronkiolus terminalis terdapat asinus yang merupakan unit fungsional paru, yaitu tempat pertukaran gas. Asinus terdiri dari bronkiolus respiratorius, yang

terkadang memiliki kantong udara kecil atau alveoli pada dindingnya; duktus alveolaris, seluruhnya dibatasi oleh alveolus dan sakus alveolaris terminalis, yaitu struktur akhir paru. Alveolus (dalam kelompok sakus alveolaris menyerupai anggur, yang membentuk sakus terminalis dipisahkan dari alveolus didekatnya oleh dinding tipis atau septum. Lubang kecil pada dinding ini dinamakan pori-pori khon. Dalam setiap paru terdapat sekitar 300 juta alveolus.

Alveolus merupakan suatu gelembung gas yang dikelilingi oleh jaringan kapiler sehingga batas antara cairan dan gas membentuk tegangan permukaan yang cenderung mencegah pengembangan saat inspirasi dan cenderung kolaps pada waktu ekspirasi. Tetapi, untungnya alveolus dilapisi oleh zat lipoprotein (surfaktan) yang dapat mengurangi tegangan permukaan dan mengurangi resistensi terhadap pengembangan pada waktu inspirasi, dan mencegah kolaps alveolus pada waktu ekspirasi. Fungsi utama dari alveolus adalah pertukaran oksigen dan karbon dioksida diantara kapiler pulmoner dan alveoli (Rudi & Maria, 2018).

3) Paru-paru

Paru-paru merupakan organ yang elastis, berbentuk kerucut, dan terletak dalam rongga dada atau thoraks, setiap paru mempunyai apeks (bagian atas paru) dan dasar. Pembuluh darah paru dan bronkial, bronkus, saraf dan pembuluh limfe memasuki tiap paru pada bagian hilus dan membentuk akar paru. Paru kanan lebih besar daripada paru kiri dan dibagi menjadi tiga lobus oleh fisura interlobaris, paru kiri di bagi menjadi dua lobus. Fungsi paru adalah sebagai organ respirasi untuk pertukaran gas oksigen dan karbon dioksida. Respirasi adalah proses memecah oksigen sehingga dapat digunakan oleh sel-sel tubuh untuk membuat energi.

Suatu lapisan tipis kontinu yang mengandung kolagen dan jaringan elastis, disebut pleura, melapisi rongga dada (*pleura parietalis*) dan yang menyelubungi setiap paru (*pleura viseralis*). Di antara pleura parietalis dan viselaris terdapat lapisan tipis cairan pleura yang berfungsi untuk memudahkan kedua permukaan itu bergerak selama pernapasan dan untuk mencegah pemisahan thoraks dan paru (Rudi & Maria, 2018).

b. Fisiologi Pernapasan

Proses fisiologi pernapasan yaitu proses O_2 dipindahkan dari udara ke dalam jaringan-jaringan, dan CO_2 dikeluarkan ke udara ekspirasi, dapat dibagi menjadi tiga yaitu ventilasi, difusi dan transpor gas antara paru-paru dan jaringan.

1) Ventilasi

Ventilasi merupakan udara bergerak masuk dan keluar paru-paru karena adanya perbedaan tekanan antara atmosfer dan alveolus serta dibantu oleh kerja mekanik otot-otot pernapasan. Selama inspirasi volume toraks bertambah besar karena diafragma turun dan iga terangkat karena kontraksi beberapa otot.

2) Difusi

Difusi merupakan tahap kedua dari proses pernapasan mencakup proses difusi melintasi membran alveolus-kapiler yang tipis. Kekuatan pendorong untuk pemindahan ini adalah perbedaan tekanan parsial antara darah dan fase gas. Tekanan parsial O_2 (PO_2) dalam atmosfer besarnya sekitar 159 mmHg. Pada saat oksige diinspirasi dan sampai ke alveolus maka tekanan parsial mengalami penurunan sekitar 103 mmHg akibat udara bercampur dengan ruang mati anatomik pada saluran jalan napas.

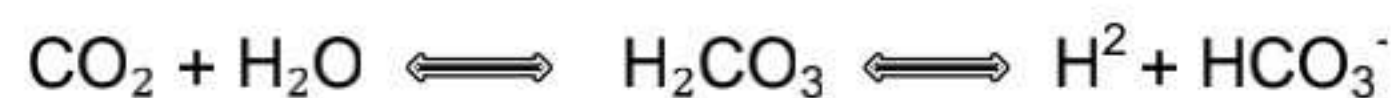
3) Transpor Gas antara Paru-paru dan Jaringan

a) Transpor O₂ dalam Darah

Oksigen dapat diangkut dari paru ke jaringan-jaringan melalui dua jalan : secara fisik larut dalam plasma atau secara kimia berikatan dengan Hb sebagai *oksiHb* (HbO₂). Pada tingkat jaringan, oksigen mengalami disosiasi dari hemoglobin dan berdifusi ke dalam plasma. Dari plasma oksigen masuk ke sel-sel jaringan tubuh untuk memenuhi kebutuhan jaringan yang bersangkutan. Hemoglobin yang melepaskan oksigen pada tingkat jaringan disebut hemoglobi tereduksi. Hb tereduksi berwarna ungu dan menyebabkan warna kebiruan pada darah vena, seperti pada vena superfisial misalnya pada tangan, sedangkan HbO₂ berwarna merah terang dan menyebabkan warna kemerah-merahan pada arteri

b) Transpor CO₂ dalam Darah

Transpor CO₂ dari jaringan ke paru untuk dibuang dilakukan dengan tiga cara. Sekitar 10% CO₂ secara fisik larut dalam plasma, 20% berikatan dengan gugus amino pada Hb (karbaminohemoglobin) dalam sel darah merah dan sekitar 70% diangkut dalam bentuk bikarbonat plasma (HCO₃⁻). CO₂ berikatan dengan air dalam reaksi berikut :



Reaksi ini disebut persamaan buffer asam bikarbonat-karbonat. Keseimbangan asam basa ini dipengaruhi oleh fungsi paru dan homeostasis CO₂. Pada umumnya, hiperventilasi (ventilasi alveolus dalam keadaan kebutuhan metabolisme berlebihan) menyebabkan alkalosis (pH > 7,4) akibat ekskresi CO₂ yang berlebihan

dari paru, sedangkan hipoventilasi (ventilasi alveolus yang tidak dapat memenuhi kebutuhan metabolisme) menyebabkan asidosis ($\text{pH} < 7,4$) akibat retensi CO_2 oleh paru

3. Etiologi

Penyakit tuberkulosis paru adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri dan kelompok *mycobacterium* yaitu *mycobacterium tuberculosis*, sifat dari bakteri ini yaitu basil berbentuk batang, bersifat aerob, mudah mati terkena sinar ultraviolet (matahari) dan dapat bertahan hidup pada area lembab. Kelompok bakteri *mycobacterium tuberculosis* yang bisa menimbulkan MOTT (*Mycobacterium Other Than Tuberculosis*) yang terkadang dapat mengganggu penegakan diagnosis dan pengobatan TB, secara umum sifat kuman TB adalah berbentuk batang dengan panjang 1-10 mikron, lebar 0,2-0,6 mikron, bersifat tahan asam, bakteri ini berbentuk batang dan berwarna merah dalam pemeriksaan mikroskop, tahan terhadap suhu rendah sehingga dapat hidup dalam jangka waktu lama pada suhu antara 4°C – minus 70°C akan mati dalam waktu lebih kurang 1 minggu dan dapat pula tidak berkembang (Mathofani & Febriyanti, 2020).

4. Klasifikasi

Menurut Darliana (2019), klasifikasi penyakit TB digolongkan :

a. Klasifikasi berdasarkan organ tubuh yang terkena :

- 1) Tuberkulosis paru. Tuberkulosis yang menyerang jaringan (parenkim) paru, tidak termasuk pleura (selaput paru) dan kelenjar pada hilus.
- 2) Tuberkulosis ekstra paru. Tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung, kelenjar lymfe, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain.

b. Klasifikasi berdasarkan hasil dahak mikroskopis, yaitu pada TB Paru :

1) Tuberkulosis paru BTA positif

- a) Sekurang-kurangnya dua dari tiga spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif
- b) Satu spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto thorax pada dada menunjukkan gambaran tuberkulosis
- c) Satu spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman TB positif
- d) Satu atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah tiga spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT

2) Tuberkulosis paru BTA negatif

Kasus yang tidak memenuhi definisi pada TB paru BTA positif. Kriteria diagnostik TB Paru BTA negatif harus meliputi :

