

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN DIAGNOSA MEDIS
TUBERCULOSIS PARU + DIABETES MELITUS TYPE 2
DI RUANG H1 RSPAL Dr. RAMELAN
SURABAYA**



Oleh :

DWI WASITO ADI

NIM. 182.1009

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
TAHUN AJARAN 2021/2022**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN DIAGNOSA MEDIS
TUBERCULOSIS PARU + DIABETES MELITUS TYPE 2
DI RUANG H1 RSPAL Dr. RAMELAN
SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Di Ajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**



Oleh :

DWI WASITO ADI

NIM. 182.1009

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
TAHUN AJARAN 2021/2022**

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa Karya Tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 18 Juni 2021



DWI WASITO ADI

NIM.182.1009

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : DwiWasito Adi
NIM : 182.1009
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul : **Asuhankeperawatanpadatn. Ddengan Diagnosis
Medis Tuberculosis Paru + Diabetes Melitus
Type 2 Diruangan H1 RSPAL Dr. Ramelan
Surabaya.**

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa Karya Tulis Ilmiah ini diajukan dalam siding guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

AHLI MADYA KEPERWATAN (AMd.Kep)

Pembimbing



Ceria Nurhayati, S.Kep., Ns., M.Kep

NIP. 03.049

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 18 Juni 2021

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : DwiWasito Adi
NIM : 182.1009
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul : **Asuhan Keperawatan pada Tn. D dengan diagnosis medis Tuberculosis Paru + Diabetes Melitus Type 2 diruangan H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.**

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang KaryaTulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya, pada :

Hari, Tanggal : Jumat, 18 Juni 2021

Bertempat di :Stikes Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan**LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar**AHLI MADYA KEPERAWATAN** pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

**Penguji I : Dwi Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03.023**



**Penguji II : Nisha Damayanti Rinarto, S.Kep., Ns., M.Si,
NIP. 03.045**



**Penguji III : Ceria Nurhayati, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03.049**



Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D-III Keperawatan



Dva Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kep

NIP. 03.007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 18 Juni 2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran Karya Tulis Ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan kali ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Radito Soesanto, Sp. THT-KL, Sp. KL, selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang telah member ijin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah dan selama kami berada di Stikes Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana Pertama (Purn) Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M. Kes, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada saya untuk menyelesaikan pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes, selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Dwi Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku penguji I yang selalu bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan arahan serta perhatian dalam

memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

5. Ibu Nisha Damayanti Rinarto, S.Kep., Ns., M.Si, selaku penguji II yang selalu bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan arahan serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
6. Ibu Ceria Nurhayati, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku pembimbing yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dan penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh dengan nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan studi kasus ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 18 Juni 2021

Penulis

DAFTAR ISI

COVER LUAR

COVER DALAM	i
HALAMAN PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Masalah.....	5
1.4 Manfaat	6
1.5 Metode Penulisan	6
1.6 Sistematika Penulisan	8

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anatomi Fisiologi Paru-Paru.....	10
2.1.1 Anatomi Paru-Paru.....	10
2.1.2 Fisiologi Paru-Paru	13
2.2 Konsep Dasar Penyakit TB Paru.....	15
2.2.1 Pengertian Tuberculosis Paru-Paru	15
2.2.2 Etiologi Tuberculosis Paru-Paru	16
2.2.3 Manifestasi Klinis	16
2.2.4 Cara Penularan Tuberculosis Paru-Paru	18
2.2.5 Patofisiologi	19
2.2.6 Penatalaksanaan Medis	19

2.2.7	Komplikasi	22
2.2.8	Pemeriksaan Penunjang	23
2.3	Konsep Dasar Diabetes Melitus Type 2	28
2.3.1	Pengertian Diabetes Melitus Type 2	28
2.3.2	Etiollogi Diabetes Melitus Type 2	28
2.3.3	Faktor Resiko	29
2.3.4	Patofisiologi	30
2.3.5	Manifestasi Klinis	30
2.4.6	Komplikasi	32
2.3.7	Pemeriksaan Penunjang	34
2.3.8	Penatalaksanaan	36
2.4	Konsep Asuhan Keperawatan	47
2.4.1	Pengkajian	47
2.4.2	Diagnosa Keperawatan.....	49
2.4.3	Perencanaan.....	50
2.4.4	Pelaksanaan	57
2.4.5	Evaluasi.....	57
2.5	Web Of Caution TB Paru.....	59
BAB 3 TINJAUAN KASUS		
3.1	Pengkajian	61
3.1.1	Identitas	61
3.1.2	Keluhan Utama.....	61
3.1.3	Riwayat Penyakit Sekarang.....	61
3.1.4	Riwayat Penyakit Dahulu.....	63
3.1.5	Riwayat Kesehatan Keluarga	63
3.1.6	Genogram	63
3.1.7	Riwayat Alergi	64
3.1.8	KeadaanUmum.....	64
3.1.9	Tanda-Tanda Vital	64
3.1.10	Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Palpasi)	64
3.1.11	Pengkajian Pola Fungsi Kesehatan	68

3.1.12 Data Penunjang	73
3.1.13 Terapi Medis	74
3.2 Analisa Data	75
3.3 Prioritas Masalah.....	78
3.4 Perencanaan.....	79
3.5 Implementasi dan Evaluasi	84
BAB 4 PEMBAHASAN	
4.1 Pengkajian.....	127
4.2 Diagnosa.....	132
4.3 Perencanaan.....	135
4.4 Pelaksanaan	140
4.5 Evaluasi.....	143
BAB 5 KESIMPULAN	
5.1 Kesimpulan	146
5.2 Saran	148
DAFTAR PUSTAKA	150
LAMPIRAN	152

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Gambar Anatomi Paru-Paru	11
Gambar 2.2 Gambar Bagian Paru-Paru.....	13
Gambar 2.3 Gambar Tuberculosis Paru-Paru	15
Gambar 2.4 Gambar Cara Penularan Tuberculosis Paru-Paru.....	19
Gambar 2.5 Gambar Tuberculin Skin Test	24
Gambar 2.6 Gambar Foto Rontgsen Dada	24

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Tabel Data Penunjang	73
Tabel 3.2 Tabel Terapi Medis	74
Tabel 3.3 Tabel Analisa Data	75
Tabel 3.4 Tabel Prioritas Masalah	78
Tabel 3.5 Tabel Perencanaan	79
Tabel 3.6 Tabel Implementasi dan Intervensi	84

DAFTAR SINGKATAN

BB	: Berat badan
BAK	: Buang air kecil
BAB	: Buang air besar
BTA	: Bakteri tahan asam
BCG	: Bacillus Calmette-Guerin
CDR	: Case Detection Rate
DS	: Data Subjektif
DO	: Data Objektif
KHMK	: Koma Hiperosmoler Non Ketotik
MRS	: Masuk Rumah Sakit
N	: Nadi
OAT	: Obat anti Tuberculosis
PJK	: Penyakit Jantung Koroner
RR	: Respirasi Rate
S	: Suhu
SMRS	: Sebelum Masuk Rumah Sakit
TTV	: Tanda-tanda vital
TD	: Tekanan darah
TB	: Tuberculosis
TST	: Tuberculin skin test
WOC	: Web Of Caution

DAFTAR LAMPIRAN

SOP Pemberian Obat SC	152
SOP Nebulasi	154
SOP Oksigenasi	156
SOP Batuk Efektif	158
SOP Mantoux	160

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit infeksi kronis yang disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium tuberculosis* dan dapat disembuhkan. Tuberkulosis dapat menyebar dari satu orang ke orang lain melalui transmisi udara (droplet dahak pasien tuberkulosis). Pasien yang terinfeksi Tuberkulosis akan memproduksi droplet yang mengandung sejumlah basil kuman TB ketika mereka batuk, bersin, atau berbicara. Orang yang menghirup basil kuman TB tersebut dapat menjadi terinfeksi Tuberkulosis. Tuberkulosis menjadi salah satu penyakit yang pengendaliannya menjadi komitmen global dalam MDG's (KEMENKES, 2015).

Penderita TB Paru perlu penanganan dan perawatan dari tenaga kesehatan karena berbagai masalah keperawatan dapat muncul seperti Bersihan Jala Nafas Tidak Efektif, Nyeri Akut, Hipertermia, Defisit Nutrisi, Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah, dan Resiko Syok. TB Paru disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* masuk dalam saluran pernafasan. TB Paru ditandai dengan gejala : batuk berturut-turut selama 1 minggu, demam, penurunan berat badan, batuk berdahak, sesak nafas, dan nyeri dada. Pada penderita TB Paru apabila penanganannya kurang baik, maka akan terjadi komplikasi seperti Hemoptipis (perdarahan dari saluran nafas bawah), kolaps dari lobus akibat retraksi bronchial, Bronkietas (pelebaran bronkus setempat), pneumothorax, penyebaran infeksi ke orang lain. Masyarakat yang didiagnosa TB Paru akan

muncul masalah keperawatan salah satunya yaitu Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif yang disebabkan oleh penumpukan sekret, spasme pada jalan nafas. Masalah keperawatan lain penderita TB Paru seperti Nyeri Akut berhubungan dengan *Agen Pencedera Fisik*, Hipertermia berhubungan dengan *Proses Penyakit (Infeksi)*, Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan *Disfungsi Pankreas*.

Penyakit Tuberkulosis masih menjadi masalah kesehatan utama di dunia. Hal tersebut menyebabkan gangguan kesehatan jutaan orang pertahun penyebab utama kematian penyakit menular di dunia. Pada tahun 2014, diperkirakan 9,6 juta kasus TB baru yaitu 5,4 juta adalah laki-laki, 3,2 juta di kalangan perempuan dan 1,0 juta anak-anak. Penyebab kematian akibat TB Paru pada tahun 2014 sangat tinggi yaitu 1,5 juta kematian, dimana sekitar 890.000 adalah laki-laki, 480.000 adalah perempuan dan 140.000 anak-anak ((WHO), 2015). Indikator yang digunakan dalam penanggulangan TB salah satunya *Case Detection Rate (CDR)*: yaitu jumlah proporsi pasien baru BTA positif yang ditemukan dan pengobatan terhadap jumlah pasien baru BTA positif, yang diperkirakan dalam wilayah tersebut (KEMENKES, 2015).

Pencapaian CDR (*Case Detection Rate* Angka Penemuan Kasus) TB di Indonesia tiga tahun terakhir mengalami penurunan yaitu tahun 2012 sebesar 61%, tahun 2013 sebesar 60%, dan tahun 2014 menjadi 46% (KEMENKES, 2015). Laporan TB dunia oleh *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2015, masih menempatkan Indonesia sebagai penyumbang TB terbesar nomor tiga di dunia setelah India dan Cina, diperkirakan ada 1 juta kasus TB baru pertahun (399 per 100.000 penduduk) dengan 100.000 kematian pertahun (41 per 100.000). Penderita TBC di Indonesia pada tahun 2016 mencapai 156.723 orang, Provinsi dengan peringkat 5 tertinggi yaitu Jawa Barat sebanyak 23.774 orang, Jawa Timur sebanyak 21.606 orang, Jawa

Tengah sebanyak 14.139 orang, Sumatera Utara sebanyak 11.771 orang, DKI Jakarta sebanyak 9.516 orang (Profil Kesehatan Indonesia, 2016). Berdasarkan data Dinas Kesehatan di Kabupaten Kampar pada tahun 2018 terdapat 1.079 kasus dengan rincian perempuan 383 kasus dan laki-laki sebanyak 696 kasus (Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar, 2018). Penyakit TB Paru merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit jantung dan saluran pernapasan pada semua kelompok usia serta nomor satu untuk golongan penyakit infeksi. Korban meninggal akibat TB Paru di Indonesia diperkirakan sebanyak 61.000 kematian setiap tahunnya (Depkes, 2011). Sedangkan data yang diperoleh di ruah H-1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya jumlah pasien dengan TB Paru dari 1 Januari sampai 30 Desember 2020 sebanyak 4555 orang dan mengalami peningkatan setiap bulannya. Berdasarkan data rekam medis RSPAL Dr. Ramelan Surabaya diruang H-1 TB Paru menduduki peringkat pertama jenis penyakit terbanyak diruang H-1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya selain penyakit Ca Paru, Efusi Pleura, PPOK, Pneumonia, Asma, Bronkitis, dan Asma Bronkial.

Penyakit TB Paru bila tidak ditangani dengan benar akan menimbulkan komplikasi. Komplikasi ini antara lain pleuritis, efusi pleura empiema, laringitis dan TB Usus. Selain itu juga dapat menimbulkan komplikasi yang lebih lanjut seperti obstruksi jalan napas dan penumpukan protein amiloid pada jantung, ginjal, hati, atau organ lainnya (*Amiloidosis*).

Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif merupakan penumpukan sekret, spasme pada jalan napas ditandai dengan Batuk tidak efektif, RR meningkat, terdapat sputum, terdapat suara napas tambahan, tekanan nadi meningkat. Upaya yang dapat dilakukan pada pasien dengan TB Paru yaitu melakukan tindakan berupa monitoring pola napas, bunyi napas, dan sputum.

Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah merupakan variasi kadar glukosa darah yang mengalami kenaikan atau penurunan dari rentang normal yaitu mengalami *hiperglikemia* atau *hipoglikemia* ditandai dengan Gula Darah Acak yang di atas normal atau *Hiperglikemia*. Upaya yang dapat dilakukan pada pasien dengan Diabetes Melitus Type 2 yaitu melakukan tindakan monitoring Gula Darah pada pasien.

Peran serta keluarga dalam penanggulangan TB Paru harus diimbangi dengan pengetahuan yang baik, dengan pengetahuan yang dimiliki oleh keluarga dapat meningkatkan

status kesehatan klien sehingga bila ada anggota keluarga yang sakit segera memeriksakan kondisi secara dini, memberikan OAT sesuai jangka waktu tertentu untuk mengobati penyebab dasar dan dalam perawatan diri klien secara optimal. Berdasarkan laporan kasus di Puskesmas Siak Hulu I Kabupaten Kampar, untuk penyakit TB Paru pada tahun 2018 didapat 21 orang penderita sedangkan di tahun 2019 meningkat sebanyak 24 orang. Dimana terdapat 10 orang yang mendapat pengobatan lengkap, 3 orang sembuh, meninggal 1 orang, pindah 2 orang dan 8 orang sedang menjalani pengobatan. Berdasarkan data diatas penderita paru semakin meningkat, padahal TB Paru penyakit yang bisa disembuhkan apabila cara penanganannya menggunakan prosedur dengan benar, yaitu menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan baik. Pentingnya peran perawat sebagai tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan termasuk berupaya bersama-sama mencegah dan mengendalikan penyebaran penyakit TB Paru baik dengan cara pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga yang telah terinfeksi.

Asuhan keperawatan yang harus dilakukan seorang perawat meliputi : pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi, memberikan tindakan keperawatan sesuai dengan kompetensi, memberikan konsultasi dan edukasi keperawatan, dan berkolaborasi dengan dokter dan melakukan pemberian obat kepada pasien sesuai dengan resep tenaga medis.

Tuberkulosis Paru merupakan penyakit yang berdampak bukan hanya pada kesehatan fisik, pasien akan mengalami batuk berdahak lama, dapat disertai batuk darah, sesak nafas, penurunan berat badan, berkeringat pada malam hari, dan demam meriang. Dampak psikis dan sosial dirasakan pasien akibat adanya stigma terkait tuberkulosis dan perubahan sikap orang disekitarnya. Dampak akibat tuberkulosis paru dapat mempengaruhi berbagai aspek kehidupan dan menyebabkan penurunan kualitas hidup pasien. Lamanya pengobatan merupakan faktor yang paling dominan mempengaruhi kualitas hidup pasien. Diharapkan kedepannya perawat mampu memberikan asuhan keperawatan yang sifatnya

komprehensif dan menyeluruh meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, untuk mencapai kesembuhan yang optimal dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Perawat dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang kepatuhan pengobatan atau terapi kognitif behavior (Jannah, 2016).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis berniat membuat laporan tugas akhir tentang asuhan keperawatan pasien dengan TB Paru + Diabetes Melitus Type 2. Untuk itu penulis merumuskan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada pasien dengan TB Paru + Diabetes Melitus Type 2 di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

1.3 Tujuan

1. Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan keperawatan terhadap pasien dengan Diagnosa medis TB paru + Diabetes Melitus Type 2.

2 Tujuan Khusus

- a. Mengkaji pasien dengan Diagnosa TB Paru + Diabetes Melitus Type 2 di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
- b. Merumuskan Diagnosa Keperawatan pada pasien dengan Diagnosa TB Paru + Diabetes Melitus Type 2 di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
- c. Merencanakan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Diagnosa TB Paru + Diabetes Melitus Type 2 di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
- d. Melaksanakan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Diagnosa TB Paru + Diabetes Melitus Type 2 di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
- e. Mengevaluasi pasien dengan Diagnosa TB Paru + Diabetes Melitus Type 2 di RSPAL Dr.

Ramelan Surabaya.

- f. Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Diagnosa TB Paru + Diabetes Melitus Type 2 di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat :

1. Akademis, hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa TB Paru + Diabetes Melitus Type 2 di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Secarapraktis, tugasakhiriniakanbermanfaatbagi :
 - a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan.

- b. Bagi penelitian

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa TB Paru + Diabetes Melitus Type 2 di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

- c. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keprawatan pada pasien dengan Diagnosa TB Paru + Diabetes Melitus Type 2 di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.5 Metode Penulisan

1 Metode

Metode deskripsi yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2 Tehnik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data diambil / diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang di ambil dari mengamati perilaku dan keadaan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lainnya.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang di peroleh dari klien dan keluarga.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang di peroleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medic perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lainnya.

4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang di bahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan di bagi menjadi 3 bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnose TB Paru, serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan Kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisitentangsimpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiridari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

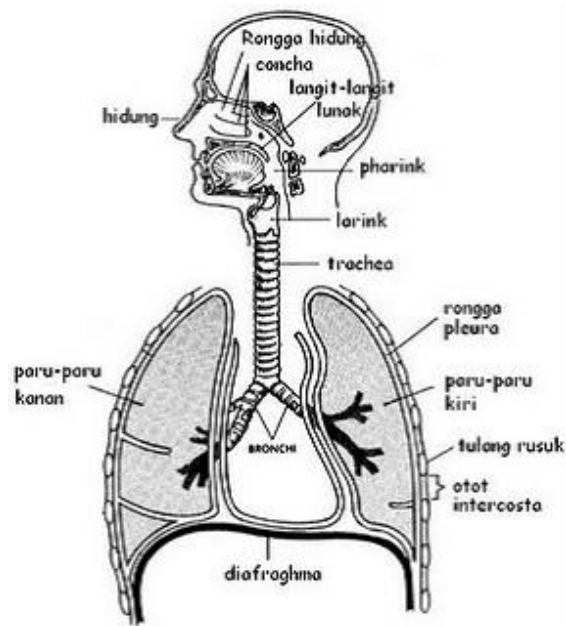
Dalam bab 2 ini akan di uraikan secara teoritis mengenal konsep penyakit dan asuhan keperawatan pada pasien dengan TB Paru + DM akan di uraikan definisi, etiologi, manifestasi klinis, patofisiologis, pemeriksaan penunjang dan penanganan secara medis. Asuhan Keperawatan akan di uraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit Tb Paru + DM dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2.1 Anatomi dan Fisiologi Paru-Paru

1. Anatomi

Saluran pengantar udara hingga mencapai paru-paru adalah hidung, faring, laring, trakea, bronkus, dan bronkiolus. Ketika udara masuk kedalam rongga hidung, udara tersebut disaring, dilembabkan dan dihangatkan oleh mukosa respirasi, udara mengalir dari faring menuju kelaring, laring merupakan rangkaian cincin tulang rawan yang dihubungkan oleh otot dan mengandung pita suara. Trakea disokong oleh cincin tulang rawan yang berbentuk seperti sepatu kuda yang panjangnya kurang lebih 5 inci. Struktur trakea dan bronkus dianalogkan dengan sebuah pohon oleh karena itu dinamakan. Pohon *trakea bronkial*. Bronkus utama kiri dan kanan tidak simetris, bronkus kanan lebih pendek dan lebih lebar dan merupakan kelanjutan dari trakea yang arahnya hampir vertikal, sebaliknya bronkus kiri lebih panjang dan lebih sempit dan merupakan kelanjutan dari trakea dengan sudut yang lebih tajam. Cabang utama bronkus kanan dan kiri bercabang lagi menjadi *bronkus lobaris* dan *bronkus segmentalis*, percabangan sampai kesil sampai akhirnya menjadi *bronkus terminalis*. Setelah bronkus terminalis terdapat sinus yang terdiri dari *bronkiolus respiratorius* yang terkadang memiliki kantung

udara atau alveolus, *duktus alveoli* seluruhnya dibatasi oleh alveolus dan *sakus alveolaris terminalis* merupakan struktur akhir paru. Alveolus hanya mempunyai satu lapis sel saja yang diameternya lebih kecil dibandingkan diameter sel darah merah, dalam setiap paru-paru terdapat sekitar 300 juta alveolus (Andra Saferi, 2014).



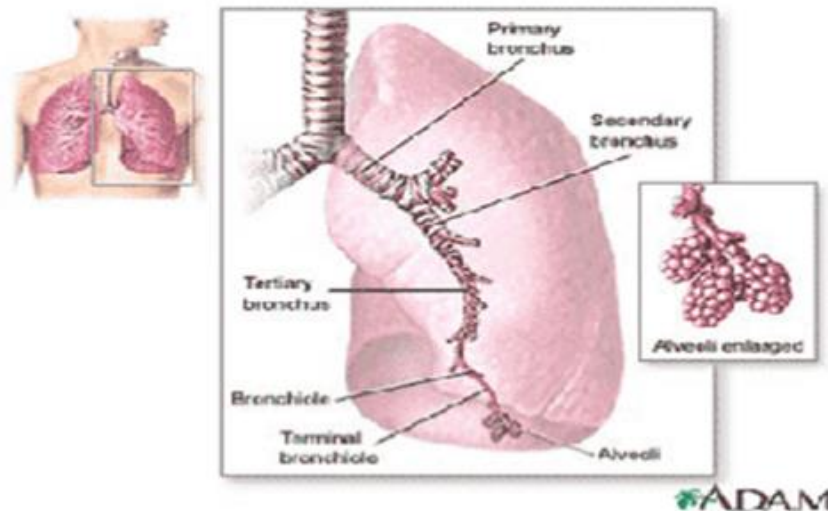
Gambar 2.1 Gambar Anatomi Paru-Paru

(Sumber : (Radyoko, 2011))

Paru adalah struktur elastik yang dibungkus dalam sangkar toraks, yang merupakan suatu bilik udara kuat dengan dinding yang dapat menahan tekanan. Ventilasi membutuhkan gerakan dinding sangkar toraks dan dasarnya yaitu diafragma. Bagian terluar paru-paru dikelilingi oleh membrane halus, licin, yang meluas membungkus dinding anterior toraks dan permukaan superior diafragma. Mediastinum adalah dinding yang membagi rongga toraks menjadi dua bagian. Mediastinum terbentuk dari dua lapisan pleura. Semua struktur toraks kecuali paru-paru terletak antara kedua lapisan pleura. Setiap paru dibagi menjadi lobus-

lobus. Paru kiri terdiri dari lobus bawah dan atas, sementara paru kanan mempunyai lobus atas, tengah, dan bawah. Setiap lobus lebih jauh dibagi lagi menjadi dua segmen yang dipisahkan oleh fisura, yang merupakan perluasan pleura. Terdapat beberapa divisi bronkus didalam setiap lobus paru. Pertama adalah bronkus lobaris yaitu tiga pada parukanan dan dua pada paru kiri. Bronkus lobaris dibagi menjadi bronkus segmental terdiri dari 10 pada paru kanan dan 8 pada paru kiri, bronkus segmental kemudian dibagi lagi menjadi subsegmental, bronkus ini dikelilingi oleh jaringan ikat yang memiliki arteri, limfatik dan saraf. Bronkus segmental membentuk percabangan menjadi bronkiolus yang tidak mempunyai kartilago pada dindingnya, bronkus dan bronkiolus juga dilapisi oleh sel-sel yang permukaannya dilapisi oleh “rambut” pendek yang disebut *silia*.

