



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
TUBERKULOSIS PARU DI RUANG ICU RUMAH
SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**

OLEH:

Laraswaty R. Djailani (NS2114901079)

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

2022



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
TUBERKULOSIS PARU DI RUANG ICU RUMAH
SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**

OLEH:

Laraswaty R. Djailani (NS2114901079)

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

2022

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Laraswaty R. Djailani (NS2114901079)

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, 30 Agustus 2022

yang menyatakan,

Laraswaty R. Djailani

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Tuberkulosis Paru di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

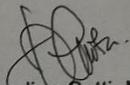
Diajukan oleh:

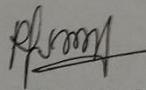
Nama Mahasiswa / NIM : 1. Laraswaty R. Djailani/NS2114901079

Disetujui oleh

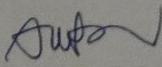
Pembimbing 1

Pembimbing 2


(Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep)
NIDN: 0904078805


(Rosmina Situngkir, SKM., Ns., M.Kes)
NIDN: 0925117501

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


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

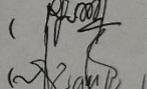
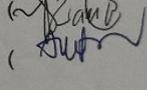
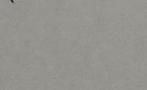
HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : Laraswaty R. Djailani (NS2114901079)
Program studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Tuberkulosis
Paru di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

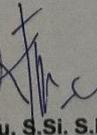
Pembimbing 1 : Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep ()
Pembimbing 2 : Rosmina Situngkir, SKM., Ns., M.Kes ()
Penguji 1 : Mery Sambo, Ns., M.Kep ()
Penguji 2 : Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB ()

Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 30 Agustus 2022

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar




Siptrianus Abdu, S.Si. S.Kep., Ns, M.Kes
NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Laraswaty R. Djailani (NS2114901079)

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-benarnya.

Makassar, 30 Agustus 2022

Yang menyatakan

Laraswaty R. Djailani

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa atas berkat dan penyertaannya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diagnosa Tuberkulosis Paru di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris 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 Ners di STIK Stella Maris Makassar.

Dalam penulisan karya ilmiah akhir ini penulis menyadari bahwa penulis banyak mendapatkan bantuan, pengarahan, bimbingan serta doa dan motivasi dari berbagai pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan karya ilmiah akhir ini masih banyak kesalahan dan kekurangan. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun dan yang dapat membantu penulis untuk menyempurnakan karya ilmiah akhir ini. Oleh karena itu, pada kesempatan ini, penulis secara khusus mengucapkan terima kasih kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery Sambo, Ns.,M.Kep. Selaku Ketua Program studi Srjana Keperawatan dan Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar.
4. Matilda M. Paseno, Ns.,M.kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi Keuangan STIK Stella Maris Makassar.
5. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.kep selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar.
6. Yunita Carolina Satti, Ns.,M.Kep selaku pembimbing I dalam penyusunan karya tulis akhir ini yang telah meluangkan dan memberi pengarahan,

bimbingan serta, serta motivasi kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis akhir ini.

7. Rosmina Situngkir, SKM.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing ke II dalam penyusunan karya tulis akhir ini yang telah meluangkan dan memberi pengarahan, bimbingan serta motivasi kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis akhir ini.
8. Seluruh dosen dan staf tenaga Pendidikan STIK Stella Maris Makassar yang telah mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti Pendidikan.
9. Sr.Dr. Teorocci Luisa Nunuhitu, S. JMJ, M. Kes. selaku direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin kepada penulis untuk praktik di Rumah Sakit Stella Maris Makassar terutama dalam menyusun karya tulis akhir ini.
10. Pada Tn "A" dan keluarganya, yang bersedia berkerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya tulis akhir ini.
11. Teristimewa saya ucapkan banyak terima kasih kepada kedua orang tua serta keluarga yang selalu mendoakan, memberi motivasi dan dukungan selama ini.
12. Bagi teman-teman seperjuangan mahasiswa/i Program Ners angkatan 2021/2022 STIK Stella Maris Makassar terima kasih telah berjuang bersama-sama.

Akhir kata harapan penulis semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi Mahasiswa/i STIIK Stella Maris Makassar dan bagi perawat khususnya dalam usaha meningkatkan pelayanan kesehatan yang lebih professional lagi. Oleh karena itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun dari semua pihak untuk menyempurnakan Karya Tulis Akhir ini.

Makassar, 30 Agustus 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUTAN	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR	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	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat Penulisan	3
1. Bagi Instansi Rumah Sakit	3
2. Bagi Profesi Keperawatan	4
3. Bagi Institusi Pendidikan	4
D. Metode Penulisan.....	4
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar	6
1. Pengertian	6
2. Anatomi dan Fisiologi	7
3. Etiologi.....	11
4. Faktor Risiko.....	12
5. Patofisiologi	14
6. Manifestasi Klinik.....	16
7. Pemeriksaan Diagnostik	17
8. Penatalaksanaan Medis	19
9. Komplikasi	22
B. Konsep Dasar Keperawatan	23
1. Pengkajian Primer	23
2. Diagnosa Keperawatan	27
3. Intervensi Keperawatan.....	28

4. Discharge Planning	35
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Ilustrasi Kasus.....	41
B. Pengkajian Primer	42
C. Pengkajian Sekunder	45
D. Analisa Data	61
E. Diagnosa Keperawatan.....	63
F. Intervensi Keperawatan	64
G. Implementasi Keperawatan	68
H. Evaluasi Keperawatan	71
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan	102
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	110
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan	117
B. Saran	119
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	21
------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lembaran Konsul Karya Ilmiah Akhir

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan	32
Tabel 3.1 Pengkajian Primer.....	41
Tabel 3.2 Analisa Data	58
Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan.....	59
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan	60
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan.....	63
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan	74

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular yang masih menjadi permasalahan di dunia kesehatan hingga saat ini. Dalam situasi TB di dunia yang memburuk dengan meningkatnya jumlah kasus TB dan pasien TB yang tidak berhasil disembuhkan terutama di 22 negara dengan beban TB paling tinggi di dunia, *World Health Organization* (WHO) melaporkan dalam *Global Tuberculosis Report 2011* terdapat perbaikan bermakna dalam pengendalian TB dengan menurunnya angka penemuan kasus dan angka kematian akibat TB dalam dua dekade terakhir ini. Insiden TB secara global dilaporkan menurun dengan laju 2,2% pada tahun 2010-2011. Walaupun dengan kemajuan yang cukup berarti ini, beban global akibat TB masih tetap besar (Infodatin, 2018).

Tuberkulosis merupakan salah satu jenis penyakit berbahaya, dibutuhkan kesadaran dan pemahaman masyarakat dengan baik mengenai penyakit ini. WHO mencatat sebanyak 10,4 juta kasus baru tuberkulosis tahun 2015. Sejumlah kasus tersebut terdiri dari 5,9 juta laki-laki, 3,5 juta perempuan dan 1,0 juta anak. Laporan global kematian akibat tuberkulosis pada tahun 2015 sekitar 1,4 juta jiwa dengan rata-rata wilayah yang paling tinggi kasus Tuberkulosis yaitu wilayah Asia Tenggara (44%) (WHO, 2019).

Tuberculosis (TB) menginfeksi sekitar 10 juta orang dan menyebabkan kematian sebanyak 1,3 juta orang dunia. Indonesia berada pada peringkat kedua setelah India dengan penderita *tuberculosis* terbesar di dunia dengan jumlah kasus mencapai 316 per 100.000 penduduk dengan angka kematian sebesar 40 per 100.000 penduduk (WHO, 2018)

Penularan dapat melalui percikan ludah atau dahak yang ada di udara. Hal tersebut terjadi ketika penderita Tuberkulosis Paru (TBC) batuk atau bersin. Ketika penderita bersin atau dahak yang disertai keluarga bakteri TB yang kemudian akan terbawa ke udara dan bakteri TB tersebut akan masuk ke tubuh orang lain melalui udara yang dihirupnya (Wahdi Achmad & Retno Dewi, 2021).

Menurut Kemenkes (2019) Indonesia merupakan salah satu negara yang memiliki kasus tuberkulosis terbanyak di dunia selain China, Pakistan, India, Filipina, Afrika Selatan, dan Nigeria. Penyakit tuberkulosis yang paling banyak di Indonesia adalah TB paru. Di Indonesia, perkiraan jumlah penyakit tuberkulosis sudah mencapai 842.000 kasus dan jumlah kasus tuberkulosis di Indonesia menempati urutan ketiga di dunia setelah India dan China.

Berdasarkan data dinas kesehatan kota makassar pada tahun 2020 di Sulawesi Selatan kasus baru TB paru terkonfirmasi bakteriologis berjumlah total 11.547 kasus yang didominasi oleh jenis kelamin laki-laki yaitu 6.930 kasus kemudian diikuti oleh jenis kelamin perempuan yaitu 4.617 kasus.

Berdasarkan data di atas menunjukkan bahwa angka insiden penderita TB paru membutuhkan perhatian dan perawatan yang lebih intensif dan komperhensif. Pada umumnya, TB paru menyebabkan infeksi pada saluran pernapasan dan lebih lanjut dapat menyebabkan pasien sulit bernapas (sesak napas), bahkan saturasi oksigen bisa menurun. Hal ini menyebabkan pasien harus mendapatkan perawatan yang intensif di ruang ICU agar pernapasan dan saturasi pasien dapat dipantau selama 24 jam oleh perawat.

Berdasarkan data di atas, penulis tertarik untuk mengangkat kasus ini dalam Karya Ilmiah Akhir (KIA) dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Tn. "A" Dengan Diagnosa Tuberkulosis Paru di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar".

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit Tuberkulosis Paru (TBC) di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penulisan karya tulis akhir ini, diharapkan penulis mampu

- a. Mengkaji dan menganalisa data pada pasien dengan penyakit Tuberkulosis Paru (TBC) pada Tn. A di RS Stella Maris Makassar
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan penyakit Tuberkulosis Paru (TBC) pada Tn.A di RS Stella Maris Makassar
- c. Menyusun intervensi/rencana keperawatan pasien dengan penyakit Tuberkulosis Paru (TBC) pada Tn.A di RS Stella Maris Makassar
- d. Melakukan implementasi keperawatan pasien dengan penyakit Tuberkulosis Paru (TBC) pada Tn.A di RS Stella Maris Makassar
- e. Membuat evaluasi keperawatan pasien dengan penyakit Tuberkulosis Paru (TBC) pada Tn.A di RS Stella Maris Makassar

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi perawat di rumah sakit dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pada pasien dengan penyakit Tuberkulosis Paru (TBC)

2. **Bagi Institusi Pendidikan**

- a. Sumber informasi dan tolak ukur keberhasilan program pendidikan keperawatan dan meningkatkan mutu pelayanan dalam pendidikan yang akan datang.
- b. Untuk menambah pengetahuan dan wawasan bagi mahasiswa/i tentang penyakit Tuberkulosis Paru (TBC).

3. **Bagi Profesi Keperawatan**

Bisa menjadi acuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan berdasarkan *Evidence Based Nursing* (EBN) terutama pada pasien Tuberkulosis Paru.

D. **Metode Penulisan**

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

1. Tinjauan kepustakaan
Menggunakan buku-buku dan mencari melalui website internet atau jurnal-jurnal yang berkaitan isi karya tulis ini.
2. Pengamatan
 - a. Wawancara
Mengadakan wawancara langsung dengan pasien, keluarga serta pihak bersangkutan.
 - b. Observasi
Melakukan pengamatan langsung dengan mengikuti tindakan dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.
 - c. Pemeriksaan fisik
Melakukan pemeriksaan fisik terhadap pasien pada tiap pola melalui: inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.
 - d. Studi dokumentasi
Melalui dokumentasi status pasien yang berhubungan dengan data pasien dan hasil pemeriksaan diagnostik pasien.

E. Sistematika Penulisan

Karya tulis ini terdiri dari 5 Bab yaitu: Pada Bab I Pendahuluan, diuraikan dengan latar belakang penyakit tuberculosis paru, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan pustaka, terdiri dari konsep dasar medik dan konsep dasar keperawatan. Bab III pengamatan kasus, diuraikan tentang pengkajian pada pasien, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi. Bab IV pembahasan ASKEP, diuraikan tentang pembahasan khusus yang merupakan analisa dalam mengaitkan dan membandingkan antara tujuan teoritis dan tinjauan kasus. Bab V simpulan dan saran, berisi penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran yang dapat diajukan sebagai masukan dan kiranya dapat bermanfaat bagi institusi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian Tuberkulosis Paru

Menurut Dewi (2019) dalam (Wahdi Achmad & Retno Dewi, 2021) Tuberkulosis (TB) paru merupakan infeksi kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang menyerang jaringan parenkim paru. *Mycobacterium tuberculosis* termasuk bakteri aerob yang sering menginfeksi jaringan yang memiliki kandungan oksigen tinggi. *Mycobacterium tuberculosis* merupakan batang tahan asam gram positif, serta dapat diidentifikasi dengan pewarnaan asam yang secara mikroskopi disebut Basil Tahan Asam (BTA). Dinding sel *M. Tuberculosis* kaya lipid dan lapisan tebal peptidoglikan yang mengandung asam mikolik yang menyebabkan pertumbuhan *mycobacterium tuberculosis* menjadi lambat.

Tuberkulosis Paru (TBC) adalah suatu penyakit menular yang paling sering mengenai parenkim paru, biasanya disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. TB paru dapat menyebar ke setiap bagian tubuh, termasuk meningen, ginjal, tulang dan nodus limfe (Smeltzer & Bare, 2015).

Tuberkulosis (TBC) adalah suatu penyakit menular yang paling sering mengenai parenkim paru, biasanya di sebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*. TB dapat menyebar hampir ke setiap bagian tubuh, termasuk meninges, ginjal, tulang, dan nodus limfe. Infeksi awal biasanya terjadi dalam 2 sampai 10 minggu setelah pajanan. Pasien kemudian dapat membentuk penyakit aktif karena respons system imun menurun atau tidak adekuat (Brunner & Suddarth, 2016).

Dari ketiga defenisi di atas penulis menyimpulkan bahwa Tuberkulosis merupakan penyakit yang disebabkan oleh basil tahan asam alkohol dinamakan *Mycobacterium Tuberkulosis* yang dapat menular melalui bersin, batuk, air ludah, dari penderita tuberkulosis ke seseorang yang sehat sehingga dapat menyerang parengkim paru yang dapat menyebar hampir ke setiap bagian tubuh, termasuk meninges, ginjal, tulang, dan nodus limfe.

2. Anatomi Fisiologis

a. Anatomi sistem pernapasan

Sistem pernapasan terdiri dari saluran nafas bagian atas: rongga hidung, faring, dan laring, saluran nafas bagian bawah: trachea, bronkus, bronkuolus, alveolus, dan paru-paru (James Gregory, 2018).

1) Sistem pernapasan atas

a) Rongga hidung

Rongga hidung bagian eksternal berbentuk pyramid disertai dengan satu akar dan dasar. Bagian ini tersusun dari kerangka kerja tulang, kartilago hialin dan jaringan fibrioareolar. Bagian internal hidung adalah rongga berlorong yang dipisahkan menjadi rongga hidung kanan dan kiri oleh pembagi vertikal yang sempit, yang disebut septum (Mulyasmi, 2018)

b) Faring

Faring (tekak) adalah pipa berotot berukuran 12,5 cm yang letaknya dibelakang hidung (nasofaring), dibelakang mulut (orofaring) dan dibelakang laring (faring laryngeal).

c) Laring

Laring (tenggorok) terletak didepan bagian terendah faring yang memisahkannya dari kolumna vertebra

2) Sistem pernapasan bawah

a) Trachea

Trakea adalah tuba dengan panjang 10 cm samapai 12 cm diameter 2,5 cm serta terletak diatas permukaan anterior esophagus.

b) Bronkus

Bronkus-bronkus itu berjalan kebawah dan kesamping ke arah tampak paru-paru.

c) Bronkiolus

Bronkiolus adalah anak cabang dari batang tenggorok yang terdapat dalam rongga tenggorokan dan akan memanjang sampai ke paru-paru.

d) Alveolus

Alveolus adalah struktur anatomi yang memiliki bentuk berongga. Terdapat pada parenkim paru-paru, yang merupakan ujung dari saluran pernapasan.

e) Paru-Paru

Paru-paru merupakan alat pernapasan utama. Paru-paru mengisi rongga dada. Terletak disebelah kanan dan kiri dan di tengah dipisahkan oleh jantung beserta pembuluh darah besarnya dan struktur lainnya yang terletak didalam mediastrum.



Gambar 2.1: Anatomi Sistem Pernapasan
(James Gregory, 2018)

b. Fisiologi sistem pernapasan

1) Sistem Pernapasan Atas

a) Rongga Hidung

Udara dari luar akan masuk lewat rongga hidung (*cavum nasalis*). Di dalam rongga hidung terjadi penyesuaian suhu dan kelembapan udara sehingga udara yang masuk ke paru-paru tidak terlalu kering ataupun terlalu lembap. Dari rongga hidung, udara selanjutnya akan mengalir ke faring.

b) Faring

Masuknya udara melalui faring akan menyebabkan pita suara bergetar dan terdengar sebagai suara. Faring juga berfungsi untuk menyediakan saluran pada traktus respiratorius dan digestif.

c) Laring

Laring adalah saluran pernapasan yang membawa udara menuju ke trakea Fungsi utama laring adalah untuk melindungi saluran pernapasan dibawahnya dengan cara menutup

secara cepat pada stimulasi mekanik, sehingga mencegah masuknya benda asing ke dalam saluran napas.