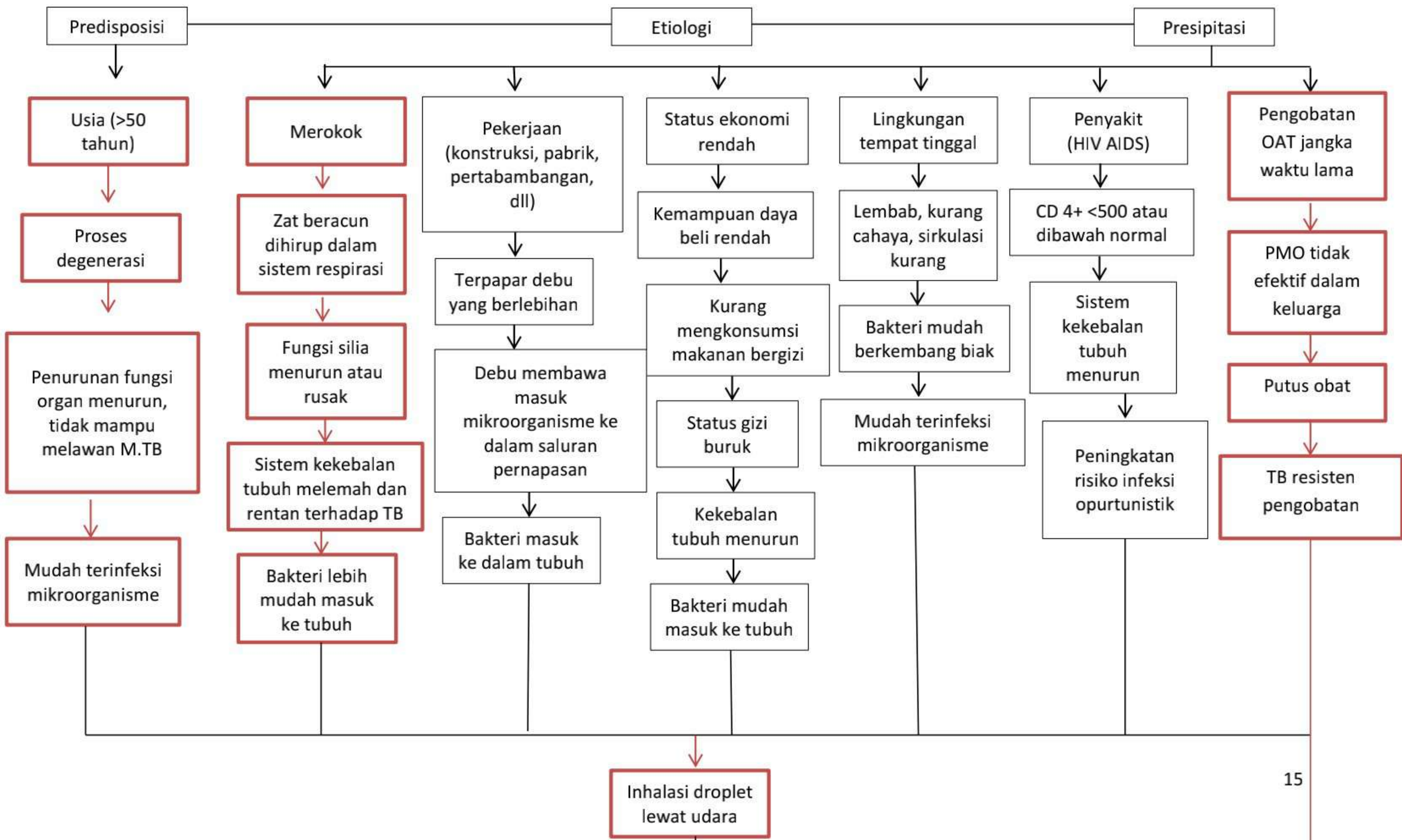
- a) Paling tidak tiga spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif
- b) Foto thorax abnormal menunjukkan gambaran tuberkulosis
- c) Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT
- d) Ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan

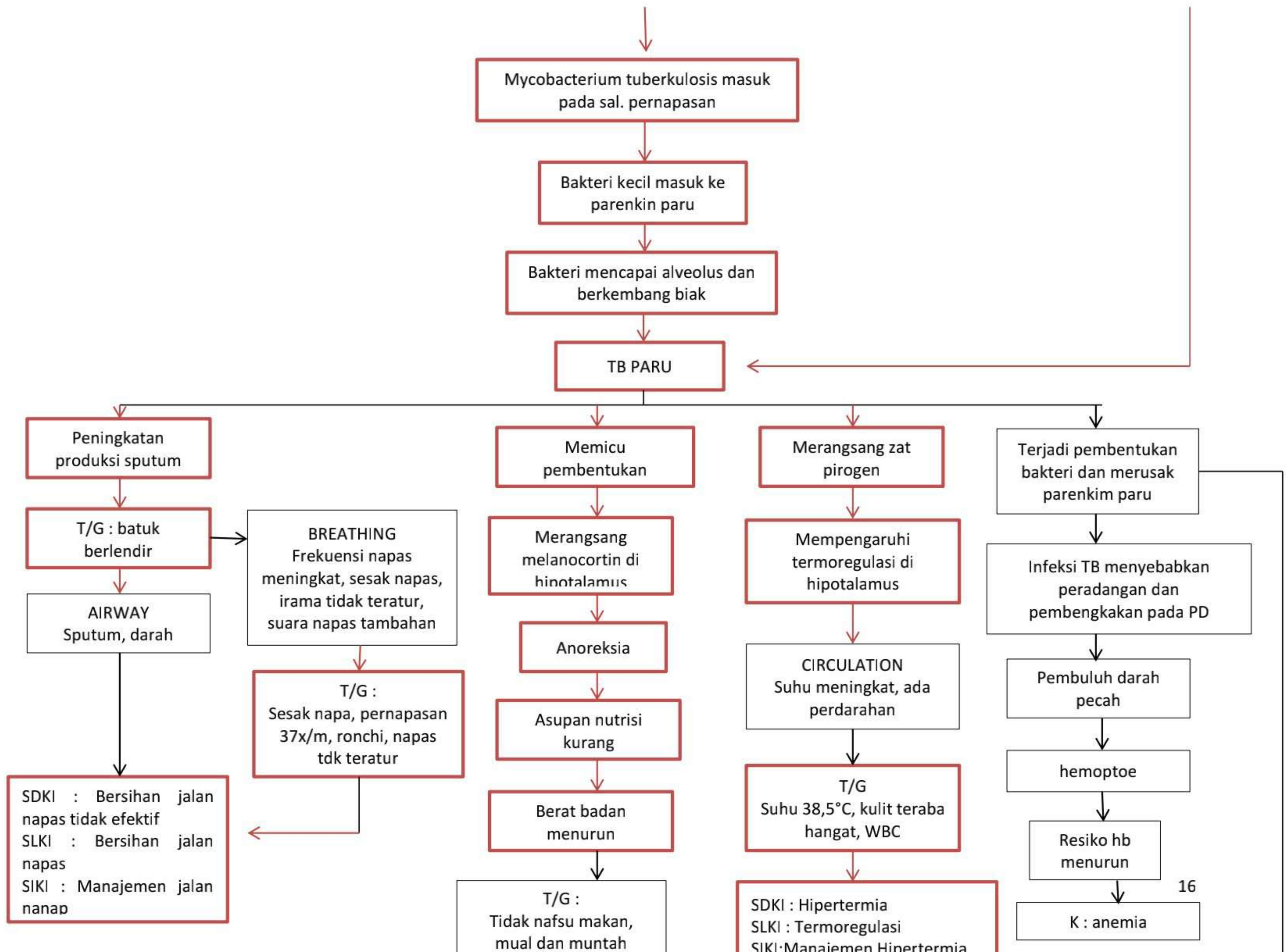
5. Patofisiologi

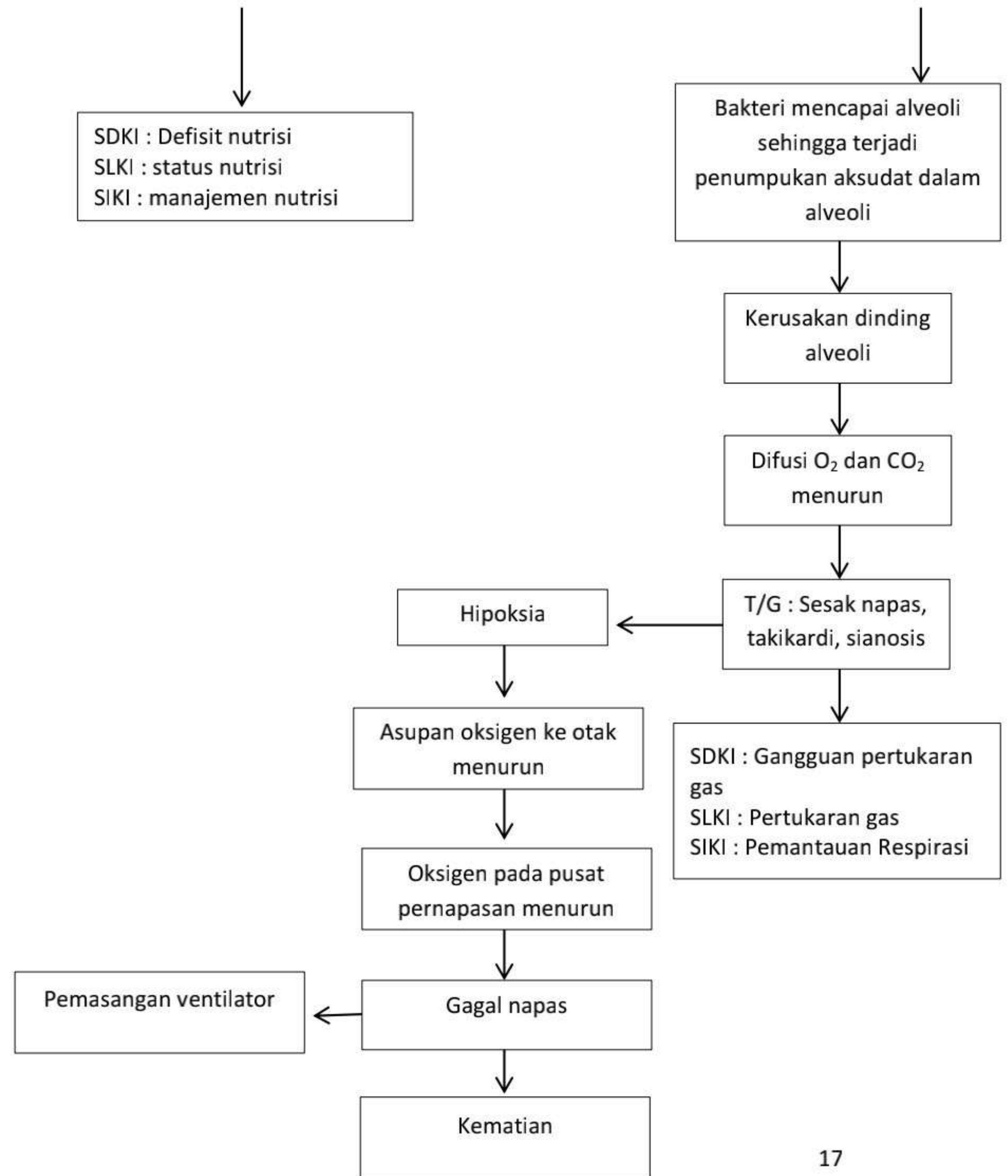
Individu rentan menghirup basil tuberkulosis dan menyebabkan bakteri tersebut masuk ke alveoli melalui jalan nafas, alveoli adalah tempat bakteri berkumpul dan berkembang biak. *Mycobacterium tuberculosis* juga dapat masuk ke bagian tubuh lain seperti ginjal, tulang, dan korteks serebri dan area lain

dari paru-paru (lobus atas) melalui sistem limfa dan cairan tubuh. Sistem imun dan sistem kekebalan tubuh akan merespon dengan cara melakukan reaksi inflamasi. Fagosit menekan bakteri, dan limfosit spesifik tuberkulosis menghancurkan (melisiskan) bakteri dan jaringan normal. Reaksi tersebut menimbulkan penumpukan eksudat di dalam alveoli yang bisa mengakibatkan *bronchopneumonia*. Infeksi awal biasanya timbul dalam waktu 2-10 minggu setelah terpapar bakteri (Kenedyanti & Sulistyorini, 2017).