Bronkiolus kemudian membentuk percabangan yaitu *bronkiolus terminalis*, kemudian bronkus terminalis menjadi *bronkus respiratori*, dari bronkiolus respiratori kemudian mengarah kedalam duktus alveolar dan sakus alveolar kemudian alveoli. Paru terbentuk dari 300 juta alveoli, yang tersusun dalam kluster antara 15-20 alveoli, begitu banyaknya alveoli sehingga jika mereka bersatu untuk membentuk satu lembar, akan menutupi area 70 meter persegi yaitu seukuran lapangan tenis.



Gambar 2.2 Gambar bagian Paru-Paru

(Sumber : (Radyoko, 2011))

2. Fisiologi

Proses pernafasan dimana oksigen dipindahkan dari udara kedalam jaringan-jaringan, dan karbondioksida dikeluarkan keudara ekspirasi dapat dibagi menjadi tiga proses . Proses yang pertama yaitu ventilasi, adalah masuknya campuran gas-gas kedalam dan keluar paru-paru. Proses kedua, transportasi yang terdiri dari beberapa aspek yaitu difusi gas-gas antar alveolus dan kapiler (respirasi eksternal), distribusi darah dalam sirkulasi pulmonal. Proses ketiga yaitu reaksi kimia dan fisik dari oksigen dan karbondioksida dengan darah.

a. Ventilasi

Ventilasi adalah pergerakan udara masuk dan keluar dari paru karena terdapat perbedaan tekanan antara *intrapulmonal* (tekanan intra alveoli dan tekanan intrapleura) dengan tekanan intrapulmonal lebih tinggi dari tekanan atmosfer maka udara akan masuk menuju ke paru, disebut

inspirasi. Bila tekanan intapulmonal lebih rendah dari tekanan atmosfer maka udara akan bergerak keluar dari paru ke atmosfer disebut ekspirasi.

b. Transportasi oksigen

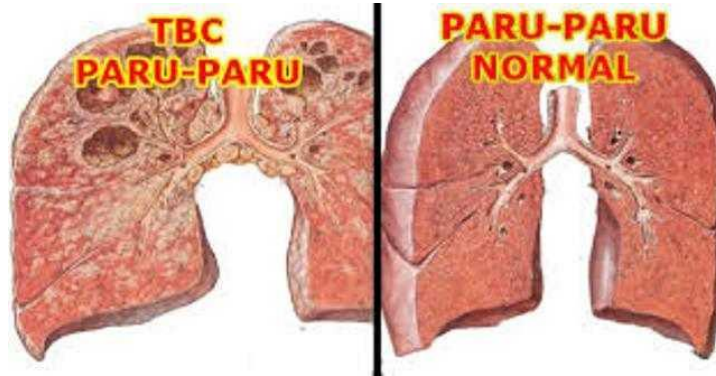
Tahap kedua dari proses pernafasan mencakup proses difusi di dalam paru terjadi karena perbedaan konsentrasi gas yang terdapat di alveoli kapiler paru, oksigen mempunyai konsentrasi yang tinggi di alveoli dibanding di kapiler paru, sehingga oksigen akan berdifusi dari alveoli ke kapiler paru. Sebaliknya, karbondioksida mempunyai konsentrasi yang tinggi di kapiler paru dibanding di alveoli, sehingga karbondioksida akan berdifusi dari kapiler paru ke alveoli. Pengangkutan oksigen dan karbondioksida oleh sistem peredaran darah, dari paru ke jaringan dan sebaliknya, disebut transportasi dan pertukaran oksigen dan karbondioksida darah. Pembuluh darah kapiler jaringan dengan sel-sel jaringan disebut difusi. Respirasi dalam adalah proses metabolic intrasel yang terjadi di mitokondria, meliputi penggunaan oksigen dan produksi karbondioksida selama pengambilan energy dari bahan-bahan nutrisi.

c. Reaksi kimia dan fisik dari oksigen dan karbondioksida dengan darah.

Respirasi sel atau respirasi interna merupakan stadium akhir dari respirasi, yaitu saat dimana metabolit dioksidasi untuk mendapatkan energi, dan karbondioksida terbentuk sebagai sampah proses metabolisme sel dan dikeluarkan oleh paru-paru.

2.2 Konsep Dasar Penyakit TB Paru

2.2.1 Pengertian Tuberkulosis Paru



Gambar 2.3 Gambar TB Paru

(Sumber : (Radyoko, 2011))

Tuberkulosis Paru adalah penyakit yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yakni kuman *aerobyang* dapat hidup terutama diparu atau diberbagai organ tubuh yang lainnya yang mempunyai tekanan parsial oksigen yang tinggi. Kuman ini juga mempunyai kandungan lemak yang tinggi pada membrane selnya sehingga menyebabkan bakteri ini menjadi tahan terhadap asam dan pertumbuhan dari kumannya berlangsung dengan lambat. Bakteri ini tidak tahan terhadap ultraviolet, karena itu penularannya terutama terjadi pada malam hari (Setiadi, 2017). Tuberkulosis Paru atau TB adalah penyakit radang parenkim paru karena infeksi kuman *Mycobacterium Tuberculosis*. Tuberkulosis Paru adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh basil *mikrobacterium tuberculosis* masuk ke dalam jaringan paru melalui airborne infection dan selanjutnya mengalami proses yang dikenal sebagai focus primer dari ghon (Andra Saferi, 2014).

Penularan tuberkulosis yaitu pasien TB BTA (bakteri tahan asam) positif melalui percik relik dahak yang dikeluarkan nya. TB dengan BTA negatif juga

masih memiliki kemungkinan menularkan penyakit TB meskipun dengan tingkat penularan yang kecil (KEMENKES, 2015).

2.2.2 Etiologi TB Paru

Penyebab Tuberculosis adalah *Mycobacterium Tuberculosis*. Sejenis kuman batang dengan ukuran panjang 1-4 /um dan tebal 0,3–0,6/um, sebagian besar kuman terdiri atas lemak (*lipid*), *peptidoglikan* dan *arabinomannan*. Lipid inilah yang membuat kuman lebih tahan terhadap asam sehingga disebut Bakteri Tahan Asam (BTA), kuman dapat bertahan hidup pada udara kering maupun dalam keadaan dingin, hal ini karena kuman bersifat *dormant*, yaitu kuman dapat aktif kembali dan menjadikan tuberculosis ini aktif lagi. Sifat lain adalah aerob, yaitu kuman lebih menyukai jaringan yang tinggi oksigennya.

Basil ini tidak berspora sehingga mudah dibasmi dengan pemanasan, sinar matahari, dan sinar ultraviolet. Ada dua macam *miko bacteria tuberculosis* yaitu *tipe human* dan *tipebovin*. Basil *tipe bovin* berada dalam susu sapi yang menderita mastitis tuberculosis usus. Basil *tipe human* bisa berada di bercak ludah(*droplet*) di udara yang berasal dari penderita TBC terbuka dan orang yang rentan terinfeksi TBC ini bila menghirup bercak ini. Perjalanan TBC setelah infeksi melalui udara(Suddarth, 2013).

2.2.3 Manifestasi Klinis

Keluhan yang dirasakan pasien tuberculosis dapat bermacam-macam atau malah banyak ditemukan pasien TB Paru tanpa keluhan sama sekali dalam pemeriksaan kesehatan. Keluhan yang terbanyak adalah :

1. Demam

Biasanya sub febris menyerupai demam influenza, tetapi kadang-kadang panas badan dapat mencapai 40-41°C. serangan demam pertama dapat sembuh sebentar tetapi kemudian dapat timbul kembali. Begitulah seterusnya hilang timbulnya demam influenza ini, sehingga pasien merasa tidak pernah terbebas dari serangan demam influenza. Keadaan ini sangat dipengaruhi oleh daya tahan tubuh pasien dan berat ringannya infeksi tuberkulosis yang masuk.

2. Batuk/batuk berdahak

Batuk ini terjadi karena ada iritasi pada bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk-produk radang keluar, karena terlibatnya bronkus pada setiap penyakit tidak sama. Mungkin saja batukbaru ada setelah penyakit berkembang dalam jaringan paru yakni setelah berminggu-minggu atau berbulan-bulan peradangan bermula. Sifat batuk ini dimulai dari batuk kering (non-produktif) kemudian setelah timbulnya peradangan menjadi produktif (menghasilkan sputum). keadaan yang lanjutadalah berupa batuk darah karena terdapat pembuluh darah yang pecah kebanyakan batuk darah tuberkulosis pada kavitas, tetapi dapat juga terjadi pada ulkus dinding bronkus.

3. Sesak Napas

Pada penyakit ringan (baru kambuh) belum dirasakan sesak napas. Sesak napas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut yang infiltrasinya sudah meliputi sebagian paru-paru.

4. Nyeri Dada

Gejala ini agak jarang ditemukan. Nyeri dada timbul bila infiltrasi radang sudah sampai

ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis. Terjadi gesekan kedua pleura sewaktu pasien menarik melepaskan napasnya.

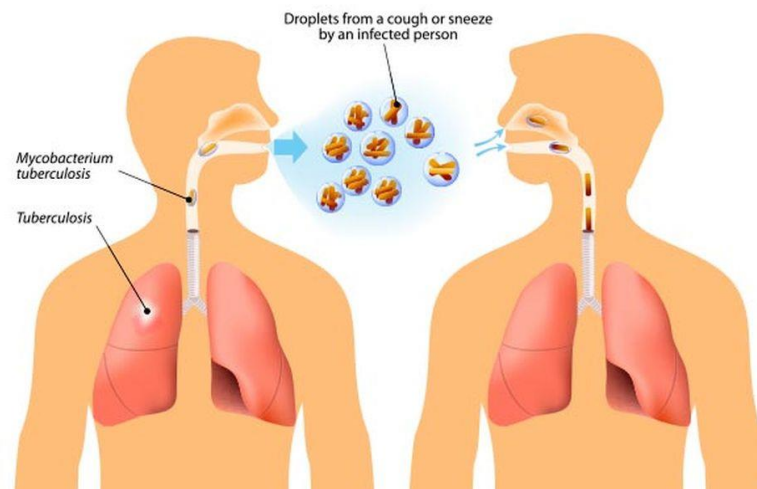
5. Malaise

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

2.2.4 Cara Penularan TB Paru

Saat batuk atau bersin, penderita TBC dapat menyebarkan kuman yang terdapat dalam dahak ke udara. Dalam sekali batuk, penderita TB Paru dapat mengeluarkan sekitar 3000 percikan dahak. Bakteri TB Paru yang berada di udara bisa bertahan berjam-jam, terutama jika ruangan gelap dan lembab, sebelum akhirnya terhidup oleh orang lain. Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Orang-orang yang beresiko tinggi terkena penularan TB Paru adalah mereka yang sering bertemu atau berdiam ditempat yang sama dengan penderita TB Paru seperti keluarga, teman sekantor, atau teman sekelas.

Meski demikian, pada dasarnya penularan TB Paru tidak semudah yang dibayangkan. Tidak semua orang yang menghirup udara yang mengandung bakteri TB Paru akan langsung menderita TB Paru. Pada kebanyakan kasus, bakteri yang terhidup ini akan berdiam di paru-paru tanpa menimbulkan penyakit atau menginfeksi orang lain. Bakteri tetap ada didalam tubuh sambil menunggu saat yang tepat untuk menginfeksi, yaitu ketika daya tahan tubuh sedang lemah (Boedihartono, 2012).



Gambar 2.4 Gambar Cara Penularan TB Paru

(Sumber : (Radyoko, 2011))

2.2.5 Patofisiologi

Port de entry kuman *Mycobacterium tuberculosis* adalah saluran pernafasan, saluran pencernaan, dan luka terbuka pada kulit. Kebanyakan infeksi terjadi melalui udara, (*air bone*), yaitu melalui *inhalasi droplet* yang mengandung kuman-kuman basil tuberkel yang terinfeksi. Basil tuberkel yang mencapai alveolus dan diinhalasi biasanya terdiri atas satu sampai tiga gumpalan. Basil yang lebih besar cenderung bertahan disaluran hidung dan cabang besar bronkus, sehingga tidak menyebabkan penyakit. Setelah berada dalam ruang alveolus, kuman akan mulai mengakibatkan peradangan. *Leukosit polimorfonuklear* tampak memfagosit bakteri ditempat ini, namun tidak membunuh organism tersebut.

Sesudah hari pertama, maka leukosit diganti oleh *makrofag*. Alveoli yang terserang akan mengalami konsolidasi dan timbul gejala pneumonia akut. Pneumonia selular ini dapat sembuh dengan sendirinya, sehingga tidak ada sisa yang tertinggal atau proses dapat berjalan terus dan bakteri terus *difagosit* atau berkembang biak di dalam sel. Basil juga menyebar melalui getah bening menuju getah bening regional. Makrofag yang mengadakan infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu, sehingga membentuk *sel tuberkelepitoloit* yang dikelilingi oleh *foist*. Reaksi ini biasanya membutuhkan waktu 10-20 jam (Andra Saferi, 2014).

2.2.6 Penatalaksanaan Medis

Tuberkulosis paru menjadi tiga bagian, yaitu pencegahan, pengobatan, dan penemuan penderita (*activecase finding*).

1. Pencegahan Tuberkulosis Paru

- a. Pemeriksaan kontrak, yaitu pemeriksaan terhadap individu yang bergaul erat dengan penderita tuberkulosis paru *Basil Tahan Asam* (BTA) positif. Pemeriksaan meliputi *testuberkulin*, *klinis*, dan *radiologi*. Bila tes tuberculin positif, maka pemeriksaan radiologis foto toraks diulang pada 6 dan 12 bulan mendatang. Bila masih negatif, diberikan *Bacillus Calmette dan Guerin* (BCG) vaksinasi. Bila positif, berarti terjadi konversi hasil tes tuberkulin dan berikan kemoprofilaksi.
- b. *Mass chest X-ray*, yaitu pemeriksaan missal terhadap kelompok kelompok populasi tertentu.
- c. Vaksinasi BCG (*Bacillus Calmette dan Guerin*).
- d. Kemoprofilaksis dengan menggunakan INH (*Isoniazid*) 5 % mg/kgBB selama 6-12 bulan dengan tujuan menghancurkan atau mengurangi populasi bakteri yang masih sedikit. Indikasi *kemoprofilaksis primer* atau utama ialah bayi menyusui pada ibu dengan BTA positif, sedangkan *kemoprofilaksis sekunder* diperlukan bagi kelompok berikut:
 - 1). Bayi di bawah 5 tahun dengan basil tes tuberculin positif karena resiko timbulnya TB milier dan meningitis TB.
 - 2). Anak remaja dibawah 20 tahun dengan hasil tuberculin positif yang bergaul erat dengan penderita TB yang menular.

- 3). Individu yang menunjukkan konversi hasil tes tuberculin dari negative menjadi positif.
 - 4). Penderita yang menerima *pengobatan steroid* atau *obat immunosupresif* jangka panjang.
 - 5). Penderita diabetes melitus.
- e. Komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) tentang *tuberculosis* kepada masyarakat di tingkat puskesmas maupun petugas LSM (misalnya Perkumpulan Pemberantasan Tuberculosis Paru Indonesia-PPTI).

2. Pengobatan Tuberculosis Paru

Program nasional pemberantasan *tuberculosis* paru, menganjurkan panduan obat sesuai dengan kategori penyakit. Kategori didasarkan pada urutan kebutuhan pengobatan, sehingga penderita dibagi dalam empat kategori antara lain, sebagai berikut:

a. Kategori I

Kategori I untuk kasus dengan sputum positif dan penderita dengan sputum negatif. Dimulai dengan fase 2 HRZS(E) obat diberikan setiap hari selama dua bulan. Bila setelah 2 bulan sputum menjadi negative dilanjutkan dengan fase lanjutan, bila setelah 2 bulan masih tetap positif maka fase intensif diperpanjang 2-4 minggu, kemudian dilanjutkan tanpa melihat sputum positif atau negatif. Fase lanjutannya adalah 4HR atau 4H3R3 diberikan selama 6-7 bulan sehingga total penyembuhan 8-9 bulan.

b. Kategori II

Kategori II untuk kasus kambuh atau gagal dengan sputum tetappositif. Fase intensif dalam bentuk 2HRZES-1HRZE, bila setelah fase intensif sputum negative dilanjutkan fase lanjutan. Bila dalam 3 bulan sputum masih positif maka fase intensif diperpanjang 1 bulan dengan HRZE (Obat sisipan). Setelah 4 bulan sputum masih positif maka pengobatan dihentikan 2-3 hari. Kemudian periksa biakan dan uji resisten lalu diteruskan pengobatan fase lanjutan.

c. Kategori III

Kategori III untuk kasus dengan sputum negatif tetapi kelainan parunya tidak luas dan kasus tuberkulosis luar paru selain yang disebut dalam kategori I, pengobatan yang diberikan adalah 2HRZ/6 HE, 2HRZ/4 HR, 2HRZ/4 H3R3.

d. Kategori IV

Kategori ini untuk tuberkulosis kronis. Prioritas pengobatan rendah karena kemungkinan pengobatan kecil sekali. Negara kurang mampu dari segi kesehatan masyarakat dapat diberikan H saja seumur hidup, sedangkan negara maju pengobatan secara individu dapat dicoba pemberian obat lapis 2 seperti Quinolon, Ethioamide, Sikloserin, Amikasin, Kanamisin, dan sebagainya (DepkesRI, 2011).

2.2.7 Komplikasi

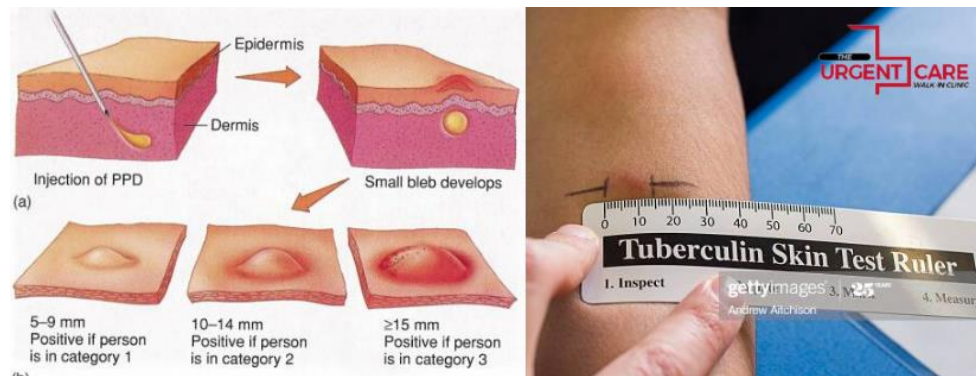
Pada anak dengan *tuberculosis* biasanya sering terjadi komplikasi. Menurut Wallgren, ada 3 komplikasi dasar *Tuberculosis* paru pada anak, yaitu penyebaran *limfohematogen*, *Tuberculosis endo bronkial*, dan *Tuberculosis* paru

kronik. Sebanyak 0,5-3% penyebaran *limfohematogen* akan menjadi *Tuberculosis milier* atau *meningitis Tuberculosis*, hal ini biasanya terjadi 3-6 bulan setelah infeksi primer.

Tuberculosis endobronkial (*lesi segmental* yang timbul akibat pembesaran *kelenjar regional*) dapat terjadi dalam waktu yang lebih lama (3-9bulan). Terjadinya *Tuberculosis paru kronik* sangat bervariasi, *Tuberculosis paru kronik* biasanya terjadi akibat reaktivasi kuman didalam lesi yang tidak mengalami *resolusi* sempurna. Reaktivasi ini jarang terjadi pada anak, tetapi sering pada remaja dan dewasa muda. *Tuberculosis ekstrapulmonal* dapat terjadi pada 25-30% anak yang terinfeksi *Tuberculosis*. *Tuberculosis tulang dan sendi* terjadi pada 5-10% anak yang terinfeksi, dan paling banyak terjadi dalam 1 tahun tetapi dapat juga 2-3 tahun kemudian. *Tuberculosis ginjal* biasanya terjadi 5-25 tahun setelah infeksi primer (Andra Saferi, 2014).

2.2.8 Pemeriksaan Penunjang

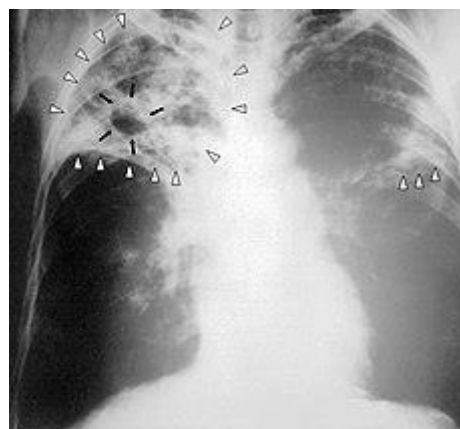
1. Tuberculin Skin test (TST) atau Tes Mantoux *Tuberculin skin test* (TST) positif menunjukkan kecenderungan terjadinya infeksi primer TB. Tes ini merupakan metode standar dalam menentukan apakah seseorang terinfeksi dengan *Mycobacterium tuberculosis*. Konversi TST biasanya terjadi 3-6 minggu setelah paparan terhadap kuman TB. Sekitar 20% pasien-pasien dengan TB aktif, khususnya pada penyakit yang sudah berlanjut, memiliki hasil TST yang normal. Pembacaan hasil TST dilakukan antara 48 dan 72 jam setelah dimasukkan 0,1 ml suntikan tuberkulin PPD secara intradermal. Suntikan yang benar akan menimbulkan gelembung kulit kecil pucat berdiameter 6-10 mm. Reaksi terhadap suntikan akan teraba mengeras, atau membengkak, disebut sebagai indurasi yang diukur diameternya dalam milimeter ke arah aksis longitudinal pada lengan bawah bagian ventral. Eritema tidak ikut diukur sebagai indurasi.



Gambar. 2.5 Gambar Tuberculin Skin Test

(Sumber : (Chattu, V. K., 2020))

2. Pemeriksaan Bakteriologik. Pemeriksaan bakteriologik untuk menemukan kuman *tuberculosis* mempunyai arti yang sangat penting dalam menegakkan diagnosis. Bahan untuk pemeriksaan ini dapat diambil dari dahak, cairan pleura, cairan serebrospinal, bilasan bronkus, bilasan lambung, kurasan bronco alveolar, urin, feses, dan jaringan biopsi.
3. Foto Rontgen dada, Foto rontgen dada dapat dilakukan dalam posisi lateral, postero anterior, dan lordotik apikal. Gambaran yang mungkindi dapatkan di antaranya adalah :



Gambar 2.6 Gambar Foto Rontgen Dada

(Sumber : (Mitchell, 2012))

Hasil Foto Rontgen Dada seorang penderita TB Paru tindak lanjut. Panah putih menunjukkan adanya infeksi pada kedua belah paru-paru. Panah hitam menunjukkan adanya lubang yang sudah terbentuk.

- a) Kantung tidak normal yang terbentuk didalam paru-paru akibat infeksi misalnya TB Paru disebut *Kavitas*, menandakan infeksi yang sudah berlanjut dan diasosiasikan dengan adanya jumlah kuman TB yang tinggi.
- b) Infiltrat non-kalsifikasi berbentuk bulat, ini mesti dibedakan dengan karsinoma paru.
- c) Nodul-nodul kalsifikasi yang homogenus, ukuran 5-20 mm, seperti tuberkuloma menunjukkan infeksi lama.

Pasien dengan hasil röntgen dada seperti tersebut diatas dan memiliki gambaran klinis TB paru yang khas sudah dapat dikatakan terkena TB paru walaupun tanpa dilakukan pemeriksaan sputum. Sebaliknya, bila gambaran rontgen dada normal, tidak menyingkirkan TB terutama pada pasien dengan kekebalan tubuh menurun.

Pada TB primer aktif, gambaran rontgen dada tidak spesifik, bahkan kadang normal. Secara tipikal dapat muncul gambaran seperti pneumonia dengan proses infiltrasi pada bagian tengah atau bawah paru yang cenderung menyerupai gambaran *community-acquired pneumonia (CAP)*.

4. BTA Sputum

Pemeriksaan BTA dilakukan dengan memeriksa keberadaan bakteri diberbagai organ tubuh, utamanya melalui pemeriksaan sampel dahak, mengingat *Tuberculosis* paling sering menyerang paru-paru. Selain memeriksa sampel dahak, pemeriksaan BTA juga dapat menggunakan sampel darah, tinja, urine dan sum-sum tulang belakang untuk melihat infeksi TB diluar paru.