2) Sistem Pernapasan Bawah

a) Trakea

Trakea dilapisi selaput lendir yang terdiri dari epitelium bersilia dan sel cangkir. Silia ini bergerak menuju atas ke arah laring. maka dengan gerakan ini debu-debu dan butir-butir halus lainnya yang turun masuk bersama dengan pernapasan dapat dikeluarkan.

b) Bronkus

Bronkus adalah kaliber jalan udara pada sistem pernapasan yang membawa udara ke paru-paru.

c) Bronkiolus

Bronkiolus mengandung kelenjar submukosa yang memproduksi lendir yang membentuk selimut tidak terputus untuk melapisi bagian dalam jalan napas.

d) Alveolus

Membran alveolaris adalah permukaan tempat terjadinya pertukaran gas. Darah yang kaya karbondioksida dipompa dari seluruh tubuh ke dalam pembuluh darah alveolaris, dimana, melalui difusi, ia melepaskan karbon dioksida dan menyerap oksigen.

e) Paru-Paru

Pada pernapasan melalui paru-paru atau pernapasan eksterna, oksigen dipungut melalui hidung dan mulut pada waktu bernapas; oksigen

masuk melalui trakea dan pipa bronkhial ke alveoli, dan dapat berhubungan erat dengan darah di dalam kapiler pulmonaris.

Hanya satu lapis membran, yaitu membran alveoli-kapiler, yang memisahkan oksigen dari darah. Oksigen menembus membran ini dan dipungut oleh hemoglobin sel darah merah dan dibawah kejantung. Dari sini dipompa ke dalam arteri ke semua bagian tubuh.

Di dalam paru-paru, salah satu hasil buangan metabolisme, menembus membran alveoler-kapiler dari kapiler darah ke alveoli, dan setelah melalui pipa bronkial dan trakea, dinapaskan keluar melalui hidung dan mulut (James Gregory, 2018).

3. Etiologi Tuberkulosis

Terdapat beberapa jenis bakteri yang berkaitan erat dengan infeksi *tuberculosis* misalnya *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium micoti* dan *Mycobacterium cannetii*. *Mycobacterium tuberculosis* merupakan bakteri yang sering ditemukan dan penyebab utama terjadinya penyakit *tuberculosis* yang menular antar manusia melalui udara dengan *droplet nucleus* (1-5 microns) yang keluar ketika seseorang batuk, bersin atau bicara (Prihartanti, D., & Subagyo, 2016).

Kelompok *Mycobacterium* selain *Mycobacterium tuberculosis* yang bisa menimbulkan gangguan pada saluran pernafasan dikenal dengan MOTT (*Mycobacterium Other Than Tuberculosis*) yang terkadang mengganggu penegakan diagnosis dan pengobatan tuberculosis (HK.01.07/MENKES/350, 2017).

Menurut Smeltzer & Bare, (2015), Individu yang beresiko tinggi untuk tertular virus tuberculosis paru adalah:

- a. Mereka yang kontak dekat dengan seseorang yang mempunyai TB aktif. Individu immunosupresif (termasuk lansia, pasien dengan kanker, mereka yang dalam terapi kortikosteroid, atau mereka yang terinfeksi dengan HIV).
- b. Pengguna obat-obat IV dan alkoholik.
- c. Individu tanpa perawatan kesehatan yang adekuat (tunawisma, tahanan, etnik, dan ras minoritas, terutama anak-anak dibawah usia 15 tahun dan dewasa muda antara yang berusia 15 sampai 44 tahun).
- d. Dengan gangguan medis yang sudah ada sebelumnya (misalkan diabetes, gagal ginjal kronis, silikosis, penyimpangan gizi).
- e. Individu yang tinggal didaerah yang perumahan sub standar kumuh.
- f. Pekerjaan (misalkan tenaga kesehatan, terutama yang melakukan aktivitas yang beresiko tinggi).

4. Faktor-faktor Resiko Tuberkulosis

Dalam Ada dua faktor resiko yang mempengaruhi kejadian *tuberculosis paru* yaitu faktor karakteristik individu dan faktor karakteristik lingkungan (Octavia Nia, 2020).

a. Faktor Karakteristik Individu

Beberapa faktor karaktersitik individu yang menjadi faktor resiko kejadian TB paru, antara lain:

- 1) Faktor umur. Menurun ketika di atas dua tahun hingga dewasa. Puncaknya pada dewasa muda dan menurun kembali ketika seseorang menjelang usia tua
- 2) Faktor jenis kelamin. Penderita laki-laki selalu cukup tinggi pada semua usia, tetapi angka pada perempuan cenderung menurun tajam setelah melewati usia subur.

- 3) Pekerjaan. Jika pekerja bekerja di lingkungan yang berdebu akan mempengaruhi terjadinya gangguan saluran pernapasan dan umumnya TB paru. Jenis pekerjaan seseorang juga akan berdampak terhadap pola hidup sehari-hari seperti makanan, minuman, dan konstruksi rumah.
 - 4) Tingkat pendidikan. Pendidikan yang tinggi akan mempengaruhi pengetahuan seseorang termasuk mengenai kondisi rumah yang memenuhi kesehatan dan penyakit TB paru. Sehingga ia akan berperilaku hidup bersih dan sehat.
 - 5) Merokok. Kebiasaan merokok meningkatkan resiko terkena TB paru sebesar 2,2 kali.
 - 6) Status gizi. Kekurangan gizi pada seseorang akan berpengaruh terhadap kekuatan daya tahan tubuh dan respon imunologi terhadap penyakit, termasuk TB paru.
 - 7) Kondisi sosial ekonomi. TB paru di dunia menyerang kelompok sosial ekonomi rendah.
 - 8) Perilaku. Misalnya kebiasaan membuka jendela setiap hari, menutup mulut
- b. Faktor karakteristik lingkungan
- Beberapa faktor lingkungan yang menjadi faktor resiko kejadian TB paru, antara lain:
- 1) Kepadatan hunian: Jumlah penghuni yang padat juga memungkinkan kontak yang lebih sering antara penderita tuberkulosis paru dengan anggota keluarga lainnya sehingga mempercepat penularan penyakit tersebut (Kenedyanti, E., & Sulistyorni, 2017).
 - 2) Pencahayaan: Penularan penyakit biasanya terjadi di dalam satu ruangan dimana terdapat percikan dahak di udara berada dalam waktu yang lama. Ventilasi yang

mengalirkan udara dapat mengurangi jumlah percikan dahak, sementara sinar matahari langsung yang masuk ke dalam ruangan dapat membunuh bakteri. Bakteri yang terkandung di dalam percikan dahak dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan gelap dan lembab (Kenedyanti, E., & Sulistyorni, 2017).

- 3) Kelembaban: Didapatkan bahwa kelembaban ruangan yang tidak memenuhi syarat memiliki risiko untuk terjadinya tuberculosis paru 6 kali lebih besar dibandingkan dengan kelembaban yang memenuhi syarat. Kelembaban merupakan faktor risiko untuk terjadinya tuberculosis paru karena kurangnya sinar matahari yang masuk ke dalam rumah akan menciptakan suasana gelap dan lembab sehingga kuman termasuk bakteri tuberculosis paru dapat tahan lebih lama (Kenedyanti, E., & Sulistyorni, 2017).

5. Patofisiologi

Infeksi diawali karena seseorang menghirup basil M.Tuberculosis. bakteri menyebar melalui jalan napas menuju alveoli lalu berkembang biak dan terlihat bertumpuk. Perkembangan M.Tuberculosis juga dapat menjangkau sampai ke area lain dari paru-paru (lobus atas). Basil juga menyebar melalui sistem limfe dan aliran darah ke bagian tubuh lain (gunjal, tulang, dan korteks serebri) dan area lain dari paru-paru (lobus atas). Selanjutnya, system kekebalan tubuh memberikan respon dengan melakukan reaksi inflamasi. Neutrophil dan makrofag melakukan aksi fagositosis (menelan bakteri), sementara limfosit spesifik tuberculosis menghancurkan (melisiskan) basil dan jaringan normal. Reaksi jaringan ini mengakibatkan terakumulasinya eksudat dalam alveoli yang menyebabkan bronkopneumonia.

Infeksi awal biasanya timbul dalam waktu 2-10 minggu setelah terpapar bakteri c.

Interaksi antara M.Tuberkulosis dan sistem kekebalan tubuh pada masa awal infeksi membentuk sebuah masa jaringan baru yang disebut granuloma. Granuloma terdiri atas gumpalan basil hidup dan mati yang dikelilingi oleh makrofag seperti dinding. Granuloma selanjutnya berubah bentuk menjadi masa jaringan fibrosa. Bagian tengah dari massa tersebut disebut ghon tubercle. Materi yang terdiri atas makrofag dan bakteri menjadi nekrotik yang selanjutnya membentuk materi yang penampakkannya seperti keju (*necrotizing caseosa*). Hal ini akan menjadi klasifikasi dan akhirnya membentuk jaringan kolagen, kemudian bakteri menjadi nonaktif.

Setelah infeksi awal, jika respon sistem imun tidak adekuat maka penyakit akan menjadi lebih parah. Penyakit yang kian parah dapat timbul akibat infeksi ulang atau bakteri yang sebelumnya tidak aktif kembali menjadi aktif. Pada kasus ini, ghon tubercle mengalami ulserasi sehingga menghasilkan necrotizing caseosa didalam bronkus. Tubercle yang ulserasi selanjutnya menjadi sembuh dan berbentuk jaringan parut. Paru-paru yang terinfeksi kemudian meradang, mengakibatkan timbulnya bronkopneumonia, membentuk tubercle, dan seterusnya. Pneumonia seluler ini dapat sembuh dengan sendirinya. Proses ini berjalan terus dan basil terus difasogit atau berkembangbiak didalam sel. Makrofag yang mengadakan infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu membentuk sel tubercle epiteloid yang dikelilingi oleh limfosit (membutuhkan 10-20 hari). Daerah yang mengalami nekrosis dan jaringan granulasi yang dikelilingi sel epiteloid dan fibroblas akan menimbulkan respon berbeda, kemudian pada akhirnya akan membentuk suatu kapsul yang dikelilingi tubercle (Danusantoso, 2017).

6. Manifestasi Klinis

Menurut Inayah, S., & Wahyono, (2018), gejala tuberculosis dibagi 2 (dua) golongan seperti gejala sistemik dan gejala respiratorik:

a. Gejala sistemik.

1) Demam

Tuberkulosis paru gejala pertamanya kadang kala muncul suhu meningkat sedikit disiang hingga disore hari. Suhu badan meningkat menjadi semakin tinggi apabila proses jadi progresif kemudian penderita merasakan badannya menjadi hangat atau wajahnya panas.

2) Badan kedinginan/menggigil

Badan merasa dingin terjadi apabila suhu fisik akan naik secara cepat, tetapi tidak ada panas dengan angka sama dapat menjadi reaksi umum lebih kuat.

3) Berkeringat dimalam hari

Berkeringat malam bukan salah satu gejala patognomonis dari penyakit TB paru. Tetapi berkeringat malam pada umumnya akan timbul jika proses sudah lanjut, kecuali penderita dengan vasodilation labil, berkeringat malam juga bisa muncul lebih awal. tachycardia dan pusing hanya muncul apabila disertai panas.

4) Malaise

Lantaran penyakit Tuberkulosis paru sifatnya radang menahun, maka penderita akan merasakan badan sakit tidak enak dirasakan, nafsu makan berkurang, pegal linu, badan semakin kurus, pusing, dan gampang capek.

b. Gejala respiratorik

1) Batuk-batuk

Batuk awal mulai muncul jika proses dari penyakit TBC sudah mengena bronkeolus, selanjutnya mengakibatkan peradangan bronkeolus, dan batuk menjadi aktif. Kemudian bermanfaat sebagai pembuang produk pengeluaran dahak yang meradang tersebut.

2) Sekret

Sesuatu yang sifatnya mukoid membuntangi paru-paru dan keluar dengan jumlah sedikit, kemudian akan menjelma seperti muko purulen berwarna kuning atau hijau sampai purulen tersebut mengalami perubahan dengan tekstur kental jika secret telah terbentuk menjadi lunak atau seperti keju.

3) Nyeri pada dada

Nyeri dadakan muncul jika sistem syaraf yang ada dalam parietal sudah mengenai, gejala yang dirasakan sifatnya domestik.

4) Ronchi

Satu hasil pemeriksaan yang tersiar bunyi tambahan seperti suara gaduh terutama pada saat penderita ekspirasi disertai adanya sekret pada pernafasan.

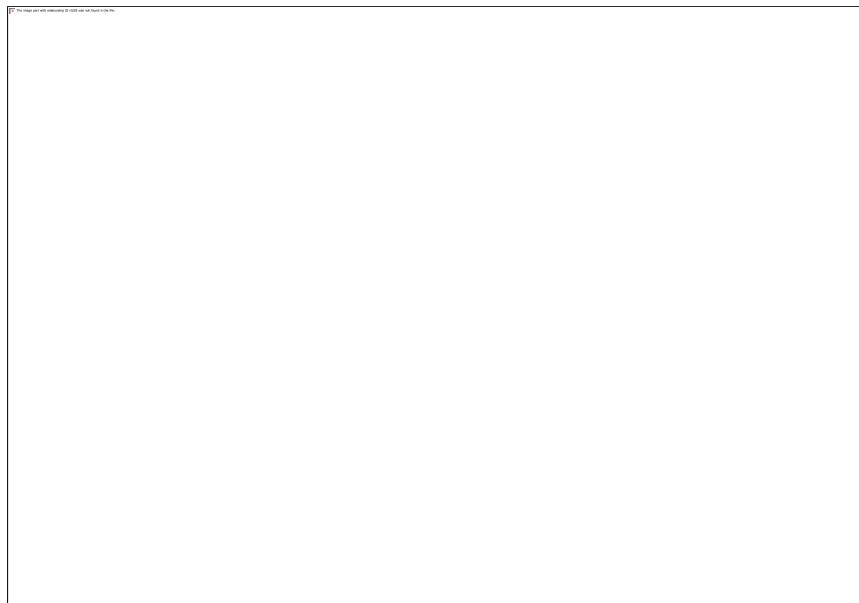
7. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Joisteven Erwin, (2020), pemeriksaan Tuberkolosis paru antara lain yaitu:

- a. Kultur Sputum: menunjukkan hasil positif untuk *Mycobacterium tuberculosis* pada stadium aktif
- b. *Ziehl neelsen (Acid-fast stained applied to smear of body fluid)*: positif untuk bakteri tahan asam (BTA)
- c. *Skin test (PPD, Mantoux, Tine, Vollmer Patch)*: reaksi positif (area indurasi 10 mm atau lebih, timbul 48-72 jam setelah

injeksi antigen intradermal) mengindikasikan infeksi lama dan adanya antibodi tetapi tidak mengindikasikan penyakit yang sedang aktif

- d. Foto rontgen dada (*chest x-ray*): dapat memperlihatkan infiltrasi kecil pada lesi awal dibagian paru-paru bagian atas, deposit kalsium pada lesi primer yang membaik atau cairan pada efusi. Perubahan mengindikasikan TB yang lebih berat, dapat mencakup area berlubang dan fibrosa.



Gambar 2.2. Hasil pemeriksaan rontgen toraks TB paru
Joisteven Erwin, (2020)

- e. Histologi atau kultur jaringan (termasuk kubah lambung, urine, dan CSF, serta *biopsy* kulit): menunjukkan hasil positif untuk *Mycobacterium tuberculosis*
- f. *Needle biopsy of lung tissue*: positif untuk granuloma TB, adanya sel-sel besar yang mengindikasikan nekrosis
- g. Elektrolit: mungkin abnormal bergantung pada lokasi dan beratnya infeksi, misalnya hiponatremia mengakibatkan retensi air, mungkin ditemukan pada TB paru kronik lanjut
- h. ABGs: mungkin abnormal, bergantung pada lokasi, berat, dan sisa kerusakan paru.

- i. Bronkografi: merupakan pemeriksaan khusus untuk melihat kerusakan bronkus atau kerusakan paru karena TB
- j. Darah: leukositosis, Laju Endap Darah (LED) meningkat Tes fungsi paru: VC menurun, dead space meningkat, TLC meningkat, dan saturasi oksigen menurun yang merupakan gejala sekunder dari fibrosa/infiltrasi parenkim paru dan penyakit pleura.

8. Penatalaksanaan Medik

a. Penatalaksanaan secara farmakologis

Menurut Guyton & Hall, (2016) pelaksanaan farmakologis untuk tuberkulosis paru yaitu:

- 1) Pengobatan TBC di Indonesia sesuai program nasional menggunakan panduan OAT yang diberikan dalam bentuk kombipak, sebagai berikut (Guyton & Hall, 2016).
 - a) Kategori I: 2 RHZE/4H3R3 Diberikan untuk Penderita baru TB Paru dengan BTA (+), Penderita baru TB Paru, BTA (-), RO (+), dengan kerusakan parenkim paru yang luas, Penderita baru TB dengan kerusakan yang berat pada TB ekstra pulmonal.
 - b) Kategori II: 2 RHZES/HRZE/5R3H3E3 Diberikan untuk Penderita TB Paru BTA (+) dengan riwayat pengobatan sebelumnya kambuh, kegagalan pengobatan atau pengobatan tidak selesai.
 - c) Kategori III: 2 RHZ/4R3H3 Diberikan untuk Penderita baru BTA (-) dan RO(+) sakit ringan, Penderita ekstra paru ringan, yaitu TB kelenjar limfe, pleuritis eksudatif unilateral, TB Kulit, TB tulang.

- 2) Pengobatan Tuberkulosis Paru menggunakan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) dengan metode *Directly Observed Treatment* (DOTS):
- a) Kategori I (2HRZE/4H3R3) untuk pasien TBC.
 - b) Kategori II (2HRZES/HERZE/5H3R3E3) untuk pasien ulangan (pasien yang pengobatan kategori I nya gagal atau pasien yang kambuh).
 - c) Kategori III (2HRZ/4H3RE) untuk pasien baru dengan BTA (-). RO (+), Sisipan (HRZE) digunakan sehingga tambahan bila pada pemeriksaan akhir tahap intensif dari pengobatan dengan kategori I atau kategori II ditemukan BTA(+). Obat diminum sekaligus 1 (satu) jam sebelum makan.