Interaksi antara *mycobacterium tuberculosis* dengan sistem kekebalan tubuh pada masa awal infeksi membentuk granuloma. Granuloma terdiri atas gumpalan basil hidup dan mati yang dikelilingi oleh makrofag. Granulomas diubah menjadi massa jaringan fibrosa, bagian sentral dari massa tersebut disebut ghon tuberkulosis dan menjadi nekrotik membentuk massa seperti keju. Hal ini akan menjadi klasifikasi dan akhirnya membentuk jaringan kolagen kemudian bakteri menjadi dorman. Setelah infeksi awal, seseorang dapat mengalami penyakit aktif karena gangguan atau respon yang inadkuat dari respon sistem imun. Penyakit dapat juga aktif dengan infeksi ulang dan aktivasi bakteri dorman dimana bakteri yang sebelumnya tidak aktif kembali menjadi aktif. Pada kasus ini, *ghon tubrcle* memecah sehingga menghasilkan *necrotizing caseosa* di dalam bronkhus. Bakteri kemudian menjadi tersebar di udara, mengakibatkan penyebaran penyakit lebih jauh. Tuberkel yang menyerah menyembuh membentuk jaringan parut. Paru yang terinfeksi menjadi lebih membengkak, menyebabkan terjadinya bronkopneumonia lebih lanjut (Sigalingging, Hidayat, & Tarigan, 2019).







6. Manifestasi Klinik

Gejala utama pasien TB paru adalah batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan (Kemenkes RI, 2018).

Keluhan yang dirasakan pasien tuberkulosis dapat bermacam-macam atau malah banyak pasien ditemukan Tb paru tanpa keluhan sama sekali dalam pemeriksaan kesehatan. Gejala tambahan yang sering dijumpai (Nuriyanto, 2018) :

a. Demam

Biasanya subfebril menyerupai demam *influenza*. Tetapi kadang-kadang dapat mencapai 40-41°C. Keluhan ini sangat dipengaruhi berat atau ringannya infeksi kuman yang masuk. Serangan demam pertama dapat sembuh sebentar, tetapi kemudian dapat timbul kembali.

b. Terjadi karena iritasi pada bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk-produk radang keluar. Keterlibatan bronkus pada tiap penyakit tidaklah sama, maka mungkin saja batuk baru ada setelah penyakit berkembang dalam jaringan paru yakni setelah berminggu-minggu atau berbulan-bulan peradangan bermula. Keadaan yang berupa batuk darah karena terdapat pembuluh darah yang pecah. Kebanyakan batuk darah pada tuberkulosis terjadi pada kavitas, tetapi dapat juga terjadi pada ulkus dinding bronkus.

c. Sesak Napas

Pada penyakit yang ringan (baru tumbuh) belum dirasakan sesak napas. Sesak napas akan ditemukan pada penyakit yang

sudah lanjut, yang infiltrasinya sudah meliputi setengah bagian paru-paru.

d. *Malaise*

Penyakit tuberkulosis bersifat radang yang menahun. Gejala malaise sering ditemukan berupa anoreksia (tidak ada nafsu makan), badan makin kurus (berat badan turun), sakit kepala, meriang, nyeri otot, dan keringat pada malam hari tanpa aktivitas. Gejala malaise ini makin lama makin berat dan terjadi hilang timbul secara tidak teratur.

e. Keringat pada malam hari

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

7. Tes Diagnostik

Ada beberapa jenis pemeriksaan diagnostik menurut Rudi & Maria, (2018), diantaranya :

a. Bakteriologis

Pemeriksaan ini dilakukan dengan menggunakan specimen dahak, cairan pleura atau cairan serebrospinal untuk menilai adanya bakteri *mycobacterium tuberculosis*, pada dahak menentukan BTA, spesimen dahak SPS (Sewaktu, Pagi, Sewaktu). Dinyatakan positif bila dua dari tiga pemeriksaan tersebut ditemukan BTA positif.

b. Foto Thorax

Bila ditemukan satu pemeriksaan BTA positif, maka perlu dilakukan foto thorax atau SPS ulang, bila foto thorax dinyatakan positif maka dinyatakan BTA positif, bila foto thorax tidak mendukung maka dilakukan SPS ulang, bila hasilnya negatif berarti bukan TB paru

c. Uji tuberkulin

Pemeriksaan guna menunjukkan reaksi imunitas seluler yang timbul setelah 4-6 minggu pasien mengalami infeksi pertama dengan hasil BTA. Uji ini sering dengan menggunakan cara mantoux test.

8. Penatalaksanaan Medik

Ada fase metode penyembuhan tuberkulosis yaitu fase mendalam semasa (2 sampai 3 bulan) dalam fase susulan hingga 4 atau 7 candra. Perpaduan obat yang dipakainya yaitu perpaduan obat pertama dan pula obat susulan (Kemenkes RI, 2018). Obat pertama yang dipakai dalam terapi Tuberkulosis Paru celah lain menjadi berikut :

a. Obat rifampisin

Rifampisin sediaan obatnya 10 mg/kg berat badan, maks 600mg 2-3x/minggu (berat badan lebih 60kg sampai 600mg, berat badannya 40-60kg sampai 450mg, berat badan <40kg sampai 300mg, dosis intermediasi yaitu 600 mg/x).

Obat rifampisin mampu mengakibatkan air seni/kencing berwarna merah, peluh, air mata, dan selera. Proses metabolisme yang memproses air seni berwarna merah dan termasuk obat yang tidak berbahaya. Hal tersebut harus diinfokan kepada pengidap supaya dipahami dan tidak perlu dikhawatirkan (Sampurno, 2016).

b. Isoniazid (INH)

Dosis yang diberikan untuk obat INH adalah 5 mg/kg berat badan, maksimal 300mg, 10 mg/kg berat badan 3x/seminggu, 15 mg/kgBB 2x/1 minggu atau (300 mg/hari untuk orang cukup umur Intermiten : 600 mg/kali) (Wahyudi & Soedarsono, 2019).

c. Pirazinamid

Obat ini digunakan pada saat fase intensif 25mg/kg berat badan, 35mg/kg berat badan 3x/seminggu, 50 mg/kg berat badan 2x/satu minggu atau: berat badan lebih 60 kg: 1500 mg, berat badan 40-60 kg: 1000mg, berat badan kurang 40kg: 750mg (Wahyudi & Soedarsono, 2019).

d. Streptomisin

Pada obat streptomisin ini diberikan dosis 15mg/kg berat badan (BB lebih 60kg sampai 1000mg, BBnya 40-60kg = 750mg, BB kurang 40kg = sesuai berat badan). Efek samping yang pertama dapat terjadi keburukan pada syaraf kedelapan yang berangkaian pada kesepadanan dan pendengaran. Efek lainnya ini akan melonjak seiring dengan tingkat dosis yang

digunakan dan berdasarkan usia pengidap (Qiyaam, Furqani, & Hartanti, 2020).

e. Etambutol

Untuk obat ini diberikan fase intensif dengan dosis 20mg/kg BB, fase lanjut 15 mg/kg berat badan, 30mg/kg berat badan 3x/seminggu, 45 mg/kg berat badan 2x/seminggu atau : (BB lebih 60 kg: 1500 mg, berat badan 40-60 kg: 1000mg, berat badan kurang 40 kg: 750 mg, Dosis intermiten 40 mg/kg BB/kali). Etambutol juga mengakibatkan terganggunya pandangan berupa kurangnya ketajaman penglihatan, buta warna untuk warna merah dan hijau. Meskipun demikian keracunan okuler tersebut tergantung dosis yang digunakan, ronggang terjadi bila dosisnya 15-25 mg/kg BB perhari atau 30 mg/kg BB diberikan 3 x/seminggu. Gangguan pendangan bisa normal lagi setelah seputar minggu obat diperhentikan. Dianjurkan etambutol tidak diberikan untuk anak-anak akibat risiko kebuturan okuler dan sulit dideteksi (Prananda, Nurmainah, & Robiyanto, 2017).

9. Komplikasi

a. Anemia

Anemia pada TB paru yang diakibatkan supresi eritropoesis oleh mediator inflamasi merupakan patogenesis tersering dari anemia pada TB paru Kondisi ini terjadi karena adanya disregulasi sistem imun terkait dengan respon sistemik terhadap kondisi penyakit yang diderita (Nasution, 2015).

b. Gagal ginjal

Ginjal terinfeksi oleh penyebaran hematogen basil mycobacterium tuberculosis dari infeksi paru-paru, lesi TB yang terjadi di paru-paru memiliki kemungkinan untuk dapat masuk ke sistem vaskular oleh erosi dari dinding vena, biasanya pembuluh darah, maka dpaat terjadi emboli yang mengandung

bakteri sehingga dapat disebarkan ke seluruh tubuh, termasuk ginjal (Rudi & Maria, 2018).

c. Gagal Napas

Gagal napas adalah ketidakseimbangan ventilasi dan perfusi paru yang menyebabkan hipoksemia atau peningkatan karbon dioksida sehingga terjadi kegagalan fungsi pertukaran gas yang nyata dalam bentuk kegagalan oksigenasi (hipoksemia) atau kegagalan dalam pengeluaran CO₂ (hiperkapnia, kegagalan ventilasi) atau merupakan kegagalan kedua fungsi tersebut (Rudi & Maria, 2018).