Pasien yang akan menjalani pengambilan sampel dahak, tidak boleh makan atau minum terlebih dahulu pada pagi hari setelah bangun tidur. Untuk mengumpulkan sampel dahak, pasien akan diberikan wadah khusus dari plastic steril. Untuk mengeluarkan dahak, terlebih dahulu pasien menghirup nafas dalam-dalam dan menahannya selama 5 detik. Setelah ditahan, nafas kemudian dikeluarkan secara perlahan-perlahan. Ulangi langkah menghirup nafas, kemudian batukkan dengan keras hingga dahak naik ke mulut. Dahak yang sudah ada dimulut kemudian dikeluarkan kedalam wadah plastic yang sudah disiapkan dan ditutup rapat. Pengambilan dahak tidak hanya dilakukan 1 kali, melainkan 3 kali dengan metode waktu SPS (sewaktu-pagi-sewaktu) (Boedihartono, 2012).

Pada kasus reaktivasi TB, gambaran klasik lesi berlokasi pada segmen posterior lobus kanan bagian atas, segmen apikoposterior pada lobus kiri atas, dan segmen apikal pada lobus-lobus bagian bawah. Kavitasi adalah gambaran yang paling umum. Sedangkan tuberkuloma yang sembuh akan menjadi jaringan parut, dimana parenkimnya akan hilang dan terjadi kalsifikasi. Pada Infeksi TB dan HIV,

lesi yang muncul akan atipikal, walaupun sekitar 20% pasien dengan HIV positif dan TB aktif memiliki hasil rontgen dada yang normal.

Pada TB laten dan TB paru yang telah sembuh, gambaran dapat berbeda-beda. Gambaran rontgen dapat berupa nodul-nodul yang radioopak, dengan atau tanpa kalsifikasi pada hilus atau lobus-lobus atas. Selain itu, dapat pula muncul gambaran nodul-nodul yang kecil, dengan atau tanpa jaringan parut fibrotik pada lobus-lobus atas. Gambaran lesi-lesi fibrotik dan nodul-nodul dapat jelas dibedakan, dan tampak memiliki densitas dengan gambaran radioopak dan tepi yang jelas. Pasien dengan gambaran rontgen dada seperti ini yang disertai hasil positif TST dikatakan sebagai karier laten.

Pada pasien TB Milier, rontgen dada akan menunjukkan lesi-lesi nodular kecil berukuran sekitar 2 mm yang banyak, menyerupai bulir-bulir yang merupakan gambaran khas TB milier. Namun, gambaran rontgen dada bisa bervariasi dan dapat disertai gambaran infiltrat-infiltrat pada lobus atas dengan atau tanpa adanya kavitas.

2.3 Konsep Dasar Diabetes Melitus Type 2

2.3.1 Pengertian Diabetes Melitus Type 2

Diabetes Melittus (DM) merupakan sekelompok penyakit metabolic dengan karakteristik terjadinya peningkatan kadar gula darah yang tinggi (*hiperglikemia*) yang diakibatkan oleh gangguan sekresi insulin, resistensi insulin atau keduanya yang berlangsung lama (kronik) dan dapat menyebabkan kerusakan gangguan fungsi, kegagalan berbagai organ, terutama mata, organ ginjal, saraf, jantung dan pembuluh darah lainnya (Smeltzer & Bare, 2012).

Menurut American Diabetes Association (ADA, 2012), Diabetes Melittus merupakan suatu kelompok penyakit metabolic dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya. Diabetes melittus tipe 2 terjadi jika insulin hasil produksi pancreas tidak cukup atau sel lemak dan otot tubuh menjadi kebal terhadap insulin, sehingga terjadilah gangguan pengiriman gula kesel tubuh. Diabetes Tipe 2 ini merupakan tipe diabetes yang paling umum dijumpai, juga sering disebut diabetes yang dimulai pada masa dewasa, dikenal sebagai NIDDM (*Non-insulin-dependent diabetes melitus*).

2.3.2 Etiologi Diabetes Melitus Type 2

Diabetes mellitus disebabkan oleh penurunan kecepatan insulin oleh sel-sel beta pulau Langerhans pankreas. Penyebab resistensi insulin pada Diabetes Melittus tipe 2 sebenarnya tidak begitu jelas namun dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu : Obesitas, diet tinggi lemak dan rendah karbohidrat, kurang beraktivitas dan faktor keturunan (herediter).

2.3.3 Faktor Resiko

Beberapa faktor yang diketahui dapat mempengaruhi Diabetes Melitus tipe 2 antara lain (Soegondo, 2011) :

1. Kelainan genetik Diabetes dapat menurun menurut silsilah keluarga yang mengidap diabetes, karena gen yang mengakibatkan tubuh tak dapat menghasilkan insulin dengan baik. Sebuah penelitian pernah dilakukan oleh Fatmawati (2010) di RSUD Sunan Kalijaga Demak. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa riwayat keluarga merupakan faktor yang berhubungan dengan kejadian Diabetes Melitus Tipe 2. Orang yang memiliki riwayat keluarga Diabetes Melittus memiliki risiko 2,97 kali untuk kejadian Diabetes Melitus Tipe 2 dibandingkan dengan orang yang tidak memiliki riwayat keluarga.
2. Usia Umumnya penderita Diabetes Melittus tipe 2 mengalami perubahan fisiologi yang secara drastis, Diabetes Melitus tipe 2 sering muncul setelah usia 30 tahun keatas dan pada mereka yang berat badannya berlebihan sehingga tubuhnya tidak peka terhadap insulin. Umur merupakan faktor yang tidak bias diubah, oleh karena itu sebaiknya seseorang yang sudah berumur lebih dari 40 tahun rutin untuk mengecek kadar glukosa darah, mengatur pola makan dan teratur berolahraga agar kadar glukosa darah dapat terkontrol dengan baik.
3. Stress

Stress kronis cenderung membuat seseorang makan-makanan yang manis untuk meningkatkan kadar lemak serotonin otak. Serotonin ini mempunyai

efek penenang sementara untuk meredakan stresnya tetapi glukosa dan lemak berbahaya bagi mereka yang beresiko mengidap penyakit Diabetes Melitus tipe 2.

4. Pola makan yang salah Penderita diabetes mellitus tipe 2 terjadi obesitas (gemuk berlebihan) yang dapat mengakibatkan gangguan kerja insulin (resistensi insulin). Obesitas bukan karena makanan yang manis atau kaya lemak, tetapi lebih disebabkan jumlah konsumsi yang terlalu banyak, sehingga cadangan glukosa darah yang disimpan didalam tubuh sangat berlebihan. Sekitar 80% pasien Diabetes Melitus tipe 2 adalah mereka yang tergolong gemuk.

2.3.4 Patofisiologi Diabetes Melitus Type 2

Dalam proses metabolisme, insulin memegang peran yang sangat penting yaitu bertugas memasukkan glukosa kedalam sel untuk selanjutnya digunakan sebagai bahan bakar. Insulin ini adalah hormone yang dikeluarkan sel beta di pankreas. Dalam keadaan normal artinya kadar insulin cukup dan sensitif, insulin akan ditangkap oleh reseptor insulin yang ada pada permukaan sel otot, kemudian membuka pintu masuk sel hingga glukosa dapat masuk sel untuk kemudian di bakar menjadi energi/tenaga. Akibatnya kadar glukosa dalam darah normal.

2.3.5 Manifestasi Klinis Diabetes Melitus Type 2

Gejala klinis dari keluhan utama dilihat dari sudut penderita diabetes mellitus sendiri, hal yang sering menyebabkan penderita datang berobat kedokter dan kemudian didiagnosis sebagai diabetes mellitus keluhan:

1. Kelainan kulit : gatal, bisul-bisul
2. Kelainan ginekologis : keputihan
3. Kesemutan, rasa baal
4. Kelemahan tubuh
5. Luka atau bisul yang tidak sembuh-sembuh
6. Infeksi saluran kemih

Selain itu ada beberapa keluhan dan gejala yang perlu mendapat perhatian dalam menegakkan diagnosis diabetes melittus. diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Gangguan penglihatan Pada fase permulaan penyakit diabetes melittus sering dijumpai gangguan penglihatan yang mendorong penderita untuk mengganti kaca matanya berulang kali agar ia tetap dapat melihat dengan baik. Kejadian demikian dalam jangka waktu yang pendek, menimbulkan kecurigaan terhadapdiidapnya diabetes melittus.
2. Penurunan berat badan dan astenia Penurunan berat badan secara drastic kehilangan jaringan lemak dan jaringan otot, terjadi karena kekurangan insulin yang mengakibatkan tubuh kehilangan glukosa secara terus-menerus. Sedangkan asthenia (rasa lemah) terjadi karena badan kehilangan air dan elektrolit yang menyertai glukosaria pada proses diuresis melalui osmosis pada *hiperglikemi*.
3. *Poliuria* (peningkatan pengeluaran urin).

4. *Polidipsi* (peningkatan rasa haus) akibat volume urin yang sangat besar dan keluarnya air yang menyebabkan dehidrasi ekstrasel. Dehidrasi ekstrasel mengikuti dehidrasi ekstrasel karena air intrasel akan berdifusi keluar sel mengikuti penurunan gradient konsentrasi ke plasma yang hipertonik (sangat pekat). Dehidrasi intrasel merangsang pengeluaran ADH dan menimbulkan rasa haus.
5. *Polyphagi* (peningkatan rasa lapar) akibat keadaan pasca absorptif yang kronik, katabolisme protein dan lemak dan kelaparan relative sel-sel sering terjadi penurunan berat badan.
6. Rasa Lelah dan kelemahan otot akibat katabolisme protein di otot dan ketidakmampuan sebagian besar sel untuk menggunakan glukosa sebagai energi. Gangguan aliran darah yang dijumpai pada pasien diabetes lama juga berperan menimbulkan kelelahan.
7. Peningkatan angka infeksi akibat peningkatan konsentrasi glukosa di sekresi mucus, gangguan fungsi imun dan penurunan aliran darah pada penderita diabetes kronik (Beck, 2011).

2.3.6 Komplikasi Diabetes Melitus Type 2

Diabetes yang tidak terkontrol dengan baik akan menimbulkan komplikasi akut dan kronis. Komplikasi Diabetes Melitus dapat dibagi menjadi 2 kategori, yaitu :

1. Komplikasi Akut

- a. *Hipoglikemia*

Kadar glukosa darah seseorang dibawah nilai normal (<50 mg/dl). *Hipoglikemia* lebih sering terjadi pada penderita Diabetes Melitus Type 1 yang dialami 1-2 kali per minggu, kadar gula darah yang terlalu rendah dapat menyebabkan sel-sel otak tidak mendapat pasokan energy sehingga tidak berfungsi bahkan dapat mengalami kerusakan.

- b. *Hiperglikemia*

Apabila kadar gula darah meningkat secara tiba-tiba, dapat berkembang menjadi keadaan metabolisme yang berbahaya, antara lain *ketoasidosis diabetik*. Koma Hiperosmoler Non Ketotik (KHNK) dan *Kemolakto Asidosis*.

2. Komplikasi Kronis

- a. Komplikasi Makrovaskuler

Komplikasi makrovaskuler yang umum berkembang pada penderita Diabetes Melitus adala trombosit otak (pembekuan darah pada sebagian otak), mengalami penyakit jantung koroner (PJK), gagal jantung kongestif, dan stroke.

- b. Komplikasi Mikrovaskuler

Komplikasi Mikrovaskuler terutama terjadi pada penderita Diabetes Melitus Type 1 seperti *nefropati*, *diabetik retinopati* (kebutaan), *neuropati*, dan *amputasi* (Beck, 2011).

2.3.7 Pemeriksaan Penunjang Diabetes Melitus Type 2

Pemeriksaan diagnostik *diabetes melitus* yaitu **glukosa darah puasa** (*fasting blood glucose*), **glukosa darah sewaktu** atau **glukosa darah 2 jam post prandial** (2 jam setelah makan), dan *glycosylated hemoglobin* (HbA1c):

1. **Glukosa Darah Puasa** (*fasting blood glucose*)

Glukosa Darah Puasa adalah pemeriksaan gula darah terhadap seseorang yang telah dipuaskan semalaman. Biasanya orang tersebut disuruh makan malam terakhir pada pukul 22.00 dan keesokan paginya sebelum ia makan apa-apa, dilakukan pemeriksaan darah. Nilai normal untuk dewasa adalah 70-110 mg/dl. Seseorang dinyatakan *diabetes mellitus* apabila kadar glukosa darah puasanya lebih dari 126 mg/dl. Sedangkan kadar glukosa darah puasa di antara 110 dan 126 mg/dl menunjukkan gangguan pada toleransi glukosa yang perlu diwaspadai dapat berkembang menjadi *diabetes melitus* di masa mendatang.

2. **Glukosa Darah Sewaktu** atau **Glukosadarah 2 Jam Post Prandial** (2 jam setelah makan).

Glukosa Darah Sewaktu atau **Glukosa Darah 2 Jam Post Prandial** adalah pemeriksaan gula darah terhadap seseorang yang tidak dipuaskan terlebih dahulu. Perbedaannya adalah untuk skrining atau pemeriksaan penyaring, biasanya diperiksa glukosa darah sewaktu. Tanpa ditanya apa-apa atau disuruh apa-apa, glukosa darah langsung diperiksa. Sedangkan untuk keperluan diagnostik, dilakukan pemeriksaan glukosa darah 2 jam *post prandial* segera setelah glukosa darah puasa diperiksa. Beban yang diberikan adalah glukosa 75 gram yang dilarutkan dalam 200 ml air yang

dihabiskan dalam 5 menit. Selanjutnya subjek diistirahatkan selama 2 jam (tidak boleh beraktivitas fisik berlebihan). Nilai normal pemeriksaan penunjang *diabetes melitus* yang ditujukan untuk menilai kontrol glikemik seorang pasien.

3. HbA1c adalah salah satu fraksi hemoglobin (bagian sel darah merah) yang berikatan dengan glukosa secara enzimatis. HbA1c ini menunjukkan kadar glukosa dalam 3 bulan terakhir, karena sesuai dengan umur eritrosit (sel darah merah) yaitu 90-120 hari. Nilai HbA1c yang baik adalah 4-6%. Nilai 6-8% menunjukkan kontrol glikemik sedang; dan lebih dari 8%-10% menunjukkan kontrol yang buruk. Pemeriksaan ini penting untuk menilai kepatuhan seorang pasien diabetes dalam berobat. Bisa saja seorang pasien yang sudah tahu akan diperiksa glukosa darahnya melakukan olahraga ekstra keras atau menjaga makanannya dengan hati-hati agar saat diperiksa glukosa darah sewaktu-waktu memberi hasil yang normal; namun dengan pemeriksaan HbA1c, semua itu tidak bisa dibohongi. Kepatuhan pasien dalam 3 bulan terakhir terlihat dari tinggi rendahnya kadar HbA1c. Selain itu, HbA1c juga dapat meramalkan perjalanan penyakit, apakah pasien berpeluang besar mengalami komplikasi atau tidak berdasarkan kadar kontrol glikemiknya.
4. Tes toleransi glukosa oral : Setelah berpuasa semalaman kemudian pasien diberi air dengan 75 gr gula, dan akan diuji selama periode 24 jam. Angka gula darah yang normal dua jam setelah meminum cairan tersebut harus < dari 140 mg/dl.

5. Tes glukosa darah dengan finger stick, yaitu jari ditusuk dengan sebuah jarum, sample darah diletakkan pada sebuah strip yang dimasukkan kedalam celah pada mesin glukometer, pemeriksaan ini digunakan hanya untuk memantau kadar glukosa yang dapat dilakukan dirumah (Beck, 2011).

2.3.8 Penatalaksanaan Diabetes Melitus Type 2

1. Pengelolaan (kontrol)

Dalam mengelola diabetes melitus jangka pendek tujuannya adalah menghilangkan keluhan/gejala diabetes melitus dan mempertahankan rasa nyaman dan sehat. Untuk jangka panjang, tujuannya lebih jauh lagi yaitu mencegah penyulit, baik *makroangiopati*, *mikroangiopati*, maupun *neuropati*, dengan tujuan akhir menurunkan morbiditas dan mortalitas diabetes melitus. Mengingat mekanisme dasar kelainan diabetes melitus tipe 2 adalah terdapatnya faktor genetik, resistensi insulin dan insufisiensi sel beta pankreas, maka cara-cara untuk memperbaiki kelainan dasar tersebut harus tercermin pada langkah pengelolaan. Pilar utama pengelolaan diabetes melitus yaitu perencanaan makan, latihan jasmani, obat berkhasiat hipoglikemik dan penyuluhan/edukasi.

2. Terapi diet

Tujuan terapi diet yaitu :

- a. Memulihkan dan mempertahankan kadar glukosa darah dalam kisaran nilai yang normal sehingga mencegah terjadinya *glikosuria* beserta gejala-gejalanya.

- b. Mengurangi besarnya perubahan kadar glukosa darah *post prandial*. Tindakan ini, bersama-sama dengan normalisasi kadar glukosa darah, akan membantu mencegah terjadinya komplikasi lanjut yang mencakup penyakit kardiovaskuler.
- c. Memberikan masukan semua jenis nutrient yang memadai sehingga memungkinkan pertumbuhan normal dan perbaikan jaringan.
- d. Memulihkan dan mempertahankan berat badan yang normal (Beck, 2011).

Perencanaan makan (*meal planning*) bertujuan untuk mempertahankan kadar glukosa darah senormal mungkin dan mengusahakan agar berat badan mencapai batas normal. Pada dasarnya mengelola penyakit Diabetes Melittus sebenarnya mudah asal penderita bisa mendisiplinkan diri dan melakukan olahraga secara teratur, menuruti saran dokter dan tidak mudah patah semangat. Dalam merencanakan makan untuk pasien diabetes pertama-tama haruslah dipikirkan secara matang apakah diet itu dipatuhi atau tidak. Jalan terbaik adalah dengan membuat perencanaan makan yang cocok untuk setiap pasien, artinya harus dilakukan individualisasi, sesuai dengan cara hidupnya, pola jam kerjanya latar belakang kulturnya, tingkat pendidikannya, penghasilannya dan lain-lain.

3. Prinsip Diet

Prinsip diet Diabetes Melittus menurut (PERSAGI, 2011) adalah tepat jadwal, tepat jumlah dan tepat jenis :

- a. Tepat jadwal Jadwal diet harus sesuai dengan intervalnya yang dibagi menjadi enam waktu jam makanan, yaitu tiga kali makanan utama dan

tiga kali makanan selingan. Penderita Diabetes Melitus hendaknya mengonsumsi makanan dengan jadwal waktu yang tetap sehingga reaksi insulin selalu selaras dengan datangnya makanan dalam tubuh. Makanan selingan berupa snack penting untuk mencegah terjadinya *hipoglikemia* (menurunnya kadar glukosa darah). Jadwal makan terbagi menjadi enam bagian makan (3 kali makan besar dan 3 kali makan selingan) sebagai berikut:

- 1). Makan pagi pukul 06.00-07.00
 - 2). Selingan pagi pukul 09.00-10.00
 - 3). Makan siang pukul 12.00-13.00
 - 4). Selingan siang pukul 15.00-16.00
 - 5). Makan malam pukul 18.00-19.00
 - 6). Selingan malam pukul 21.00-22.00
- b. Tepat jumlah

Pengelolaan diet dan pencegahan Diabetes Melittus adalah memperhatikan jumlah makan yang dikonsumsi. Jumlah makan (kalori) yang dianjurkan bagi penderita Diabetes Melittus adalah makan lebih sering dengan porsi kecil, sedangkan yang tidak dianjurkan adalah makan dalam porsi banyak/besar sekaligus. Tujuan cara makan seperti ini adalah agar jumlah kalori terus merata sepanjang hari, sehingga beban kerja organ-organ tubuh tidak berat, terutama organ pankreas. Cara makan yang berlebihan (banyak) tidak menguntungkan bagi fungsi pankreas. Asupan makanan yang berlebihan merangsang pankreas bekerja

lebih keras. Penderita Diabetes Melittus, diusahakan mengonsumsi asupan energi yaitu kalori basal 25-30 kkal/kgBB normal yang ditambah kebutuhan untuk aktiivtas dan keadaan khusus, protein 10-20% dari kebutuhan energi total, lemak 20-25% dari kebutuhan energi total dan karbohidrat sisa dari kebutuhan energi total yaitu 45-65% dan serat 25 g/hari (PERKENI, 2015).

c. Tepat jenis

Setiap jenis makanan mempunyai karakteristik kimia yang beragam dan sangat menentukan tinggi rendahnya kadar glukosa dalam darah ketika mengonsumsinya atau mengkombinasikannya dalam pembuatan menu sehari-hari . Komposisi makanan yang dianjurkan terdiri dari: Karbohidrat, merupakan sumber tenaga utama untuk kegiatan sehari-hari dan terdiri atas tepung-tepungan dan gula. Diabetisi dianjurkan mengonsumsi padipadian, sereal, buah dan sayuran karena mengandung serat tinggi, juga vitamin dan mineral. Makanan yang perlu dibatasi adalah gula, madu, sirup, dodol dan kue-kue manis lainnya. Karbohidrat sederhana seperti gula hanya mengandung karbohidrat saja, tetapi tidak mengandung zat gizi penting lainnya sehingga kurang bermanfaat bagi tubuh.

- 1). Karbohidrat yang dianjurkan sebesar 45-65% total asupan energi. Terutama karbohidrat yang berserat tinggi.
- 2). Pembatasan karbohidrat total < 7 % kebutuhan kalori - lemak tidak jenuh ganda < 10 % - selebihnya dari lemak tidak jenuh tunggal.

- 3). Bahan makanan yang perlu dibatasi adalah yang banyak mengandung lemak jenuh dan lemak trans antara lain: daging berlemak dan susu fullcream.
- 4). Konsumsi kolesterol dianjurkan < 200 mg/hari. Protein adalah zat gizi yang penting untuk pertumbuhan dan pengganti jaringan yang rusak, selain itu juga konsumsi protein juga mengurangi atau menunda rasa lapar sehingga dapat menghindarkan penderita diabetes dari kebiasaan makanan yang berlebihan yang memicu timbulnya kegemukan. Oleh karena itu perlu mengonsumsi protein setiap hari.
- 5). Kebutuhan protein sebesar 10 – 20% total asupan energi.
- 6). Sumber protein yang baik adalah ikan, udang, cumi, daging tanpa lemak, ayam tanpa kulit, produk susu rendah lemak, kacang-kacangan, tahu dan tempe.
- 7). Pada pasien dengan nefropati diabetik perlu penurunan asupan protein menjadi 0,8 g/kg BB perhari atau 10% dari kebutuhan energi, dengan 65% diantaranya bernilai biologik tinggi. Kecuali pada penderita DM yang sudah menjalani hemodialisis asupan protein menjadi 1-1,2 g/kg BB perhari. Vitamin dan mineral Vitamin dan mineral terdapat pada sayuran dan buah-buahan, berfungsi untuk memabntu melancarkan kerja tubuh. Apabila kita makan makanan yang bervariasi setiap harinya, maka tidak perlu lagi vitamin tambahan. Penderita diabetes perlu mencapai dan mempertahankan tekanan darah yang normal. Oleh karena itu perlu

membatasi konsumsi natrium. Hindari makanan tinggi garam dan vetsin. Anjuran makan garam dapur sehari kira-kira 6-7 gram (satu sendok teh).

Serat Konsumsi serat, terutama serat larut air pada sayur-sayuran dan buah-buahan. Serat ini dapat menghambat lewatnya glukosa melalui saluran pencernaan menuju pembuluh darah sehingga kadarnya dalam darah tidak berlebihan. Selain itu, serat dapat membantu memperlambat penyerapan glukosa dalam darah dan memperlambat pelepasan glukosa dalam darah. *American Diabetes Association* merekomendasikan kecukupan serat bagi penderita Diabetes Mellitus adalah 20- 35 gram per hari, sedangkan di Indonesia asupan serat yang dianjurkan sekitar 25 g/hari. Serat banyak terdapat dalam sayur dan buah, untuk sayur dibedakan menjadi dua golongan, yaitu golongan A dan golongan B. Sayur golongan A bebas dikonsumsi yaitu oyong, lobak, selada, jamur segar, mentimun, tomat, sawi tauge, kangkung, terung, kemang kol, kol, lobak dan labu air. Sementara itu yang termasuk sayur golongan B diantaranya buncis, daun melinjo, daun pakis, daun jagung muda, genjer, kacang kapri, jantung pisang, dan beluntas, bayam, kacang panjang dan wortel. Untuk buah-buahan seperti manga, sawo manila, rambutan, duku, durian, semangka dan nanas termasuk jenis buah-buahan yang kandungan HA diatas 10 gr/100 gr bahan mentah.