Kategori:

- a) Tahap diberikan setiap hari selama 2 (dua) bulan (2HRZE): INH (H) 300mg-1 tablet, Rifampisin (R): 450 mg – 1 tablet, Pirazinamid (Z): 1500 mg – 3 tablet 500 mg, Etambutol (E): 750-3 tablet 250 mg. Obat tersebut diminum setiap hari secara intensif sebanyak 60 kali. Regimen ini disebut KOMBIPAK II.
- b) Tahap lanjutan diberikan 3 (tiga) kali dalam seminggu selama 4 bulan (4H3R3): INH (H): 600 mg – 2 tablet 300 mg, Rifampisin (R): 450 mg – 1 tablet. Obat tersebut diminum 3 (tiga) kali dalam seminggu (intermitten) sebanyak 54 kali. Regimen ini disebut KOMBIPAK III.

Tabel 2.1 Jenis, sifat, dan efek samping OAT

Jenis	Sifat	Efek Samping
Isoniazid (H)	Bakterisid	Neuropati perifer, psikosis toksik, gangguan fungsi hepar, kejang
Rifampicin (R)	Bakterisid	Flu syndrome, Gangguan gastrointestinal, urine berwarna merah, gangguan fungsi hepar, trombositopenia, demam, skin rash, sesak napas, anemia, hemolitik
Pyrazinamide (z)	Bakterisid	Gangguan gastrointestinal, gangguan fungsi hepar, gout arthritis
Streptomycin (S)	Bakterisid	Nyeri di tempat suntikan, gangguan keseimbangan dan pendengaran, syok anafilaktik, anemia, agranulositosis, trombositopenia
Ethambutol (E)	Bakteriostatik	Gangguan penglihatan, buta warna, neuritis perifer

Sumber: (Guyton & Hall, 2016)

b. Penatalaksanaan secara non farmakologis

Menurut Somantri, (2017) penatalaksanaan secara non farmakologis untuk tuberkulosis yaitu sebagai 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) Mengonsumsi makanan bergizi

Salah satu penyebab munculnya penyakit TBC adalah kekurangan gizi seperti mineral dan vitamin. Maka dari itu akan sangat penting bilamana penderita secara rutin mengonsumsi 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, dondong 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).

9. Komplikasi

Menurut Nixon, (2016) dampak masalah yang sering terjadi pada TB paru adalah:

- a. Hemoptisis berat (perdarahan dari saluran nafas bawah) yang dapat mengakibatkan kematian karena syok hipovolemik atau tersumbatnya jalan nafas.
- b. Kolaps dari lobus akibat retraksi bronchial.

- c. Bronki ektasis (pelebaran bronkus setempat) dan fibrosis (pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan atau reaktif) pada paru.
- d. Pneumothorak (adanya udara dalam rongga pleura) spontan: kolaps spontan karena kerusakan jaringan paru.
- e. Penyebaran infeksi keorgan lain seperti otak, tulang, persendian, ginjal, dan sebagainya.
- f. Insufisiensi kardiopulmonar (*Chardio Pulmonary Insufficiency*).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

- a. Pengkajian Primer:
 - 1) B1 (breathing)
 - a) Inspeksi : bentuk dada dan gerakan pernafasan. 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.
 - b) 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.

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

2) B2 (Blood)

Pada klien dengan TB Paru akan didapatkan :

- a) Inspeksi : inspeksi tentang adanya parut (menandakan bahwa klien pernah menjalani operasi jantung sebelumnya) dan keluhan kelemahan fisik.
- b) Palpasi : denyut nadi melemah.
- c) Perkusi : batas jantung mengalami pergeseran pada TB paru dengan efusi pleura masif mendorong kesisi sehat.
- d) Auskultasi : tekanan darah biasanya normal. Tidak di dapatkan bunyi jantung tambahan.

3) B3 (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) B5 (Bowel)

Klien mengalami mual, muntah, penurunan nafsu makan, dan penurunan berat badan.

6) B6 (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 hipertensi, 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, mual, 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 subjektif: Rasa lemah cepat lelah, aktivitas berat 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, demam subfebris (40-41 °C) hilang timbul
- 6) Pola Persepsi Kognitif
Data subjektif: Sakit kepala, penglihatan kabu, mudah 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, infertilitas
- 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 Tuberkulosis 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 mengabsorpsi 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 diagnose 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 kriteria hasil:

- 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 kesimetrisan ekspansi paru pasien

- (4) Auskultasi bunyi napas
R/ Mengetahui kesimetrisan 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) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
R/ Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga terkait tindakan yang akan diberikan
 - (2) Informasikan hasil pemantauan
R/ Meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga mengenai kondisi terkait masalah kesehatannya.
- 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 secret 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 III: Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi
- 1) SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka status nutrisi (L.03030) membaik dengan kriteria hasil:
 - a) Berat badan cukup membaik
 - b) Indeks Massa Tubuh (IMT) cukup membaik
 - 2) SIKI: Manajemen Nutrisi (1.03119)
 - a) Observasi
 - (1) Identifikasi status nutrisi
 - R/ untuk mengetahui kekurangan nutrisi pasien
 - (2) Identifikasi alergi atau intoleransi makanan
 - R/ untuk mengetahui adanya alergi makanan pada pasien
 - (3) Identifikasi makanan yang disukai
 - R/ untuk meningkatkan nafsu makan pada pasien
 - (4) Monitor asupan makanan
 - R/ untuk untuk memantau diet makanan pasien

- (5) Monitor berat badan
R/ agar dapat mengetahui penurunan berat badan yang terjadi pada pasien
- b) Terapeutik
 - (1) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
R/ untuk mencukupi gizi pada pasien
 - (2) Berikan suplemen makanan, jika perlu
R/ untuk meningkatkan nafsu makan pasien dan mencukupi asupan makanan pasien
- c) Edukasi
 - (1) Ajarkan diet yang diprogramkan
R/ agar pemenuhan nutrisi terpenuhi
- d) Kolaborasi
 - (1) kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu
R/ untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien
- d. Diagnosis keperawatan IV: 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 hipertemia (infeksi)
R/ Untuk mengetahui penyebab terjadinya demam.
 - (2) Monitor suhu tubuh
R/ Untuk mengukur, mencatat, dan memproses dan mengkomunikasikan untuk menegakan diagnosis.
 - b) Terapeutik
 - (1) Sediakan lingkungan yang dingin
R/ Untuk mencegah terjadinya peningkatan suhu tubuh.
 - (2) Berikan cairan oral
R/ Untuk menghindari terjadinya dehidrasi pada pasien.
 - (3) longgarkan atau lepaskan pakaian
R/ Untuk meningkatkan sirkulasi tubuh sehingga suhu tubuh kembali normal.
 - c) Edukasi
 - (1) Anjurkan tirah baring
R/ untuk membantu pemulihan dan peningkatan sistem kekebalan tubuh dan menyediakan energi bagi tubuh.
 - d) Kolaborasi
 - (1) kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
R/ Untuk mengganti kekurangan cairan dan elektrolit serta mencegah terjadinya dehidrasi.

- e. Diagnosis keperawatan V: Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis
- 1) SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka toleransi aktivitas (L.05047) membaik dengan kriteria hasil:
 - a) Frekuensi meningkat
 - b) Kekuatan tubuh bagian atas meningkat
 - c) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat
 - d) Keluhan lelah menurun
 - e) Dispnea saat aktivitas menurun
 - f) Dispnea setelah aktivitas menurun
 - 2) SIKI: Manajemen Energi (1.05178)
 - a) Observasi
 - (1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
R/ mengidentifikasi pencetus terjadinya kelelahan dan rencana tindakan berikutnya yang dapat dilakukan
 - (2) Monitor kelelahan fisik dan emosional
R/ untuk mengetahui coping klien
 - (3) Monitor pola dan jam tidur
R/ 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

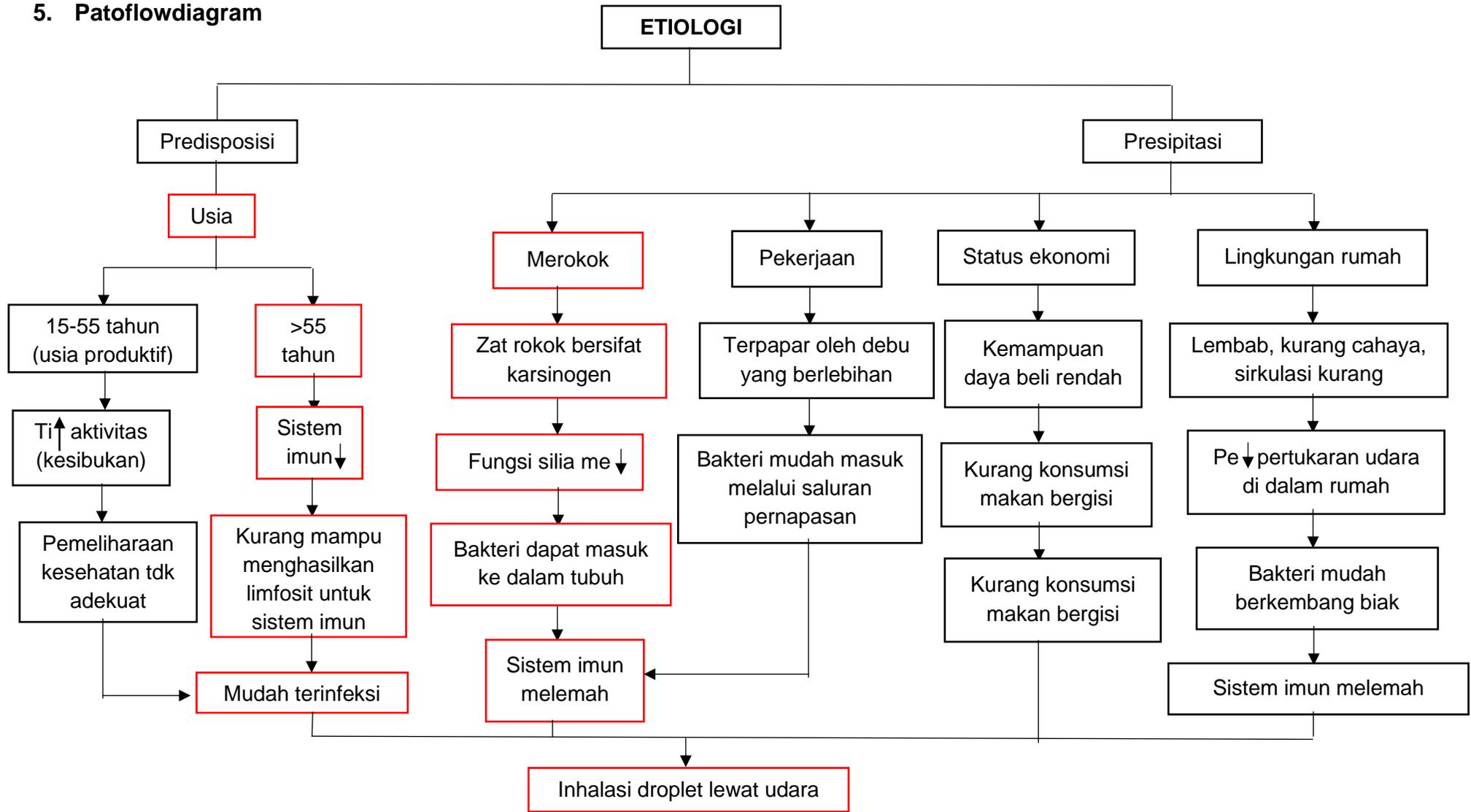
- (3) Fasilitasi duduk di tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan
R/ mengurangi resiko jatuh/sakit pada klien
- c) Edukasi
 - (1) Anjurkan tirah baring
R/ Istirahat yang lebih dan mengurangi aktivitas dapat memulihkan energi kembali
 - (2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
R/ melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi
- d) Kolaborasi
 - (1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
R/ Pemberian gizi yang cukup dapat meningkatkan energi klien

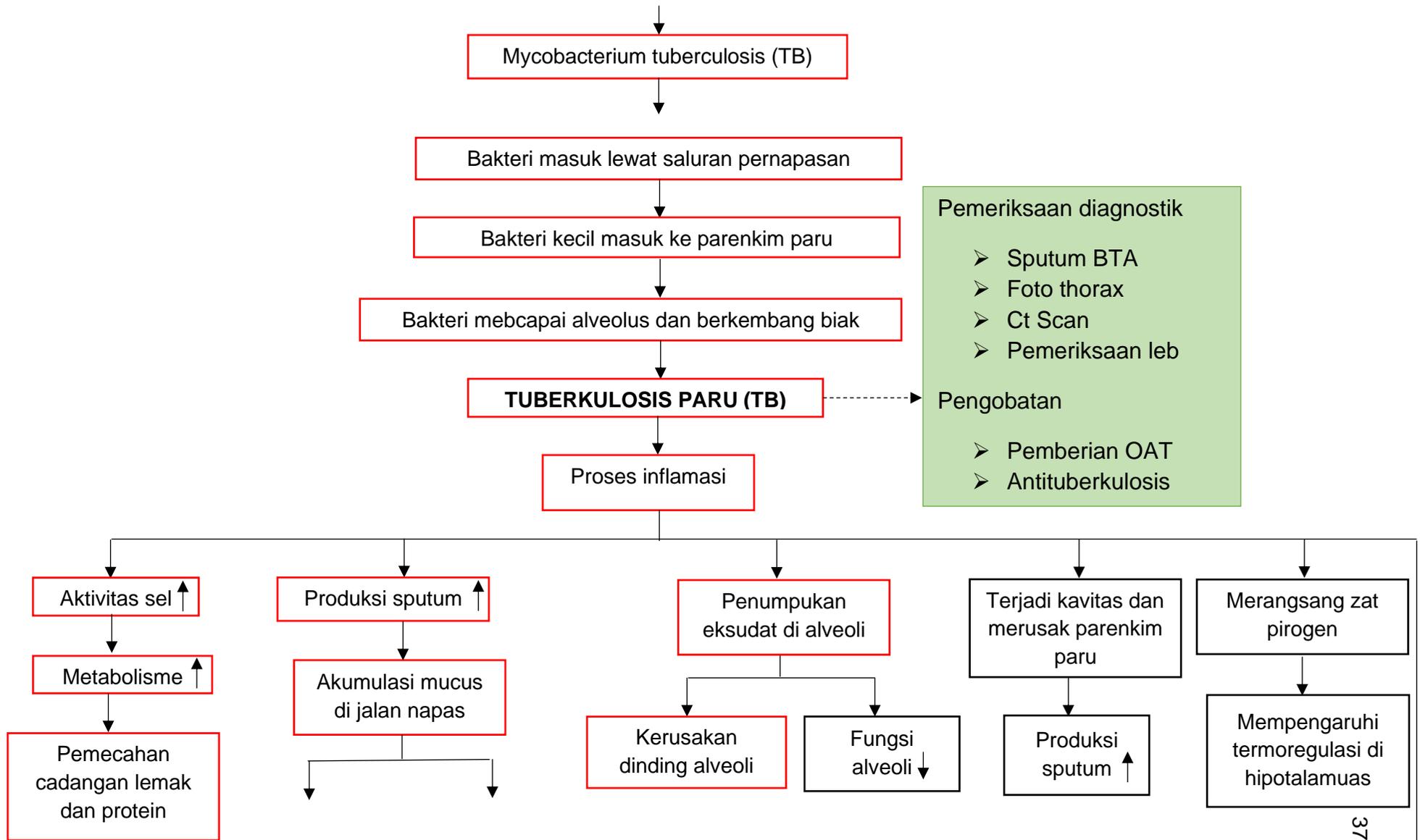
4. **Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)**