10. Discharge Planning

Menurut Widoyono (2018), ada beberapa hal yang perlu disampaikan kepada keluarga dan pasien sebelum pulang :

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

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Data umum

Berisi mengenai identitas pasien yang meliputi nama, umur, No. RM, jenis kelamin, agama, alamat, Pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, jam datang, jam diperiksa, tipe kedatangan dan informasi data.

b. Keadaan Umum

Mengkaji keadaan umum pada pasien TB Paru dengan gawat darurat yang berisi tentang observasi mengenai pasien TB Paru, dan pemeriksaan ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, dan Exposure*)

c. Pengkajian Primer

1) *Airway*

Airway artinya mempertahankan agar jalan napas bebas dari segala hambatan, baik akibat hambatan yang terjadi akibat benda asing maupun sebagai akibat dari terjadinya tuberculosis paru (Krisanty, 2016).

Masalah *airway* yang biasanya timbul pada pasien dengan TB Paru yaitu sesak napas karena adanya sumbatan seperti lendir.

2) *Breathing*

Breathing atau fungsi bernapas yang mungkin terjadi akibat gangguan atau komplikasi infeksi di saluran napas. Hal yang dikaji yaitu frekuensi napas, pergerakan dinding dada, irama pernapasan apakah teratur atau tidak dan dangkal atau dalam, atau adanya suara napas tambahan (Krisanty, 2016)

Masalah *breathing* yang timbul pada pasien dengan TB Paru yaitu frekuensi pernapasan yang tidak teratur dan dangkal, dan terdengar bunyi napas tambahan ronchi.

3) *Circulation*

Mengkaji tanda-tanda vital, kekuatan denyut nadi, elastisitas turgor kulit, mata cekung, apakah terdapat perdarahan, apakah ada mual muntah dan nyeri (Krisanty, 2016).

Masalah *circulation* yang timbul pada pasien TB Paru yaitu peningkatan tanda-tanda vital, nadi lemah dan cepat.

4) *Disability*

Penilaian *disability* melibatkan evaluasi fungsi system saraf pusat. Mengkaji tingkat kesadaran, respon pupil dan reflex cahaya. Berbagai penyebab perubahan kesadaran seperti hipoksia (Krisanty, 2016).

Masalah *disability* yang timbul pada pasien TB Paru biasanya hanya pada tingkat kesadaran.

5) *Exposure*

Untuk melihat keadaan pasien secara umum (Krisanty, 2016).

2. Diagnosis Keperawatan

Beberapa diagnosis keperawatan menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2017) :

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas
- b. Gangguan pertukaran gas b.d suplai oksigen
- c. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
- d. Hipertermi b.d proses penyakit

3. Intervensi Keperawatan

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas

SLKI: Hasil yang diharapkan (Tim Pokja SLKI PPNI, 2018)

- 1) Produksi sputum cukup menurun
- 2) Dypnea cukup menurun
- 3) Frekuensi napas cukup membaik
- 4) Pola napas cukup membaik

SIKI: Manajemen jalan napas (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018)

Observasi:

- 1) Monitor pola napas
- 2) Monitor bunyi napas tambahan
- 3) Monitor sputum

Terapeutik

- 1) Posisikan semi-fowler atau fowler
- 2) Berikan oksigen, jika perlu

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, eskpektoran, jika perlu

Pemantauan Aspirasi

Observasi

- 1) Monitor saturasi oksigen
- 2) Dokumentasikan hasil pemantauan

- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan suplai oksigen

SLKI: Hasil yang diharapkan (Tim Pokja SLKI PPNI, 2018)

- 1) Dispnea cukup menurun
- 2) Pola napas cukup membaik
- 3) Bunyi napas tambahan cukup menurun

SIKI: Pemantauan Respirasi (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018)

Observasi

- 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
- 2) Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea,hiperventilasi)
- 3) Monitor adanya produksi sputum
- 4) Monitor kemampuan batuk efektif

5) Monitor saturasi oksigen

Terapi oksigen

Observasi

1) Monitor kecepatan aliran oksigen

Teraupetik

1) Pertahankan kepatenan jalan napas

2) Berikan oksigen tambahan, jika perlu

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemantauan dosis oksigen

c. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

SLKI: Hasil yang diharapkan (Tim Pokja SLKI PPNI, 2018)

1) Suhu tubuh cukup membaik

2) Suhu kulit cukup membaik

3) Menggigil cukup menurun

SIKI: Manajemen Hipertermia (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018)

Observasi

1) Identifikasi penyebab hipertermia

2) Monitor suhu tubuh

3) Monitor kadar elektrolit

Terapeutik

1) Sediakan lingkungan yang dingin

2) Longgarkan atau lepaskan pakaian

3) Berikan cairan oral

4) Basahi dan kipasi permukaan tubuh

5) Berikan oksigen, jika perlu

Edukasi

1) Anjurkan tirah baring

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu.

d. Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient

SLKI: Hasil yang diharapkan (Tim Pokja SLKI PPNI, 2018)

- 1) IMT membaik
- 2) Nafsu makan membaik
- 3) Frekuensi membaik
- 4) Porsi yang dihabiskan meningkat

SIKI: Manajemen Nutrisi (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018)

Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi
- 2) Identifikasi makanan yang disukai
- 3) Monitor asupan makanan
- 4) Monitor berat badan
- 5) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik

- 1) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- 2) Berikan suplemen makanan, jika perlu
- 3) Berikan makanan yang tinggi kalori dan protein

Edukasi

- 1) Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan jika perlu.

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien Tn "M" umur 63 tahun masuk IGD rumah sakit Pelamonia Makassar pada tanggal 04 Juni 2022 dengan keluhan sesak napas. Keluarga mengatakan sesak napas sudah dialami sejak ± 2 bulan yang lalu sudah agak merasakan sesak, dan memberat ± 1 minggu yang lalu kemudian 1 hari sebelum dibawa ke rumah sakit sesaknya semakin memberat dan sudah tidak dapat ditahan sehingga keluarga membawahi pasien ke RS. Saat pengkajian pasien mengeluh sesak napas dan bertambah saat beraktivitas, batuk berlendir, tampak anemis, suara napas ronchi, tampak pasien sulit mengeluarkan dahak, tampak pasien kurus, dan kulit teraba hangat. Keluarga pasien mengatakan semenjak sakit nafsu makan pasien menurun, pasien mengalami penurunan berat badan dan sering berkeringat pada malam hari. Keluarga mengatakan sebelumnya pasien sudah menjalani pengobatan TB sejak 3 tahun yang lalu tetapi tidak rutin untuk minum obat, dan pasien memiliki riwayat merokok. Hasil observasi tanda-tanda vital: tekanan darah 140/80 mmhg, nadi 124 x/menit, pernapasan 37x/menit, suhu 38,5°C, dan SpO₂ 81%. Hasil pemeriksaan foto thorax yaitu KP dupleks lama aktif, hasil pemeriksaan laboratorium WBC 22,30 10³/UL, RBC 2,24 10⁶/UL, HGB 6,8 g/dl, HCT 21,8 %, PLT 596 10³/UL. Dari data yang didapatkan, penulis mengangkat diagnosis yaitu bersihan jalan napas tidak efektif dan hipertermi. Pasien diberikan posisi semi fowler serta memberikan oksigen NRM 10 liter, memberikan terapi cairan intravena RL 500 cc, serta mendapatkan terapi obat dexamethasone 10 mg/8 jam/IV, ceftriaxone 1 gr/12 jam/IV, dan paracetamol 100 ml/drips. Setelah dilakukan tindakan didapatkan hasil frekuensi napas pasien 26x/m, keluhan sesak mulai berkurang, SpO₂ 98%, masih terdengar

suara tambahan ronchi serta batuk berlendir, suhu tubuh pasien 37,5°, kemudian pasien dibawa ke ruang perawatan interna (ruang sakura)

B. Pengkajian

PENGAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Nama Pasien/umur : TN. M / 63 Tahun

Diagnosa Medik : TB Paru

Alamat : JL.WR. Supratman

Keluhan Masuk : Sesak Napas

Riwayat Keluhan Masuk: Keluarga mengatakan sesak dirasakan ±2 bulan yang lalu. Dan sesak ±1 minggu yang lalu, sesak tidak berkurang dan malah semakin memberat ±1 hari yang lalu, selain sesak pasien juga batuk berlendir, pasien tampak sesak, pasien tampak anemis, dan keluarga juga mengatakan nafsu makan pasien menurun, pasien mengalami penurunan berat badan, terdengar suara napas tambahan ronchi, gelisah dan SpO₂ 82%

Triage : Gawat Darurat (Merah)

Alasan : Pasien mengalami sesak napas, tampak pasien gelisah, SpO₂ 82%

Riwayat penyakit yang pernah diderita : TB Paru ± 3 tahun yang lalu, dan tidak terkontrol minum obat.