4. Konseling gizi
 - a. Pengertian Salah satu cara untuk menyadarkan masyarakat tentang gizi adalah melalui konseling gizi. Secara umum, definisi konseling adalah

suatu proses komunikasi interpersonal/dua arah antara konselor dan klien untuk membantu klien mengatasi dan membuat keputusan yang benar dalam mengatasi masalah gizi yang dihadapi. Dalam definisi ini, ada dua unsur yang terlibat, yaitu konselor dan klien. Konseling gizi adalah serangkaian kegiatan sebagai proses komunikasi dua arah untuk menanamkan dan meningkatkan pengertian, sikap, serta perilaku sehingga membantu klien atau pasien mengenali dan mengatasi masalah gizi melalui pengaturan makan dan minuman (Beck, 2011).

- b. Tujuan konseling gizi. Secara umum, tujuan konseling adalah membantu klien dalam upaya mengubah perilaku yang berkaitan dengan gizi, sehingga status gizi dan kesehatan klien menjadi lebih baik. Perilaku yang dirubah meliputi ranah pengetahuan, ranah sikap, dan ranah keterampilan di bidang gizi. Perilaku negative di bidang gizi, diubah menjadi perilaku positif. Beberapa tujuan dari konseling gizi yaitu :
- 1). Mengikuti kemauan/saran konselor
 - 2). Mengadakan perubahan perilaku secara positif
 - 3). Mengikuti kemauan/saran konselor
 - 4). Mengikuti kemauan/saran konselor
 - 6). Mengadakan perubahan perilaku secara positif
 - 7). Melakukan pemecahan masalah
 - 8). Melakukan pengambilan keputusan, pengembangan kesadaran dan pengembangan pribadi

- 9). Mengembangkan penerimaan diri
- 10). Memberikan pengukuhan Peran keluarga sangat penting dalam keberhasilan konseling gizi. Anggota keluarga yang lain dapat mendukung pelaksanaan perubahan pola makan, di samping ikut memantau tentang aturan dan disiplin makan klien. Pada akhirnya, klien dapat menerapkan pola makan yang baik sesuai dengan kondisi kesehatannya.

Manfaat dalam Penuntun Konseling Gizi, manfaat konseling gizi adalah sebagai berikut (PERSAGI, 2011) :

- 1). Membantu klien untuk mengenali masalah kesehatan dan gizi yang dihadapi.
 - 2). Membantu klien memahami penyebab terjadi masalah.
 - 3). Membantu klien untuk mencari alternatif pemecahan masalah.
 - 4). Membantu klien untuk memilih cara pemecahan masalah yang paling sesuai baginya.
 - 5). Membantu proses penyembuhan penyakit melalui perbaikan gizi klien.
5. Langkah-langkah konseling gizi
- a. Membangun dasar konseling Langkah pertama disini dengan mengenalkan konselor dan klien serta memahami tujuan kedatangan dan menjelaskan tujuan serta proses konseling gizi yang akan dijalani. Sangat penting untuk membangun hubungan yang positif berdasarkan rasa percaya, keterbukaan dan kejujuran. Konselor harus dapat menunjukkan dirinya dapat dipercaya dan kompeten untuk membantu klien.

b. Mengkaji permasalahan Pada bagian ini yaitu dengan mengumpulkan data dan fakta dari semua aspek dengan melakukan asesmen atau pengkajian gizi menggunakan data antropometri, biokimia, klinis dan fisik, riwayat makan serta personal. Dari data-data tersebut sehingga dapat menunjang dan mencapai tujuan dari konseling gizi sesuai dengan permasalahan klien.

c. Menegakan diagnose gizi

Melakukan identifikasi masalah penyebab dan tanda atau gejala yang disimpulkan dari uraian hasil pengkajian gizi dengan komponen PES (*Problem, Etiologi, Symptom*).

d. Intervensi

1). Memilih rencana Bekerjasama dengan klien untuk memilih alternatif upaya perubahan perilaku diet yang dapat diimplementasikan seperti mengatur proses perencanaan pelaksanaan dan evaluasi intervensi yang dilaksanakan.

2). Memperoleh komitmen Komitmen untuk melaksanakan perlakuan diet, menjelaskan tujuan, prinsip diet dan ukuran porsi makan dan membuat kesepakatan antara konselor dan klien dalam bentuk komitmen untuk melaksanakan preskripsi diet dan aturannya.

e. Monitoring dan evaluasi

Tujuan monitoring dan evluasi dalah mengetahui pelaksanaan intervensi sesuai komitmen dan mengetahui tingkat keberhasilannya. Pada langkah ini mengulangi dan tanyakan kembali apakah kesimpulan dari konseling

dapat dimengerti oleh klien dan membuat perjanjian pada kunjungan berikutnya lihat proses dan dampaknya.

f. Terminasi (mengakhiri konseling)

Sasaran konseling Sasaran konseling dapat ditinjau dari berbagai sudut pandang. Dari sudut pandang siklus dalam daur kehidupan atau umur, sasaran konseling adalah anak, remaja, orang dewasa dan orang lanjut usia. Perlu disadari bahwa yang memerlukan konseling gizi bukan hanya individu yang mempunyai masalah gizi, tetapi juga individu yang sehat atau individu yang mempunyai berat badan ideal agar kesehatan optimal tetap dapat dipertahankan serta bagaimana mencegah penyakit-penyakit yang berkaitan dengan gizi. (PERSAGI, 2011) menyatakan bahwa sasaran konseling gizi adalah :

- 1). Klien yang mempunyai masalah kesehatan yang terkait dengan gizi.
 - 2). Klien yang ingin melakukan tindakan pencegahan.
 - 3). Klien yang ingin mempertahankan dan mencapai status gizi optimal.
6. Pengaruh Konseling Gizi

Terhadap Tingkat Konsumsi dan Kadar Gula Darah Menurut Mulyani (2015), Konseling gizi juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi asupan karbohidrat pasien Diabetes Melittus. Tujuan dari seorang pasien Diabetes Melittus melakukan konsultasi gizi adalah supaya penderita mudah memperoleh keterangan yang jelas tentang Diabetes Melittus baik mengenai penanganan maupun obatnya, serta mengenai

anjuan makanan yang boleh dikonsumsi dan pantangannya. Faktor lain yang mempengaruhi asupan karbohidrat adalah pola makan yang salah sehingga menyebabkan meningkatnya asupan karbohidrat. Kesalahan pola makan dapat terjadi karena seseorang kurang pemahaman akan bagaimana pola makan yang baik. Salah satu cara yang digunakan untuk meningkatkan pemahaman seseorang adalah dengan melakukan kegiatan konseling. Selain pada tingkat konsumsi, juga dapat mengetahui makanan apa saja yang menyebabkan kadar gula darah naik dan mereka juga dapat mengetahui bagaimana cara agar dapat menurunkan kadar gula darah yang meningkat. Kadar gula darah pada prinsipnya menerangkan beberapa banyak jumlah kandungan gula (*glukosa*) yang terdapat dalam darah. Penyakit Diabetes Mellitus merupakan penyakit dimana meningkatnya kadar gula dalam darah yang disebabkan oleh meningkatnya asupan karbohidrat akibat salahnya pola makan. Kejadian ini terjadi akibat seseorang kurang mendapat pengetahuan dan pemahaman akan pola makan yang baik. Dengan adanya kegiatan konseling gizi dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman seseorang akan bagaimana pola makan yang baik dapat menurunkan kadar gula dalam darah.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

Adalah tahapan awal dari proses asuhan keperawatan dan merupakan suatu proses sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien, data yang dikumpulkan ini meliputi biopsikososial dan spiritual. Dalam proses pengkajian ada dua tahap yaitu pengumpulan data dan analisa data.

1. Pengumpulan Data

Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun data atau informasi dari pasien yang meliputi bio-psiko-sosial serta spiritual yang secara komprehensif secara lengkap dan relevan untuk mengenal pasien terkait status kesehatan sehingga dapat member arah untuk melaksanakan tindakan keperawatan.

a. Identitas

Nama pasien, nama panggilan pasien, jenis kelamin pasien, jumlah saudara, pekerjaan, alamat, pendidikan terakhir, umur.

b. Keluhan Utama

Keluhan yang sering dirasakan oleh pasien TB Paru biasanya nyeri pada dada, dan mengalami kesulitan dalam bernapas, sesak napas, dan meningkatnya suhu tubuh.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Hal ini meliputi penyakit yang pernah di alami, apakah pernah di rawat di rumah sakit sebelumnya, pengobatan yang pernah di lakukan, alergi, pada pasien dengan TB paru biasanya memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan sistem pernapasan.

e. Genogram

Hal ini adalah data yang meliputi grafik keluarga dan hubungan keluarga.

f. Pemeriksaan fisik

B1 (Sistem pernapasan)

Pada pasien TB Paru akan didapatkan, pernapasan yang dangkal, terjadinya cuping hidung, penggunaan otot bantu napas, dan terdapat suara tambahan napas, penurunan suplai oksigen dan sesak napas, batuk dan skret kental.

B2 (Sistem kardiovaskuler)

Pada pasien TB Paru tidak mengalami masalah, CRT < 2 detik, bunyi jantung lup dup S1 S2 tunggal, irama jantung reguler, dan hasil dari EKG tidak terjadi abnormal.

B3 (Sistem persyarafan)

Pada sistem persyarafan pasien dengan TB Paru pada umumnya tidak mengalami permasalahan yang menonjol, namun dapat terjadi penurunan kesadaran yang diakibatkan oleh penurunan suplai oksigen dalam darah berkurang (Nanda 2016).

B4 (Sistem perkemihan)

Pada pasien TB Paru dengan penurunan kesadaran maka akan di lakukan pemasangan kateter untuk membantu proses berkemih, namun tidak ada distensi dan nyeri tekan pada kandung kemih.

B5 (Sistem pencernaan)

Pada pasien TB Paru biasanya pasien mengalami penurunan BB dikarenakan pasien mengalami penurunan napsu makan sehingga intake dalam tubuh menurun.

B6 (Sistem musculoskeletal)

Pada pasien TB paru akan mengalami penurunan aktivitas karena pada pasien dengan TB paru jika melakukan aktivitas berlebih akan mengalami sesak napas, pasien mobilisasi terbatas, tidak mengalami penurunan kekuatan otot.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan TB Paru

1. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik Fisik (**SDKI, D.0077 Hal-170**)
2. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif b.d Hipersekresi Jalan Nafas (**SDKI, D.0001 Hal-18**)
3. Defisit Nutrisi b.d Faktor Psikologis (Stress) (**SDKI, D.0019 Hal-56**)
4. Hipertermia b.d Peningkatan Laju Metabolisme (**SDKI, D.0130 Hal-284**)
5. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Disfungsi Pankreas (**SDKI, D.0027 Hal-71**)
6. Resiko Syok (**SDKI, D.0039 Hal- 92**)

2.4.3 Perencanaan

1. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri pada pasien dapat berkurang

Kriteria Hasil : (SLKI , L.08066 Hal-145)

- Keluhan nyeri menurun
- Meringis menurun
- Sikap protektif menurun

Intervensi :

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

R/ Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

- b. Identifikasi skala nyeri

R/ Untuk mengetahui skala nyeri pada pasien

- c. Identifikasi nyeri non-verbal

R/ Untuk mengetahui respon nyeri non-verbal

- d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

R/ Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

- e. Kontrol lingkungan yang memperberat kualitas nyeri

R/ Untuk mengetahui lingkungan yang memperberat kualitas nyeri

- f. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

R/ Untuk mengetahui apakah pasien mampu memonitor nyeri secara mandiri

- g. Kolaborasi pemberian analgesik

R/ Pemberian obat anti nyeri

(SIKI, 1.08238 Hal-201)

2. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas pasien normal

Kriteria Hasil : **(SLKI, L.01001 Hal-18)**

- Batuk efektif menjadi meningkat
- Terdapat ronchi menjadi menurun
- Produksi sputum menurun
- Frekuensi nafa menurun

Intervensi :

- a. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)

R/ Agar mengetahui tanda dan gejala awal serta perubahan pola nafas pada pasien

- b. Monitor bunyi nafas tambahan (ronchi, wheezing, mengi)

R/ Agar mengetahui bunyi nafas pasien jika mengalami gangguan

- c. Monitor sputum (jumlah, warna)
R/ Agar mengetahui jumlah dan warna sputum pasien
- d. Posisikan semi fowler–fowler
R/ Agar pasien tidak sesak nafas
- e. Ajarkan batuk efektif
R/ Membantu pasien mengeluarkan dahak secara mandiri
- f. Berikan Oksigen
R/ Membantu pasien dalam bernafas
- g. Kolaborasi pemberian obat ekspektoran
R/ Obat inhalasi untuk membantu mengencerkan dahak (**SIKI, 1.01011 Hal-186**)
3. Defisit Nutrisi
- Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Defisit Nutrisi pada pasien dapat membaik
- Kriteria Hasil : (**SLKI, L.03030 Hal-121**)
- Porsi makan yang dihabiskan dari sedang menjadi meningkat
 - Berat badan daricukupmemburukmenjadimembaik
 - IMT daricukupmemburukmenjadimembaik
 - Serum Albumin dari sedang menjadi meningkat
 - Membran mukosa dari sedang menjadi membaik

- Nafsu makan sedang menjadi membaik

Intervensi

- a. Identifikasi status nutrisi

R/ Untuk mengidentifikasi status nutrisi pada pasien

- b. Monitor asupan makanan

R/ Untuk memonitor asupan makanan yang dikonsumsi oleh pasien

- c. Monitor Berat badan

R/ Untuk memonitor berat badan pasien apakah mengalami perbaikan

- d. Lakukan oral hygiene sebelum makan

R/ Untuk menjaga kebersihan oral pasien guna meningkatkan asupan makanan pada pasien

- e. Ajarkan diet yang diprogramkan

R/ Untuk membantu pasien dan keluarga dalam menentukan diet pasien

- f. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan

R/ Pemberian obat untuk membantu memperbaiki status nutrisi pasien

(SIKI, 1.03119 Hal-200)

4. Hipertermia

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Hipertermia pada pasien menurun

Kriteria Hasil : **(SLKI , L.14134 Hal-129)**

- Suhu tubuh menjadi menurun
- Suhu kulit menjadi membaik
- Takikardia menjadi menurun

Intervensi :

- a. Identifikasi penyebab hipertermia

R/ Untuk mengetahui penyebab hipertemia

- b. Monitor suhu tubuh

R/ Untuk mengetahui suhu tubuh

- c. Berikan cairan oral

R/ Untuk membantu pasien dalam kebutuhan cairan melalui oral

- d. Anjurkan tirah baring

R/ Agar pasien mampu beristirahat dengan baik

- e. Kolaborasi pemberian cairan elektrolit intravena

R/ Pemberian obat penurun panas melalui intravena (**SIKI, 1.15506 Hal-181**)

5. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah pada pasien dapat membaik

Kriteria Hasil :

- Kadar Glukosa Darah dari menjadi membaik
- Jumlah urine dari menjadi membaik
- Rasah haus dari menjadi menurun
- Lelah lesu menjadi membaik (SLKI, L.03022 Hal- 43)

Intervensi

a. Monitor Kadar Glukosa Darah

R/ Untuk memonitor Kadar Glukosa Darah pasien apakah mengalami perbaikan

b. Monitor tanda dan gejala Hiperglikemia

R/ Untuk mengetahui tanda dan gejala Hiperglikemia apabila terjadi pada pasien

c. Berikan asupan cairan oral

R/ Untuk membantu pasien memenuhi asupan cairan oral

d. Anjurkan memonitor Kadar Glukosa Darah secara mandiri

R/ Untuk membantu mengetahui Kadar Glukosa Darah pada pasien secara mandiri

e. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga

R/ Agar pasien patuh terhadap diet dan olahraga yang sudah dianjurkan

f. Kolaborasi pemberian insulin

R/ Pemberian obat insulin guna mengontrol Kadar Gula Darah pada pasien

(SIKI, 1.03115 Hal-180)

6. Resiko Syok (**SDKI, D.0039 Hal -92**)

Kriteria Hasil :

- Kekuatan nadi meningkat
- Output urin meningkat
- Akral dingin menurun
- Pucat menurun
- Tekanan nadi membaik
- Frekuensi nafas membaik (**SLKI, L.03032 Hal-148**)

Intervensi

- a. Memonitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi nafas, TD)

R/ Untuk mengetahui apakah status kardiopulmonal pada pasien dalam batas normal

- b. Monitor saturasi oksigen

R/ Untuk mengetahui saturasi oksigen didalam tubuh pasien

- c. Monitor status cairan

R/ Untuk mengetahui status cairan dalam tubuh pasien apakah mengalami perubahan

- d. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%
R/ Untuk membantu pasien dalam mempertahankan pernafasan
- e. Jelaskan faktor / penyebab resiko syok
R/ Agar pasien dan keluarga mengetahui faktor / penyebab terjadinya syok pada pasien
- f. Jelaskan tanda gejala awal syok
R/ Untuk mengetahui tanda dan gejala awal syok pada pasien supaya mempermudah melakukan tindakan pencegahan
- g. Kolaborasi pemberian IV
R/ Untuk membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan cairan (**SIKI, 1.02068 Hal-285**)

2.4.4 Pelaksanaan

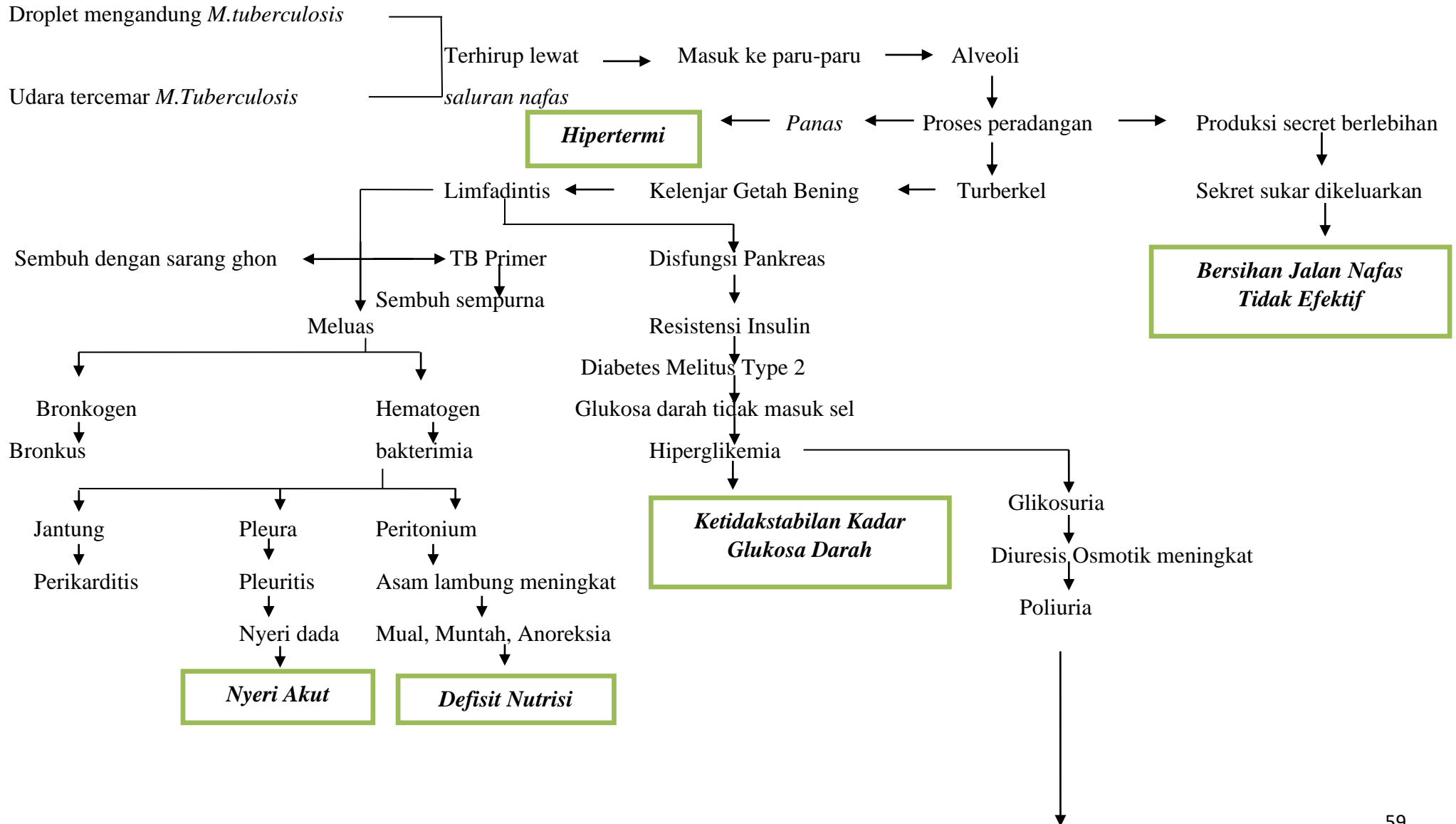
Pada tahap pelaksanaan asuhan keperawatan tim perawat melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan proses perencanaan keperawatan yang disusun sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien.

2.4.5 Evaluasi

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai, pada bagian evaluasi ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga akan timbul masalah baru pada pasien sesuai dengan kondisi

situasional pasien setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan seluruh masalah keperawatan yang muncul dapat teratasi.

2.5 WOC (Web Of Caution) TB Paru



↓
Dehidrasi
↓
Polidipsi
↓

Resiko Syok

Sumber :

(Nurarif, 2016)(Caroline Bunker, 2017)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada pasien Tn. D dengan Diagnosis Medis TB Paru+Diabetes Melitus Type 2, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 26-04-2021 jam 08.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien, keluarga pasien, observasi, dan file No. Register 666XXX sebagai berikut:

3.1 PENGKAJIAN

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang laki-laki bernama Tn. D umur 47 tahun, pasien beragama islam dan mempunyai riwayat pendidikan SMP, pasien bekerja sebagai Wiraswasta, pasien beralamatkan di Simo Kalangan, pasien memiliki 2 anak dan mempunyai istri. Pasien MRS pada tanggal 20 April 2021 pada jam 09.00 WIB dengan nomer registrasi 666XXX

3.1.2 Keluhan Utama

Pasien mengatakan sesak nafas.

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Tn. D datang ke IGD RSPAL Surabaya pada tanggal 20 April 2021 jam 09.00 WIB dengan keluhan batuk dan sesak . sejak 1 minggu yang lalu, Sesak nafas dirasakan seperti penuh dan berat saat menarik nafas. Sesak nafas timbul saat pasien batuk-batuk terlebih dahulu dan berdurasi kurang dari 5 menit. Sesak

juga tidak dipengaruhi saat aktifitas tetapi kadang bisa sampai membangunkan pasien saat tidur jika sedang batuk. Dalam satu minggu ini juga pasien merasakan demam, pasien tidak mengukur berapa suhunya. Demam dirasakan sepanjang hari, pasien hanya mengkonsumsi paracetamol 500mg untuk menurunkan suhu dan suhu kembali tinggi.

Pasien juga mengatakan 3 bulan SMRS mengalami batuk berdahak, dahak berwarna kuning tidak ada darah. Batuk biasanya lebih parah saat malam hari. Pasien mengaku hanya mengkonsumsi obat syrup benadryl dan minum jeruk nipis untuk meringankan batuknya. Batuk dirasakan sangat mengganggu aktifitasnya. Dirasakan juga lemas-lemas dan pegal-pegal pada seluruh tubuh dan sepanjang hari. Tidak ada faktor yang memperburuk maupun yang memperbaiki.

Pasien juga mengatakan bahwa frekwensi buang air kecil yang sangat sering . Di IGD pasien mendapatkan tindakan pemeriksaan TTV, EKG, Tes Darah, Swab antigen dan Tindakan pemasangan infus dan Oksigen , Suhu 37,5⁰C , GD 380 mg/dL dan hasil swab di nyatakan negatif ,di karenakan keluhan pasien dan musim pandemi Virus Corona pasien di isolasi selama 3 hari di gedung pintar Rspal dan kemudian di pindahkan ke ruang H1 setelah menjalankan tes PCR yang hasilnya negatif.

Pada tanggal 23 April 2021 pasien di pindahkan keruang rawat inap H1 dan dilakukan pengkajian ulang didapatkan hasil pasien mengeluhkan sesak nafas dan berikan tindakan pemberian oksigen dengan Nasal Canul 4 lpm, dilakukan tindakan nebulizer. Pada tanggal 24 April 2021 pasien mendapatkan tindakan cek GDA akan tetapi hasilnya belum keluar dan dilakukan tindakan pemberian obat

Acetylcysteine 200 mg 3x1 capsul, Ventolin Nebul 2,5 mg 3x1, Injeksi IV Levofloxacin 750 mg.