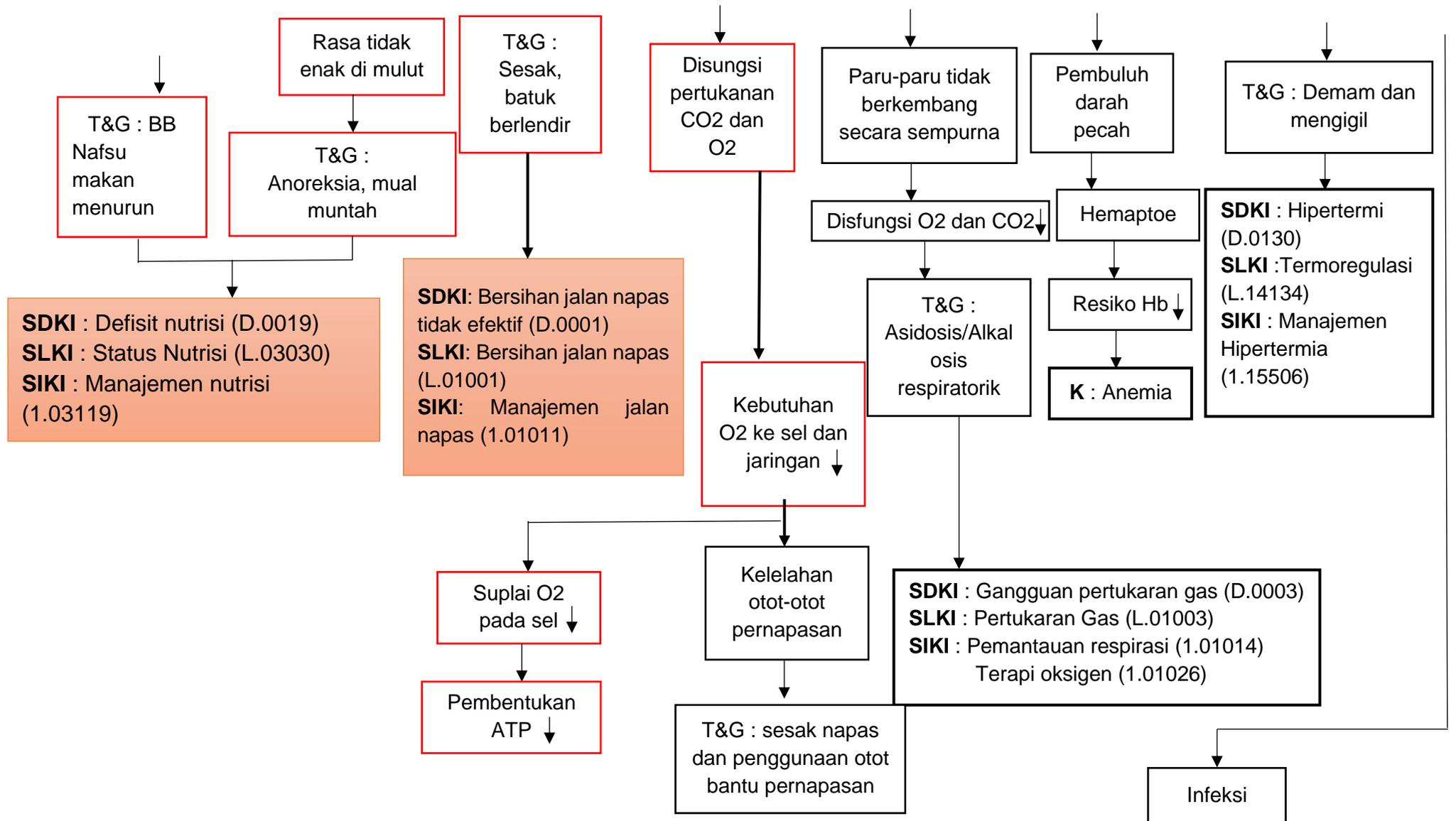
Menurut Guyton & Hall, (2016) ada beberapa penyuluhan yang perlu diberikan perawat kepada pasien dan keluarga untuk pertimbangan perawatan di rumah, sebagai berikut:

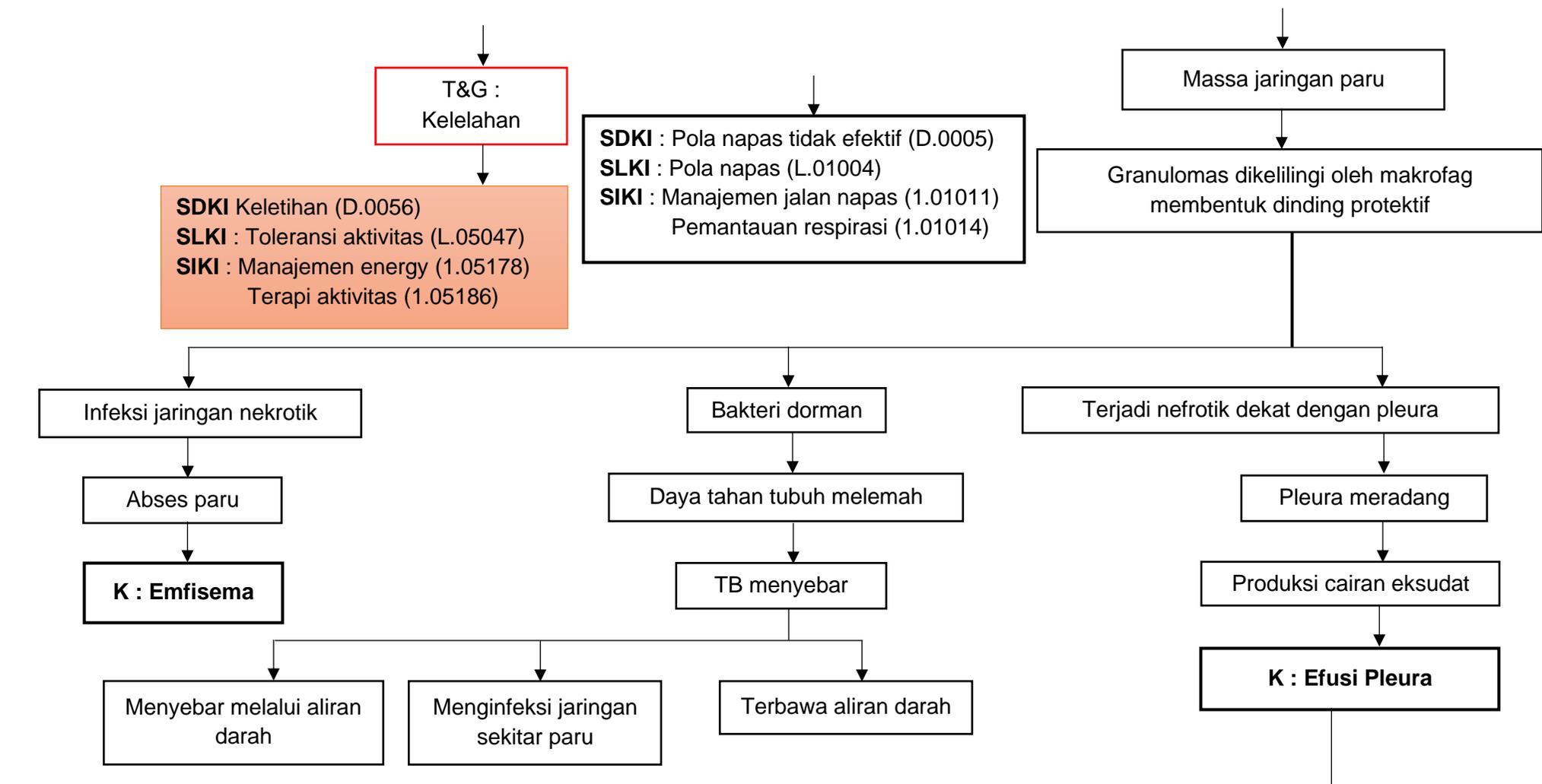
- a. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala perburukan penyakit atau kekambuhan penyakit Tuberkulosis Paru
- b. Menjelaskan tentang Obat: Beritahu klien dan keluarga tentang daftar nama obat dosis, waktu pemberian obat, efek samping obat, serta menjelaskan agar tidak putus dalam minum obat, menjelaskan peraturan meminum obat OAT yang diberikan dan dampak jika tidak teratur dalam meminum obat.

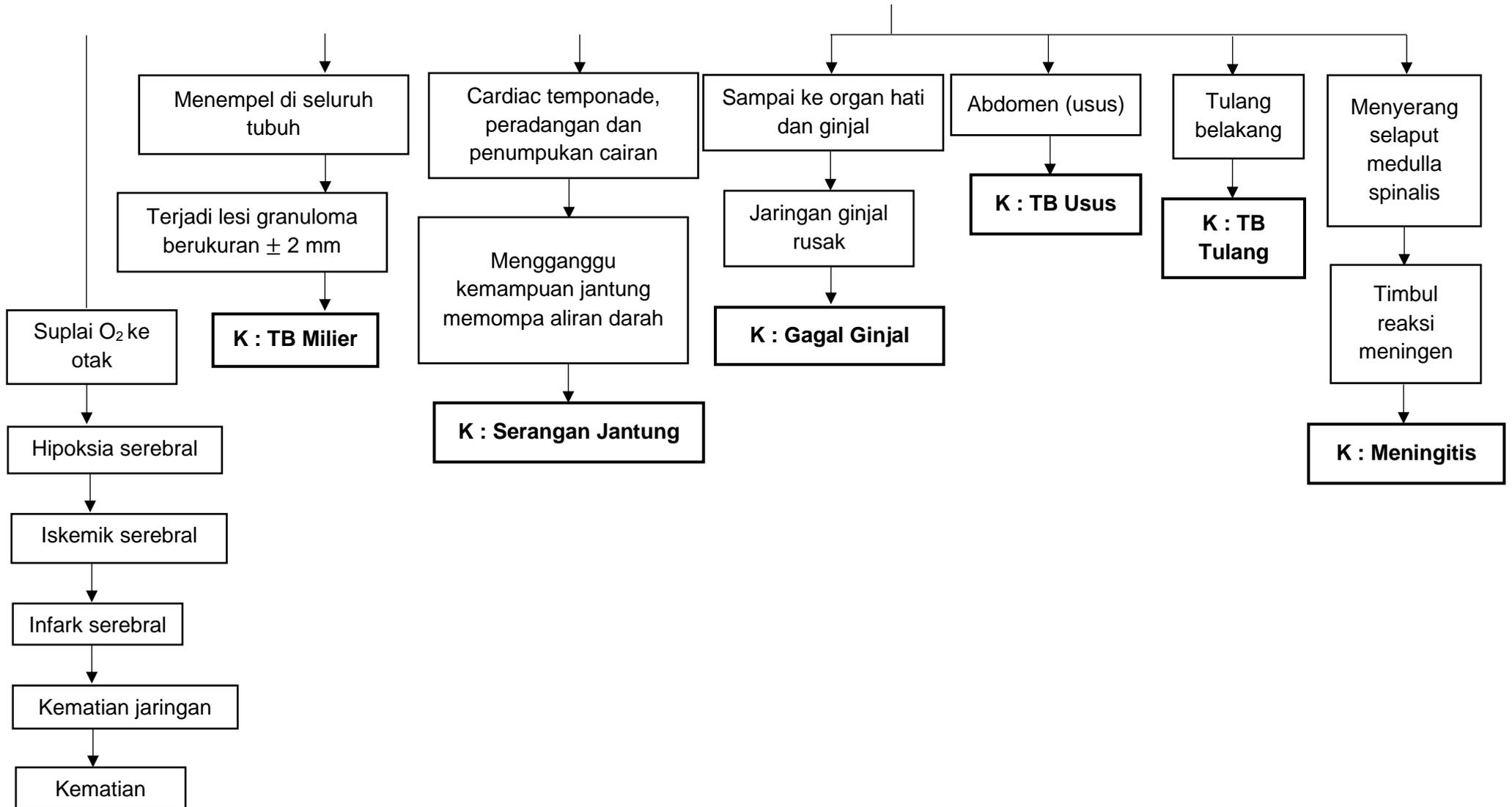
5. Patoflowdiagram











BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien Tn. A umur 66 tahun, jenis kelamin laki-laki, agama katolik, pekerjaan wiraswasta masuk Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 4 Juni 2022 pada pukul 13:30 WITA dengan keluhan sesak napas disertai nyeri, mual muntah sejak 4 hari yang lalu. Pasien di rujuk ke ICU di ruang isolasi dengan diagnosa medis TB Paru, diagnosa saat pengkajian yaitu TB Paru.

Pada tanggal 6 Juni 2022 saat dilakukan pengkajian di ruang ICU pasien mengeluh batuk berlendir bercampur bercak darah, nyeri dada sebelah kiri, nyeri dirasakan tertusuk-tusuk dan hilang timbul dengan skala 4 dan memberat saat pasien bernafas dan pasien tampak sesak. Pasien juga mengatakan mengalami penurunan berat badan yang drastis sejak 3 bulan dari BB 74 Kg menjadi BB pasien 51 kg (IMT=16,65). Pasien mengatakan memiliki riwayat DM sejak 15 tahun yang lalu. Pasien mengatakan 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. Observasi tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg, N: 95 x/menit, P: 34 x/menit, S: 36 °C, SPO2: 80%, BB= 51 kg.

Dari hasil pemeriksaan radiologi pada tanggal 5 Juni 2022 didapatkan hasil pemeriksaan foto thorax dengan kesan KP Dupleks lama aktif dan hasil pemeriksaan laboratorium darah dengan hasil RBC $4.25 \times 10^6/uL$, HGB 11.6 g/dL, HCT 33.1%, MCV 77.9 fL, LYMPH # $0.70 \times 10^3/uL$. Hasil pemeriksaan echocardiografi: LVEF: 65%. Hasil pemeriksaan GDS 364mg/dL.

FORMAT LAPORAN KASUS
RUANG INTENSIVE CARE UNIT

B. Pengkajian

Nama Mahasiswa : Laraswaty R. Djailani

Tanggal : 6 Juni 2022

Nama Pasien/Usia : Tn. A / 66 Tahun

Diagnosa Medis : Tuberkulosis Paru

1. Pengkajian Primer

<i>Breath</i> (B1)	Pergerakan dada	Tampak pergerakan dada simetris kiri dan kanan
	Pemakaian otot bantu nafas	Ada: tampak pasien bernapas menggunakan cuping hidung
	Palpasi	a. Vocal premitus: teraba getaran dinding paru kanan lemah b. Nyeri tekan: tidak ada nyeri tekan c. Krepitasi: tidak ada
	Perkusi	Pekak Lokasi: Paru kanan
	Suara nafas	Ronchi Lokasi: paru kanan
	Batuk	Produktif
	Sputum	Ada bercampur bercak darah
	Alat bantu nafas	Ada Jenis: NRM 15 liter
	Lain- lain	a. RR: 34 x/l b. Spo2: 80% Hasil foto thorax: - kesan KP duplex lama aktif. - Cor sulit dievaluasi, susp. Ec, atelectasis segmental paru kiri

		- Efusi pleura kanan minimal. DD : penebalan pleura
<i>Blood</i> (B2)	Suara jantung	Tunggal
	Irama jantung	Regular
	CRT	CRT kembali > 3 detik
	JVP	Normal, 5-2 cmH ₂ O
	CPV	Tampak tidak ada
	Edema	Tampak tidak ada edema
	Echocardiografi	65%
	Lain-lain	a. TTV: TD: 110/80 mmHg N: 95 x/i b. Terpasang infus NS 24 tetes/ menit di tangan kiri c. Hasil EKG : sinus ritma d. Hasil GDS: 304mg/dL
<i>Brain</i> (B3)	Tingkat kesadaran	a. Kualitatif: kesadaran compos mentis b. Kuantitatif (GCS) E: 4 V: 5 M: 6 Total : 15
	Reaksi pupil a. Kanan b. Kiri	a. Isokor b. Ada, diameter 3 mm c. Ada, diameter 3 mm
	Refleks fisiologis	a. Reflex biceps: positif b. Reflex triceps: positif c. Reflex patella: positif d. Reflex sachieles: 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	Tampak tidak ada
	Lain-lain	
<i>Bladder</i> (B4)	Urine	a. Jumlah: 500 cc/ 7 jam b. Warna: kuning pekat
	Kateter	a. Ada, hari ke 1 Jenis: kateter biasa no 16 fr dengan panjang 22 cm
	Kesulitan BAK	Ada, tampak terpasang kateter
	Lain-lain	Tidak ada nyeri tekan dibagian suprapubis
<i>Bowel</i> (B5)	Mukosa bibir	Tampak mukosa bibir kering
	Lidah	Lidah tampak bersih
	Keadaan gigi	Tampak gigi pasien masih utuh
	Nyeri telan	Tidak ada
	Abdomen	Tampak tidak distensi abdomen
	Peristaltic usus	Normal, nilai 18 x/i
	Mual	Ada
	Muntah	Ada
	Hematemesis	Tidak mengalami hematemesis
	Melena	Pasien tidak ada melena
	Terpasang NGT	Tampak terpasang NGT
	Terpasang colostomy bag	Tampak tidak terpasang colostomy bag
	Diare	Pasien tidak mengalami diare
	Konstipasi	Pasien tidak mengalami konstipasi

	Asites	Pasien tidak mengalami asites
	Lain-lain	
<i>Bone</i> (B6)	Turgor	Tugor kulit baik
	Perdarahan kulit	Tampak tidak ada perdarahan pada kulit
	Icterus	Tampak tidak icterus
	Akral	Teraba akral dingin
	Pergerakan sendi	Tampak pergerakan sendi bebas
	Fraktur	Tampak tida ada fraktur
	Luka	Tampak tida ada luka
	Lain-lain	Tampak pasien pucat

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

- a. B-1: Gangguan Pertukaran Gas b.d Perubahan membran alveolus-kapiler
- b. B-2: Tidak ada masalah di temukan
- c. B-3: Tidak ada masalah di temukan
- d. B-4: Tidak ada masalah di temukan
- e. B-5: Tidak ada masalah di temukan
- f. B-6: Tidak ada masalah di temukan

C. 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 \pm 2 minggu disertai nyeri dada, mual muntah sejak 4 hari yang lalu, pasien juga mengatakan batuk berlendir bercampur darah sejak \pm 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 di ruang ICU. Pada saat pengkajian pasien tampak sesak, pasien juga mengatakan nyeri yang dirasakan sudah muai berkurang dengan skala nyeri 3, tampak pasien kurang bertenaga, tampak pasien lesu, dan tampak pasien tidak mampu beraktivitas. Dari hasil observasi tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg, N: 95 x/menit, P: 34 x/menit, S: 36⁰C akral pasien teraba hangat dan hasil pemeriksaan GDS 304 mg/dl , SPO2 : 80%, GCS : M6V5E4.

- c) Riwayat penyakit yang pernah 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: Tampak rambut bersih, tidak berbau, tampak warn rambut hitam dan sedikit beruban
 - (2) Kulit kepala: Tampak tidak ada lesi dan ketombe
 - (3) Kebersihan kulit: Tampak kulit bersih
 - (4) Higiene rongga mulut: Tampak rongga mulut pasien bersih dan tidak ada sariawan
 - (5) Kebersihan genitalia: Tidak dikaji
 - (6) Kebersihan anus: Tidak dikaji

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit, pasien makan 3x sehari dan dapat menghabiskan 1 sampai 2 porsi makanan dengan menu makanan yang bervariasi seperti daging, ikan, sayuran, tempe tahu dan nafsu makan baik, serta tidak ada pantangan dalam hal makan, pasien mengatakan suka makan daging-

dagingan. Pasien mengatakan suka mengonsumsi coto. Pasien mengatakan minum kurang lebih 5-8 gelas per hari. Keluarga pasien mengatakan berat badan sebelum sakit yaitu 74 kg.

2. Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien makan dibantu melalui selang NGT. Keluarga mengatakan pasien makan 3x dalam sehari dengan porsi sonde 250cc. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan selama 3 bulan terakhir yaitu dari 74 kg sekarang menjadi 51 kg.

Observasi :

Tampak pasien kurus, BB= 51 kg TB=175 cm (IMT=16,65), tampak pasien terpasang NGT, tampak pasien diberikan sonde 250 cc. Tampak membran mukosa pucat, tampak GDS pasien 304mg/dL, tampak pasien diberikan diet karbohidrat 45%, lemak 39,4%, dan kebutuhan energi 30 kkal/kgBB.

3. Pemeriksaan fisik:

- a) Keadaan rambut: Tampak rambut bersih, tidak berbau, tampak rambut pasien sedikit beruban
- b) Hidrasi kulit: Finger print kembali > 3 detik
- c) Palpebra/conjungtiva: Tampak tidak edema, tampak conjungtiva tidak anemis
- d) Sclera : Tampak tidak ikterik
- e) Hidung: Tampak bersih, tampak tidak ada secret atau mucus, tidak ada lesi, simetris kiri dan kanan
- f) Rongga mulut: Tampak mulut kering dan kotor
Gusi: Tampak tidak ada peradangan atau sariawan, tampak berwarna merah muda

- g) Gigi: Tampak gigi berwarna agak kekuningan, tampak ada caries gigi
- h) Gigi palsu: Tampak tidak ada gigi palsu
- i) Kemampuan mengunyah keras : Tampak pasien tidak mampu mengunyah keras
- j) Lidah : Tampak lidah kotor
- k) Pharing: Tampak tidak ada peradangan
- l) Kelenjar getah bening: Tampak tidak ada pembesaran getah bening
- m) Kelenjar parotis: Tampak tidak ada pembesaran kelenjar parotis
- n) Abdomen:
 - (1) Inspeksi: Tampak perut datar
 - (2) Auskultasi: Peristaltik usus 15 kali/menit
 - (3) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
 - (4) Perkusi : Terdengar suara thympani
- o) Kulit :
 - (1) Edema : Positif Negatif
 - (2) Icteric : Positif Negatif
 - (3) Tanda-tanda radang: Tampak tidak ada tanda-tanda radang
 - (4) Lesi : Tampak tidak ada lesi

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:

tampak pasien terpasang kateter urine, tampak urine bag terisi 500 cc, dan tampak urine berwarna kuning pekat

3) Pemeriksaan fisik:

a) Peristaltik usus : 15 x/menit

b) Palpasi kandung kemih : Penuh Kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : Positif 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 wiraswasta. Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit sering berolahraga seperti jalan pagi. Keluarga pasien mengatakan pasien sering mengangkat beban berat dan melakukan pekerjaannya sendiri.

2) Keadaan sejak sakit:

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

Observasi:

Tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga.

a) Aktivitas harian:

(1) Makan : 3

(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

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

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 : 110/80 mmHg

Duduk : mmHg

Berdiri : mmHg

Kesimpulan : Hipotensi ortostatik : Negatif

b) HR : 95 x/menit

c) Kulit :

Keringat dingin : Tidak ada

Basah: Tidak ada

d) JVP : 5 - 2 cmH₂O

Kesimpulan : Normal

e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : > 3 detik

f) Thorax dan pernapasan

(1) Inspeksi:

Bentuk thorax : Tampak simetris

Retraksi intercostal : Tidak ada

Sianosis : Tidak ada

Stridor : Tidak ada

(2) Palpasi:

Vocal premitus : Teraba getaran paru kanan lemah

Krepitasi: Tidak teraba adanya krepitasi

(3) Perkusi:

Sonor Redup Pekak

Lokasi : Terdengar pada paru sebelah kanan

(4) Auskultasi:

Suara napas : Vesikuler

Suara ucapan : Getaran pada paru kanan lemah

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 sternalis dextra

Batas bawah jantung: ICS 5 linea midclavicularis sinistra

Batas kanan jantung: ICS 2 linea sternalis dextra

Batas kiri jantung: ICS 5 linea anterior sinistra

(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 : Positif 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 sata

Nilai 3: Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1: Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0: Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

(4) Refleks fisiologi : Kiri (negatif), kanan (positif)

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

(6) Babinski, Kiri : Positif Negatif

Kanan : Positif Negatif

(7) Clubing jari-jari: Tampak tidak ada

(8) Varises tungkai: Tampak tidak ada

i) 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 mengatakan 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:

Tampak 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 pada indra penglihatan pasien memakai alat bantu kaca mata.

2) Keadaan sejak sakit:

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

Observasi:

Tampak pendengaran dan penglihatan pasien tidak baik, tampak pasien tidak jelas berbicara saat ditanya.

Pemeriksaan fisik:

a) Penglihatan

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

b) Pendengaran

- (1) Pina : Tampak bersih

- (2) Kanalis : Tampak serumen berwarna kuning pada daerah kanalis kiri
 - (3) Membran timpani : Tampak pantulan cahaya baik
 - c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai
Tampak 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.
 - 3) Observasi:
Tampak ekspresi pasien cemas dan kurang memiliki semangat saat diajak berbicara
 - a) Kontak mata: Tampak kontak mata fokus
 - b) Rentang perhatian: Tampak perhatian tidak mudah teralihkan
 - c) Suara dan cara bicara: Terdengar suara pasien tidak jelas
 - d) Postur tubuh: Tidak dikaji
 - 4) Pemeriksaan fisik:
 - a) Kelainan bawaan yang nyata: Tidak ada
 - b) Bentuk/postur tubuh: Kurus/postur tubuh tegak
 - c) Kulit: Tampak kulit bersih, tampak 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 perempuannya 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.

3) Observasi:

Tampak 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, pasien hanya bisa berbaring di tempat tidur.

- 3) Observasi:
Tampak tidak ada perilaku menyimpang yang dilakukan oleh pasien, tampak 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.
 - 3) Observasi:
Tampak pasien berbaring dengan tenang di tempat tidur
- k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan
- 1) Keadaan sebelum sakit:
Keluarga pasien mengatakan pasien beragama katolik dan pasien aktif mengikuti ibadah di gereja dan lingkungan sekitar rumahnya. Pasien mengatakan selalu berdoa dan setiap malam hari membaca Alkitab.
 - 2) Keadaan sejak sakit:
Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien beribadah online dan selalu mendengar musik-musik rohani yang diputarkan lewat handphone yang diletakkan di samping pasien.
 - 3) Observasi:
Tampak pasien lemah dan terbaring di tempat tidur. Tampak alkitab berada di sisi samping kepala pasien.

Terdengar suara lantunan lagu rohani yang diputar oleh istri pasien.

2. Uji Saraf Kranial

- a. N I Olfactorius: Pasien dapat menyampaikan aroma yang diberikan oleh perawat
- b. N II Opticus: Pasien dapat membaca dengan ukuran font 12 pada jarak 30 cm
- c. N III Oculomotorius, IV Trochlearis, VI Abducens: Pasien mampu melihat ke segala arah, reflex pupil isokor
- d. N V Trigemini:
 - Sensorik: Pasien mampu menunjukkan tempat yang diberikan goresan kapas
 - Motorik: Tampak kemampuan mengunyah lebih kuat pada kedua sisi
- e. N VII Vagialis:
 - Sensorik: Pasien mampu menunjukkan jenis rasa yang diberikan pada lidah pasien
 - Motorik: Tampak senyum simetris, pasien mampu mengembungkan pipi sebelah kiri, tidak mampu bersiul
- f. N VIII
 - Vestibulo: Tampak pasien
 - Acusticus: Pasien mampu mendengarkan gesekan jari perawat pada telinga kiri dan kanan
- g. N IX Glosopharingeus: Tampak letak uvula berada di tengah
- h. N X Vagus: Tampak pasien dapat berdiri tetapi tidak lama
- i. N XI Accesorius: Pasien mampu mengangkat kedua bahu
- j. N XII Hipoglossus: Pasien mampu menjulurkan lidah ke depan

3. Diagnosa keperawatan dari pengkajian sekunder

- Keletihan b/d kondisi fisiologis
- Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
- Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d hiperglikemi

4. Pemeriksaan Penunjang

- a) Foto Toraks: 4 Juni 2022

Kesan:

KP Duplex lama aktif

Cor sulit dievaluasi, susp. Ec, atelectasis segmental paru kiri

Efusi pleura kanan minimal. DD : penebalan pleura

- b) Echoardiografi: 6 Juni 2022

Kesan: LVEF = 65%

- c) Pemeriksaan Darah Lengkap: 5 Juni 2022

Tabel 3.1

Parameter		Nilai Rujukan
WBC	5.19	($10^3/uL$) (4.60 – 10.20)
RBC	4.25 -	($10^6/uL$) (4.70 – 6.10)
HGB	11.6 -	(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)

5. Terapi

- a) Omeprazole 1 ampul/12 jam/iv
- b) Codein 10 mg 3x1/hari/oral
- c) Ondansentron 1 ampul/12 jam/IV
- d) Zinc 1x1/hari/oral
- e) B Complex 3x2/hari/oral
- f) N-Ace 3x1/hari/oral
- g) Ceftazidime 10 mg 0-0-1/iv
- h) Curcuma 400 3x1/oral
- i) Novalgin 1 ampul/12 jam/iv
- j) Apidra 8 unit/0-0-1

D. Analisa Data

Nama/umur : Tn. A/ 66 tahun

Unit/kamar : ICU

Tabel 3.2

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
DS: 1. Keluarga pasien mengatakan pasien batuk berlendir bercampur bercak darah 2. Keluarga pasien mengatakan pasien batuk berlendir bercampur darah yang dialami sejak ± 1 bulan yang lalu 3. Keluarga pasien menagataka pasien memiliki riwayat TB paru namun pengobatan tidak tuntas 4. Keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun pada malam hari karena sering batuk 5. Keluarga pasien mengatakan pasien seorang perokok	Perubahan membran alveolus-membran	Gangguan pertukaran gas

<p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak keadaan umum pasien lemah 2. Tampak pasien batuk berlendir 3. Terdengar suara napas tambahan ronchi pada paru kanan 4. Hasil foto toraks kesan: KP dupleks lama aktif 5. Foto thoraks: susp. Ec, atelectasis segmental paru kiri 6. TTV: TD 110/80mmHg N 95 x/menit P 34x/menit S 36°C 		
<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat DM <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien lemas 2. Tampak pasien lesu 3. Tampak mulut kering 4. Mukosa bibir pucat <p>GDS : 304 mg/dl</p>	Hiperglikemi	Ketidakstabilan kadar glukosa darah
<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien sesak setelah beraktivitas <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Tampak pasien lemas dan lesu 3. Tampak pasien tidak melakukan aktivitas 4. Tampak pasien aktivitas dibantu sepenuhnya 5. Tampak pasien hanya berbaring di tempat tidur 6. Tampak pasien kurang bertenaga 	Kondisi Fisiologis	Keletihan
<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan selama 3 bulan terakhir yaitu dari 74 kg sekarang menjadi 51 kg <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien kurus 2. BB= 51 kg TB=175 cm (IMT=16,65) 3. Tampak membran mukosa pucat 	Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien	Defisit nutrisi

E. Diagnosis Keperawatan

Nama/umur : Tn. A/ 66 tahun

Unit/kamar : ICU

Tabel 3.3

No	Diagnosis
1.	Gangguan pertukaran gas b/d perubahan membran alveolus-kapiler (D.0001)
2.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d hiperglikemi (D.0027)
3.	Keletihan b/d kondisi fisiologis (D.0057)
4.	Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient (D.0019)

F. Rencana Keperawatan

Nama/umur : Tn. A/ 66 tahun

Unit/kamar : ICU Ruang Isolasi

Tabel 3.4

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	<p>Gangguan pertukaran gas b/d perubahan membran alveolus-kapiler (D.0001)</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien batuk berlendir bercampur bercak darah 2. Keluarga pasien mengatakan pasien batuk berlendir bercampur darah yang dialami sejak ± 1 bulan yang lalu 3. Keluarga pasien menagataka pasien memiliki riwayat TB paru namun pengobatan tidak tuntas 4. Keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun pada malam hari karena sering batuk 5. Keluarga pasien mengatakan pasien seorang perokok <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak keadaan umum pasien lemah 2. Tampak pasien batuk berlendir 3. Terdengar suara napas tambahan ronchi pada paru kanan 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Bunyi napas tambahan menurun 3. Napas cuping hidung menurun 	<p>Terapi Oksigen (I.01026)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. monitor aliran kecepatan oksigen b. monitor efektivitas terapi oksigen (mis. Oksimetri, analisa gas darah), jika perlu. c. monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelektasi 2. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. pertahankan kepatenan jalan napas b. berikan oksigen tambahan jika perlu <p>Manajemen Jalan Napas (1.01011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Observasi <ol style="list-style-type: none"> a) monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) b) Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, wheezing, ronchi)

	<p>4. Hasil foto toraks kesan: KP dupleks lama aktif</p> <p>5. Foto thoraks: susp. Ec, atelectasis segmental paru kiri</p> <p>6. TTV: TD 110/80mmHg N 95 x/menit P 34x/menit S 36°C</p>		<p>c) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</p> <p>4. Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Posisikan semi-fowler atau fowler Lakukan fisioterapi dada Berikan oksigen, jika perlu <p>5. Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi Ajarkan teknik batuk efektif <p>6. Kolaborasi Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p>
2.	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d hiperglikemi (D.0027)</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat DM <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak pasien lemas Tampak pasien lesu Tampak mulut kering GDS : 304 mg/dL 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Lelah/lesu cukup menurun Kadar glukosa dalam darah cukup membaik 	<p>Manajemen Hiperglikemi</p> <ol style="list-style-type: none"> Observasi <ol style="list-style-type: none"> Monitor kadar glukosa darah Monitor tanda dan gejala hiperglikemi Edukasi <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Menggunakan insulin) Kolaborasi Kolaborasi pemberian insulin

<p>3.</p>	<p>Keletihan b/d kondisi fisiologis (D.0057) DS: 1. Keluarga pasien mengatakan pasien sesak setelah beraktivitas DO: 1. Tampak pasien lemas dan lesu 2. Tampak pasien tidak melakukan aktivitas 3. Tampak pasien aktivitas dibantu sepenuhnya 4. Tampak pasien hanya berbaring di tempat tidur 5. Tampak pasien kurang bertenaga</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil (L.05047): 1. Keluhan lelah cukup menurun 2. Dispnea saat aktivitas cukup menurun 3. Dispnea setelah aktivitas cukup menurun 4. Perasaan lemah cukup menurun</p>	<p>Manajemen Energi (1.05178) 1. Observasi a. Monitor kelelahan fisik dan emosional b. Monitor pola dan jam tidur 2. Terapeutik a. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) 3. Edukasi a. Anjurkan tirah baring b. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p>
<p>4.</p>	<p>Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient (D.0019) DS : 1. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan selama 3 bulan terakhir yaitu dari 74 kg sekarang menjadi 51 kg 2. Keluarga pasien mengatakan pasien mual muntah sejak 4 hari yang lalu DO : 1. Tampak pasien kurus 2. BB= 51 kg TB=175 cm (IMT=16,65) 3. Tampak membran mukosa pucat</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : 1. Berat badan cukup membaik 2. Indeks Massa tubuh (IMT) cukup membaik</p>	<p>Manajemen nutrisi (1.03119) 1. Observasi a. Identifikasi status nutrisi b. Identifikasi alergi atau intoleransi makanan c. Identifikasi makanan yang disukai d. Monitor asupan makanan e. Monitor berat badan 2. Terapeutik a. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 3. Edukasi</p>

			<p>a. Ajarkan diet yang diprogramkan (diet karbohidrat 45%, lemak 39,4%, dan kebutuhan energi 30 kkal/kgBB)</p> <p>4. Kolaborasi kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p>
--	--	--	---

G. Implementasi Keperawatan

Nama/umur : Tn. A/ 66 tahun

Unit/kamar : ICU

Hari / Tanggal	Waktu	DP	Implementasi keperawatan	Perawat
Selasa, 7 Juni 2022	08.00	I, II, III	Mengkaji keadaan umum pasien Hasil: Tampak pasien lemah, kesadaran compos mentis, GCS 15 dan tampak pasien sesak	Laraswaty
	08.05	I	Memberikan obat ekspektoran: Codein 10mg 3x1 / oral Hasil: tampak frekuensi pernapasan 30 x/menit, dan terdengar suara napas ronchi	Laraswaty
		I	Memberikan obat mukolitik: N-Ace 3x1/ oral Hasil: tampak frekuensi pernapasan 30 x/menit, dan terdengar suara napas ronchi	
			Memberikan obat NSAID: Novalgin 1 amp/12 jam/iv Hasil: pasien mengatakan masih merasakan nyeri	
		III	Memberikan obat: - suplemen makanan: Curcuma 400 3x1 / oral - Mineral: Zinc 1x1/oral - Vitamin : B-Complex 3x2/oral Hasil: Nafsu makan pasien meningkat, dan tampak pasien selalu ingin makan melalui mulut	
08.30	I	Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas) Hasil: Frekuensi pernapasan 34x/l dan tampak pasien bernapas menggunakan otot bantu napas	Laraswaty	
08.40	I	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil:	Laraswaty	