Riwayat alergi : -

Tabel 3.1 Pengkajian

Pengkajian	SDKI	SLKI	SIKI
A. Airway Sumbatan <input type="checkbox"/> Benda asing <input type="checkbox"/> Lidah jatuh	Bersihan jalan napas tidak efektif b/d hipersekresi jalan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x3 jam, diharapkan bersihan jalan	Manajemen Jalan Napas 1. Observasi - Monitor pola napas

<p> <input checked="" type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Cairan B.Breathing Frekuensi : 37 x/mnt Suara napas : <input checked="" type="checkbox"/> Sesak <input type="checkbox"/> Vesikuler <input checked="" type="checkbox"/> Retraksi dada <input type="checkbox"/> Bronco- vesikuler <input type="checkbox"/> Apnue <input type="checkbox"/> Bronkial Irama napas : Suara tambahan : <input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Wheezing <input checked="" type="checkbox"/> Tidak teratur <input checked="" type="checkbox"/> Ronchi <input checked="" type="checkbox"/> Dangkal <input type="checkbox"/> Rales <input type="checkbox"/> Dalam Vocal Fremitus : Perkusi : <input type="checkbox"/> Sonor <input type="checkbox"/> Pekak <input type="checkbox"/> Redup Nyeri tekan : Tidak ada nyeri tekan </p>	<p>napas</p>	<p> napas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Produksi sputum cukup menurun 2. Dyspnea cukup menurun 3. Frekuensi napas cukup membaik 4. Pola napas cukup membaik </p>	<p> (frekuensi, kedalaman, usaha napas) - Monitor bunyi napas tambahan - Monitor sputum (Jumlah, warna, aroma) 2. Terapeutik - Posisikan semi-fowler atau fowler - Berikan oksigen, jika perlu 3. Kolaborasi Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, jika perlu Pemantauan Aspirasi 1. Observasi Monitor saturasi oksigen 2. Terapeutik Dokumentasikan hasil pemantauan. </p>
--	--------------	--	--

<p>C.Circulation</p> <p>Suhu : 38,5°C</p> <p>TD : 140/80 mmhg</p> <p>SpO₂ : 82%</p> <p>Nadi : 124 x/mnt Elastisitas turgor kulit:</p> <p>√ Lemah <input type="checkbox"/> Elastis</p> <p>√ Cepat <input checked="" type="checkbox"/> Menurun</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak teraba <input type="checkbox"/> Buruk</p> <p>Mata cekung : Ekstermitas :</p> <p>√ Ya <input type="checkbox"/> Sianosis</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Capillary refill >3 dtk</p> <p><input type="checkbox"/> Dingin</p> <p>Perdarahan : Melalui:</p> <p><input type="checkbox"/> Ya, jumlah cc</p> <p>√ Tidak</p> <p>Keluhan :</p> <p><input type="checkbox"/> Mual <input type="checkbox"/> Nyeri kepala</p> <p><input type="checkbox"/> Muntah <input type="checkbox"/> Nyeri dada</p>	<p>Hipertermi b/d proses penyakit</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x3 jam diharapkan termogulasi membaik dengan kriteria hasil: Suhu tubuh cukup membaik</p>	<p>Manajemen Hipertermia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi masalah penyebab hipertemia - Monitor suhu tubuh 2. Edukasi <ul style="list-style-type: none"> Anjurkan tirah baring 3. Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
---	---------------------------------------	---	---

<p>Bibir : Tampak mukosa bibir kering</p> <p>Hasil pemeriksaan</p> <p>EKG:</p> <p>Laboratorium</p> <ul style="list-style-type: none"> √ Darah rutin <input type="checkbox"/> Serum elektrolit <input type="checkbox"/> Level fungsi test <input type="checkbox"/> AGD : <p>√ Lain-lain :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Photo Thorax kesan : Kp dupleks lama aktif - EKG 			
<p>D.Disability</p> <p>Pupil</p> <ul style="list-style-type: none"> √ Isokor <input type="checkbox"/> Anisoko <p>Refleks cahaya</p> <ul style="list-style-type: none"> √ Positif <input type="checkbox"/> Negatif <p>Glasgow Coma Scale</p> <p>M : 6</p>			

Pemeriksaan Penunjang

1. Darah Lengkap

Nama/umur : Tn. M/ 63 tahun

Ruangan : IGD Pelamonia

Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium

Hematologi	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
WBC	22.30	3.80-10.60	10 ³ / UL
RBC	2.24	4.4-5.9	10 ⁶ / UL
HGB	6.8	13.2-17.3	g/dl
HCT	21.8	40.0-52.0	%
PLT	596	150-450	10 ³ / UL
RDW-SD	71.7	37.0-54.0	%
RDW-CV	21.0	11.0-16.0	%
PDW	8.8	11.5-14.5	FL
Neut#	20.74	1.5-7.0	10 ³ / UL

2. Foto Thorax

Kesan: KP Dupleks Lama Aktif

3. Terapi

- a) Infus RL 500 cc, 20 tetes/menit
- b) Terapi oksigen NRM 10 liter
- c) Dexamethazone 10 mg/8 jam/IV
- d) Cefriaxone 1 gr/12 jam/ iv
- e) Paracetamol 100 ml/ drips
- f) Combivent 2,5 ml/8 jam/Inhalasi

C. Diagnosis Keperawatan

Nama/umur : Tn M/ 63 tahun

Ruangan : IGD

1. Bersihan jalan napas tidak efektif b/d hipersekresi jalan napas
2. Hipertermi bd proses penyakit

D. Intervensi keperawatan

Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Bersihan jalan tidak efektif b/d hipersekresi jalan napas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x3 jam, diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Produksi sputum cukup menurun 2. Dyspnea cukup menurun 3. Frekuensi napas cukup membaik 4. Pola napas cukup membaik 	<p>Manajemen Jalan Napas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) - Monitor bunyi napas tambahan - Monitor sputum (Jumlah, warna, aroma) 2. Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Posisikan semi-fowler atau fowler - Berikan oksigen, jika perlu 3. Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, jika perlu <p>Pemantauan Aspirasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Monitor saturasi oksigen 2. Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentasikan hasil pemantauan

2.	Hipertermi b/d proses penyakit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x3 jam diharapkan termogulasi membaik dengan kriteria hasil: Suhu tubuh cukup membaik	<p>Manajemen Hipertermia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi masalah penyebab hipertemia - Monitor suhu tubuh 2. Edukasi <ul style="list-style-type: none"> Anjurkan tirah baring 3. Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
----	--------------------------------	--	---

E. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan

Hari/Tanggal	Jam	DP	Implementasi	Perawat
Sabtu, 04 Juni 2022	19:20	I	Memberian posisi semi fowler Hasil : Pasien mengatakan sesaknya berkurang	Agustina & Amita
	19:25	I,II	Mengukur tanda-tanda vital Hasil : TD: 140/80 mmhg S: 38,5°C N :124 x/mnt P: 37 x/mnt SPO2: 82%	Agustina & Amita
	19:30	I	Memberian oksigen <i>Non Rebreathing Mask</i> (NRM) Hasil : NRM diberikan 10 liter	Agustina & Amita
	20:00	II	Melakukan pemasangan infus Hasil : Cairan RL 500 cc	Agustina & Amita
	20:10	I	Mengukur saturasi oksigen Hasil : SpO ₂ 98%	Agustina & Amita
	20:15	I, II	Melakukan pemberian obat Hasil : - Dexamethazone 10 mg/8 jam/IV - Cefriaxone 1 gr/12 jam/ Iv - Paracetamol 100 ml/ drips - Combivent 2,5 ml/8 jam/ inhalasi	Agustina & Amita

	20:25	I	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : Terdengar suara ronchi dan pasien mengatakan masih batuk berlendir	Agustina & Amita
	20:55	I,II	Mengukur tanda-tanda vital Hasil : TD : 130/90 mmhg S : 37,5°C N :110 x/mnt P : 26 x/mnt	Agustina & Amita

F. Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan

Hari/Tanggal	DP	Evaluasi SOAP
Sabtu, 04 Juni 2022	I	<p>S : -Pasien mengatakan bahwa sesaknya sudah berkurang</p> <p>-Pasien mengatakan masih batuk berlendir</p> <p>O : -SpO₂ 98%</p> <p>-Frekuensi pernapasan 26x/menit</p> <p>-Bunyi napas tambahan ronchi</p> <p>A : Masalah bersihan jalan napas belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan di ruang perawatan</p>
	II	<p>S :</p> <p>O : Suhu: 37,5°C</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>

Going To: Ruang Sakura.

Daftar Obat

1. Cefrtiaxone

- a. Klasifikasi/Golongan obat : Antibiotik golongan sefalosporin
- b. Dosis Umum : Dewasa dan anak >12 tahun 1- 2 gr/hr
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 gr/12 jam
- d. Cara pemberian obat : Intravena
- e. Alasan pemberian obat : Karena adanya infeksi sejenis bakteri bernama *Mycobacterium tuberculosis*. Karenanya, penanganan utama atas kondisi ini dilakukan dengan pemberian antibiotik. Serta hasil pemeriksaan laboratorium yang menunjukkan WBC meningkat.
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat : sebagai anti mikroba yaitu dengan menghambat sintesis dinding sel, dimana dinding sel berfungsi mempertahankan bentuk mikroorganisme dan menahan sel bakteri yang, yang memiliki tekanan osmotik yang tinggi di dalam selnya. Tekanan di dalam sel pada bakteri gram-positif 3-5 kali lebih besar dari pada gram negatif.
- g. Kontraindikasi : penderita dengan hipersensivitas terhadap antibiotic golongan selasporin.
- h. Efek samping : Mual, muntah, stomatitis, gata-gatal dan bengkak, sakit kepala, pusing dan oliguria.

2. Paracetamol

- a. Klasifikasi/ golongan obat : Analgesik dan antipiretik
- b. Dosis umum : Dosis dewasa 500 mg
- c. Dosis untuk pasien : 100 mg/1 flc
- d. Cara pemberian obat : Intravena
- e. Alasan pemberian obat : Karena adanya peningkatan suhu tubuh yang dialami oleh pasien
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat : menghambat produksi prostaglandin yang berperan sebagai mediator nyeri dan dan pemicu demam.
- g. Kontraindikasi : Pasien yang memiliki riwayat alergi atau hipersensivitas
- h. Efek samping : Nekrotik hepatic, mual, nyeri perut, dan kehilangan nafsu makan.

3. Dexamethasone

- a. Klasifikasi/ golongan obat : Analgesik dan antipiretik
- b. Dosis umum : Dosis dewasa 30 mg/hari
- c. Dosis untuk pasien : 10mg/8 jam
- d. Cara pemberian obat : Intravena
- e. Alasan pemberian obat : Pasien mengami demam
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat : mencegah produksi senyawa penyebab peradangan dan mengurangi reaksi kekebalan tubuh, seperti pada reaksi alergi.
- g. Kontraindikasi : Pada kasus hipersensitivitas, infeksi akut yang tidak diobati, dan adanya infeksi jamur.
- h. Efek samping : sakit kepala, pusing, gugup, mati rasa, mual, sakit perut.