Pada tanggal 25 April 2021 hasil cek GDA sudah keluar dengan nilai 152 mg/dl dan diberikan injeksi insulin Novorapid 3x4 SC, Lantus 10 IU SC. Dan akan dilakukan pemantauan terhadap GDA pasien dan dilakukan pemeriksaan Albumin didapatkan hasil 3,38 mg/dl.

Pada tanggal 26 April 2021 dilakukan pengkajian didapatkan hasil pasien mengeluhkan nyeri dada sebelah kiri, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala 4 dan menetap selama 5 menit. Dan dilakukan pemeriksaan Laboratorium GDA 152 mg/dl, BUN 6 mg/dl, SGOT 17 U/l, SGPT 79 U/l, Kreatinine 0,9 mg/dl.

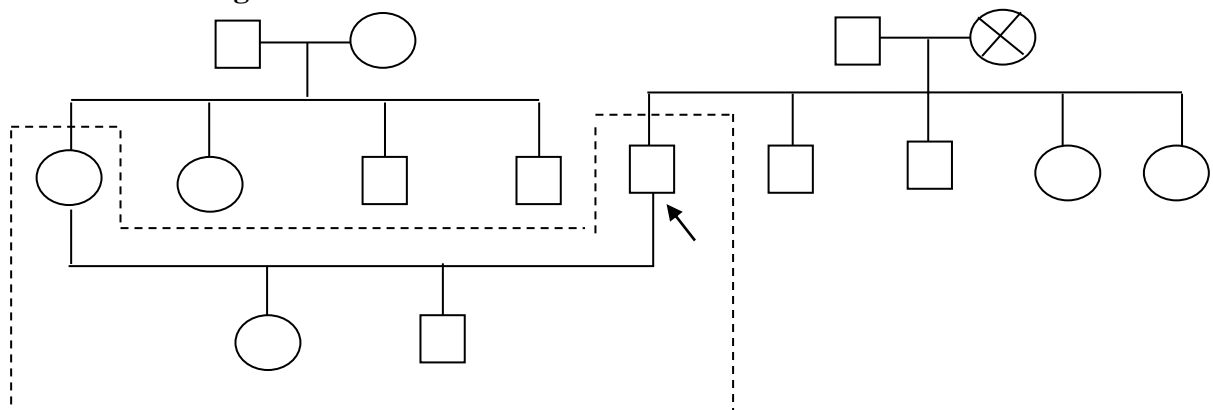
3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Tn. D mengatakan pernah MRS dengan Typhoid pada th 2018.





3.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga

Tn. D mengatakan keluarganya tidak ada yang menderita penyakit seperti pasien sekarang ini kecuali ibunya memiliki penyakit DM.

3.1.6 Genogram



Keterangan :

-  : Perempuan
 : Laki-Laki
 : Pasien Tn. D
 ----- : Tinggal Serumah
 : Meninggal

3.1.7 Riwayat Alergi

Tn. D mengatakan tidak ada riwayat alergi obat- obatan maupun makanan.

3.1.8 Keadaan Umum

Keadaan umum pasien lemah, pucat, tirah baring, kesadaran compos mentis dengan GCS 456.

3.1.9 Tanda-tanda Vital

TTD : 127/69 mmHg, Nadi : 116x/menit, RR : 26x/menit, Suhu : 38,3°C, SPO2 : 96%. Antropometri TB : 178 cm, BB SMRS : 84 kg, BB MRS : 74 kg.

3.1.10 Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

1. B1. Breathing (Pernafasan)

Bentuk dada Normochest, pergerakan dinding dada simetris, pasien tidak menggunakan otot bantu nafas cuping hidung, irama nafas vesikuler, pola nafas reguler, taktil atau vocal fremitus teraba, saat dilakukan tindakan auskultasi didapatkan suara nafas tambahan ronchi di semua lapang paru,

ada sesak nafas, terdapat batuk, terdapat sputum berwarna kuning khas, tidak ada sianosis, kemampuan aktivitas pasien saat sesak kadang terpengaruh dan bisa membangunkan pasien saat tidur jika sedang batuk, RR pasien 26x/menit, Terpasang 02 Nassal canul 4lpm, nafas dangkal dan cepat.

Masalah Keperawatan : Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif (SDKI, D.0001 Hal-18)

2. B2. Blood (Sirkulasi)

Ictus cordis teraba di ICS 5 mid clavikula, irama jantung pasien reguler, terdapat nyeri dada saat batuk P : Nyeri saat batuk, Q : Seperti ditusuk-tusuk, R : dibagian dada kiri, S : 4 (0-10), T : Menetap selama 5 menit. Bunyi jantung S1-S2 tunggal, tidak terdapat bunyi jantung tambahan, CRT <2 detik, akral hangat kering merah, nadi teraba kuat 116x/menit, tidak ada oedema, tidak ada hepatomegali.

Masalah Keperawatan : Nyeri Akut (SDKI, D.0077 Hal-172)

3. B3. Brain (Persyarafan)

Didapatkan pasien kesadaran compos mentis, GCS 456, reflek fisiologis Bicep : +/+, Triceps : +/+, Patella : +/+, reflek patologis kaku kuduk : -/-, Bruzinski I : -/-, Bruzinski II : -/-, Kernig : -/.

- a. Nervus Olfactorius, pada pasien didapatkan dapat membedakan bau makanan.

- b. Nervus Optik, pada pasien didapatkan pengelihatannya jelas, lapang pandang kesegala arah.
- c. Nervus Okulomotorius, pada pasien didapatkan pasien dapat membuka mata secara spontan, berkedip spontan.
- d. Nervus Traklear, pada pasien didapatkan pasien dapat menggerakkan bola mata kekanan dan kekiri.
- e. Nervus Trigeminal, pada pasien didapatkan pasien dapat membuka rahang saat berbicara, bentuk bibir simetris.
- f. Nervus Abduksen, pada pasien didapatkan pasien mampu menggerakkan bola mata keatas dan kebawah, kesamping kiri dan kesamping kanan.
- g. Nervus Fasialis, pada pasien didapatkan dapat membuka rahang saat berbicara, pengucapan kalimat jelas, tidak terdapat hipersalivasi.
- h. Nervus Vestibulokolearis, pada pasien didapatkan pasien tidak mengalami masalah dalam pendengaran, tidak didapatkan penggunaan alat bantu dengar.
- i. Nervus Glossofaringeus, pada pasien didapatkan pasien tidak mengalami gangguan menelan, nafsu makan menurun, porsi makan $\frac{1}{4}$ porsi habis.
- j. Nervus Vagus, pada pasien didapatkan pasien tidak mengalami gangguan menelan, tidak ada reflek muntah pada saat makan.
- k. Nervus Assesorius, pada pasien didapatkan pasien dapat mengangkat kedua tangan dan bahu, jari – jari tangan.
- l. Nervus Hipoglossus, pada pasien didapatkan pasien mampu menggerakkan lidah kekiri dan kekanan, kedepan, kebelakang dengan simetris (Setiadi, 2016)

Pada penciuman bentuk hidung simetris, terdapat septum nasal, tidak ada polip, wajah dan pengelihatan bentuk mata simetris, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, visus lapang pandang, segala arah. Pendengaran bentuk telinga simetris, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak ada gangguan, lidah pasien bersih, palatum bersih, uvula pasien tidak bengkak, tidak ada kesulitan menelan, afasia suara serak.

Masalah Keperawatan : Tidak Terdapat Masalah Keperawatan Pada B3

4. B4. Bladder (Perkemihan)

Pada pemeriksaan didapatkan pasien tidak terpasang kateter, pasien BAK spontan menggunakan pispot, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, eliminasi urin SMRS dengan frekuensi 15-17 kali dengan jumlah ± 3000 cc dengan warna kuning pekat, saat pasien MRS eliminasi urin dengan frekuensi 15-17 kali, dengan jumlah ± 3000 cc, dengan warna kuning pekat.

Masalah Keperawatan : Resiko Syok (SDKI, D.0039 Hal -92)

5. B5. Bowel (Pencernaan)

Pada pengkajian didapatkan mulut pasien bersih, membran mukosa pucat, pasien tidak menggunakan gigi palsu. Diet saat di RS. Pasien mendapatkan diet DM sebanyak 1250-1500 kkal dengan frekuensi 3x/sehari, nafsu makanan menurun, pasien tidak berminat makan dikarenakan ada mual, tetapi tidak mengalami muntah, tidak terpasang NGT, bentuk perut simetris, tidak ada pembesaran hepar, bising usus 17x/menit, BB SMRS 84kg dan BB MRS 74kg dan didapatkan IMT 23,4 . Rectum dan anus tidak terdapat riwayat hemoroid, Eliminasi Fekal SMRS frekuensi

1x/sehari dengan konsistensi padat lunak, warna merah kecoklatan. Eliminasi Fekal MRS frekuensi 1x/sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan. Pasien tidak terpasang coloctomi.

Masalah Keperawatan :Defisit Nutrisi (SDKI, D. 0019 Hal-56)

6. B6. Bone (Sistem Muskulos Skeletal dan Sistem Integumen)

Pada pengkajian didapatkan hasil pasien rambut dan kulit kepala bersih, tidak ada scabies, warna kulit sawo matang, turgor kulit elastic, kuku bersih, ROM tidak terbatas, tidak ada deformitas, tidak ada fraktur, didapatkan kekuatan otot

5555	5555
5555	5555

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan pada B6

7. Sistem Endokrin

Pada pasien didapatkan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, terdapat Hiperglikemia dengan hasil 152 mg/dl, tidak ada hipoglikemia, dan terdapat DM.

Masalah Keperawatan : Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (SDKI, D.0027 Hal-71)

3.1.11 Pengkajian Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola Persepsi Kesehatan

Pasien mengatakan tidak merokok dan tidak meminum-minuman beralkohol. Pasien berharap agar lekas sembuh dan cepat pulang.

2. Pola Nutrisi Metabolik

a. Pola makan

Sebelum masuk rumah sakit pola makan 3x sehari dengan jenis nasi diet bebas tidak ada pantangan dan porsi makan 1 porsi. Diit saat di RS. Pasien mendapatkan diit DM sebanyak 1250-1500 kkal dengan frekuensi 3x/sehari, nafsu makanan menurun, pasien tidak berminat makan dikarenakan ada mual, tetapi tidak mengalami muntah, jenis makanan yang didapat di Rs. adalah bubur lunak, tidak terpasang NGT, porsi makan $\frac{1}{4}$ porsi.

b. Pola minum

Frekuensi minum 10-12 gelas/hari dengan jumlah ± 3000 cc/ hari berjenis air putih.

3. Pola Eliminasi

a. Buang air besar

Saat dirumah pasien setiap hari 1x BAB dengan konsistensi padat dan lunak dengan warna kuning kecoklatan, selama dirumah sakit pasien setiap hari 1x BAB dengan konsistensi lunak dengan warna kuning kecoklatan.

b. Buang air kecil

Selama dirumah pasien BAK 15-17x/hari dengan jumlah ± 3000 cc/hari dengan warna kuning pekat. Selama dirumah pasien BAK 15-17x/hari dengan jumlah ± 3000 cc/hari dengan warna kuning pekat.

4. Pola Aktivitas dan Latihan

a. Kemampuan perawatan diri

Sebelum masuk rumah sakit pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri, setelah masuk rumah sakit aktivitas klien dibantu oleh keluarga, contoh mandi dengan diseka, berpakaian dan eliminasi.

b. Kebersihan diri

Sebelum masuk rumah sakit pasien; mandi sebanyak 2x/hari, keramas 1x/ 2 hari, ganti pakaian 2 x/hari, sikat gigi 2x/hari, memotong kuku 1x seminggu biasanya hari jumat. Selama masuk rumah sakit pasien dibantu sebagian oleh keluarga: mandi dibantu dengan diseka oleh keluarga, selama masuk rumah sakit belum keramas dan potong kuku, ganti pakaian dibantu oleh keluarga, sudah sikat gigi pagi ini.

c. Aktivitas sehari – hari

Pasien bekerja sebagai pegawai swasta.

d. Rekreasi

Pasien selama memiliki waktu luang untuk mengusir rasa bosan biasanya nontontv ,kewarkop dan pergi ke mall.

e. Olahraga

Pasien jarang berolahraga.

5. Pola Istirahat Dan Tidur

Pasien mengatakan tidur siang antara sekitar jam 12.00-14.00, sedangkan tidur malam sekitar jam 22.00-05.00, pasien mengatakan kadang terbangun karna batuk.

6. Pola Kognitif Perseptual

Pasien mengatakan belum pernah sakit seperti ini sebelumnya. Bahasa yang digunakan sehari – hari oleh pasien yaitu bahasa Jawa dan Indonesia. Fungsi penglihatan pasien normal, pasien tidak menggunakan kacamata, pasien mampu melihat jam yang ada di dinding, fungsi pendengaran pasien normal serta pasien mampu merespon dan menjawab setiap pertanyaan yang diajukan perawat dengan baik, pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

7. Pola Persepsi Diri

a. Gambaran diri

Pasien mengatakan menerima keadaan saat ini dan sadar bahwa semua ini adalah cobaan dan takdir dari Tuhan.

b. Identitas diri

Pasien mengatakan bahwa dia seorang laki-laki berusia 47 tahun, berasal dari suku Jawa/ Indonesia, bahasa yang digunakan sehari – hari adalah Bahasa Indonesia dan Jawa.

c. Peran diri

Pasien mengatakan bahwa dia adalah anak ke 1 dari 5 bersaudara, pasien mengatakan bekerja sebagai pegawai swasta dan menikah serta memiliki 2 orang anak.

d. Ideal diri

Pasien berharap dan tak lupa berdoa agar lekas sembuh dan cepat pulang sehat seperti sedia kala.

e. Harga diri

Keluarga selalu memberikan dukungan dan motivasi kepada pasien.

8. Pola Peran-Hubungan

Keluarga selalu memberikan dukungan kepada pasien, selama dirawat di rumah sakit pasien selalu ditemani dan ditunggu oleh keluarganya. Tidak ada masalah keluarga mengenai biaya perawatan di rumah sakit karena biaya perawatan di rumah sakit ditanggung oleh jaminan sosial (BPJS) ketenagakerjaan.

9. Pola Seksualitas-Reproduksi

Pasien tidak melakukan pemeriksaan testis setiap bulan, dan pasien tidak ada masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit.

10. Pola Koping-Toleransi stress

Pasien mengatakan sejak 1 minggu yang lalu, Sesak nafas dirasakan seperti penuh dan berat saat menarik nafas. Sesak nafas timbul saat pasien batuk-batuk terlebih dahulu dan berdurasi kurang dari 5 menit dan mengeluh nyeri dada sebelah kiri, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala 4 (0-10) dan menetap selama 5 menit. Pasien belum pernah sakit seperti ini sebelumnya dan pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat DM, TB, Jantung dan Hipertensi, Pasien berharap agar lekas sembuh dan cepat pulang.

11. Pola Nilai Kepercayaan

Pasien beragama islam, mengatakan sakit ini adalah ujian dari Allah SWT dan semua penyakit pasti ada obatnya jika mau bersabar.

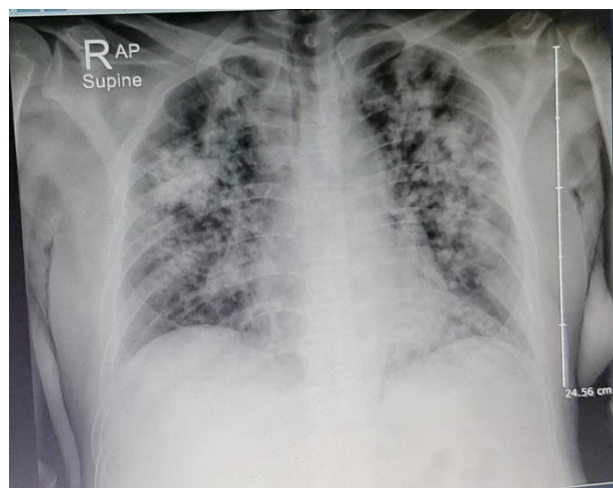
3.1.12. Data Penunjang

Tabel.3.1 Tabel Data Penunjang

Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Normal
Pemeriksaan tanggal 25 April 2021			
Albumin	3,38	mg/dl	3,40 – 4,80
Pemeriksaan tanggal 26 April 2021			
GDA	152	mg/dL	< 120,0
BUN	6	mg/dL	10,0– 24.0
SGOT	117	U/I	0– 50
SGPT	79	U/I	0 – 50
Kreatinine	0,9	mg/dL	0,6 – 1,5

Foto Thorax pada tanggal 20 April 2021



Keterangan :Fibroinfiltrat + infiltrat granuler kedua lapang paru

3.1.13. Terapi Medis

Tabel 3.2 Terapi Medis

Terapi/ Tindakan Lain-lain:

Tgl: 26 April 2021

No.	Terapi	Dosis	Indikasi	Kontrak Indikasi	Rute
Pemberian Terapi tanggal 26 April 2021					
1	NS : Martos	2: 1/24 jam	Cairan tubuh	Hipersensitivitas	IVFD
2	Lantus	0-0-10 IU	DM	Hipersensitivitas pada obat ini dan pasien Hipoglikemi	SC
3	Novorapid	3 x 4 IU	Menurunkan Gula Darah	Hipersensitivitas pada obat ini dan pasien Hipoglikemi	SC
4	Levofloxacin	1 x 750 mg	Mencegah Infeksi	Hipersensitivitas, Hamil dan laktasi	IV
5	Acetylcystein	3 x 200 mg	Mengencerkan dahak	Hipersensitivitas	Oral
6	Fluconazol	1 x 150 mg	Anti Jamur	Hipersensitivitas terhadap triazol	Oral
7	Ventolin	3 x 1 amp	Saluran pernafasan	Hipersensitivitas , alergi terhadap zat aktif	Nebul
8	Ondancentron	2 x 8 mg	Mengatasi nyeri	Hipersensitivitas	IV

Surabaya, 26 April 2021



DWI WASITO ADI

3.2 Analisa Data

Tabel 3.3 Analisa data

DATA/ FAKTOR RESIKO	ETIOLOGI	MASALAH/ PROBLEM
<p>DS : Pasien mengatakan sesak nafas</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batuk tidak efektif - Terdapat sputum berwarna kuning khas - Terdapat ronchi disemua lapang paru - RR : 26x/menit - SPO2 96% - Terpasang O2 Nasal 4lpm - Nafas dangkal dan cepat 	<p><i>Hipersekresi Jalan Nafas</i></p>	<p>Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif (SDKI, D.0001 Hal-18)</p>
<p>DS : Pasien mengatakan nyeri dada kiri saat batuk dan mual</p> <ul style="list-style-type: none"> - P : Nyeri saat batuk - Q : Seperti ditusuk-tusuk - R : dibagian dada kiri - S : 4 (0-10) - T : Menetap selama 5 menit. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat meringis 	<p><i>Agen Pencedera Fisik</i></p>	<p>Nyeri Akut (SDKI, D.0077 Hal-172)</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Bersikap protektif - Frekuensi nadi meningkat 116x/menit 		
<p>DS : Pasien mengatakan badannya mengalami demam</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu : 38,3°C - Kulit pasien terasa hangat 	<p><i>Proses Penyakit (Infeksi)</i></p>	<p>Hipertermia (SDKI, D.0130 Hal-284)</p>
<p>DS : Pasien mengatakan nafsu makan menurun dikarenakan mual tetapi tidak muntah</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. BB SMRS : 84 kg, BB MRS : 74 kg IMT 23,4 B. Albumin 3,38 mg/dl C. Membran mukosa pucat D. Nafsu makan berubah pasien hanya menghabiskan ¼ porsi saja 	<p><i>Faktor Psikologis (Stress)</i></p>	<p>Defisit Nutrisi (SDKI, D.0019 Hal-56)</p>
<p>DS : Pasien mengatakan mudah lesu, dan haus meningkat</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - GDA 152 mg/dl - Frekuensi Eliminasi 		

<p>uri sebanyak 15-17x sehari dengan jumlah \pm3000 cc, dengan warnakuning pekat.</p> <p>- Frekuensi minimum 10 x/hari gelas sehari dengan jumlah \pm 2500cc/hari</p>	<p><i>Disfungsi Pankreas</i></p>	<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (SDKI, D.0027 Hal-71)</p>
---	----------------------------------	---

3.3 Prioritas Masalah

Tabel 3.4 Prioritas Masalah

No.	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan <i>Hipersekresi Jalan Nafas</i> (SDKI, D.0001 Hal-18)	26-04-2021	28-04-2021	
2.	Nyeri Akut berhubungan dengan <i>Agen Pencedera Fisik</i> (SDKI, D.0077 Hal-172)	26-04-2021	28-04-2021	
3.	Hipertermia berhubungan dengan <i>Proses Penyakit (Infeksi)</i> (SDKI, D.0130 Hal-284)	26-04-2021	28-04-2021	
4.	Defisit Nutrisi berhubungan dengan <i>Faktor Psikologis (Stress)</i> (SDKI, D.0019 Hal-56)	26-04-2021	28-04-2021	
5.	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan <i>Disfungsi Pankreas</i> (SDKI, D.0027 Hal-71)	26-04-2021	28-04-2021	

3.4 Perencanaan

Tabel. 3.5 Tabel Perencanaan

No.	Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan <i>Hipersekresi Jalan Nafas</i> <i>(SDKI, D.0001 Hal-18)</i>	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas pasien normal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk efektif meningkat 2. Ronchi menurun 3. Produksi sputum menurun 4. Frekuensi nafas membaik (16-20x/menit) <i>(SLKI, L.01001 Hal-18)</i>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Monitor bunyi nafas tambahan (ronchi, wheezing, mengi) 3. Monitor sputum (jumlah, warna) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan semi fowler-fowler <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan batuk efektif 2. Berikan Oksigen <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar mengetahui tanda dan gejala awal serta perubahan pola nafas pada pasien 2. Agar mengetahui bunyi nafas pasien jika mengalami gangguan 3. Agar mengetahui jumlah dan warna sputum pasien <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien tidak sesak nafas <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu pasien mengeluarkan dahak secara mandiri 2. Membantu pasien dalam bernafas <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obat inhalasi untuk

				ekspektoran <i>(SIKI, 1.01011 Hal-186)</i>	membantu mengencerkan dahak
2.	Nyeri Akut berhubungan dengan <i>Agen Pencedera Fisik (SDKI, D.0077 Hal-172)</i>	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 diharapkan Nyeri Akut pasien dapat berkurang	1. Keluhan nyeri menurun (0-10) 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Frekuensi membaik (60- 100x/menit) <i>(SLKI, L.080066 Hal- 145)</i>	Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasinyeri non- verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1. Control lingkungan yang memperberat kualitas nyeri Edukasi 1. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	Observasi 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui skala nyeri pada pasien 3. Untuk mengetahui respon nyeri non- verbal 4. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1. Untuk mengetahui lingkungan yang memperberat kualitasnyeri Edukasi 1. Untuk mengetahui apakah pasien mampu memonitor nyeri secara mandiri




				Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgesic <i>(SIKI, 1.08238 Hal-201)</i>	Kolaborasi 1. Pemberian obat anti nyeri
3.	Hipertermia berhubungan dengan <i>Proses Penyakit (Infeksi)</i> <i>(SDKI, D.0130 Hal-284)</i>	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Hipertermia pada pasien menurun	1. Suhu tubuh menurun (36,5-37,5 °C) 2. Suhu kulit membaik 3. Takikardia menurun (60-100x/menit) <i>(SLKI, L.14134 Hal-129)</i>	Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh Terapeutik 1. Berikan cairan oral Edukasi 1. Anjurkan tirah baring Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan elektrolit intravena <i>(SIKI, 1.15506 Hal-181)</i>	Observasi 1. Untuk mengetahui penyebab hipertemia 2. Untuk mengetahui suhu tubuh Terapeutik 1. Untuk membantu pasien dalam kebutuhan cairan melalui oral Edukasi 1. Agar pasien mampu beristirahat dengan baik Kolaborasi 1. Pemberian obat penurun panas melalui intravena
4.	Defisit Nutrisi berhubungan dengan <i>Faktor Psikologis (Stress)</i>	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Defisit Nutrisi pada pasien dapat	1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat (@1porisi) 2. Berat badan membaik	Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Monitor asupan makanan	Observasi 1. Untuk mengidentifikasi status nutrisi pada pasien 2. Untuk memonitor