		<p>1. Terdengar bunyi napas tambahan ronchi pada paru kanan</p> <p>2. Tampak pasien batuk berlendir bercampur darah</p>	
09.00	I	<p>Memberikan Oksigen</p> <p>Hasil: Tampak pasien diberikan NRM 15liter/menit dan tampak SPO2 85%</p>	Laraswaty
09.30	II	<p>Memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>Hasil: Tampak pasien sesak dan spo2 : 85%, dan tampak pasien tidak dapat melakukan banyak aktivitas</p>	Laraswaty
09.45	I, II, III	<p>Melakukan personal hygiene</p> <p>Hasil: Tampak pasien bersih dan rapih, pasien juga mengatakan merasa nyaman dan lebih segar</p>	Laraswaty
10.00	I, II, III	<p>Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil: TD : 120/80 mmHg N : 88 x/menit P : 30 x/menit S : 36,5 °C</p>	Laraswaty
10.30	I	<p>Memberikan fisioterapi dada</p> <p>Hasil: Tampak pasien batuk tetapi tidak dapat mengeluarkan dahak</p>	Laraswaty
10.55	I	<p>Memfasilitasi pemberian posisi semi-fowler</p> <p>Hasil: Tampak pasien nyaman dengan posisi yang diberikan karena sesak sedikit berkurang dan frekuensi pernapasan 30x/i</p>	Laraswaty
11.00	III	<p>Memberikan makanan kepada pasien</p> <p>Hasil: Diberikan jus 100cc</p>	Laraswaty
11.20	I	Mengobservasi sputum	Laraswaty

			Hasil: Pasien mengatakan masih batuk berdahak dengan sputum bercampur bercak darah	
12.00	II		Menganjurkan tirah baring Hasil: Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur	Laraswaty
12.30	III		Mengidentifikasi alergi atau intoleransi makanan Hasil: Tampak pasien terpasang NGT dan pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi makanan	Laraswaty
12.55	I, II, III		Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 120/70 mmHg N : 80 x/menit P : 30 x/menit S : 36,9 °C	Laraswaty
13.00	IV		Memonitor kadar glukosa darah Hasil: GDS : 300mg/dL	Laraswaty
13.05	IV		Memberikan injeksi insulin Apidra 8 unit Hasil: GDS setelah diberikan insulin menurun = 250 mg/dL	
13.15	III		Memberikan makanan Hasil: Bubur sonde 200 cc dan putih telur ½ butir	Laraswaty
13.30	I		Memberikan posisi semi-fowler Hasil: Tampak pasien berbaring dan nyaman dengan posisi semi fowler dan tampak SPO2 pasien membaik dari sebelumnya.	Laraswaty

Evaluasi Keperawatan

Nama/umur : Tn. A/ 66 tahun

Unit/kamar : ICU

Evaluasi shift pagi

Hari/ tanggal	DP	Evaluasi S O A P	Perawat
Selasa, 7 Juni 2022	I	<p>S: - Pasien mengatakan masih batuk berdahak dengan sputum bercampur bercak darah</p> <p>O: - Frekuensi pernapasan 34x/i dan tampak pasien bernapas menggunakan otot bantu napas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdengar bunyi napas tambahan ronchi pada paru kanan <p>A: masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p>	Laraswaty
	II	<p>S: -</p> <p>O: - Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> - GDS: 250 mg/dl <p>A: ketidakstabilan glukosa darah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	Laraswaty
	III	<p>S: - pasien mengatakan merasa lemah</p> <p>O: - tampak pasien terbaring lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi pernapasan 34 x/mnt <p>A: kelelahan belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p>	Laraswaty
	IV	<p>S: -</p> <p>O: - tampak pasien diberikan bubur sonde, jus, susu diabetasol, dan putih telur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak IMT pasien: 16,6 kg/cm² <p>A: Masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p>	Laraswaty

Implementasi Keperawatan

Nama/umur : Tn. A/ 66 tahun

Unit/kamar : ICU

Implementasi shift pagi

Hari/ Tanggal	Waktu	DP	Implementasi Keperawatan	Perawat
Selasa, 7 Juni 2022	14.00	I, II, III	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 120/70 mmHg N : 85 x/menit P : 30 x/menit S : 36,7 °C	Laraswaty
	16.00	III	Melakukan pemberian makanan kepada pasien Hasil: Susu diabetasol 3sdt, air 125 cc dan VCO 1 sdm	Laraswaty
	16.15	I	Memberikan obat ekspektoran: Codein 10mg 3x1 / oral Hasil: tampak frekuensi pernapasan 30 x/menit, dan terdengar suara napas ronchi	Laraswaty
		I	Memberikan obat mukolitik: N-Ace 3x1/ oral Hasil: tampak frekuensi pernapasan 30 x/menit, dan terdengar suara napas ronchi	
			Memberikan obat NSAID: Novalgin 1 amp/12 jam/iv Hasil: pasien mengatakan masih merasakan nyeri	
III	Memberikan obat: - suplemen makanan: Curcuma 400 3x1 / oral - Mineral: Zinc 1x1/oral - Vitamin : B-Complex 3x2/oral Hasil: Nafsu makan pasien meningkat, dan tampak pasien selalu ingin makan melalui mulut			

17.00	I, II, III	Mengkaji kondisi umum pasien Hasil: Tampak pasien lemah, kesadaran compos mentis	Laraswaty
17.40	I	Memberikan edukasi latihan batuk efektif Hasil: Tampak pasien belum dapat mengeluarkan dahak/sputumnya	Laraswaty
18.00	I, II, III	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 110/60 mmHg N : 74 x/menit P : 29 x/menit S : 36,2 °C	Laraswaty
18.30	I, II, III	Melakukan pemberian obat Ceftazidime 10mg/ 24 jam/iv Omeprazole 1amp / 12 jam / IV Ondansentron 1 amp / 12 jam / IV Hasil: Tampak pasien masih mual dan muntah sudah berkurang	Laraswaty
18.45	IV	Memberikan injeksi insulin apidra 8 unit Hasil: GDS pasien menurun menjadi 230 mg/dL	Laraswaty
19.00	III	Melakukan pemberian makanan Hasil: Bubur sonde 200 cc dan putih telur 1 butir	Laraswaty
20.00	I, II, III	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 110/70 mmHg N : 78 x/menit P : 28 x/menit S : 36,3 °C	Laraswaty

Evaluasi Keperawatan

Nama/umur : Tn. A/ 66 tahun

Unit/kamar : ICU

Evaluasi shift siang

Hari/ tanggal	DP	Evaluasi S O A P	Perawat
Selasa, 7 Juni 2022	I	<p>S: - Pasien mengatakan masih batuk berdahak dengan sputum bercampur bercak darah</p> <p>O: - Frekuensi pernapasan 28x/i dan tampak pasien bernapas menggunakan otot bantu napas</p> <p>- Terdengar bunyi napas tambahan ronchi pada paru kanan</p> <p>A: masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p>	Laraswaty
	II	<p>S: -</p> <p>O: - Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur</p> <p>- GDS: 230 mg/dl</p> <p>A: ketidakstabilan glukosa darah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	Laraswaty
	III	<p>S: - pasien mengatakan merasa lemah</p> <p>O: - tampak pasien terbaring lemah</p> <p>- Frekuensi pernapasan 28 x/mnt</p> <p>A: kelelahan belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p>	Laraswaty
	IV	<p>S: -</p> <p>O: - tampak pasien diberikan bubur sonde, jus, susu diabetasol, dan putih telur</p> <p>- Tampak IMT pasien: 16,6 kg/cm²</p> <p>A: Masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p>	Laraswaty

Implementasi Keperawatan

Nama/umur : Tn. A/ 66 tahun

Unit/kamar : ICU

Implementasi shift malam

Hari/ Tanggal	Waktu	DP	Implementasi Keperawatan	Perawat
Selasa 7 Juni 2022	21.00	I, II, III	Mengkaji keadaan umum pasien Hasil: Tampak pasien lemas, kesadaran compos mentis, GCS 15, terpasang NGT dan kateter	Laraswaty
	22.00	III	Memberikan makanan kepada pasien Hasil: Susu diabetasol 3sdt, air 125 cc dan VCO 1 sdm	Perawat
	22.30	I, II, III	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 110/70 mmHg N : 78 x/menit P : 28 x/menit S : 36,3 °C	Perawat
	00.00	I, II, III	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 120/70 mmHg N : 72 x/menit P : 29 x/menit S : 36,3 °C	Perawat
	05.30	I, II, III	Mengkaji keadaan umum pasien Hasil: Tampak pasien lemas, kesadaran compos mentis, GCS 15, terpasang NGT dan kateter	Perawat
	06.00	I, II, III	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 120/80 mmHg N : 80 x/menit P : 29 x/menit S : 36,3 °C	Perawat

Implementasi Keperawatan

Nama/umur : Tn. A/ 66 tahun

Unit/kamar : ICU

Perawatan hari kedua

Hari/ Tanggal	Waktu	DP	Implementasi Keperawatan	Perawat
Rabu, 8 Juni 2022	08.00	I, II, III, IV	Mengkaji keadaan umum pasien Hasil: Tampak pasien lemah, kesadaran compos mentis, GCS 15 dan tampak pasien sesak	Laraswaty
	08.05	I, II, III, IV	Memberikan obat <ul style="list-style-type: none"> - Pemberian ekspektoran, Codein 10mg 3x1 / oral - Pemberian mukolitik, N-Ace 3x1/ oral - Pemberian suplemen makanan, Curcuma 400 3x1 / oral - Pemberian mineral, Zinc 1x1/oral - Pemberian vitamin, B-Complex 3x2/oral Hasil: Nafsu makan pasien meningkat, dan tampak pasien selalu ingin makan melalui mulut	Laraswaty
	08.30	I	Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas) Hasil: Frekuensi pernapasan 30 x/menit dan tampak pasien bernapas menggunakan otot bantu napas	Laraswaty
	08.40	I	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: 1. Terdengar bunyi napas tambahan ronchi pada paru kanan	Laraswaty
	09.30	II	Memonitor kelelahan fisik dan emosional	Laraswaty

		Hasil: Tampak pasien sesak dan spo2 : 93%, dan tampak pasien tidak dapat melakukan banyak aktivitas	
09.45	IV	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemi Hasil: Tampak pasien lesu, dan GDS 330 mg/dL	Laraswaty
10.00	I, II, III, IV	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 120/80 mmHg N : 88 x/menit P : 30 x/menit S : 36,5 °C	Laraswaty
10.30	I	Memberikan fisioterapi dada Hasil: Tampak pasien batuk tetapi tidak dapat mengeluarkan dahak	Laraswaty
10.55	I	Memfasilitasi pemberian posisi semi-fowler Hasil: Tampak pasien nyaman dengan posisi yang diberikan karena sesak sedikit berkurang dan frekuensi pernapasan 30x/i	Laraswaty
11.00	III	Memberikan makanan kepada pasien Hasil: Diberikan jus 100cc	Laraswaty
12.00	III	Menganjurkan tirah baring Hasil: Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur	Laraswaty
12.55	I, II, III, IV	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 120/70 mmHg N : 80 x/menit P : 30 x/menit S : 36,9 °C	Laraswaty
13.00	IV	Memberikan injeksi insulin apidra 8 unit Hasil:	Laraswaty

			GDS pasien menurun menjadi 230 mg/dL	
	13.05	III	Memberikan makanan Hasil: Bubur sonde 200 cc dan putih telur ½ butir	Laraswaty
	13.30	I	Memberikan posisi semi-fowler Hasil: Tampak pasien berbaring dan nyaman dengan posisi semi fowler dan tampak SPO2 pasien membaik dari sebelumnya.	Laraswaty

Evaluasi Keperawatan

Nama/umur : Tn. A/ 66 tahun

Unit/kamar : ICU

Evaluasi shift pagi

Hari/ tanggal	DP	Evaluasi S O A P	Perawat
Rabu, 8 Juni 2022	I	S: - Pasien mengatakan masih batuk berdahak dengan sputum bercampur bercak darah O: - Frekuensi pernapasan 30x/i dan tampak pasien bernapas menggunakan otot bantu napas - Terdengar bunyi napas tambahan ronchi pada paru kanan A: masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P: lanjutkan intervensi	Laraswaty
	II	S: - O: - Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur - GDS: 230 mg/dl A: ketidakstabilan glukosa darah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	Laraswaty
	III	S: - pasien mengatakan merasa lemah O: - tampak pasien terbaring lemah - Frekuensi pernapasan 30 x/mnt A: kelelahan belum teratasi	Laraswaty

		P: lanjutkan intervensi	
	IV	S: - O: - tampak pasien diberikan bubur sonde, jus, susu diabetasol, dan putih telur - Tampak IMT pasien: 16,6 kg/cm ² A: Masalah defisit nutrisi belum teratasi P: lanjutkan intervensi	Laraswaty

Implementasi Keperawatan

Nama/umur : Tn. A/ 66 tahun

Unit/kamar : ICU

Implementasi shift siang

Hari/ Tanggal	Waktu	DP	Implementasi Keperawatan	Perawat
Rabu 8 Juni 2022	14.00	I, II, III, IV	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 120/70 mmHg N : 85 x/menit P : 30 x/menit S : 36,7 °C	Laraswaty
	16.00	III	Melakukan pemberian makanan kepada pasien Hasil: Susu diabetasol 3sdt, air 125 cc dan VCO 1 sdm	Laraswaty
	16.20	I	Memberikan obat ekspektoran: Codein 10mg 3x1 / oral Hasil: tampak frekuensi pernapasan 30 x/menit, dan terdengar suara napas ronchi	Laraswaty
		I	Memberikan obat mukolitik: N-Ace 3x1/ oral Hasil: tampak frekuensi pernapasan 30 x/menit, dan terdengar suara napas ronchi	
			Memberikan obat NSAID: Novalgin 1 amp/12 jam/iv Hasil: pasien mengatakan masih merasakan nyeri	
	III	Memberikan obat:		

			<ul style="list-style-type: none"> - suplemen makanan: Curcuma 400 3x1 / oral - Mineral: Zinc 1x1/oral - Vitamin : B-Complex 3x2/oral <p>Hasil: Nafsu makan pasien meningkat, dan tampak pasien selalu ingin makan melalui mulut</p>	
16.30	I, II, III, IV	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 110/70 mmHg N : 89 x/menit P : 29 x/menit S : 36,7 °C	Laraswaty	
17.00	I, II, III, IV	Mengkaji kondisi umum pasien Hasil: Tampak pasien lemah, kesadaran compos mentis	Laraswaty	
17.40	I	Memberikan edukasi latihan batuk efektif Hasil: Tampak pasien belum dapat mengeluarkan dahak/sputumnya	Laraswaty	
18.00	I, II, III, IV	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 110/60 mmHg N : 74 x/menit P : 29 x/menit S : 36,2 °C	Laraswaty	
18.30	I, II, III, IV	Melakukan pemberian obat Hasil: Ceftazidime 10mg/ 24 jam/iv Omeprazole 1amp / 12 jam / IV Ondansentron 1 amp / 12 jam / IV	Laraswaty	
18.45	IV	Memberikan injeksi insulin apidra 8 unit Hasil: GDS pasien menurun menjadi 230 mg/dL	Laraswaty	
19.00	III	Melakukan pemberian makanan	Laraswaty	

			Hasil: Bubur sonde 200 cc dan putih telur 1 butir	
	20.00	I, II, III, IV	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 110/70 mmHg N : 78 x/menit P : 28 x/menit S : 36,3 °C	Laraswaty

Evaluasi Keperawatan

Nama/umur : Tn. A/ 66 tahun

Unit/kamar : ICU

Evaluasi shift siang

Hari/tanggal	DP	Evaluasi S O A P	Perawat
Rabu, 8 Juni 2022	I	S: - Pasien mengatakan masih batuk berdahak dengan sputum bercampur bercak darah O: - Frekuensi pernapasan 28x/i dan tampak pasien bernapas menggunakan otot bantu napas - Terdengar bunyi napas tambahan ronchi pada paru kanan A: masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P: lanjutkan intervensi	Laraswaty
	II	S: - O: - Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur - GDS: 230 mg/dl A: ketidakstabilan glukosa darah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	Laraswaty
	III	S: - pasien mengatakan merasa lemah O: - tampak pasien terbaring lemah - Frekuensi pernapasan 28 x/mnt A: kelelahan belum teratasi P: lanjutkan intervensi	Laraswaty
	IV	S: -	Laraswaty

		<p>O: - tampak pasien diberikan bubur sonde, jus, susu diabetasol, dan putih telur</p> <p>- Tampak IMT pasien: 16,6 kg/cm²</p> <p>A: Masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p>	
--	--	---	--

Implementasi Keperawatan

Nama/umur : Tn. A/ 66 tahun

Unit/kamar : ICU

Implementasi shift malam

Hari/ Tanggal	Waktu	DP	Implementasi	Perawat
Rabu, 8 Juni 2022	21.00	I, II, III, IV	Mengkaji keadaan umum pasien Hasil: Tampak pasien lemas, kesadaran compos mentis, GCS 15, terpasang NGT dan kateter	Laraswaty
	22.00	III	Memberikan makanan kepada pasien Hasil: Susu diabetasol 3sdt, air 125 cc dan VCO 1 sdm	Perawat
	22.30	I, II, III, IV	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 110/70 mmHg N : 78 x/menit P : 28 x/menit S : 36,3 °C	Perawat
	00.00	I, II, III, IV	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 120/70 mmHg N : 72 x/menit P : 29 x/menit S : 36,3 °C	Perawat
	05.30	I, II, III, IV	Mengkaji keadaan umum pasien Hasil: Tampak pasien lemas, kesadaran compos mentis, GCS 15, terpasang NGT dan kateter	Perawat

	06.00	I, II, III, IV	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 120/80 mmHg N : 80 x/menit P : 29 x/menit S : 36,3 °C	Perawat
--	-------	----------------------	--	---------