4. Combivent

- a. Klasifikasi/ golongan obat: Anti asam (bronkodilator)
- b. Dosis umum : 3x1 sehari : 2,5 ml tube
- c. Dosis untuk pasien : 2,5 ml/8 jam
- d. Cara pemberian obat : Nebulizer
- e. Alasan pemberian obat : Pasien mengalami sesak napas dan batuk berlendir.
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Combivent bekerja untuk mengobati bronkopasme yang berhubungan dengan penyakit penyumbatan paru kronis sedang sampai berat pada pasien yang memerlukan lebih dari satu bronkodilator. Berfungsi membuka saluran udara ke paru-paru serta memerlukan relaksasi atau mengendurkan otot-otot pada saluran napas.
- g. Kontraindikasi : Pada kasus hipersensivitas terhadap salbutamol, pasien dengan kardiomiopati obstruktif hipertofik
- h. Efek samping : sakit kepala, iritasi tenggorokan, batuk, mulut kering, mual, muntah dan diare

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Askep

Dalam bab ini, penulis akan membahas kesenjangan antara asuhan keperawatan pada pasien dengan Tuberculosis Paru secara teoritis dengan penerapan langsung asuhan keperawatan pada pasien yang telah diberikan pada Tn "M" dengan Tuberculosis Paru di ruang IGD Rumah Sakit Pelamonia Makassar yang berlangsung selama 3 jam yang menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari 5 tahap yaitu:

1. Pengkajian

Pada pengamatan kasus, diperoleh data-data melalui pengkajian yang dilakukan pada Tn. "M" yang masuk rumah sakit dengan keluhan utama sesak napas. Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh ± 2 bulan yang lalu sudah agak merasakan sesak, dan pasien merasakan sesaknya bertambah ± 1 minggu yang lalu kemudian 1 hari sebelum dibawa ke rumah sakit sesaknya semakin memberat dan sudah ditahan sehingga keluarga membawa pasien ke IGD, pada saat pengkajian yaitu pasien mengeluh sesak napas, batuk berlendir, pasien tampak anemis, terdengar suara napas ronchi, tampak pasien sulit untuk mengeluarkan dahak, tampak pasien kurus, dan kulit teraba hangat. Keluarga pasien mengatakan semenjak sakit nafsu makan pasien menurun, pasien mengalami penurunan berat badan dan sering berkeringat pada malam hari. Keluarga mengatakan sebelumnya pasien sudah menjalani pengobatan TB tetapi pasien tidak rutin untuk minum obat, dan pasien memiliki riwayat merokok. Hasil observasi tanda-tanda vital: tekanan darah 140/80 mmhg, nadi 124 x/menit, suhu 38,5°C, pernapasan 37x/menit, SpO₂ 81%.

Terjadinya sesak napas pada pasien disebabkan karena infiltrasi radang pada paru-paru, sehingga pertukaran udara menjadi lebih sulit dilakukan, sesak napas pada pasien TB Paru ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut ketika kerusakan parenkim paru sudah meluas, kemudian dengan terjadinya peningkatan produksi sputum yang menyebabkan akumulasi sputum di jalan napas hingga terjadi penyempitan jalan napas dapat membuat pasien mengalami sesak napas. serta lendir pada pernapasan yang disebabkan karena adanya infeksi, pada tinjauan kasus ini hasil pemeriksaan foto thorax menunjukkan KP Dupleks Lama Aktif dan hasil pemeriksaan laboratorium WBC meningkat yaitu $22,30 \cdot 10^3/uL$, WBC meningkat pada kasus-kasus infeksi karena tugas utama sel darah putih, sebagai pertahanan tubuh oleh karena itu sesak yang dialami oleh pasien karena adanya infeksi pada paru-paru, didukung dengan data bunyi napas tambahan ronchi dan batuk berlendir terjadi karena adanya iritasi pada bronkus, batuk ini terjadi untuk mengeluarkan produksi radang yang dimulai dari batuk kering sampai dengan batuk prulent (menghasilkan sputum).

Berkeringat di malam hari pada pasien tuberculosis karena kuman mycobacterium bermetabolisme di malam hari sehingga menyebabkan terjadinya keringat yang berlebihan. Nafsu makan menurun karena adanya peningkatan mucus yang berlebihan sehingga menyebabkan akumulasi lendir pada jalan napas dan mulut yang menyebabkan rasa tidak enak dimulut sehingga menyebabkan intake tidak adekuat dan akhirnya terjadi penurunan berat badan. Selain itu pada pasien TB Paru sering mengalami penurunan nafsu makan karena efek samping dari obat OAT.

Dari data yang ditemukan berdasarkan pengamatan kasus menunjukkan bahwa tidak ada kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus yang ada di rumah sakit karena semua tanda dan gejala yang dialami oleh pasien terdapat pada tinjauan teoritis.

2. Diagnosis Keperawatan

Dalam tinjauan teoritis ada beberapa diagnosis yang muncul pada pasien Tuberculosis paru:

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas
- b. Gangguan pertukaran gas b.d gangguan suplai oksigen
- c. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient d.d berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal.
- d. Hipertermi b.d proses penyakit

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada tn "M" dengan Tuberkolosis Paru, penulis mengangkat diagnosis keperawatan sebagai berikut:

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas d.d tidak batuk efektif, sputum berlebih, ronkhi.

Penulis mengangkat diagnosis ini karena dari hasil pengkajian, penulis mendapatkan data-data yang mendukung tegaknya diagnosis tersebut seperti pasien mengalami batuk berlendir, sesak napas dengan frekuensi 37x/menit, bunyi napas tambahan ronchi dan disertai pemeriksaan penunjang yaitu foto thoraks: kesan KP dupleks lama aktif.

- b. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit d.d suhu tubuh diatas nilai normal.

Penulis mengangkat diagnosis ini karena dari hasil pengkajian, penulis mendapatkan data-data yang

mendukung seperti pasien mengalami peningkatan Suhu: 38,5°C, dan hasil pemeriksaan laboratorium WBC 22,30 $10^3/UL$.

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

- a. Gangguan pertukaran gas yang berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler.

Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena tanda dan gejala yang dialami oleh pasien tidak mendukung untuk mengangkat diagnosis tersebut.

- b. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient.

Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena tanda dan gejala yang kurang mendukung dan pada saat di unit IGD yang harus ditangani segera adalah diagnosis yang dapat mengancam nyawa pasien.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan yang dibuat berdasarkan masalah yang dialami pasien. Perencanaan yang dibuat penulis yaitu tindakan keperawatan mandiri, observasi, dan tindakan kolaborasi.

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif

Perencanaan tindakan keperawatan yang ada pada teori tidak berbeda dengan perencanaan keperawatan yang dibuat oleh penulis selama dalam penanganan sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dengan kasus nyata. Perencanaan yang dibuat selama perawatan yaitu: memonitor pola napas, memonitor bunyi napas tambahan, memonitor sputum, posisikan *semi-fowler*, berikan oksigen, dan kolaborasi pemberian bronkodilator,

dan juga penulis mengambil intervensi tambahan yaitu pemantauan aspirasi yaitu memonitor saturasi oksigen.

b. Hipertermi

Perencanaan yang dibuat selama memantau pasien seperti: monitor suhu tubuh dan pemberian cairan intravena dan obat.

4. Implementasi Keperawatan

Pada pelaksanaan keperawatan, penulis menyesuaikan dengan perencanaan atau intervensi yang telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi pasien, terlaksanannya intervensi keperawatan karena adanya kerja sama yang baik antara pasien, keluarga dan perawat.

a. Pada masalah keperawatan pertama mengenai ketidakefektifan bersihan jalan napas. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu memberikan posisi *semi fowler*, mengobservasi vital sign, memberikan terapi oksigen, melakukan pemasangan infus, mengukur saturasi oksigen, kolaborasi pemberian obat, memonitor bunyi napas tambahan.

b. Pada masalah Hipertermi intervensi yang dilakukan yaitu mengobservasi vital sign, melakukan pemasangan infus, dan kolaborasi dalam pemberian obat.

5. Evaluasi

Tahap evaluasi berpedoman pada kriteria yang tercantum pada rencana keperawatan. Untuk itu penulis melakukan evaluasi pada setiap masalah keperawatan yang ada

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

Dari hasil evaluasi tindakan keperawatan selama 3 jam pasien masih menunjukkan tanda-tanda bersihan jalan napas tidak efektif dimana masih terdengar bunyi ronchi,

batuk berlendir, dan pasien masih tampak sesak frekuensi pernapasan 26x/menit.

- b. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit d.d suhu tubuh diatas normal.

Dari hasil evaluasi tindakan keperawatan selama 3 jam yang dilakukan, pasien sudah mengalami penurunan suhu tubuh ke suhu normal 37,5°C

B. Pembahasan Penerapan EBN

1. Judul EBN : Pemberian posisi *semi fowler* pada pasien TB Paru
2. Diagnosis Keperawatan : Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas d.d tidak batuk efektif, sputum berlebih, ronchi.
3. Luaran yang diharapkan : *Dyspnea* cukup menurun, frekuensi napas cukup membaik, pola napas cukup membaik
4. Intervensi Prioritas : Manajemen jalan napas
5. Pembahasan tindakan keperawatan pada EBN:
 - a. Pengertian Tindakan :

Posisi semi fowler adalah memposisikan pasien dengan posisi duduk dengan menopang bagian kepala dan bahu menggunakan bantal setinggi 30-45°. Secara teoritis pemberian posisi semi fowler sebagai salah satu cara untuk membantu mengurangi sesak napas, tujuan dari tindakan ini adalah untuk menurunkan konsumsi O₂ dan menormalkan ekspansi paru yang maksimal, serta mempertahankan kenyamanan. Dapat disimpulkan bahwa pemberian posisi semi fowler dapat mengurangi sesak karena meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga meningkatkan ekspansi dada dan ventilasi paru.

- b. Tujuan/rasional : Untuk menurunkan konsumsi O₂ dan menormalkan ekspansi paru yang maksimal serta mempertahankan kenyamanan.

c. PICOT EBN

Pengaruh pemberian posisi *semi fowler* terhadap kestabilan pola napas pada pasien TB Paru Di Iriana C5 RSUP Dr.R.D.Kandou Manado (Boki, Rolly, & Franly, 2017).