	<i>(SDKI, D.0019 Hal-56)</i>	membaik	<p>3. IMT membaik (18,5-25,0)</p> <p>4. Serum Albumin meningkat (3,40 – 4,80 mg/dl)</p> <p>5. Membran mukosa membaik</p> <p>6. Nafsu makan membaik (3x/ hari)</p> <p><i>(SLKI, L.03030 Hal-121)</i></p>	<p>3. Monitor Berat badan</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Lakukan oral hygiene sebelum makan</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan</p> <p><i>(SIKI, 1.03119 Hal-200)</i></p>	<p>asupan makanan yang dikonsumsi oleh pasien</p> <p>3. Untuk memonitor berat badan pasien apakah mengalami perbaikan</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Untuk menjaga kebersihan oral pasien guna meningkatkan asupan makanan pada pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Untuk membantu pasien dan keluarga dalam menentukan diet pasien</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Pemberian obat untuk membantu memperbaiki status nutrisi pasien</p>
5.	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Ketidakstabilan	<p>1. Kadar Glukosa Dalam Darah membaik (< 120,0 g/dl)</p> <p>2. Jumlah urine</p>	<p>Observasi</p> <p>1. Monitor Kadar Glukosa Darah</p>	<p>Observasi</p> <p>1. Untuk memonitor Kadar Glukosa Darah pasien apakah mengalami perbaikan</p>









	<p><i>Disfungsi Pankreas</i> <i>(SDKI, D.0027 Hal-71)</i></p>	<p>Kadar Glukosa Darah pada pasien dapat membaik</p>	<p>membaik (1-1,8L) 3. Rasah haus menurun (8 gelas) 4. Lelah dan lesu menurun <i>(SLKI, L.03022 Hal-43)</i></p>	<p>2. Monitor tanda dan gejala Hiperglikemia</p> <p>Terapeutik 1. Berikan asupan cairan oral</p> <p>Edukasi 1. Anjurkan memonitor Kadar Glukosa Darah secara mandiri 2. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</p> <p>Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian insulin <i>(SIKI, 1.03115 Hal-180)</i></p>	<p>2. Untuk mengetahui tanda dan gejala Hiperglikemia apabila terjadi pada pasien</p> <p>Terapeutik 1. Untuk membantu pasien memenuhi asupan cairan oral</p> <p>Edukasi 1. Untuk membantu mengetahui Kadar Glukosa Darah pada pasien secara mandiri 2. Agar pasien patuh terhadap diet dan olahraga yang sudah dianjurkan</p> <p>Kolaborasi 1. Pemberian obat insulin guna mengontrol Kadar Gula Darah pada pasien</p>
--	---	--	---	---	---






3.5 Implementasi dan Evaluasi








Tabel 3.6 Tabel Implementasi dan Evaluasi






No . Dx	Hari. Tgl/Jam	Implementasi	Paraf	No. Dx	Hari, Tgl/Jam	Evaluasi	Paraf
1	Senin 26/04/2021 08.00	1. Memberikan Oksigen - Terpasang nasal canul 02 4lpm		DX 1	<u>Dinas Pagi</u> Senin 26/04/2021 14.00	S : Pasien mengatakan sesak nafas dan batuk O : - Batuk tidak efektif (2) - Terdapat sputum (2) - Terdapat ronchi - RR : 26x/ menit - Terpasang O2 Nasal canul 4lpm - SPO2 96% - Nafas dangkal dan cepat	
1	08.10	2. Memonitor pola nafas pasien - Pasien masih sesak nafas - Nafas dangkal dan cepat - RR : 26x/menit 3. Memonitor bunyi nafas tambahan - Saat dilakukan Auskultasi masih terdengar suara nafas ronchi semua lapang paru				A : Masalah belum tertasi P : Intervensi dilanjutkan - Observasi 1,2,3 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 - Kolaborasi 1	


2	08.15	<p>4. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri)</p> <ul style="list-style-type: none"> - P : Nyeri saat batuk - Q : Seperti ditusuk-tusuk - R : dibagian dada kiri - T : Menetap selama 5 menit. 		DX 2	<u>Dinas Pagi</u> Senin 26/04/2021 14.00	<p>S : Pasien mengatakan nyeri dada kiri saat batuk dan mual</p> <ul style="list-style-type: none"> - P : Nyeri saat batuk (2) - Q : Seperti ditusuk-tusuk (2) - R : dibagian dada kiri (2) - S : 4 (0-10) - T : Menetap selama 5 menit (2) <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat meringis (3) - Bersikap protektif (3) - Frekuensi nadi meningkat 116x/menit <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1,2,3,4 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 - Kolaborasi 1 		
2	08.15	<p>5. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - S : 4 (0-10) 						
2	08.20	<p>6. Mengidentifikasi nyeri non-verbal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat meringis - Bersikap protektif 						
2	08.25	<p>7. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingannya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri dada kiri saat 						






		batuk dan mual		DX 3	<u>Dinas Pagi</u> Senin 26/04/2021 14.00	S : Pasien mengatakan badannya mengalami demam	
2	08.40	8. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri					
2	09.00	9. Mengontrol lingkungan yang memperberat kualitas nyeri				O : - TTD : 127/69 mmHg - Nadi : 116x/menit - RR : 26x/menit - Suhu : 38,3°C - SPO2 : 96%. - Frekuensi nadi meningkat 116x/menit - Kulit pasien terasa hangat	
1	09.10	10. Mengkolaborasi tindakan - Nebulizer ventolin 2,5 mg : 2 cc NaCl					
1	09.15	11. Mengajarkan pasien batuk efektif					
1	09.20	12. Memonitor keluaran sputum pasien - Terdapat sputum berwarna kuning khas dengan cukup banyak				A : Masalah belum tertatasi	
1	09.25	13. Memberikan posisi Semifowler selama ±30 menit				P : Intervensi dilanjutkan - Observasi 1,2 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 - Kolaborasi 1	
3	09.30	14. Mengidentifikasi penyebab hipertermia					








		<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor suhu tubuh - TTD : 127/69 mmHg - Nadi : 116x/menit - RR : 26x/menit - Suhu : 38,3°C 		DX 4	<u>Dinas Pagi</u> Senin 26/04/2021 14.00	<p>S : Pasien mengatakan nafsu makan menurun dikarenakan mual tetapi tidak muntah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB SMRS : 84 kg, BB MRS : 74 kg IMT 23,4 - Membran mukosa pucat - Albumin 3,38 mg/dl - Nafsu makan berubah pasien hanya menghabiskan ¼ porsi saja - Frekuensi minum 10gelas /hari dengan jumlah ± 2500cc/hari <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1,2,3 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 		
3	09.35	15. Melakukan oral hygiene sebelum makan						
3	08.30	16. Mengkolaborasi pemberian medikasi sebelum makan						
		<ul style="list-style-type: none"> - Lantus0-0-10 IU (SC) 						
3	09.40	17. Mengidentifikasi status nutrisi						
		<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mendapatkan Diit DM berupa nasi halus 						
3	09.50	18. Memonitor asupan makanan						
		<ul style="list-style-type: none"> - Nafsu makan berubah pasien hanya menghabiskan ¼ porsi saja 						







5	10.00	19. Memerikan asupan cairan oral - Menganjurkan pasien mengkonsumsi susu rendah glukosa		DX 5	Dinas Pagi Senin 26/04/2021 14.00	S : Pasien mengatakan mudah lesu, dan haus meningkat O : - GDA 152 mg/dl - Frekuensi Eliminasi uri sebanyak 15-17x sehari dengan jumlah \pm 3000 cc, dengan warna kuning pekat. - Frekuensi minum 10 gelas /hari dengan jumlah \pm 2500cc/hari A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan - Observasi 1,2 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 - Kolaborasi 1	
5	10.15	20. Memonitor Kadar Glukosa Darah - GDA 152 mg/dl					
4	10.20	21. Memonitor Berat badan - BB SMRS : 84 kg, BB MRS : 74 kg IMT 23,4					
5	10.30	22. Mengajarkan diet yang diprogramkan					
5	10.40	23. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga					
5	11.00	24. Memonitor tanda dan gejala Hiperglikemia - Frekuensi Eliminasi uri sebanyak 15-17x sehari dengan jumlah \pm 3000 cc, dengan warna kuning pekat.					








5	11.25	<ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi minum 10 gelas/hari dengan jumlah \pm 2500cc/hari <p>25. Menganjurkan memonitor Kadar Glukosa Darah secara mandiri</p>					
1,3,5	11.30	<p>26. Mengkolaborasikan pemberian obat analgesic</p> <ul style="list-style-type: none"> - Levofloxacin 1 x 750 mg (IV) - Ondancetron 2 x 8 mg (IV) 					
	11.40	<p>27. Mengkolaborasikan pemberian cairan Elektrolit intravena</p> <ul style="list-style-type: none"> - NS : Martos2: 1/24 jam (IVFD) 					
	11.50	<p>28. Mengkolaborasikan pemberian insulin</p> <ul style="list-style-type: none"> - Novorapid 3 x 4 IU (SC) 					
	12.00	<p>29. Mengkolaborasikan</p>					







3	12.20	tindakan pemberian obat - Acetylcystein 3x200 mg (Oral) - Fluconazol 1x150 mg (Oral) 30. Menganjurkan tirah baring					
---	-------	---	---	--	--	--	--


1	Senin 26/04/2021 15.00	1. Memonitor pola nafas pasien - Pasien masih sesak nafas - Nafas dangkal dan cepat - RR : 26x/menit		DX 1	<u>Dinas Sore</u> Senin 26/04/2021 21.00	S : Pasien mengatakan sesak nafas dan batuk O : - Batuk tidak efektif (2) - Terdapat sputum (2) - Terdapat ronchi - RR : 26x/ menit - Terpasang O2 Nasal canul 4lpm - SPO2 96% - Nafas dangkal dan cepat A : Masalah belum tertasi P : Intervensi dilanjutkan - Observasi 1,2,3 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 - Kolaborasi 1	
1	15.15	2. Memonitor bunyi nafas tambahan - Saat dilakukan Auskultasi masih terdengar suara nafas ronchi semua lapang paru					
2	15.25	3. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri) - P : Nyeri saat batuk - Q : Seperti ditusuk-tusuk - R : dibagian dada kiri - T : Menetap selama 5 menit.					
2	15.30	4. Mengidentifikasi skala nyeri					






2	15.35	<ul style="list-style-type: none"> - S : 4 (0-10) 5. Mengidentifikasi nyeri non-verbal - Pasien terlihat meringis - Bersikap protektif 		DX 2	<u>Dinas Sore</u> Senin 26/04/2021 21.00	S : Pasien mengatakan nyeri dada kiri saat batuk dan mual <ul style="list-style-type: none"> - P : Nyeri saat batuk (2) - Q : Seperti ditusuk-tusuk (2) - R : dibagian dada kiri (2) - S : 4 (0-10) - T : Menetap selama 5 menit (2) 	
2	15.45	<ul style="list-style-type: none"> 6. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperring nyeri - Pasien mengatakan nyeri dada kiri saat batuk dan mual 				O : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat meringis (3) - Bersikap protektif (3) - Frekuensi nadi meningkat 116x/menit 	
2	16.10	<ul style="list-style-type: none"> 7. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri 					
1	16.20	<ul style="list-style-type: none"> 8. Mengajarkan pasien batuk efektif 					
1	16.30	<ul style="list-style-type: none"> 9. Memonitor keluaran sputum pasien - Terdapat sputum berwarna kuning khas dengan cukup banyak 				A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1,2,3,4 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 - Kolaborasi 1 	
1	16.35	<ul style="list-style-type: none"> 10. Memberikan posisi Semifowler selama ± 30 					







3	16.40	<p>menit</p> <p>11. Mengidentifikasi penyebab hipertermia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor suhu tubuh - TTD : 120/80mmHg - Nadi : 114x/menit - RR : 26x/menit - Suhu : 38,0°C 		<u>DX</u> 3	<u>Dinas Sore</u> Senin 26/04/2021 21.00	<p>S : Pasien mengatakan badannya mengalami demam</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTD : 120/80mmHg - Nadi : 114x/menit - RR : 26x/menit - Suhu : 38,0°C - SPO2 : 96%. - Frekuensi nadi meningkat 116x/menit - Kulit pasien terasa hangat <p>A : Masalah belum tertatasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1,2 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 - Kolaborasi 1 		
3	16.50	<p>12. Melakukan oral hygiene sebelum makan</p>						
3	16.55	<p>13. Mengkolaborasi pemberian medikasi sebelum makan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lantus0-0-10 IU (SC) 						
3	17.05	<p>14. Mengidentifikasi status nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mendapatkan Diit DM berupa nasi halus 						
3	17.15	<p>15. Memonitor asupan makanan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nafsu makan berubah 						



		pasien hanya menghabiskan ¼ porsi saja		DX 4	<u>Dinas Sore</u> Senin 26/04/2021 21.00	S : Pasien mengatakan nafsu makan menurun dikarenakan mual tetapi tidak muntah O : - BB SMRS : 84 kg, BB MRS : 74 kg IMT 23,4 - Membran mukosa pucat - Albumin 3,38 mg/dl - Nafsu makan berubah pasien hanya menghabiskan ¼ porsi saja - Frekuensi minum 10 gelas/hari dengan jumlah ± 2500cc/hari A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan - Observasi 1,2,3 - Terapeutik 1 - Edukasi 1	
5	17.25	16. Memberikan asupan cairan oral - Menganjurkan pasien mengkonsumsi susu rendah glukosa					
5	17.35	17. Memonitor Kadar Glukosa Darah - GDA 152 mg/dl					
4	17.55	18. Memonitor Berat badan - BB SMRS : 84 kg, BB MRS : 74 kg IMT 23,4					
3	18.15	19. Mengajarkan diet yang diprogramkan					
3	18.30	20. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga					
5	18.45	21. Memonitor tanda dan gejala Hiperglikemia - Frekuensi Eliminasi uri sebanyak 15-17x sehari dengan jumlah ±3000 cc,					


		dengan warna kuning pekat.		DX 5	<u>Dinas Sore</u> Senin 26/04/2021 21.00	S : Pasien mengatakan mudah lesu, dan haus meningkat	
5	19.00	- Frekuensi minum 10 gelas/hari dengan jumlah ± 2500cc/hari 22. Mengajukan memonitor Kadar Glukosa Darah secara mandiri				O : - GDA 152 mg/dl - Frekuensi Eliminasi uri sebanyak 15-17x sehari dengan jumlah ±3000 cc, dengan warna kuning pekat.	
1,3,5	19.15	23. Mengkolaborasikan pemberian tindakan obat analgesic - Ondancetron 2 x 8 mg (IV)				- Frekuensi minum 10 gelas /hari dengan jumlah ± 2500cc/hari	
	19.30	24. Megkolaborasikan pemberian cairan Elektrolit intravena - NS : Martos2: 1/24 jam (IVFD)				A : Masalah belum teratasi	
	19.45	25. Mengkolaborasikan pemberian insulin - Novorapid 3 x 4 IU (SC)				P : Intervensi dilanjutkan - Observasi 1,2 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 - Kolaborasi 1	
	20.00	26. Mengkolaborasikan tindakan pemberian					


3	20.15	obat - Acetylcystein 3x200 mg (Oral) 27. Mengajukan tirah baring					
---	-------	--	---	--	--	--	--







1	Senin 26/04/2021 21.00	1. Memonitor pola nafas pasien - Pasien masih sesak nafas - Nafas dangkal dan cepat - RR : 26x/menit		DX 1	<u>Dinas</u> <u>Malam</u> Selasa, 27/04/2021 07.00	S : Pasien mengatakan sesak nafas dan batuk O : - Batuk tidak efektif (2) - Terdapat sputum (2) - Terdapat ronchi - RR : 26x/ menit - Terpasang O2 Nasal canul 4lpm - SPO2 96% - Nafas dangkal dan cepat A : Masalah belum tertasi P : Intervensi dilanjutkan - Observasi 1,2,3 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 - Kolaborasi 1	
1	21.15	2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri) - P : Nyeri saat batuk - Q : Seperti ditusuk-tusuk - R : dibagian dada kiri - T : Menetap selama 5 menit.					
2	21.30	3. Mengidentifikasi skala nyeri - S : 4 (0-10)					
2	21.33	4. Mengidentifikasi nyeri non-verbal - Pasien terlihat meringis					






3	21.40	<ul style="list-style-type: none"> - Bersikap protektif 5. Mengidentifikasi penyebab hipertermia - Memonitor suhu tubuh - TTD : 120/80mmHg - Nadi : 114x/menit - RR : 26x/menit - Suhu : 38,0°C 		DX 2	<u>Dinas</u> <u>Malam</u> Selasa, 27/04/2021 07.00	S : Pasien mengatakan nyeri dada kiri saat batuk dan mual <ul style="list-style-type: none"> - P : Nyeri saat batuk (2) - Q : Seperti ditusuk-tusuk (2) - R : dibagian dada kiri (2) - S : 4 (0-10) - T : Menetap selama 5 menit (2) 	
5	22.00	<ul style="list-style-type: none"> 6. Memberikan asupan cairan oral - Menganjurkan pasien mengkonsumsi susu rendah glukosa 				O : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat meringis (3) - Bersikap protektif (3) - Frekuensi nadi meningkat 114x/menit 	
3	22.05	<ul style="list-style-type: none"> 7. Menganjurkan tirah baring 				A : Masalah belum teratasi	
1,5	00.15	<ul style="list-style-type: none"> 8. Mengkolaborasikan pemberian insulin - Novorapid 3 x 4 IU (SC) 				P : Intervensi dilanjutkan <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1,2,3,4 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 - Kolaborasi 1 	
	07.00	<ul style="list-style-type: none"> 9. Mengkolaborasikan tindakan - Nebulizer Ventolin 2,5 mg 					








	07.10	<p>: 2 cc NaCl</p> <p>10. Mengkolaborasikan tindakan pemberian obat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acetilcystein 3 x 200 mg (Oral) 		<p>DX 3</p>	<p><u>Dinas</u> <u>Malam</u></p> <p>Selasa, 27/04/2021 07.00</p>	<p>S : Pasien mengatakan badannya mengalami demam</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTD : 120/80mmHg - Nadi : 114x/menit - RR : 24x/menit - Suhu : 37,9°C - SPO2 : 96%. - Frekuensi nadi meningkat 114x/menit - Kulit pasien terasa hangat <p>A : Masalah belum tertatasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1,2 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 - Kolaborasi 1 	
--	-------	---	---	-------------------------------	--	---	---







				DX 4	<u>Dinas</u> <u>Malam</u> Selasa, 27/04/2021 07.00	S : Pasi�n mengatakan nafsu makan menurun dikarenakan mual tetapi tidak muntah O : <ul style="list-style-type: none"> - BB SMRS : 84 kg, BB MRS : 74 kg IMT 23,4 - Membran mukosa pucat - Albumin 3,38 mg/dl - Nafsu makan berubah pasien hanya menghabiskan ¼ porsi saja - Frekuensi minum 10 gelas /hari dengan jumlah ± 2500cc/hari A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1,2,3 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 	
--	--	--	--	-----------------------	--	---	---




				DX 5	<u>Dinas</u> <u>Malam</u> Selasa, 27/04/2021 07.00	S : Pasi�n mengatakan mudah lesu, dan haus meningkat O : <ul style="list-style-type: none"> - GDA 152 mg/dl - Frekuensi Eliminasi uri sebanyak 15-17x sehari dengan jumlah \pm3000 cc, dengan warna kuning pekat. - Frekuensi minum 10 gelas /hari dengan jumlah \pm 2500cc/hari A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1,2 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 - Kolaborasi 1 	
--	--	--	--	-----------------------	--	---	---






1	Selasa , 27/04/2021 08.00	1. Memonitor pola nafas - Pasien sesak nafas sedikit berkurang		DX 1	<u>Dinas Pagi</u> Selasa, 27/04/2021 14.00	S : Pasien mengatakan sesak nafas dan batuk sedikit berkurang	
1	08.02	2. Memonitor bunyi nafas tambahan - Saat dilakukan Auskultasi masih terdengar suara nafas ronchi semua lapang paru				O : - Batuk tidak efektif (3) - Terdapat sputum (3) - Terdapat ronchi - RR : 24x/ menit	
2	08.10	3. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri) - P : Nyeri saat batuk - Q : Seperti ditusuk-tusuk - R : dibagian dada kiri - T : Menetap selama 5 menit.				- Terpasang O2 Nasal Canul 3 lpm lepas pasang - SPO2 99% - Nafas dangkal dan cepat	
2	08.14	4. Mengidentifikasi skala nyeri - S : 4 (0-10)				A : Masalah tertasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan - Observasi 1,2,3 - Edukasi 1 - Kolaborasi 1	
2	08.15	5. Mengidentifikasi nyeri non-					








		verbal		DX 2	<u>Dinas Pagi</u>	S : Pasien mengatakan nyeri dada kiri saat batuk dan mual sedikit berkurang	
2	08.25	- Pasien terlihat meringis - Bersikap protektif 6. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingannya - Pasien mengatakan nyeri dada kiri saat batuk dan mual sedikit berkurang			Selasa, 27/04/2021 14.00	- P : Nyeri saat batuk sedikit berkurang (3) - Q : Seperti ditusuk-tusuk (3) - R : dibagian dada kiri (3) - S : 4 (0-10) - T : Menetap selama 3 menit (3)	
3	08.35	7. Mengidentifikasi penyebab hipertermia - Memonitor suhu tubuh - TTD : 120/80 mmHg - Nadi : 110x/menit - RR : 24x/menit - Suhu : 37,9°C				O : - Pasien terlihat sedikit meringis (4) - Bersikap protektif sedikit berkurang (4) - Frekuensi nadi meningkat 110x/menit	
2	08.45	8. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri				A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	
1	09.05	9. Mengkolaborasi tindakan - Nebulizer ventolin 2,5 mg :				- Observasi 1,2,3,4 - Kolaborasi 1	







		2 cc NaCl		DX 3	<u>Dinas Pagi</u> Selasa, 27/04/2021 14.00	S : Pasien mengatakan demam nya sudah turun	
1	09.15	10. Mengajarkan batuk efektif					
1	09.25	11. Memonitor sputum - Terdapat sputum berwarna kuning khas dengan cukup banyak				O : - TTD : 120/89mmHg - Nadi : 110x/menit - RR : 24x/menit - Suhu : 37,9°C - SPO2 : 99%. - Frekuensi nadi meningkat 110x/menit - Kulit pasien terasa hangat	
4	09.45	12. Melakukan oral hygiene sebelum makan					
5	10.00	13. Memonitor tanda dan gejala Hiperglikemia - Frekuensi Eliminasi uri sebanyak 15-17x sehari dengan jumlah ±3000 cc, dengan warna kuning pekat. - Frekuensi minum 10 gelas /hari dengan jumlah ± 2500cc/hari				A : Masalah belum tertatasi P : Intervensi dilanjutkan - Observasi 1,2 - Terapeutik 1 - Kolaborasi 1	
4	10.10	14. Mengkolaborasi pemberian medikasi sebelum makan - Lantus0-0-10 IU (SC)					
4	10.15	15. Mengidentifikasi status					







		nutrisi		DX 4	<u>Dinas Pagi</u> Selasa, 27/04/2021 14.00	S : Pasien mengatakan nafsu makan menurun dikarenakan mual tetapi tidak muntah	
4	10.20	- Pasien mendapatkan Diit DM berupa nasi halus 16. Memonitor asupan makanan				O : - BB SMRS : 84 kg, BB MRS : 74 kg IMT 23,4 - Membran mukosa pucat	
5	10.30	- Nafsu makan berubah pasien hanya menghabiskan 1/4 porsi saja 17. Memonitor Kadar Glukosa Darah				- Albumin 3,38 mg/dl - Nafsu makan berubah pasien hanya menghabiskan 1/4 porsi saja	
4	10.50	- GDA 152 mg/dl 18. Memonitor Berat badan				- Frekuensi minum 10gelas /hari dengan jumlah \pm 2500cc/hari	
1,3,5	11.30	- BB SMRS : 84 kg, BB MRS : 74 kg IMT 23,4 19. Memberikan cairan oral				A : Masalah teratasi sebagian	
		- Acetylcystein 3 x 200 mg (Oral) - Fluconazol 1 x 150 mg (Oral)				P : Intervensi dilanjutkan - Observasi 1,2,3 - Terapeutik 1 - Kolaborasi 1	
	12.00	20. Mengkolaborasikan pemberian tindakan obat analgesic					