Implementasi Keperawatan

Nama/umur : Tn. A/ 66 tahun

Unit/kamar : ICU

Perawatan hari ketiga

Hari/ Tanggal	Waktu	DP	Implementasi Keperawatan	Perawat
Kamis, 9 Juni 2022	08.00	I, II, III, IV	Mengkaji keadaan umum pasien Hasil: Tampak pasien lemah, kesadaran somnolen, GCS 12 dan tampak pasien sesak	Laraswaty
	08.05	I	Memberikan obat ekspektoran: Codein 10mg 3x1 / oral Hasil: tampak frekuensi pernapasan 30 x/menit, dan terdengar suara napas ronchi	Laraswaty
		I	Memberikan obat mukolitik: N-Ace 3x1/ oral Hasil: tampak frekuensi pernapasan 30 x/menit, dan terdengar suara napas ronchi	
			Memberikan obat NSAID: Novalgin 1 amp/12 jam/iv Hasil: pasien mengatakan masih merasakan nyeri	
III	Memberikan obat: - suplemen makanan: Curcuma 400 3x1 / oral - Mineral: Zinc 1x1/oral - Vitamin : B-Complex 3x2/oral Hasil:			

			Nafsu makan pasien meningkat, dan tampak pasien selalu ingin makan melalui mulut	
08.30	I		Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas) Hasil: Frekuensi pernapasan 34x/l dan tampak pasien bernapas menggunakan otot bantu napas	Laraswaty
08.40	I		Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: 1. Terdengar bunyi napas tambahan ronchi pada paru kanan 2. Tampak pasien batuk berlendir bercampur darah	Laraswaty
09.00	I		Memberikan Oksigen Hasil: Tampak pasien diberikan NRM 15liter/menit dan tampak SPO2 95%	Laraswaty
09.30	II		Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil: Tampak pasien sedikit sesak dan spo2 : 95%, dan tampak pasien tidak dapat melakukan banyak aktivitas	Laraswaty
09.45	I, II, III, IV		Melakukan personal hygiene Hasil: Tampak pasien bersih dan rapih, pasien juga mengatakan merasa nyaman dan lebih segar	Laraswaty
10.00	I, II, III, IV		Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 120/80 mmHg N : 88 x/menit P : 24 x/menit S : 36,5 °C	Laraswaty
10.30	I		Memberikan fisioterapi dada Hasil: Tampak pasien batuk tetapi tidak dapat mengeluarkan dahak	Laraswaty

	10.55	I	Memfasilitasi pemberian posisi semi-fowler Hasil: Tampak pasien nyaman dengan posisi yang diberikan karena sesak sedikit berkurang dan frekuensi pernapasan 30x/i	Laraswaty
	11.00	III	Memberikan makanan kepada pasien Hasil: Diberikan jus 100cc	Laraswaty
	11.20	I	Mengobservasi sputum Hasil: Pasien mengatakan masih batuk berdahak dengan sputum bercampur bercak darah	Laraswaty
	12.00	III	Menganjurkan tirah baring Hasil: Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur	Laraswaty
	12.55	I, II, III, IV	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 120/70 mmHg N : 80 x/menit P : 24 x/menit S : 36,9 °C	Laraswaty
	18.45	IV	Memberikan injeksi insulin apidra 8 unit Hasil: GDS pasien menurun menjadi 220 mg/dL	Laraswaty
	13.00	III	Memberikan makanan Hasil: Bubur sonde 200 cc dan putih telur ½ butir	Laraswaty
	13.30	I	Memberikan posisi semi-fowler Hasil: Tampak pasien berbaring dan nyaman dengan posisi semi fowler dan tampak SPO2 pasien membaik dari sebelumnya.	Laraswaty

Evaluasi Keperawatan

Nama/umur : Tn. A/ 66 tahun

Unit/kamar : ICU

Evaluasi shift pagi

Hari/ tanggal	DP	Evaluasi S O A P	Perawat
Kamis, 9 Juni 2022	I	<p>S: - Pasien mengatakan masih batuk berdahak dengan sputum bercampur bercak darah</p> <p>O: - Frekuensi pernapasan 24x/i dan tampak pasien bernapas menggunakan otot bantu napas</p> <p>- Terdengar bunyi napas tambahan ronchi pada paru kanan</p> <p>A: masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p>	Laraswaty
	II	<p>S: -</p> <p>O: - Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur</p> <p>- GDS: 220 mg/dl</p> <p>A: ketidakstabilan glukosa darah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	Laraswaty
	III	<p>S: - pasien mengatakan merasa lemah</p> <p>O: - tampak pasien terbaring lemah</p> <p>- Frekuensi pernapasan 24 x/mnt</p> <p>A: kelelahan belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p>	Laraswaty
	IV	<p>S: -</p> <p>O: - tampak pasien diberikan bubur sonde, jus, susu diabetasol, dan putih telur</p> <p>- Tampak IMT pasien: 16,6 kg/cm²</p> <p>A: Masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p>	Laraswaty

Implementasi Keperawatan

Nama/umur : Tn. A/ 66 tahun

Unit/kamar : ICU

Implementasi shift siang

Hari/ Tanggal	Waktu	DP	Implementasi	Perawat
Kamis, 9 Juni 2022	14.00	I, II, III, IV	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 120/70 mmHg N : 85 x/menit P : 23 x/menit S : 36,7 °C	Laraswaty
	16.00	III	Melakukan pemberian makanan kepada pasien Hasil: Susu diabetasol 3sdt, air 125 cc dan VCO 1 sdm	Laraswaty
	16.15	I	Memberikan obat ekspektoran: Codein 10mg 3x1 / oral Hasil: tampak frekuensi pernapasan 30 x/menit, dan terdengar suara napas ronchi	Laraswaty
		I	Memberikan obat mukolitik: N-Ace 3x1/ oral Hasil: tampak frekuensi pernapasan 23 x/menit, dan terdengar suara napas ronchi	
		Memberikan obat NSAID: Novalgin 1 amp/12 jam/iv Hasil: pasien mengatakan masih merasakan nyeri		
III	Memberikan obat: - suplemen makanan: Curcuma 400 3x1 / oral - Mineral: Zinc 1x1/oral - Vitamin : B-Complex 3x2/oral Hasil: Nafsu makan pasien meningkat, dan tampak pasien selalu ingin makan melalui mulut			

16.30	I, II, III, IV	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 110/70 mmHg N : 89 x/menit P : 22 x/menit S : 36,7 °C	Laraswaty
17.00	I, II, III, IV	Mengkaji kondisi umum pasien Hasil: Tampak pasien lemah, kesadaran compos mentis	Laraswaty
17.40	I	Memberikan edukasi latihan batuk efektif Hasil: Tampak pasien belum dapat mengeluarkan dahak/sputumnya	Laraswaty
18.00	I, II, III, IV	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 110/60 mmHg N : 74 x/menit P : 23 x/menit S : 36,2 °C	Laraswaty
18.30	I, II, III, IV	Melakukan pemberian obat Hasil: Ceftazidime 10mg/ 24 jam/iv Omeprazole 1amp / 12 jam / IV Ondansentron 1 amp / 12 jam / IV	Laraswaty
18.45	IV	Memberikan injeksi insulin apidra 8 unit Hasil: GDS pasien menurun menjadi 200 mg/dL	Laraswaty
19.00	III	Melakukan pemberian makanan Hasil: Bubur sonde 200 cc dan putih telur 1 butir	Laraswaty
20.00	I, II, III, IV	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 110/70 mmHg N : 78 x/menit P : 23 x/menit S : 36,3 °C	Laraswaty

Evaluasi Keperawatan

Nama/umur : Tn. A/ 66 tahun

Unit/kamar : ICU

Evaluasi shift siang

Hari/ tanggal	DP	Evaluasi S O A P	Perawat
Kamis, 9 Juni 2022	I	<p>S: - Pasien mengatakan masih batuk berdahak dengan sputum bercampur bercak darah</p> <p>O: - Frekuensi pernapasan 23 x/i dan tampak pasien bernapas menggunakan otot bantu napas</p> <p>- Terdengar bunyi napas tambahan ronchi pada paru kanan</p> <p>A: masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p>	Laraswaty
	II	<p>S: -</p> <p>O: - Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur</p> <p>- GDS: 200 mg/dl</p> <p>A: ketidakstabilan glukosa darah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	Laraswaty
	III	<p>S: - pasien mengatakan merasa lemah</p> <p>O: - tampak pasien terbaring lemah</p> <p>- Frekuensi pernapasan 23 x/mnt</p> <p>A: kelelahan belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p>	Laraswaty
	IV	<p>S: -</p> <p>O: - tampak pasien diberikan bubur sonde, jus, susu diabetasol, dan putih telur</p> <p>- Tampak IMT pasien: 16,6 kg/cm²</p> <p>A: Masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p>	Laraswaty

Implementasi Keperawatan

Nama/umur : Tn. A/ 66 tahun

Unit/kamar : ICU

Implementasi shift malam

Hari/ Tanggal	Waktu	DP	Implementasi	Perawat
	21.00	I, II, III, IV	Mengkaji keadaan umum pasien Hasil: Tampak pasien lemas, kesadaran compos mentis, GCS 15, terpasang NGT dan kateter	Laraswaty
	22.00	III	Memberikan makanan kepada pasien Hasil: Susu diabetasol 3sdt, air 125 cc dan VCO 1 sdm	Perawat
	22.30	I, II, III, IV	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 110/70 mmHg N : 78 x/menit P : 24 x/menit S : 36,3 °C	Perawat
	00.00	I, II, III, IV	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 120/70 mmHg N : 72 x/menit P : 29 x/menit S : 36,3 °C	Perawat
	05.30	I, II, III, IV	Mengkaji keadaan umum pasien Hasil: Tampak pasien lemas, kesadaran compos mentis, GCS 15, terpasang NGT dan kateter	Perawat
	06.00	I, II, III, IV	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 120/80 mmHg N : 80 x/menit P : 29 x/menit S : 36,3 °C	Perawat

DAFTAR OBAT

1. Nama obat: Omeprazole
2. Klasifikasi/ golongan obat: Obat tukak peptik/ proton Pump Inhibitor
3. Dosis umum: 10 mg atau dapat ditingkatkan 20-40 mg per hari tergantung kondisi pasien.
4. Dosis untuk pasien yang Bersangkutan: 1 ampul/12 jam
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 asam lambung.
8. Kontra indikasi:
 - a. Hipersensivitas terhadap omeprazole dan obat golongan penghambat pompa proton lain.
 - b. Peringatan 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 Opioid 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 di sistem 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: Ondansentron
2. Klasifikasi/ golongan obat: Antagonis Reseptor Serotonin (reseptor 5HT₃)
3. Dosis umum:
Dosis awal: 8 mg/iv selama \geq 15 menit. Dosis lanjutan: 8 mg yang diberikan 4 jam dan 8 jam setelah dosis awal
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 ampul/12 jam
5. Cara pemberian obat: Intravena
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat:
Pada beberapa kondisi tertentu, seperti saat kemoterapi, radioterapi, obat-obatan, atau operasi, kadar serotonin tubuh akan meningkat. Begitu pula dengan jumlah serotonin yang berikatan dengan reseptor 5HT₃. Hal ini dapat menyebabkan efek mual dan muntah. Ondansentron bekerja dengan cara memblokir efek serotonin (5HT₃). 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 efek samping obat-obatan, kemoterapi, radioterapi, atau operasi.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:
Alasan pasien diberikan obat ondansentron karena pasien mengeluh mual-mual.
8. Kontra indikasi:
 - a. Hipersensivitas terhadap obat ondansentron
 - b. Sindrom QT panjang bawaan
 - c. Penggunaan bersamaan dengan apomorphine
9. Efek samping:
Sakit kepala atau pusing, rasa seperti melayang, konstipasi, kelelahan dan tubuh terasa lemah, rasa menggigil, kantuk.

DAFTAR OBAT

1. Nama obat: zink
2. Klasifikasi/ golongan obat: Suplemen Mineral
3. Dosis umum: 10-20 mg, 1 kali sehari
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1x1/hari
5. Cara pemberian obat: Oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat:

Zinc sangat dibutuhkan dalam proses pertumbuhan dan pemeliharaan tubuh. Zat ini dapat ditemukan dalam reaksi biologis tubuh seperti pada fungsi imun, penyembuhan luka, pembekuan darah, fungsi tiroid dan masih banyak lagi. Fungsi zinc untuk mengaktifkan sel darah putih yang disebut limfosit sel T. sel ini memiliki peran sangat penting dalam meningkatkan sistem kekebalan tubuh
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:

Alasan pasien diberikan obat zinc sirup untuk sebagai vitamin tambahan dalam meningkatkan sistem imun tubuh.
8. Kontra indikasi:
 - a. Riwayat hipersensivitas
 - b. Peringatan adanya resiko defisiensi tembaga diperlukan pada penggunaan jangka panjang zinc dosis tinggi.
9. Efek samping:
 - a. Penurunan konsentrasi lipoprotein plasma dan absorpsi tembaga
 - b. Muntah
 - c. Sakit perut

DAFTAR OBAT

1. Nama obat: B. Complex
2. Klasifikasi/ golongan obat: Vitamin Suplemen/ Vitamin (Vit B1, B2, B3, B4, B5, B6 dan B12)
3. Dosis umum: 3x sehari 1 tablet
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 3x2/hari
5. Cara pemberian obat: Oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat:
Vitamin B complex berkerja dengan meningkatkan metabolisme sel dan sistem imun serta membantu mencegah defisiensi vitamin B. Fungsi vitamin B complex untuk mencegah dan mengobati kekurangan vitamin B complex.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:
Alasan pemberian Vitamin B complex untuk meningkatkan system imun pasien.
8. Kontra indikasi:
Hipersensivitas terhadap obat vitamin B Complex.
9. Efek samping:
 - a. Muntah
 - b. Diare ringan
 - c. Polisitemia Vera
 - d. Thrombosis vascular perifer

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 dengan lendir 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 seringkali dirasakan di daerah perut, dada, dan bisa treus menjalar hingga ke leher), 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: Ceftazidime
2. Klasifikasi/ golongan obat: Obat resep, antibiotik 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
 - d. Sakit perut,
 - e. Nyeri pada area suntikan.

DAFTAR OBAT

1. Nama obat: Curcuma
2. Klasifikasi/ golongan obat: Suplemen penambah nafsu makan
3. Dosis umum: 3x1 (1-2 tablet)
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 3x1/hari
5. Cara pemberian obat: Oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat:
Curcuma merupakan suplemen makanan yang berasal dari ekstrak temulawak (*Curcuma xanthorrhiza*) yang digunakan untuk membantu menambah atau meningkatkan nafsu makan, membantu menjaga daya tahan tubuh serta membantu memelihara fungsi hati.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:
Untuk menambah nafsu makan pasien.
8. Kontra indikasi:
Memiliki hipersensitif atau alergi terhadap kandungan suplemen ini.
9. Efek samping:
Mual ringan dan iritasi lambung atau nyeri ulu hati.

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:

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.
9. 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

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.

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 umur 66 tahun dengan Tuberkulosis Paru di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang berlangsung selama tiga hari perawatan yaitu dari tanggal 7-9 Juni 2022. 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 pelaksanaannya penulis memperoleh data dari keluarga pasien, pasien, perawat, catatan medis dan hasil pengamatan langsung pada pasien "Tn. A" usia 66 tahun. Pengkajian dilakukan pada tanggal 6 Juni 2022 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 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 :110/80 mmHg, N : 95 x/m, S : 36°C, P : 34 x/m, BB : 51 Kg, SpO2 : 80 %. Hasil pemeriksaan foto thorax didapatkan : kesan KP duplex lama aktif. Cor sulit dievaluasi, susp. Ec, atelectasis segmental paru kiri. Hasil pemeriksaan laboratorium : hasil RBC 4.25×10^6 uL, HGB 11.6 g/dL, HCT 33.1%, MCV 77.9 fL, LYMPH # 0.70×10^3 uL, 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 memiliki 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.

Mual muntah pada pasien. Hal ini terjadi karena bakteri *tuberkulosis* yang meluas selanjutnya menyebar hingga mencapai

aliran darah yang disebut dengan penyebaran limfohematogen. Pembuluh-pembuluh darah banyak terdapat pada peritoneum maka *tuberculosis* berkembang diperitoneum. Eksudat banyak terbentuk sehingga menutupi *tuberculosis* dan peritoneum yang mengakibatkan dinding perut menjadi tegang. Terjadinya distensi abdomen, menimbulkan anoreksia, mual, muntah, sehingga terjadi penurunan nafsu makan pada pasien TB paru (Rahmaniar, 2017).

2. **Diagnosis 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 penulis mengangkat 5 diagnosis keperawatan yaitu:

- a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler ditandai dengan, sputum berlebih, bunyi suara napas tambahan ronchi, dispnea, frekuensi napas berubah. Penulis mengangkat diagnosis ini sebagai prioritas karena didapatkan data-data dari pasien yaitu pasien mengeluh batuk berlendir bercampur darah yang dialami sejak \pm 1 bulan, pasien mengeluh lendir sulit dikeluarkan, terdengar suara napas tambahan ronchi pada seluruh lapang paru pasien, P: 34 x/menit. Hasil foto thorax kesan: kesan KP duplex lama aktif. Cor sulit dievaluasi, susp. Ec, atelectasis segmental paru kiri.
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi dengan berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal, nafsu makan menurun, cepat kenyang setelah makan, membran mukosa pucat. Penulis mengangkat diagnosis ini karena didapatkan pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan ada

penurunan BB dari 74 kg turun menjadi 51 kg dalam 3 bulan terakhir. Tampak membran mukosa pucat, tampak pasien kurus, IMT: 16,65 kg/m².

- c. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (penyakit kronis) ditandai dengan merasa kurang tenaga, mengeluh lelah, tampak tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin dan tampak lesu. Penulis mengangkat diagnosis ini karena keluarga pasien mengatakan pasien sesak setelah beraktivitas, tampak pasien lemas dan lesu, pasien tidak melakukan aktivitas, dan seluruh aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga, serta pasien tampak kurang bertenaga.
- d. 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, mukosa bibir pucat dan pemeriksaan GDS 304 mg/dl.