- 1) *Population*: Jumlah populasi dalam penelitian ini adalah keseluruhan pasien yang mengalami TB Paru di Iriana C5 RSUP Dr.R.D. Kandou Manado, sebanyak 40 responden yang berusia ≥ 55 tahun.
- 2) *Intervention* : Dalam penelitian ini diberikan posisi posisi semi fowler dengan kemiringan $30-45^\circ$ pada pasien dengan TB Paru yang mengalami sesak napas.
- 3) *Comparison*: Dalam penelitian ini menggunakan jurnal pembandingan hasil penelitian (Singal dkk, 2013) dengan judul A study on the effect of position in COPD patient to improve breathing pattern ditemukan 64% pasien lebih baik dalam posisi $30-45^\circ$, 24% pada posisi 60° , dan ,12% pasien lebih baik dalam posisi 90° . Sama halnya dengan penelitian (Refi Safitri & Annisa Andriyani, 2011) dengan judul keefektifan pemberian posisi semi fowler terhadap penurunan sesak napas di ruang III RSUD Dr. Moewardi Surakarta” menunjukkan bahwa ada pengaruh pemberian posisi semi fowler terhadap penurunan sesak napas dengan nilai sig. 0,006 ($\alpha 0,05$).
- 4) *Outcomes*: Setelah dilakukan intervensi pemberian posisi semi fowler terhadap kestabilan pola napas pasien TB Paru yang mengalami sesak napas didapatkan hasil bahwa pemberian posisi semi fowler dapat meningkatkan kualitas pernapasan dengan menggunakan terapi non farmakologi dan diharapkan dapat menurunkan komplikasi dan mortalitas pasien TB Paru.

- 5) *Times* : Penelitian ini tidak mencantumkan waktu dari penelitian.

Pemberian posisi *semi fowler* meningkatkan saturasi oksigen pasien PPOK (Made, Wahyu, Made *et al.*, 2021).

- 1) *Population* : Populasi dalam penelitian ini adalah penderita PPOK yang mengalami hiposemia dan sebanyak 30 responden yang berusia 40-55 tahun.
- 2) *Intervention* : Dalam penelitian untuk melihat pengaruh pemberian posisi *semi fowler* pada pasien dengan PPOK yang mengalami sesak napas. Pemberian posisi *semi fowler* selama 30 menit setelah itu menilai saturasi oksigen responden.
- 3) *Comparison* : Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Amiar & Setiyono (2020) yang menyatakan bahwa terjadi perubahan nilai saturasi oksigen setelah diberikan posisi *semi fowler* yaitu dari 92,83% menjadi 95,17%.
- 4) *Outcome* : Pada penelitian ini didapatkan hasil sebelum dilakukan intervensi nilai saturasi oksigen 89,47% dan setelah diberikan intervensi 95,83%, hal ini menunjukkan bahwa pemberian posisi *semi fowler* efektif dalam meningkatkan nilai saturasi oksigen.
- 5) *Time* : Peneliti tidak mencantumkan berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk meneliti dan tahun meneliti. Jurnal ini dipublikasi pada tahun 2021.

Position of fowler and semi-fowler to reduce of shortness of breath (dyspnea) level while undergoing nebulizer therapy (Chanif & Prastika, 2019)

- 1) *Population* : Populasi dalam penelitian ini adalah pasien PPOK yang mengeluh sesak napas dan mendapatkan terapi nebulizer sebanyak 32 responden
- 2) *Intervention* : Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu pemberian posisi fowler dan semi fowler ketika menjalani terapi nebulizer pada pasien PPOK yang mengalami sesak napas.
- 3) *Comparision* : Hal ini sejalan dengan jurnal pembandingan yang ada pada jurnal tersebut yang menyatakan bahwa posisi semi fowler dapat menstabilkan pola napas pasien TB Paru.
- 4) *Outcome* : Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan posisi *fowler* dan *semi fowler* terhadap skala pasien PPOK , yang menunjukkan bahwa posisi semi fowler lebih efektif pada pasien PPOK sesak napas saat menjalani terapi nebulizer, hal ini dibuktikan dengan nilai *mean rank position semi fowler* menunjukkan nilai lebih besar yaitu 20,03 ($p < 0,05$)
- 5) *Time* : Penelitian dilakukan pada bulan Mei-Juni 2018.

The effect of position change on arterial oxygen saturation in cardiac and respiratory patients: A randomised clinical trial (Najafi, Dehkordi, Haddam *et al.*, 2018)

- 1) *Population* : Populasi dalam penelitian ini adalah pasien dan masalah pada jantung dan pernapasan sebanyak 169 responden.

- 2) *Intervention* : Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu pemberian posisi *semi fowler* dan tengkurap, pada awalnya responden diberikan posisi *semi fowler* selama 15 menit setelah itu mengukur saturasi oksigen, kemudian responden diberi posisi tengkurap setelah itu mengukur saturasi oksigen, hal ini dilakukan pada pasien jantung dan pernapasan.
- 3) *Comparision* : Hasil penelitian ini juga sejalan penelitian Moeenpoor A dan Aghbalian F yang berjudul "*position effect on arterial oxygen saturation in preterm infant with respiratory distress syndrome in the hospital*", menyatakan bahwa persentase saturasi oksigen dengan posisi *semi fowler* signifikan lebih tinggi dari pada posisi terlentang.
- 4) *Outcome* : Hasil yang didapatkan yaitu ternyata ada perbedaan yang signifikan antara kedua posisi dalam hal nilai rata-rata saturasi oksigen ($p=0,016$), persentase saturasi oksigen rata-rata pada posisi tengkurap secara signifikan lebih rendah daripada posisi *semi-fowler*.
- 5) *Time* : Peneliti tidak mencantumkan berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk meneliti tetapi hanya mencantumkan tahun 2016 untuk tahun dilaksanakan penelitian.

The Effect of Semi Fowler Position on the Stability of Breathing among Asthma Patients at Ratu Zalecha Hospital Martapura (Insana, Hasaini, & Agianto, 2019)

- 1) *Population* : Jumlah populasi dalam penelitian ini adalah pasien dengan asthma dan sebanyak 30 responden.
- 2) *Intervention* : Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu pemberian *semi fowler* pada pasien asma yang mengalami sesak hal ini terjadi karena pada penderita

asma, ada penyempitan saluran udara karena hiperaktif stimulus tertentu, yang menyebabkan peradangan, dan penyempitan ini bersifat sementara.

- 3) *Comparison* : Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Kim (2004) dalam memberikan posisi *semi fowler* untuk mengurangi sesak napas pasien asma, dan hasil penelitian dari Badr (2002), 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 laju aliran meningkat, Supadi et al. (2008) menunjukkan bahwa posisi *semi-fowler* dimana kepala dan tubuh dinaikkan 45° membuat oksigen di paru-paru meningkat sehingga kesulitan bernapas berkurang.
- 4) *Outcome* : Hasil yang didapatkan dari penelitian ini yaitu pemberian posisi *semi fowler* dapat meningkatkan stabilitas pernapasan pada pasien asma yang mengalami sesak. Posisi *semi fowler* dengan kemiringan 45° , dengan menggunakan gaya gravitasi untuk membantu mengembangkan paru-paru dan mengurangi tekanan perut pada diafragma untuk menstabilkan pernapasan.
- 5) *Time* : Peneliti tidak mencantumkan berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk meneliti dan tahun meneliti. Jurnal ini dipublikasi pada tahun 2019.

Efektivitas pemberian oksigen posisi semi fowler dan fowler terhadap perubahan saturasi pada pasien tuberculosis di IGD RSUD Cileungsi (Agus Suhendra, Sahrudi, 2022)

- 1) Population : Jumlah populasi dalam penelitian ini adalah pasien dengan TB Paru sebanyak 40 responden.
- 2) Intervention : Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah pemberian posisi semi fowler dan fowler yang dilakukan pada dua kelompok yang berbeda.
- 3) Comparison : Peneliti tidak menggunakan jurnal pembandingan didalam jurnal.
- 4) Outcome : Hasil yang didapatkan dari penelitian ini yaitu terdapat perbedaan posisi *fowler* dan *semi fowler* terhadap peningkatan saturasi oksigen. Nilai saturasi oksigen pada posisi semi fowler 90,40 % dan setelah pemberian posisi 97,40%, sedangkan pada posisi fowler, sebelum diberikan posisi 92,20% dan setelah diberikan posisi 96,80. Hal ini menunjukkan bahwa posisi semi fowler lebih efektif dibandingkan dengan posisi fowler.
- 5) Time : Peneliti tidak mencantumkan berapa lama penelitian dilakukan, tetapi penelitian dilakukan pada tahun 2021.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

Setelah membaca teori serta melakukan perawatan pada Tn. "M" dengan TB Paru diruang IGD Rumah Sakit Pelamonia, maka penulis dapat menarik kesimpulan dan saran antara lain:

A. Simpulan

1. Pada pengkajian kasus, didapatkan data pasien sesak napas, batuk berlendir, tampak anemis, suara napas ronchi, tampak pasien sulit mengeluarkan dahak, tampak pasien kurus, dan kulit teraba hangat. Hasil observasi tanda-tanda vital frekuensi pernapasan 37x/m, hasil pemeriksaan foto thorax yaitu KP dupleks lama aktif dan hasil pemeriksaan laboratorium WBC 22,30 $10^3/UL$, RBC 2,24 $10^6/UL$, HGB 6,8 g/dl, HCT 21,8 %, PLT 596 $10^3/UL$ SpO₂ 81%.
2. Berdasarkan data-data di atas maka penulis mengangkat dua diagnosis keperawatan yaitu:
 - a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas
 - b. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit
3. Rencana tindakan keperawatan yang dibuat pada pasien Tn "M" dengan TB Paru yaitu:
 - a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu pemberian posisi semi fowler, monitor frekuensi pernapasan dan bunyi napas, observasi vital sign, berikan terapi oksigen, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat dan pemberian cairan elektrolit.

- b. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit intervensi yang dilakukan yaitu observasi *vital sign*, pemasangan infus, dan kolaborasi dalam pemberian obat.
4. Implementasi dilakukan berdasarkan rencana intervensi yang telah disusun. Semua perencanaan tindakan keperawatan yang dibuat dapat diimplementasikan dengan baik.
5. Hasil evaluasi dari kedua diagnosis keperawatan yaitu:
 - a. Diagnosis bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas dengan hasil akhir pasien mengalami sesak napas mulai berkurang, masih batuk berlendir, dan masih ada terdengar suara tambahan ronchi, sehingga perencanaan selanjutnya tetap melanjutkan intervensi di ruang perawatan
 - b. Diagnosis hipertermi berhubungan dengan proses penyakit, dengan hasil akhir suhu tubuh pasien kembali ke normal suhu 37,5°C, sehingga intervensi dihentikan.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas maka penulis menyampaikan saran dan pertimbangan dalam memberikan asuhan keperawatan yang kualitasnya lebih baik, kepada beberapa pihak terkait yaitu:

1. Rumah Sakit.

Bagi pihak rumah sakit agar tetap mempertahankan asuhan keperawatan gawat darurat yang komprehensif, kolaborasi dengan disiplin ilmu kesehatan lain serta melibatkan keluarga dalam merawat pasien dengan TB Paru terutama sebagai PMO (Pengawas Minum Obat)

2. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan bagi perawat untuk terus meningkatkan keterampilan melalui program-program pelatihan-pelatihan kegawatdaruratan.

3. Bagi Pendidikan

Diharapkan agar dapat memodifikasi pengkajian gawat darurat dengan sistem terbaru dan terus meningkatkan mutu pendidikan dalam perkembangan keperawatan khususnya pada unit gawat darurat.

DAFTAR PUSTAKA

- Boki, M. A., Rolly, R., & Franly, O. (2017). *Pengaruh Pemberian Posisi Semi Fowler Terhadap Kestabilan Pola Napas Pada Pasien TB Paru di Irina C5 RSUP Prof Dr. R. D. Kandou Manado*. 3(June), 1–7.
- Chanif, C., & Prastika, D. (2019). Position of Fowler and Semi-fowler to Reduce of Shortness of Breath (Dyspnea) Level While Undergoing Nebulizer Therapy. *South East Asia Nursing Research*, 1(1), 14. <https://doi.org/10.26714/seanr.1.1.2019.14-19>
- Darlina, D. (2019). Management of Lung TB for Patient. *PSIK-FK Unsyiah*, 11(1), 27–31.
- Insana, M., Hasaini, A., & Agianto. (2019). *The Effect of Semi Fowler Position on the Stability of Breathing among Asthma Patients at Ratu Zalecha Hospital Martapura 1 st Insana Maria Adult Health Nursing Department STIKES Intan Martapura*. 15(IcoSIHSN), 242–245.
- Kemenkes RI. (2018). Tuberkulosis (TB). Retrieved from www.kemkes.go.id
- Kenedyanti, E., & Sulistyorini, L. (2017). Analisis Mycobacterium Tuberculosis dan Kondisi Fisik Rumah dengan Kejadian Tuberculosis Paru. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 5(2), 152–162. <https://doi.org/10.20473/jbe.v5i2.2017.152-162>
- Made, A. N., Wahyu, S. P., Made, P., & Mochamad, H. (2021). *Pemberian Posisi Semi Fowler Meningkatkan Saturasi Oksigen Pasien PPOK*. 3, 128–135. <https://doi.org/10.31539/joting.v3i1.2113>
- Mathofani, P. E., & Febriyanti, R. (2020). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Penyakit Tuberculosis (TB) Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Serang Kota Tahun 2019. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat: Media Komunikasi Komunitas Kesehatan*

Masyarakat, 12(1), 1–10. <https://doi.org/10.52022/jikm.v12i1.53>

- Najafi, S., Dehkordi, S. M., Haddam, M. B., Abdavi, M., & Memarbashi, M. (2018). The effect of position change on arterial oxygen saturation in cardiac and respiratory patients: A randomised clinical trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 12(9), OC33–OC37. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2018/36282.12130>
- Nasution, S. D. (2015). Malnutrisi dan Anemia Pada Penderita Tuberkulosis Paru. *Majority*, 4(8), 29–36.
- Nuriyanto, A. R. (2018). Manifestasi Klinis, Penunjang Diagnosis dan Tatalaksana Tuberkulosis Paru. *Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika*, 1(2), 62–70. Retrieved from <http://jknamed.com/jknamed/article/view/70>
- Tim Pokja SDKI PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- Prananda, M., Nurmainah, & Robiyanto. (2017). Evaluasi penggunaan obat anti tuberkulosis paru pada pasien dewasa rawat jalan di unit pengobatan penyakit paru-paru (up4) pontianak. *Program Studi Farmasi, Fakultas Kedokteran, Universitas Tanjungpura, Pontianak*, 1–18.
- Qiyaam, N., Furqani, N., & Hartanti, D. J. (2020). Evaluasi Penggunaan Obat Antituberkulosis (OAT) Pada Pasien Tuberkulosis Paru di Puskesmas Kediri Lombok Barat Tahun 2018. *Lambung Farmasi: Jurnal Ilmu Kefarmasian*, 1(1), 1. <https://doi.org/10.31764/lf.v1i1.1197>

- Rudi, H., & Maria, U. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Pustaka Baru Press.
- Sampurno, O. D. (2016). Tinjauan Farmakogenomik Rifampisin Dalam Pengobatan Tuberkulosis Paru. *Jurnal Biotek Medisiana Indonesia*, 4(2), 59–70. <https://doi.org/10.22435/jbmi.v4i2.5126.59-70>
- Sigalingging, I. N., Hidayat, W., & Tarigan, F. L. (2019). Pengaruh Pengetahuan, Sikap, Riwayat Kontak dan Kondisi Rumah terhadap kejadian TB Paru di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Huturakyat Kabupaten Dairi Tahun 2019. *Jurnal Ilmiah Simantek*, 3(3), 87–99.
- Suzanne, S. C., & Brenda, B. G. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah* (Edisi 8). Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Wahyudi, A. D., & Soedarsono, S. (2019). Farmakogenomik Hepatotoksisitas Obat Anti Tuberkulosis. *Jurnal Respirasi*, 1(3), 103. <https://doi.org/10.20473/jr.v1-i.3.2015.103-108>
- Widoyono. (2018). *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasan* (Kedua). Jakarta: Erlangga.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Global Tuberculosis Report*.

Lampiran 1

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama : Agustina Lorensia Marampa
Tempat/ tanggal lahir : Tering Baru, 10 Agustus 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katholik
Alamat : Jalan Cendrawasih Lorong 31

II. Identitas Orang Tua

Ayah / Ibu : Yohanis Pakalla M.,S.P / Yustina, S.Pd
Agama : Katholik
Pekerjaan : PNS / PNS
Alamat : Jalan Kapten Tausin Tering Seberang

III. Pendidikan yang telah ditempuh

TK Cempaka Bhakti : Tahun 2004-2005
SDN 003 Purworejo : Tahun 2005-2011
SMPK 2 WR. Soepratman Barong Tongkok : Tahun 2011-2014
SMA K W.R. Soepratman 020 Samarinda : Tahun 2014-2017
STIK Stella Maris Makassar (Program S1 Keperawatan) : Tahun 2017- 2021
STIK Stella Maris Makassar (Program Profesi Ners) : Tahun 2021-2022

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama : Amita Vania Pakabu'
Tempat/ tanggal lahir : Rantepao, 22 Maret 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Jalan Maipa Lorong 35

II. Identitas Orang Tua

Ayah / Ibu : Petrus Pakabu' / Indriani Bela
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Karyawan Swasta / IRT
Alamat : Jalan Poros Palopo km 12

III. Pendidikan yang telah ditempuh

TK Eklesia Nanggala : Tahun 2004-2005
SDN 036 Tarakan : Tahun 2005-2011
SMP Don Bosco Tarakan : Tahun 2011-2014
SMA Hang Tuah Tarakan : Tahun 2014-2015
SMA N 2 Rantepao : Tahun 2015-2017
STIK Stella Maris Makassar (Program S1 Keperawatan) : Tahun 2017- 2021
STIK Stella Maris Makassar (Program Profesi Ners) : Tahun 2021-2022

Lampiran 2

LEMBARAN KONSULTASI PEMBIMBING KARYA ILMIAH AKHIR













Nama Mahasiswa : 1. Agustina Lorensia Marampa

2. Amita Vania Pakabu

Nama Pembimbing : 1. Serlina Sandi, Ns., M.Kep

2. Fransisco Inwandy, Ns., M.Kep

Judul Karya Ilmiah Akhir : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Kejang Demam di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pelamonia Makassar

No	Hari/ Tanggal	Revisi	Paraf	
			Pembimbing	Penulis I II
1.	Sabtu, 04 Juni 2022	Lapor Kasus		 
2.	Selasa, 07 Juni 2022	Konsultasi hasil pengkajian		 
3.	Jumat, 10 Juni 2022	Konsultasi resivi pengkajian - Melengkapi data pengkajian, SDKI, SLKI, dan SIKI Konsultasi BAB III dan BAB IV		 
4.	Senin, 13 Juni 2022	- Menambahkan diagnosis hingga evaluasi dibagian ilustrasi kasus - Menyusun implementasi sesuai urutan tindakan saat		 

		di IGD			
		<ul style="list-style-type: none"> - Menyesuaikan evaluasi dengan luaran - Menambahkan jurnal internasional 			
5	Kamis, 16 Juni 2022	<p>Konsultasi revisi BAB III dan BAB IV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memperbaiki penulisan - Menambahkan penjelasan mengenai diagnosis yang diangkat - Memperjelas outcome dan PICOT EBN 	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
6	Senin, 20 Juni 2022	<p>Konsultasi BAB I dan II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memperbaiki penulisan - Menambahkan prevelensi dan rumah sakit - Memberikan tambahan pada manfaat penulisan - Menambahkan klasifikasi - Menjabarkan secara jelas beberapa poin perjalanan penyakit pada <i>pathway</i> dan menghapus beberapa bagian yang tidak perlu dimasukkan 	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
7	Senin, 27 Juni 2022	<p>Konsultasi revisi BAB I dan II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memperbaiki penulisan - Menambahkan sitasi penulisan 	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
8	Selasa, 28 Juni 2022	<p>Konsultasi revisi BAB I dan II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menambahkan lahun pada data prevelensi rumah sakit 	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
9	Rabu, 29 Juni 2022	<p>Konsultasi revisi BAB IV dan V</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memperbaiki sitasi pada PICOT - Penambahan kata pada simpulan dan saran 	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>