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 bersifat transudate di pleura. Hal ini menimbulkan adanya suara napas tambahan ronchi di lapang paru. Sehingga intervensi nyeri dada dapat diatasi pada intervensi manajemen jalan napas.

Pada teori juga didapatkan diagnosa hipertermi namun pada kasus Tn.A diagnosa tersebut tidak diangkat karena pada pasien tidak didapatkan adanya peningkatan suhu tubuh, kulit merah, kejang, takikardi, takipnea dan kulit terasa hangat sehingga data tidak mencapai 80% sesuai dengan pengambilan data SDKI maka dari itu penulis tidak mengangkat diagnosa ini.

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 manajemen 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°) pada pasien sesak dengan diagnosa tuberculosis paru.

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

Intervensi yang disusun oleh penulis adalah manajemen jalan napas yang meliputi tindakan observasi: 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 pengelolaan diabetes (mis. Menggunakan insulin). Tindakan kolaborasi: kolaborasi pemberian insulin.

- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien

Intervensi yang disusun oleh penulis adalah tindakan Observasi: Identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi atau intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, monitor asupan makanan, monitor berat badan. Tindakan terapeutik: berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein. Pemberian edukasi: ajarkan diet yang diprogramkan. Tindakan kolaborasi: kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

- d. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (penyakit kronis)

Intervensi yang disusun oleh penulis adalah tindakan observasi: monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur. Tindakan terapeutik: sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan). Pemberian edukasi: anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan Tn. A 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 07 Juni 2022 – 09 Juni 2022 pada pasien Tn.A merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak.

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Sampai pada perawatan hari ketiga masalah belum teratasi karena pasien masih batuk berdahak dengan sputum bercampur darah, frekuensi pernapasan 23x/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 220 mg/dl, dan tampak pasien masih lemas/lesu.

- c. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (penyakit kronis). Sampai pada perawatan hari ketiga masalah belum teratasi karena pasien masih tidak dapat melakukan banyak aktivitas dan hanya terbaring ditempat tidur, frekuensi napas 23 x/m, dan pasien masih merasa lemah.
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient. Sampai pada perawatan hari ketiga masalah belum teratasi karena pasien BB pasien belum membaik dan IMT masih dibawah rentang normal.

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 efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas.

3. Luaran yang diharapkan

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

4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN

Manajemen 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 semifowler adalah memposisikan pasien dengan posisi setengah duduk (30-45°C) 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.

6. Analisis PICOT

	Jurnal I	Jurnal II	Jurnal III
Judul	Pengaruh Pemberian Semi Fowler Terhadap Kestabilan Pola Napas Pada Pasien Tb Paru Di Irina C5 Rsup Prof Dr.R.D.Kondou Manado	Pengaruh Pemberian Posisi Semi Fowler Terhadap Respiratory Rate Pasien Tuberkulosis Paru Di Ruang Flamboyan Rsud Soewondo Kendal	Studi Literatur: Pemberian Posisi Semi Fowler Pada Pasien Tb Paru Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola Nafas
P (<i>Problem/population</i>) Masalah penelitian	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 kuantitatif dengan jenis penelitian pra-eksperimental dengan desain suatau kelompok pre-post test (<i>one group pre-post test design</i>). Teknik pengambilan sampel yaitu, <i>non-random sampling</i> dengan metode total sampling yang didapat sebesar 40 responden. Kriteria inklusi penelitian yaitu pasien di Irina C5,	Tuberkulosis paru merupakan suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh mycobacterium tuberculosis, yang ditandai dengan batuk bercampur darah, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, dan sesak napas. Penelitian kuantitatif jenis quasi eksperimental dengan pendekatan One Group Pretest-Post test. Tehnik sampling dengan accidental, sampel sejumlah 22 responden.	Gangguan pernafasan pada TB paru disebabkan adanya reaksi inflamasi yang merusak membrane alveolar-kapilar yang menyebabkan terganggunya ekspansi paru akibat akumulasi cairan sehingga akan menimbulkan ketidakefektifan pola nafas. Tanda dan gejala yang dialami antara lain peningkatan <i>Respiration Rate</i> , penggunaan otot bantu nafas, pernapasan cuping hidung, nyeri dada, sesak, dan badan terasa letih. Jika tidak segera ditangani dapat menyebabkan komplikasi yang berbahaya sampai terjadi kematian (Kemenkes, 2015). Beberapa komplikasi yang dapat timbul antara lain efusi pleura, gagal napas, ARDS, pneumotoraks, dan lainlain. Menurut WHO penyakit

	mengisi lembar persetujuan menjadi responden, kesadaran compos mentis, pasien tuberculosis paru BTA (+) yang mengalami sesak napas.		tuberculosis masih menjadi perhatian global sampai saat ini. Setiap tahun diperkirakan ada 9 juta kasus baru TB di seluruh dunia dan 2 juta diantaranya meninggal. Pada tahun 2017, kematian yang disebabkan karena TB ada sekitar 1,3 juta kematian (WHO, 2018). Di tahun 2018 Indonesia menduduki urutan ketiga dengan kasus TB paru sebanyak 842.000. Sesuai Rencana Aksi Nasional Penanggulangan TB wilayah Indonesia menetapkan target prevalensi TBC pada tahun 2019 menjadi 245 per 100.000 penduduk (Kemenkes RI, 2017).
I (Intervention)	Penelitian ini menggunakan jenis penelitian praeksperimental, desainn suatu kelompok pre-post test, dengan teknik total sampling. Instrumen dalam penelitian ini berupa SOP (standard operating procedure), lembar observasi untuk menilai karakteristik responden, pola napas dan posisi tidur dan sesudah dilakukan intervensi posisi semi fowler. Tujuan dilakukan untuk mengetahui pemberian posisi	penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif yang merupakan quasi eksperimental, dengan menggunakan pendekatan <i>One Group Pretest-Post test</i> . Penelitian ini dilakukan dengan melakukan tindakan pemberian posisi semi fowler dengan tujuan untuk mengetahui pengaruh pemberian posisi semi fowler terhadap <i>respiratory rate</i> pada pasien tuberculosis paru di RSUD H. Soewondo Kendal.	Metode yang di gunakan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah studi literatur yaitu penelitian yang di lakukan hanya berdasarkan atas karya tertulis, termasuk hasil penelitian baik yang telah maupun yang belum di publikasikan (Embun, 2012). Dalam penelitian ini penulis melakukan penelusuran jurnal yang dimulai dari bulan Mei 2020, selanjutnya dilakukan <i>literature review</i> dengan penelusuran artikel jurnal yang dipublikasikan dari tahun

	semi fowler dengan derajat kemiringan 45.		2010-2020 dengan menggunakan database dari Google Scholar. Kata kunci yang digunakan adalah TB Paru, Ketidakefektifan Pola Nafas, Posisi Semi Fowler. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah metode dokumentasi yang dilakukan dengan mencari atau menggali data dari <i>literature</i> terkait apa yang dimaksudkan dalam rumusan masalah (Arikunto, 2013). Data-data yang didapatkan dari berbagai literature dijadikan sebagai satu kesatuan dokumen yang akan digunakan untuk menjawab permasalahan yang telah dirumuskan <i>Comparasion</i> . Penelitian ini tidak menggunakan Penelitian kuantitatif jenis quasi eksperimental dengan pendekatan One Group Pretest-Post test dengan menggunakan uji statistik Wilcoxon Signed Ranks Test.
C (<i>comparision</i>)	Penelitian ini tidak menggunakan tindakan pembandingan karena peneliti hanya menggunakan desain praeksperimen dengan rancangan penelitian pre-post test (one group pre-post test design)	Penelitian ini tidak menggunakan Penelitian kuantitatif jenis quasi eksperimental dengan pendekatan One Group Pretest-Post test dengan menggunakan uji statistik Wilcoxon Signed Ranks Test.	Hasil dari pemberian posisi semi fowler menunjukkan hampir seluruh penderita mengalami penurunan sesak nafas yaitu sebanyak 15 orang (93,75% dari 16 pasien dan yang tidak mengalami

	dengan teknik total sampling menggunakan uji Wicolson Signed Ranks Test.		penurunan sesak nafas hanya 1 orang (6,25%). Posisi semi fowler merupakan suatu posisi berbaring dengan menaikkan bagian kepala dan badan dengan kemiringan 30-45 derajat. Sedangkan pasien yang diberikan intervensi posisi orthopnea mengalami penurunan sesak nafas sebanyak 14 responden (87,5%) dan sebagian kecil pasien tidak mengalami penurunan sesak nafas yaitu 2 responden (12,5%). Posisi orthopnea merupakan adaptasi dari posisi <i>semi fowler</i> tinggi, klien dengan posisi 90 derajat duduk di tempat tidur/di tepi tempat tidur dengan meja yang menyilang di atas tempat tidur
○ (Outcome)	Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa pemberian tindakan posisi semi fowler pada pasien tuberculosis paru sebelum dan sesudah, terdapat perubahan pada pasien yaitu, dengan berkurangnya rasa sesak dan frekuensi pernapasan normal yang dapat dibuktikan berdasarkan hasil analisis	Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa pemberian tindakan posisi semi fowler pada pasien tuberculosis paru sebelum dan sesudah, terdapat perubahan pada pasien yaitu, terjadi perubahan respiratory rate pada pasien serta dapat mengurangi rasa sesak, yang dapat dibuktikan berdasarkan hasil analisis diperoleh data dari 22	Berdasarkan hasil studi literature yang sudah di analisis dari beberapa jurnal dapat disimpulkan bahwa Menurunkan sesak nafas tidak hanya dengan pemberian obat-obatan saja, ada intervensi non farmakoterapi seperti posisi <i>semi fowler</i> dan posisi <i>orthopnea</i> yang dapat dilakukan pada pasien TB paru sebagai cara membantu

	<p>statistik Wilcoxon Signed Ranks Test dengan tingkat kemaknaan 95% (α 0,05), dengan demikian dapat disimpulkan bahwa adanya pengaruh pemberian posisi semi fowler terhadap kestabilan pola napas sebelum dan sesudah diberikan posisi semi fowler dengan nilai $p = 0,000$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Hasil analisis pengukuran terdapat pengaruh pemberian posisi semi fowler terhadap kestabilan pola napas pada pasien tuberculosis paru dengan nilai p value = 0,000.</p>	<p>responden penelitian, terdapat 12 responden dengan hasil respiratory rate posttest lebih kecil dari pretest, 7 responden tetap, 3 responden mempunyai respiratory rate yang lebih tinggi dari pretest. Hasil menggunakan uji Wilcoxon Signed Rank Test diperoleh nilai p-value sebesar $0,020 < \alpha 0,05$, sehingga H_0 ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh pemberian posisi semi fowler terhadap respiratory rate pada pasien tuberculosis paru di ruang Flamboyan RSUD Dr. H. Soewondo Kendal.</p>	<p>mengurangi sesak napas. Pemberian posisi <i>semi fowler</i> dengan derajat kemiringan 30-45° dapat membantu menurunkan sesak nafas pada pasien TB paru, namun pemberian posisi <i>orthopnea</i> lebih dianjurkan untuk pengaturan posisi tidur pada pasien TB paru karena lebih efektif dapat menurunkan frekuensi pernafasan /<i>respiratory rate</i>. Penurunan frekuensi pernafasan tersebut didukung dengan sikap pasien yang kooperatif, patuh saat diberikan tindakan sehingga sesak berkurang, frekuensi pernafasan menjadi normal dan pasien dapat bernafas dengan lega</p>
T (Time)	<p>Penelitian ini dilakukan pada tanggal 8 Desember 2018 – 6 januari 2019 di Irina C5 Rsup Prof Dr. R. D. Kandou Manado .</p> <p>Penulis : Santoso, K. B., Andarmoyo, S., & Sari, R. M.</p> <p>https://doi.org/10.24269/Hsj.V4i2.512</p>	<p>Penelitian ini dilakukan pada Juli-Agustus 2018</p> <p>Penulis : Dwi Nur Aini , Arifianto Sapitri.</p> <p>https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2020.02.034</p>	<p>Dalam penelitian ini penulis melakukan penelusuran jurnal yang dimulai dari bulan Mei 2020, selanjutnya dilakukan <i>literature review</i> dengan penelusuran artikel jurnal yang dipublikasikan dari tahun 2010-2020 dengan menggunakan database dari Google Scholar.</p>

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 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 04 Juni 2022 dengan keluhan utama sesak napas disertai nyeri, mual muntah sejak 4 hari yang lalu. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 06 Juni 2022 diperoleh data: pengkajian pasien mengeluh 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: 110/80 mmHg, N: 95 x/menit, P: 34 x/menit, S: 36°C, 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 ronchi paru kanan. Dari hasil pemeriksaan radiologi pada tanggal 4 Juni 2022 didapatkan hasil pemeriksaan foto thorax dengan kesan KP Dupleks lama aktif dan hasil pemeriksaan laboratorium darah dengan hasil RBC 4.25×10^6 uL, HGB 11.6 g/dL, HCT 33.1%, MCV 77.9 fL, LYMPH # 0.70×10^3 uL. Hasil pemeriksaan echocardiografi: LVEF: 65%. Hasil pemeriksaan GDS 364mg/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. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis ditandai dengan mengabsorbsi nutrient

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. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis intervensi yang diangkat sesuai dengan keadaan pasien yaitu manajemen energi
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient intervensi diangkat sesuai dengan keadaan pasien yaitu manajemen nutrisi.

4. Implementasi Keperawatan

Semua rencana keperawatan diimplementasikan dengan baik pada Tn. A 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 dengan hipersekresi jalan napas belum teratasi
- b. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemi belum teratasi
- c. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis belum teratasi
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient belum teratasi

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 elevasi kepala 30⁰ 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. Haryoto Lumajang 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 Penanganannya*. *E-Jurnal Widya Kesehatan*. Vol. 4, No.1
- Infodatin. (2018). *Tuberkulosis: Pusat Data dan Informasi Kementerian 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.
- Kemendes RI. (2018). *Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <https://doi.org/10.24645/2018.12> 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 Tuberculosis Report 2018 World Health Organization*. <http://www.who.int/Iris/Handle/10665/274453>. In Global Tuberculosis
- WHO. (2019). *TB-HIV factsheet*. https://www.who.int/tb/areas-of-work/tb-hiv/tbhiv_factsheet.pdf?ua
- WHO. (2020). *Global Tuberculosis Report*.

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING

Nama Mahasiswa : Laraswaty R. Djailani (NS2114901079)

Nama Pembimbing : Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep

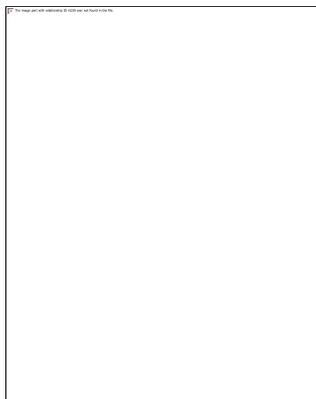
Rosmina Situngkir, SKM., Ns., M.Kes

Judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Tuberculosis Paru* di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar"

Hari/Tanggal	Materi Konsul	Paraf	
		Pembimbing	Penulis I
Rabu, 13/07/2022	Konsultasi Pengkajian a. Melengkapi dan memperbaiki data pengkajian b. Memperhatikan diagnose yang diangkat c. Memperhatikan penulisan tindakan keperawatan yang dilakukan		
Kamis, 14/07/2022	Konsultasi revisi Pengkajian a. Perhatikan data-data pada pengkajian b. Perhatikan penulisan analisa data disesuaikan dengan SDKI c. Tambahkan data subjektif dan objektif pada kolom diagnose keperawatan pada tabel intervensi keperawatan.		
Jumat, 15/07/2022	Konsultasi BAB III a. Memperbaiki intervensi dan implementasi keperawatan		
Senin, 18/07/2022	Konsultasi revisi BAB I dan Konsultasi BAB II a. Perhatikan dan lengkapi latar belakang BAB I b. Memperbaiki intervensi dan implementasi keperawatan c. Perbaiki <i>pathway</i>		
Rabu,	Konsultasi revisi BAB I dan		

20/07/2022	BAB II a. Memperhatikan dan memperbaiki kata-kata pada implementasi b. Perhatikan typo penulisan c. Perbaiki <i>pathway</i>		
Rabu, 20/07/2022	Konsultasi revisi BAB III, IV, V a. Mempeerbaiki cara pemberian obat pada implementasi b. Perhatikan penulisan c. Lebih memperdalam analisa pada BAB IV d. Jelaskan hambatan apa yang didapatkan saat meiakukan impiementasi keperawaan		
Jumat, 22/07/2022	Konsultas revisi BAB I dan BAB II a. Perhatikan penomoran pada BAB II		
Selasa, 26/07/2022	Konsultasi hasil revisi BAB IV dan BAB V a. Perbaiki etiologi b. Memperdalam penjelasan EBN menyangkut diagnose yang ditangani c. Memperbaiki penulisan pada pembahasan keluhan, tanda dan gejala serta penyebab d. Tambahkan kendala dari implementasi keperawatan e. Memperbaiki penulisan diagnose f. Memperbaiki penulisan format PICOT		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



I. Identitas Pribadi

Nama : Laraswaty R. Djailani
Tempat Tanggal Lahir : Bontang, 22 Oktober 1998
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pekerjaan : Mahasiswi
Alamat : Jln. Tidung 10

II. Identitas Orang Tua

Ayah/ Ibu : Rahman Djailani/ Helda Pongantung
Agama : Islam
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Gorontalo

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 01 Tiamuta : Tahun 2005 - 2010
SDN 13 Tilamuta : Tahun 2010 - 2011
SMPN 1 Tilamuta : Tahun 2011 – 2014
SMAN 1 Gorontalo : Tahun 2014 – 2017
STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2017 – 2022