		<ul style="list-style-type: none"> - Levofloxacin 1 x 750 mg (IV) - Ondancentron 2 x 8 mg (IV) 		DX 5	<u>Dinas Pagi</u> Selasa, 27/04/2021 14.00	<p>S : Pasien mengatakan lesu, dan haus sedikit berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - GDA 140 mg/dl - Frekuensi Eliminasi uri sebanyak 15-17x sehari dengan jumlah \pm3000 cc, dengan warna kuning pekat. - Frekuensi minum 10gelas /hari dengan jumlah \pm 2500cc/hari <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1,2 - Terapeutik 1 - Kolaborasi 1 - Edukasi 1 		
	12.15	21. Mengkolaborasikan pemberian cairan						
	12.30	Elektrolit intravena - NS : Martos2: 1/24 jam (IVFD)						
		22. Mengkolaborasikan pemberian insulin						
		- Novorapid 3 x 4 IU (SC)						






1	Selasa, 27/04/2021 15.00	1. Memonitor pola nafas pasien - Pasien masih sesak nafas - Nafas dangkal dan cepat - RR : 24x/menit		DX 1	<u>Dinas Sore</u> Selasa, 27/04/2021 21.00	S : Pasien mengatakan sesak nafas dan batuk sedikit berkurang O : - Batuk tidak efektif (3) - Terdapat sputum (3) - Terdapat ronchi - RR : 24x/ menit - Terpasang O2 Nasal Canul 3lpm - SPO2 99% - Nafas dangkal dan cepat A : Masalah belum tertasi P : Intervensi dilanjutkan - Observasi 1,2,3 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 - Kolaborasi 1	
1	15.15	2. Memonitor bunyi nafas tambahan - Saat dilakukan Auskultasi masih terdengar suara nafas ronchi semua lapang paru					
2	15.25	3. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri) - P : Nyeri saat batuk - Q : Seperti ditusuk-tusuk - R : dibagian dada kiri - T : Menetap selama 5 menit.					
2	15.30	4. Mengidentifikasi skala nyeri					







2	15.35	<ul style="list-style-type: none"> - S : 4 (0-10) 5. Mengidentifikasi nyeri non-verbal - Pasien terlihat meringis - Bersikap protektif 		DX 2	<u>Dinas Sore</u> Selasa, 27/04/2021 21.00	S : Pasien mengatakan nyeri dada kiri saat batuk dan muasledikit berkurang <ul style="list-style-type: none"> - P : Nyeri saat batuk (3) - Q : Seperti ditusuk-tusuk (3) - R : dibagian dada kiri (3) - S : 3 (0-10) - T : Menetap selama 3menit (3) O : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat meringis (4) - Bersikap protektif (4) - Frekuensi nadi meningkat 110x/menit A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1,2,3,4 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 - Kolaborasi 1 	
2	15.45	<ul style="list-style-type: none"> 6. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Pasien mengatakan nyeri dada kiri saat batuk dan mual 					
2	16.10	<ul style="list-style-type: none"> 7. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri 					
1	16.20	<ul style="list-style-type: none"> 8. Mengajarkan pasien batuk efektif 					
1	16.30	<ul style="list-style-type: none"> 9. Memonitor keluaran sputum pasien - Terdapat sputum berwarna kuning khas dengan cukup banyak 					
1	16.35	<ul style="list-style-type: none"> 10. Memberikan posisi Semifowler selama ± 30 					






		menit		DX 3	<u>Dinas Sore</u> Selasa, 27/04/2021 21.00	S : Pasien mengatakan demam sudah menurun O : - TTD : 110/70mmHg - Nadi : 110x/menit - RR : 24x/menit - Suhu : 37,9°C - SPO2 : 99%. - Frekuensi nadi meningkat 110x/menit - Kulit pasien terasa hangat A : Masalah belum tertatasi P : Intervensi dilanjutkan - Observasi 1,2 - Terapeutik 1 - Edukasi 1	
3	16.40	11. Mengidentifikasi penyebab hipertermia - Memonitor suhu tubuh - TTD : 120/89 mmHg - Nadi : 110x/menit - RR : 24x/menit - Suhu : 37,9°C					
3	16.50	12. Melakukan oral hygiene sebelum makan					
3	16.55	13. Mengidentifikasi status nutrisi - Pasien mendapatkan Diit DM berupa nasi halus					
3	17.05	14. Memonitor asupan makanan - Nafsu makan berubah pasien hanya menghabiskan ¼ porsi saja					
5	17.15	15. Memberikan asupan cairan oral					


		- Mengajukan pasien mengkonsumsi susu rendah glukosa		DX 4	<u>Dinas Sore</u>	- Kolaborasi 1	
5	17.25	16. Memonitor Kadar Glukosa Darah			Selasa, 27/04/2021 21.00	S : Pasien mengatakan nafsu makan menurun dikarenakan mual tetapi tidak muntah sedikit berkurang	
5	17.35	17. Memonitor Berat badan				O : - BB SMRS : 84 kg, BB MRS : 74 kg IMT 23,4	
		- BB SMRS : 84 kg, BB MRS : 74 kg IMT 23,4				- Membran mukosa pucat	
4	17.55	18. Mengajarkan diet yang diprogramkan				- Albumin 3,38 mg/dl	
5	18.15	19. Mengajukan kepatuhan terhadap diet dan olahraga				- Nafsu makan berubah pasien hanya menghabiskan ¼ porsi saja	
5	18.10	20. Memonitor tanda dan gejala Hiperglikemia				- Frekuensi minum 10 gelas /hari dengan jumlah ± 2500cc/hari	
		- Frekuensi Eliminasi uri sebanyak 15-17x sehari dengan jumlah ±3000 cc, dengan warna kuning pekat.				A : Masalah belum teratasi	
		- Frekuensi minum 10 gelas /hari dengan jumlah ± 2500cc/hari				P : Intervensi dilanjutkan	
						- Observasi 1,2,3	
						- Terapeutik 1	
						- Edukasi 1	


5	19.00	21. Menganjurkan memonitor Kadar Glukosa Darah secara mandiri		DX5	<u>Dinas Sore</u> Selasa, 27/04/2021 21.00	S : Pasien mengatakan mudah lesu, dan haus sedikit berkurang	
2	19.15	22. Mengkolaborasikan pemberian tindakan obat analgesic - Ondancetron 2 x 8 mg (IV)					
5	20.00	23. Mengkolaborasikan pemberian insulin - Novorapid 3 x 4 IU (SC)					
1	20.10	24. Mengkolaborasikan tindakan pemberian obat - Acetilcystein 3 x 200 mg (Oral)					
3	20.25	25. Menganjurkan tirah baring					
						O : - GDA 140 mg/dl - Frekuensi Eliminasi uri sebanyak 15-17 sehari dengan jumlah \pm 3000 cc, dengan warna kuning pekat. - Frekuensi minum 10gelas /hari dengan jumlah \pm 2500cc/hari A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan - Observasi 1,2 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 - Kolaborasi 1	





1	Selasa, 27/04/2021 21.00	1. Memonitor pola nafas pasien - Pasien masih sesak nafas - Nafas dangkal dan cepat - RR : 24x/menit		DX 1	<u>Dinas Malam</u> Rabu, 28/04/2021 07.00	S : Pasien mengatakan sesak nafas dan batuk sedikit berkurang O : - Batuk tidak efektif (3) - Terdapat sputum (3) - Terdapat ronchi - RR : 22x/ menit - Terpasang O2 Nasal canul 3 lpm - SPO2 99% - Nafas dangkal dan cepat A : Masalah tertasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan - Observasi 1,2,3 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 - Kolaborasi 1	
1	21.15	2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri) - P : Nyeri saat batuk - Q : Seperti ditusuk-tusuk - R : dibagian dada kiri - T : Menetap selama 5 menit.					
2	21.30	3. Mengidentifikasi skala nyeri - S : 3 (0-10)					
2	21.35	4. Mengidentifikasi nyeri non-verbal					







3	21.40	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat meringis - Bersikap protektif 5. Mengidentifikasi penyebab hipertermia - Memonitor suhu tubuh - TTD : 110/70mmHg - Nadi : 108x/menit - RR : 24x/menit - Suhu : 37,7°C 		DX 2	<u>Dinas Malam</u> Rabu, 28/04/2021 07.00	S : Pasien mengatakan nyeri dada kiri saat batuk dan mual sedikit berkurang <ul style="list-style-type: none"> - P : Nyeri saat batuk (3) - Q : Seperti ditusuk-tusuk (3) - R : dibagian dada kiri (3) - S : 3 (0-10) - T : Menetap selama 3 menit (3) 	
5	22.00	<ul style="list-style-type: none"> 6. Memberikan asupan cairan oral - Menganjurkan pasien mengkonsumsi susu rendah glukosa 				O : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat sedikit meringis (4) - Bersikap sedikit protektif (4) - Frekuensi nadi meningkat 108x/menit 	
3	22.05	<ul style="list-style-type: none"> 7. Menganjurkan tirah baring 				A : Masalah teratasi sebagian	
1,3,5	00.15	<ul style="list-style-type: none"> 8. Mengkolaborasikan pemberian tindakan obat analgesic - Ondancetron 2 x 8 mg (IV) 				P : Intervensi dilanjutkan <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1,2,3,4 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 	
	04.00	<ul style="list-style-type: none"> 9. Mengkolaborasikan 				<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi 1 	







		<p>pemberian cairan elektrolit intravena</p> <p>- NS : Martos2: 1/24 jam (IVFD)</p>		DX 3	<p><u>Dinas Malam</u></p> <p>Rabu, 28/04/2021 07.00</p>	<p>S : Pasien mengatakan badannya tidak begitu demam</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTD : 110/70mmHg - Nadi : 108x/menit - RR : 22x/menit - Suhu : 37,7°C - SPO2 : 99%. - Frekuensi nadi meningkat 108x/menit - Kulit pasien terasa hangat <p>A : Masalah belum tertatasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1,2 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 - Kolaborasi 1 		
05.15	10. Mengkolaborasikan pemberian medikasi sebelum makan							
07.00	11. Mengkolaborasikan pemberian insulin							
07.10	12. Mengkolaborasikan tindakan							
07.25	13. Mengkolaborasikan tindakan							







				DX 4 <u>Dinas Malam</u> Rabu, 28/04/2021 07.00	S : Pasien mengatakan nafsu makan menurun dikarenakan mual tetapi tidak muntah O : <ul style="list-style-type: none"> - BB SMRS : 84 kg, BB MRS : 74 kg IMT 23,4 - Membran mukosa pucat - Albumin 3,38 mg/dl - Nafsu makan berubah pasien hanya menghabiskan 1/2 porsi saja - Frekuensi minum 8 gelas /hari dengan jumlah ± 2100cc/hari A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1,2,3 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 	
--	--	--	--	--	---	---





				DX 5 <u>Dinas</u> <u>Malam</u> Rabu, 28/04/2021 07.00	S : Pasien mengatakan mudah lesu, dan haus sedikit berkurang O : <ul style="list-style-type: none"> - GDA 140 mg/dl - Frekuensi Eliminasi uri sebanyak 13-15x sehari dengan jumlah ± 2800 cc, dengan warna kuning pekat. - Frekuensi minum 8 gelas /hari dengan jumlah ± 2100cc/hari A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1,2 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 - Kolaborasi 1 	
--	--	--	--	---	---	---





1	Rabu, 28/04/2021 08.00	<p>1. Memonitor pola nafas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sesak nafas sedikit berkurang - Nafas dangkal - RR : 22x/menit 		DX 1	<u>Dinas Pagi</u>	<p>S : Pasien mengatakan sesak nafas dan batuk sedikit berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batuk tidak efektif (3) - Terdapat sputum (3) - Terdapat ronchi - RR : 22x/ menit - Terpasang O2 Nasal canul 3 lpm lepas pasang - SPO2 99% - Nafas dangkal <p>A : Masalah tertasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1,2,3 - Edukasi 1 - Kolaborasi 1 		
1	08.10	<p>2. Memonitor bunyi nafas tambahan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saat dilakukan Auskultasi masih terdengar suara nafas ronchi semua lapang paru 						
2	08.20	<p>3. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri)</p> <ul style="list-style-type: none"> - P : Nyeri sedikit saat batuk - Q : Seperti ditusuk-tusuk - R : dibagian dada kiri - T : Menetap selama 3 						







		menit.		DX 2	<u>Dinas Pagi</u>	S :	
2	08.25	4. Mengidentifikasi skala nyeri			<u>Rabu,</u> <u>28/04/2021</u> <u>14.00</u>	Pasien mengatakan nyeri dada kiri saat batuk dan mual sedikit berkurang	
		- S : 3 (0-10)				- P : Nyeri saat batuk (4)	
2	09.00	5. Mengidentifikasi nyeri non-verbal				- Q : Seperti ditusuk-tusuk (4)	
		- Pasien terlihat sedikit meringis				- R : dibagian dada kiri (4)	
		- Bersikap protektif sedikit berkurang				- S : 3 (0-10)	
						- T : Menetap selama 3 menit (4)	
3	09.30	6. Mengidentifikasi penyebab hipertermia				O :	
		- Memonitor suhu tubuh				- Pasien terlihat sedikit meringis (4)	
		- TTD : 110/70mmHg				- Bersikap protektif sedikit berkurang (4)	
		- Nadi : 108x/menit				- Frekuensi nadi meningkat 108x/menit	
		- RR : 22x/menit				A :	
		- Suhu : 37,7°C				Masalah teratasi sebagian	
3	09.50	7. Melakukan oral hygiene sebelum makan				P :	
						Intervensi dilanjutkan	
						- Observasi 1,2,3,4	
						- Kolaborasi 1	
3	10.05	8. Mengkolaborasikan					





		<p>pemberian medikasi sebelum makan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lantus0-0-10 IU (SC) 		DX 3	<u>Dinas Pagi</u>	S : Pasien mengatakan sudah tidak begitu demam	
1	10.10	<p>9. Mengkolaborasikan tindakan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nebulizer ventolin 2,5 mg : 2 cc NaCl 			<u>Rabu,</u> <u>28/04/2021</u> <u>14.00</u>	O : <ul style="list-style-type: none"> - TTD : 120/86mmHg - Nadi : 100x/menit - RR : 20x/menit - Suhu : 37,5°C - SPO2 : 99%. - Frekuensi nadi meningkat 108x/menit - Kulit pasien terasa hangat 	
1	10.12	10. Mengajarkan batuk efektif					
1	10.20	<p>11. Memonitor sputum</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat sputum berwarna kuning khas dengan cukup banyak 					
2	10.30	<p>12. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri dada kiri saat batuk dan mual sedikit berkurang 				A : Masalah tertatasi sebagian	
5	10.40	<p>13. Memonitor tanda dan gejala Hiperglikemia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi Eliminasi uri sebanyak 13-15x sehari dengan jumlah ± 2800 				P : Intervensi dilanjutkan <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1,2 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 - Kolaborasi 1 	


		cc, dengan warna kuning pekat.		DX 4	<u>Dinas Pagi</u>	S : Pasien mengatakan nafsu makan menurun dikarenakan mual tetapi tidak muntah	
		- Frekuensi minum 8 gelas/hari dengan jumlah ± 2100cc/hari			<u>Rabu,</u> <u>28/04/2021</u> <u>14.00</u>		
5	11.00	14. Memonitor Kadar Glukosa Darah				O : - BB SMRS : 84 kg, BB MRS : 74 kg IMT 23,4 (2) - Membran mukosa pucat	
4	11.25	15. Mengidentifikasi status nutrisi				- Albumin 3,38 mg/dl - Nafsu makan berubah pasien hanya menghabiskan 1/2 porsi saja	
		- Pasien mendapatkan Diit DM berupa nasi halus				- Frekuensi minum 8gelas /hari dengan jumlah ± 2100cc/hari	
4	11.35	16. Memonitor asupan makanan				A : Masalah teratasi sebagian	
		- Nafsu makan berubah pasien hanya menghabiskan 1/2 porsi saja				P : Intervensi dilanjutkan	
4	11.40	17. Memonitor Berat badan				- Observasi 1,2,3 - Terapeutik 1 - Kolaborasi 1	
		- BB SMRS : 84 kg, BB MRS : 74 kg IMT 23,4					
1,3,5	12.00	18. Mengkolaborasikan					


		<p>pemberian tindakan obat analgesic</p> <ul style="list-style-type: none"> - Levofloxacin 1 x 750 mg (IV) - Ondancentron 2 x 8 mg (IV) 		DX 5	<u>Dinas Pagi</u>	S : Pasien mengatakan lesu, dan haus sedikit berkurang	
	12.10	<p>19. Mengkolaborasi tindakan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acetylcystein 3 x 200 mg (Oral) - Fluconazol 1 x 150 mg (Oral) 			<u>Rabu,</u> <u>28/04/2021</u> <u>14.00</u>	O : <ul style="list-style-type: none"> - GDA 139 mg/dl - Frekuensi Eliminasi uri sebanyak 13-15x sehari dengan jumlah ±2800 cc, dengan warna kuning pekat. - Frekuensi minum 8 gelas /hari dengan jumlah ± 2100cc/hari 	
	12.20	<p>20. Mengkolaborasi pemberian cairan</p> <p>Elektrolit intravena</p> <ul style="list-style-type: none"> - NS : Martos2: 1/24 jam (IVFD) 				A : Masalah teratasi sebagian	
	12.30	<p>21. Mengkolaborasi pemberian insulin</p> <ul style="list-style-type: none"> - Novorapid 3 x 4 IU (SC) 				P : Intervensi dilanjutkan <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1,2 - Terapiutik 1 - Edukasi 1 - Kolaborasi 1 	

1	Rabu, 28/04/2021 21.00	<p>1. Memonitor pola nafas pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien masih sesak nafas - Nafas dangkal dan cepat - RR : 20x/menit 		DX 1	<u>Dinas</u> <u>Malam</u> Kamis, 29/04/2021 07.00	<p>S : Pasien mengatakan sesak nafas dan batuk sedikit berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batuk tidak efektif (4) - Terdapat sputum (4) - Terdapat ronchi (4) - RR : 20x/ menit - Terpasang O2 Nasal canul 3lpm - SPO2 99% - Nafas dangkal dan cepat (4) <p>A : Masalah tertasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1,2,3 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 - Kolaborasi 1 	
1	21.15	<p>2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri)</p> <ul style="list-style-type: none"> - P : Nyeri saat batuk - Q : Seperti ditusuk-tusuk - R : dibagian dada kiri - T : Menetap selama 5 menit. 					
2	21.30	<p>3. Mengidentifikasi skala nyeri</p>					

2	21.35	<ul style="list-style-type: none"> - S : 2 (0-10) 4. Mengidentifikasi nyeri non-verbal - Pasien terlihat meringis - Bersikap protektif 		<u>Dinas Malam</u> Kamis, 29/04/2021 07.00	S : Pasien mengatakan nyeri dada kiri saat batuk dan mual sedikit berkurang <ul style="list-style-type: none"> - P : Nyeri saat batuk (4) - Q : Seperti ditusuk-tusuk (4) - R : dibagian dada kiri (4) - S : 2 (0-10) - T : Menetap selama 3 menit (4) 	
3	21.40	<ul style="list-style-type: none"> 5. Mengidentifikasi penyebab hipertermia - Memonitor suhu tubuh - TTD : 120/80mmHg - Nadi : 97x/menit - RR : 20x/menit - Suhu : 37,0°C 			O : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat sedikit meringis - Bersikap terlihat sedikit protektif (4) - Frekuensi nadi meurun 97x/menit 	
5	22.00	<ul style="list-style-type: none"> 6. Memberikan asupan cairan oral - Menganjurkan pasien mengkonsumsi susu rendah glukosa 			A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1,2,3,4 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 	
3	22.05	<ul style="list-style-type: none"> 7. Menganjurkan tirah baring 				
1,3,5	00.15	<ul style="list-style-type: none"> 8. Mengkolaborasi pemberian tindakan 				

		obat analgesic				- Kolaborasi 1	
		- Levofloxacin 1 x 750 mg (IV)		DX 3	<u>Dinas Malam</u>	S : Pasien mengatakan badanya sudah tidak mengalami demam	
	05.99	- Ondancetron 2 x 8 mg (IV)			Kamis, 29/04/2021 07.00	O : - TTD : 120/86mm/Hg - Nadi : 97/menit - RR : 20x/menit	
	06.50	9. Mengkolaborasikan pemberian insulin				- Suhu : 37,0C - SPO2 : 99%	
		- Novorapid 3 x 4 IU (SC)				A : Masalah teratasi	
	07.00	10. Mengkolaborasikan tindakan				P : Intervensi dihentikan di DX 3 di karenakan suhu tubuh pasien normal	
		- Nebulizer Ventolin 2,5 mg : 2 cc NaCl					
		11. Mengkolaborasikan tindakan					
		- Acetilcystein 3 x 200 mg (Oral)					

				DX 4 <u>Dinas</u> <u>Malam</u> Kamis, 29/04/2021 07.00	S : Pasi�n mengatakan nafsu makan menurun dikarenakan mual tetapi tidak muntah O : <ul style="list-style-type: none"> - BB SMRS : 84 kg, BB MRS : 74 kg IMT 23,4 - Membran mukosa pucat - Albumin 3,38 mg/dl - Nafsu makan berubah hanya menghabiskan 1/2 porsi - Frekuensi minum 6gelas /hari dengan jumlah ± 1900cc/hari A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1,2,3 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 	
--	--	--	--	--	--	---

				<p>DX 5</p> <p><u>Dinas</u> <u>Malam</u> <u>Kamis,</u> 29/04/2021 07.00</p>	<p>S : Pasien mengatakan mudah lesu, dan haus sedikit menurun</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - GDA 139 mg/dl - Frekuensi Eliminasi uri sebanyak 11-13 sehari dengan jumlah ± 2500 cc, dengan warna kuning pekat. - Frekuensi minum 6gelas /hari dengan jumlah ± 1900cc/hari <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1,2 - Terapeutik 1 - Edukasi 1 - Kolaborasi 1 	
--	--	--	--	--	---	---

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Tn. D dengan diagnose medis TB Paru + Diabetes Melitus Type 2 diruangan H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi : pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada saat melakukan pengkajian secara langsung kepada pasien, penulis tidak mengalami kesulitan. Hal ini, disebabkan oleh adanya hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien dengan perawat melalui komunikasi secara langsung. Sehingga pasien dan keluarga pasien terbuka dan mengerti secara kooperatif. Pengkajian dilakukan dengan cara anamnesa pada keluarga pasien, pemeriksaan fisik dari pemeriksaan penunjang medis.

Data yang ditemukan pada tinjauan pustaka TB Paru memiliki tanda gejala demam, batuk/batuk berdahak, sesak nafas, nyeri, malaise. Sedangkan saat melakukan pengkajian pada pasien memiliki keluhan sesak nafas , nyeri dada kiri saat batuk. Sesak nafas dirasakan seperti penuh dan berat saat menarik nafas. Sesak nafas timbul saat pasien batuk-batuk terlebih dahulu dan berdurasi kurang dari 5 menit. Sesak juga tidak dipengaruhi saat aktifitas tetapi kadang bisa sampai

membangunkan pasien saat tidur jika sedang batuk. Hal ini terjadi diakibatkan oleh faktor yang menyertai keadaan pasien yaitu pasien mengalami penurunan kadar Albumin 3,38mg/dl, BUN 6mg/dL, SGOT 117U/I, SGPT 79U/I. Pada riwayat penyakit dahulu pasien pernah MRS dengan Typhoid pada tahun 2018. Dari hasil pengkajian ini mendasari adanya hasil yang tidak berbeda antara tinjauan pustaka TB Paru dan tinjauan kasusnya.

Menurut pengamatan penulis yang terjadi pada pasien adalah penyebab dari *Mycobacterium Tuberculosis* sejenis kuman batang yang berukuran panjang 1-4/um dan tebal sekitar 0,3-0,6/um, sebagian besar kuman terdiri atas lemak (*lipid*), *peptidoglikan*, dan *arabinomanan*. Lipid inilah yang membuat kuman lebih tahan terhadap asam sehingga disebut Bakteri Tahan Asam (BTA). Ada 2 macam *mikobacteria tuberculosis* yaitu tipe *human* dan tipe *bovin*. Basil tipe *bovin* berada dalam susu sapi yang menderita mastitis *tuberculosis usus*. Basil tipe *human* bisa berada dibercak ludah (*droplet*) di udara yang berasal dari penderita TBC terbuka dan orang yang rentan terinfeksi TBC ini bila menghirup bercak ini. Perjalanan TBC setelah terinfeksi melalui udara (Suddarth, 2013b).

Hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien diperoleh data riwayat penyakit sekarang. Pada tanggal 20 April 2021 pada jam 09.00 WIB pasien datang ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan keluhan sejak 1 minggu yang lalu, sesak nafas dirasakan seperti penuh dan berat saat menarik nafas. Sesak nafas timbul saat pasien batuk-batuk kurang lebih 5 menit. Sesak juga tidak dipengaruhi saat beraktifitas akan tetapi bisa sampai membangunkan pasien saat tidur jika sedang batuk. Pasien pernah dirawat di rumah sakit dengan Typhoid pada tahun 2018.

Pada tinjauan pustaka manifestasi klinis Diabetes Melitus Type 2 sendiri adalah Gangguan penglihatan, Penurunan berat badan dan asthenia, *Poliuria* (peningkatan pengeluaran urin), *Polidipsi* (peningkatan rasa haus), *Polyphagi* (peningkatan rasa lapar), Rasa Lelah dan kelemahan otot Peningkatan angka infeksi akibat peningkatan konsentrasi glukosa di sekresi mucus. Pada pasien didapatkan data GDA 152mg/dL, Frekuensi Eliminasi uri sebanyak 15-17x sehari dengan jumlah ± 3000 cc, dengan warna kuning pekat, BB SMRS : 84 kg, BB MRS : 74 kg IMT 23,4, pasien hanya mampu menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makanan saja. Maka antara pengkajian dengan pasien dan penulisan pada teori dapat kesamaan tanda dan gejala yang terjadi.

1. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Keadaan umum pasien lemah, pucat, tirah baring, kesadaran compos mentis dengan GCS 4/5/6, dengan hasil observasi tanda-tanda vital TTD : 127/69 mmHg, Nadi : 116x/menit, RR : 26x/menit, Suhu : 38,3°C, SPO2 : 96%. Antropometri TB : 178 cm, BB SMRS : 84 kg, BB MRS : 74 kg. Hasil pengamatan penulis setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan mengontrol berat badan, suhu tubuh, dan pernafasan, keadaan pasien akan menunjukkan keadaan yang membaik.

b. B1. (Breathing)

Bentuk dada Normochest, pergerakan dinding dada simetris, pasien tidak menggunakan bantuan otot bantu nafas, tidak ada pernafasan cuping hidung, irama nafas vesikuler, pola nafas reguler, taktil atau vocal fremitus

teraba, saat dilakukan tindakan auskultasi didapatkan suara nafas tambahan ronchi di semua lapang paru, ada sesak nafas, terdapat batuk berdahak, terdapat sputum berwarna kuning khas, tidak ada sianosis, kemampuan aktivitas pasien saat sesak kadang terpengaruh dan bisa membangunkan pasien saat tidur jika sedang batuk, RR pasien 26x/menit, Terpasang 02 Nassal canul 4lpm, nafas dangkal dan cepat.

c. B2. (Blood)

Ictus cordis teraba di ICS 5 mid clavikula, irama jantung pasien reguler, terdapat nyeri dada saat batuk P : Nyeri saat batuk, Q : Seperti ditusuk-tusuk, R : dibagian dada kiri, S : 4 (0-10), T : Menetap selama 5 menit. Bunyi jantung S1-S2 tunggal, tidak terdapat bunyi jantung tambahan, CRT <2 detik, akral hangat kering merah, nadi teraba kuat 116x/menit, tidak ada oedema, tidak ada hepatomegali.

d. B3. (Brain)

Hasil data yang didapatkan pada B3 tidak adanya gangguan *Nervus*. Dari tinjauan pustaka didapatkan data Pada sistem persyarafan pasien dengan TB Paru pada umumnya tidak mengalami permasalahan yang menonjol, namun dapat terjadi penurunan kesadaran yang diakibatkan oleh penurunan suplai oksigen dalam darah berkurang. Menurut pandangan penulis kesesuaian apa yang telah ada pada tinjauan pustaka dengan yang ada pada pasien sesuai.

e. B4. (Bladder)

Hasil yang didapatkan pada pasien tidak terpasang kateter, pasien BAK spontan menggunakan pispot, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, eliminasi uri SMRS dengan frekuensi 15-17 kali dengan jumlah ± 3000 cc dengan warna kuning pekat, saat pasien MRS eliminasi uri dengan frekuensi 15-17 kali, dengan jumlah ± 3000 cc, dengan warna kuning pekat. Pada pasien TB Paru dengan penurunan kesadaran maka akan dilakukan pemasangan kateter untuk membantu proses berkemih, namun tidak ada distensi dan nyeri tekan pada kandung kemih. Dapat disimpulkan pada kasus ini pasien tidak mengalami gangguan pada saluran perkemihan.

f. B5. (Bowel)

Bentuk perut normal (flat/datar) simetris, gerakan perut sesuai dengan aktifitas pernafasan, peristaltik usus 17x/menit, diit makanan dan minuman SMRS makan 3x sehari dengan jenis nasi diet bebas tidak ada pantangan dan porsi makan 1 porsi. Frekuensi minum 10-12 gelas/hari dengan jumlah ± 3000 cc/ hari berjenis air putih. Diit saat di RS. Pasien mendapatkan diit DM sebanyak 1250-1500 kkal dengan frekuensi 3x/sehari, nafsu makanan menurun, pasien tidak berminat makan dikarenakan ada mual, tetapi tidak mengalami muntah, jenis makanan yang didapat di RS. adalah bubur lunak, porsi makan $\frac{1}{4}$ porsi, frekuensi minum 10 gelas/hari sehari dengan jumlah ± 2500 cc/hari, jenis air putih, bentuk perut simetris, tidak ada pembesaran hepar, , BB SMRS 84kg dan BB MRS 74kg dan didapatkan IMT 23,4. Sehingga dapat disimpulkan

bahwa pasien tidak mengalami gangguan pola defekasi namu pasien mengalami gangguan *poliuria dan polidipsi*.

g. B6. (Bone)

Pada pengkajian didapatkan hasil pasien rambut dan kulit kepala bersih, tidak ada scabies, warna kulit sawo matang, tugor kulit elastic, kuku bersih, ROM tidak terbatas,tidak ada deformitas, tidak adafraktur, didapatkan kekuatan otot.

5555	5555
5555	5555

Pada tinjauan pustaka pasien TB paru akan mengalami penurunan aktivitas karena pada pasien dengan TB paru jika melakukan aktivitas berlebih akan mengalami sesak napas, pasien mobilisasi terbatas, tidak mengalami penurunan kekuatan otot.

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menggunakan teori saja sdangkan pada kasus nyata disesuaikan dengan keluhan yang dialami pasien karena penulis menghadapi pasien secara langsung kesenjangan lainnya yaitu tentang diagnose keperawatan.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada Tn. D dengan diagnosis medis TB Paru+ Diabetes Melitus Type 2 disesuaikan dengan diagnosis keperawatan :

1. Nyeri Akutb.d Agen Pencedera Fisik Fisik(**SDKI, D.0077 Hal-170**)

Sesuai tanda gejala secara objektif pada tinjauan kasus seperti saat dilakukan tindakan auskultasi didapatkan ronchi disemua lapang paru, sputum berwarna kuning khas, RR = 26x/menit, batuk tidak efektif. Diagnose tersebut dapat diangkat karena terdapat pada pasien TB Paru, beberapa tanda dan gejala dari tinjauan kasus sesuai dengan teori, yang pada akhirnya akan berfokus pada intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien yang bertujuan untuk mengurangi / menghilangkan tanda dan gejala yang diderita oleh pasien.

2. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif b.d Hipersekresi Jalan Nafas (**SDKI, D.0001 Hal-18**). Disebabkan karena adanya nyeri dada akibat gangguan di pleura yang menyebabkan pleuritis atau peradangan pada pleura, tanda dan gejala yang muncul seperti sewaktu pasien menarik nafas dan melepaskannya terjadi gesekan di kedua pleura yang dapat menimbulkan nyeri dada. Diagnose keperawatan ini muncul dikarenakan pada tinjauan kasus didapatkan data objektif pasien terlihat meringis, bersikap protektif, dan frekuensi nadi meningkat sekitar 116x/menit, pasien juga mengatakan adanya nyeri dibagian kiri nyeri yang dirasakan menetap selama 5 menit, nyeri seperti ditusuk-tusuk. Diagnose tersebut dapat diangkat karena terdapat beberapa kondisi yang sesuai dengan teori, yang pada akhirnya berfokus pada intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien yang bertujuan untuk mengurangi / menghilangkan tanda dan gejala yang diderita oleh pasien. Jadi antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak ada kesenjangan.

3. Defisit Nutrisi b.d Faktor Psikologis (Stress) (**SDKI, D.0019 Hal-56**).
Disebabkan karena adanya bakterimia yang masuk ke peritoneum yang dapat menyebabkan asam lambung meningkat sehingga timbul gejala seperti mual, muntah dan jika terlalu lama dapat menimbulkan reaksi dimana pasien memiliki keengganan untuk makan bisa disebabkan oleh faktor lingkungan, psikologis, dan biologis. Diagnose keperawatan ini muncul dikarenakan pada tinjauan kasus didapatkan data objektif pasien BB SMRS 84 kg menjadi BB MRS 74 kg dimana pasien kehilangan 10 kg BB, dengan IMT (Indeks Masa Tubuh) 23,4. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan Albumin 3,38 mg/dl mengalami penurunan, nafsu makan pasien juga menurun ditandai dengan pasien hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi dari 1 porsi yang diberikan. Diagnose tersebut dapat diangkat karena terdapat beberapa kondisi yang sesuai dengan teori, yang pada akhirnya berfokus pada intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien yang bertujuan untuk mengurangi / menghilangkan tanda dan gejala yang diderita oleh pasien. Jadi antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak ada kesenjangan.
4. Hipertermia b.d Peningkatan Laju Metabolisme (**SDKI, D.0130 Hal-284**).
Disebabkan karena adanya proses peradangan akibat Droplet yang mengandung Mycobacterium Tuberculosis yang terhirup lewat saluran nafas dan masuk ke dalam paru-paru. Demam biasanya yang ditimbulkan akibat proses peradangan bisa mencapai 40-41°C, serangan demam pertama dapat sembuh sebentar tetapi kemudian timbul kembali. Sehingga pasien merasa tidak pernah terbebas dari serangan demam influenza.

Keadaan ini sangat dipengaruhi oleh daya tahan tubuh pasien dan berat ringannya infeksi Tuberculosis yang masuk. Diagnose keperawatan ini muncul dikarenakan pada tinjauan kasus didapatkan data objektif pasien suhu tubuh pasien di atas normal yaitu 38,8° C, kulit pasien teraba hangat. Diagnose tersebut dapat diangkat karena terdapat beberapa kondisi yang sesuai dengan teori, yang pada akhirnya berfokus pada intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien yang bertujuan untuk mengurangi / menghilangkan tanda dan gejala yang diderita oleh pasie. Jadi antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak ada kesenjangan.

5. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Disfungsi Pankreas (SDKI,D.0027 Hal-71). Disebabkan karena adanya peningkatan kadar gula darah yang tinggi (*Hiperglikemia*) yang diakibatkan oleh gangguan sekresi insulin, retensi insulin ataupun keduanya yang berlangsung lama (kronik). Diagnose keperawatan ini muncul dikarenakan pada tinjauan kasus didapatkan data objektif pasien GDA 152 mg/dl, frekuensi eliminasi urin sebanyak 15-17x/sehari dengan jumlah ±3000 cc dengan konsistensi warna kuning pekat atau bisa disebut dengan *poliuria*. Frekuensi minum 10 gelas/hari sehari dengan jumlah ±2500cc/ hari atau bisa disebut dengan *polidipsi*. Diagnose tersebut dapat diangkat karena terdapat beberapa kondisi yang sesuai dengan teori, yang pada akhirnya berfokus pada intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien yang bertujuan untuk mengurangi / menghilangkan tanda dan gejala yang diderita oleh pasie. Jadi antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak ada kesenjangan.

4.3 Perencanaan

Dalam perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan keperawatan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan, sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam sasaran, dalam intervensinya dengan alasan yang bertujuan untuk memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan TB Paru+Diabetes Melitus Type 2 yang akan meningkatkan pengetahuan, keterampilan dalam mengenal masalah, dan perubahan perilaku pada pasien.

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung, intervensi diagnose keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran dengan kriteria hasil yang ditetapkan.

- a. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif b.d Hipersekresi Jalan Nafas (**SDKI, D.0001 Hal-18**). Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas pasien normal dengan Kriteria Hasil : Batuk efektif menjadi meningkat, Terdapat ronchi menjadi menurun, Produksi sputum menurun, Frekuensi nafas menurun (16-20x/menit). Pada tinjauan pustaka dan kasus untuk melakukan perencanaan ini dilakukan observasi monitor Batuk efektif menjadi meningkat, Terdapat ronchi menjadi menurun, Produksi sputum menurun, Frekuensi nafas menurun (16-20x/menit) dengan tujuan mengobservasi Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) dengan tujuan untuk mengetahui tanda gejala awal serta perubahan pola

nafas pada pasien, Monitor bunyi nafas tambahan (ronchi, wheezing, mengi) dengan tujuan untuk mengetahui bunyi nafas pada pasien jika pasien mengalami gangguan, Monitor sputum (jumlah, warna) dengan tujuan untuk mengetahui jumlah dan warna sputum pada pasien, Posisikan semi fowler–fowler dengan tujuan membantu ekspansi paru-paru saat bernafas agar sesak pada pasien dapat berkurang, Ajarkan batuk efektif dengan tujuan membantu pasien mengeluarkan dahak secara mandiri, Berikan Oksigen dengan tujuan membantu pasien dalam membantu pernafasan, Kolaborasi pemberian obat ekspektoran.

- b. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (**SDKI, D.0077 Hal-170**). Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri pada pasien dapat berkurang dengan Kriteria Hasil : keluhan nyeri menurun menjadi (0-10), meringis menurun, sikap protektif menurun. Pada tinjauan pustaka dan kasus untuk melakukan perencanaan ini dilakukan observasi keluhan nyeri menurun menjadi (0-10), meringis menurun, sikap protektif menurun dengan tujuan mengobservasi Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri pada pasien, Identifikasi skala nyeri untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan oleh pasien, Identifikasi nyeri non-verbal untuk mengetahui lingkungan yang memperberat kualitas nyeri, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Kontrol lingkungan yang memperberat kualitas nyeri untuk mengetahui apakah pasien mampu

mengontrol nyeri secara mandiri, Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri untuk mengetahui apakah pasien mampu memonitor nyeri secara mandiri, Kolaborasi pemberian analgesic.

- c. Defisit Nutrisi b.d Faktor Psikologis (Stress) (**SDKI, D.0019 Hal-56**),
Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Defisit Nutrisi pada pasien dapat membaik dengan Kriteria Hasil : Porsimakan yang dihabiskan dari sedang menjadi meningkat, Berat badan dari cukup memburuk menjadi membaik, IMT dari cukup memburuk menjadi membaik, Serum Albumin dari sedang menjadi meningkat, Membran mukosa dari sedang menjadi membaik, Nafsu makan sedang menjadi membaik. Pada tinjauan pustaka dan kasus untuk melakukan perencanaan ini dilakukan observasi Identifikasi status nutrisi untuk mengidentifikasi status nutrisi pada pasien, Monitor asupan makanan untuk memonitor asupan makanan yang dikonsumsi oleh pasien, Monitor Berat badan untuk memonitor berat badan pasien apakah mengalami perbaikan, Lakukan oral hygiene sebelum makan untuk menjaga kebersihan oral pasien guna meningkatkan asupan makanan pada pasien, Ajarkan diet yang diprogramkan untuk membantu pasien dan keluarga dalam menentukan diet pasien, Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan.
- d. Hipertermia b.d Proses Penyakit (Infeksi) (**SDKI, D.0130 Hal-284**),
Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Hipertermia pada pasien menurun dengan Kriteria Hasil : Suhu tubuh menjadi menurun ($36,5-37,5^{\circ}\text{C}$), Suhu kulit menjadi

membaik, Takikardia menjadi menurun (60-100x/menit). Pada tinjauan pustaka dan kasus untuk melakukan perencanaan ini dilakukan observasi Identifikasi penyebab hipertermia dengan bertujuan untuk mengetahui penyebab dari hipertermia, Monitor suhu tubuh untuk mengetahui suhu tubuh pasien dalam rentang normal (36,5-37,5°C) ,Berikan cairan oral dengan bertujuan untuk membantu pasien dalam kebutuhan cairan melalui oral, Anjurkan tirah baring dengan bertujuan agar pasien mampu beristirahat dengan baik, Kolaborasi pemberian cairan elektrolit intravena.

- e. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Disfungsi Pankreas (**SDKI, D.0027 Hal-71**), Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah pada pasien dapat membaik dengan Kriteria Hasil : Kadar Glukosa Darah dari menjadi membaik, Jumlah urine dari menjadi membaik, Rasah haus dari menjadi menurun, Lelah lesu menjadi membaik. Pada tinjauan pustaka dan kasus untuk melakukan perencanaan ini dilakukan observasi Monitor Kadar Glukosa Darah dengan bertujuan untuk memonitor kadar glukosa darah pada pasien apakah mengalami perbaikan, Monitor tanda dan gejala Hiperglikemia dengan bertujuan untuk mengetahui tanda gejala hiperglikemia apabila terjadi pada pasien , Berikan asupan cairan oral dengan bertujuan membantu pasien dalam memenuhi asupan cairan oral, Anjurkan memonitor Kadar Glukosa Darah secara mandiri dengan bertujuan untuk mengetahui kadar glukosa darah pada pasien secara mandiri, Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga dengan bertujuan

agar pasien mematuhi terhadap diet dan olahraga yang sudah dianjurkan, Kolaborasi pemberian insulin.

4.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun, pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasusu nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan. Pelaksana rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnose pada kasus, hal itu karena diseuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya, dalam melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami, hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain : adanya kerjasama yang baik antara perawat-perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

1. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik. Pada tanggal 26-04-2021 pukul 08.00 WIB dilakukan pengkajian dan mengobservasi keadaan pasien, didapatkan hasil : mengidentifikasi lokasi dibagian dada sebelah kiri, karakteristik, durasi menetap selama 5 menit, frekuensi, kualitas seperti di tusuk-tusuk, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri. Dilakukan pengkajian mengidentifikasi nyeri non-verbal pasien terlihat meringis, pasien bersikap protektif, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan

memperingan nyeri pasien mengatakan nyeri pada dada kiri saat batuk, mengontrol lingkungan yang memperberat kualitas nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mengkolaborasi pemberian analgesic Levofloxacin 1 x 750 mg, Ondancetron 2 x 8 mg. Evaluasi pada pukul 14.00 WIB pasien mengatakan nyeri dada kiri saat batuk, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala 4 dan nyeri menetap selama 5 menit, pasien terlihat meringis, bersikap protektif, dan frekuensi nadi 116x/menit. Evaluasi intervensi dilanjutkan, karena masalah nyeri akut pada pasien belum teratasi.

2. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif b.d Hipersekresi Jalan Nafas. Pada tanggal 26-04-2021 pukul 08.00 WIB dilakukan pengkajian dan mengobservasi keadaan pasien, didapatkan hasil : memonitor pola nafas pasien, memonitor bunyi nafas tambahan, memonitor sputum, memposisikan semi fowler–fowler selama \pm 30 menit, mengajarkan batuk efektif, memberikan Oksigen O₂ Nasal canul 4 lpm, mengkolaborasi pemberian obat Nebulizer Ventolin 2,5 mg : 2cc NaCl. Evaluasi pada pukul 14.00 didapatkan hasil pasien mengatakan sesak nafas dan batuk, batuk tidak efektif, terdapat sputum, terdapat ronchi disemua lapang paru, RR 26x/menit, terpasang SPO₂ 96%, terpasang O₂ nasal canul 4 lpm, nafas dangkal dan cepat, memberikan kolaborasi Nebul Ventolin 2,5 mg : 2 cc NaCl. Evaluasi intervensi dilanjutkan karena masalah bersihan jalan nafas belum teratasi.
3. Defisit Nutrisi b.d Faktor Psikologis (Stress). Pada tanggal 26-04-2021 pukul 08.00 WIB dilakukan pengkajian dan mengobservasi keadaan

pasien, didapatkan hasil : mengidentifikasi status nutrisi Pasien mendapatkan Diit DM berupa nasi halus 1250-1500 kkal, memonitor asupan makanan Nafsu makan berubah pasien hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi saja, memonitor Berat badan BB SMRS : 84 kg, BB MRS : 74 kg IMT 23,4, melakukan oral hygiene sebelum makan, mengajarkan diet yang diprogramkan, mengkolaborasi pemberian medikasi sebelum makan Lantus 0-0-10 IU. Evaluasi pada pukul 14.00 didapatkan hasil pasien mengatakan nafsu makan menurun dikarenakan mual tetapi tidak muntah, pasien hanya mampu menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makan saja, frekuensi minum 10 gelas/ hari dengan jumlah ± 2500 cc/hari, BB MRS 74 kg, BB SMRS 84 kg dengan IMT 23,4, Albumin 3,38 mg/dl. Evaluasi intervensi dilanjutkan karena masalah defisit nutrisi belum tertasi.

4. Hipertermia b.d Proses Penyakit (Infeksi). Pada tanggal 26-04-2021 pukul 08.00 WIB dilakukan pengkajian dan mengobservasi keadaan pasien, didapatkan hasil : mengidentifikasi penyebab hipertermia, memonitor suhu tubuh Suhu : $38,3^{\circ}\text{C}$, memberikan cairan oral Acetylcystein 3 x 200 mg, Fluconazol 1 x 150 mg, menganjurkan tirah baring, mengkolaborasi pemberian cairan elektrolit intravena NS : Martos 2: $\frac{1}{24}$ jam. Evaluasi pada pukul 14.00 didapatkan hasil pasien masih mengatakan demam, dengan suhu $38,3^{\circ}\text{C}$, dan kulit pasien teraba hangat. Evaluasi intervensi dilanjutkan karena Hipertermi pada pasien belum tertatasi.
5. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Disfungsi Pankreas. Pada tanggal 26-04-2021 pukul 08.00 WIB dilakukan pengkajian dan mengobservasi keadaan pasien, didapatkan hasil : memonitor Kadar

Glukosa Darah GDA 152 mg/dl, monitor tanda dan gejala Hiperglikemia Frekuensi Eliminasi uri sebanyak 15-17x sehari dengan jumlah ± 3000 cc, dengan warna kuning pekat, Frekuensi minum 10 gelas/hari sehari dengan jumlah ± 2500 cc/hari, memberikan asupan cairan oral, menganjurkan memonitor Kadar Glukosa Darah secara mandiri, menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, mengkolaborasi pemberian insulin Novorapid 3 x 4 IU. Evaluasi pada pukul 14.00 didapatkan hasil pasien mengatakan mudah lesu, dan mudah haus, hasil pemeriksaan GDA 152 mg/dl, frekuensi eliminasi Urin sebanyak 15-17x/sehari dengan jumlah ± 3000 cc dengan warna kuning pekat, Frekuensi minum 10 gelas/hari sehari dengan jumlah ± 2500 cc/hari. Evaluasi intervensi dilanjutkan karena ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi.

Pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan karena pasien dan keluarga dapat bekerja sama dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilakukan dengan baik.

4.5 Evaluasi

Pada tanggal 29-04-2021 pada diagnose keperawatan Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik Fisik didapatkan hasil perkembangan : Pasien mengatakan nyeri dada kiri saat batuk sedikit berkurang P : Nyeri saat batuk, Q : Seperti ditusuk-tusuk, R : dibagian dada kiri, S : 2 (0-10), T : Menetap selama 3 menit, Pasien terlihat sedikit meringis, Bersikap protektif sedikit bekurang. Maka penulis menyimpulkan bahwa intervensi pada Nyeri Akut tertasi sebagian.

Pada tanggal 29-04-2021 pada diagnosa keperawatan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif b.d Hipersekreasi Jalan Nafas didapatkan hasil perkembangan : Pasien mengatakan sesak nafas dan batuk sedikit berkurang, batuk tidak efektif, terdapat sputum , terdapat ronchi, RR : 20x/ menit, terpasang O2 Nasal Canul 3 lpm lepas pasang, SPO2 99%, nafas dangkal. Maka penulis menyimpulkan bahwa intervensi pada diagnosa Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif teratasi sebagian.

Pada tanggal 29-04-2021 pada diagnose keperawatan Defisit Nutrisi b.d Faktor Psikologis (Stress) didapatkan hasil perkembangan : Pasien mengatakan nafsu makan menurun dikarenakan mual tetapi tidak muntah, BB SMRS : 84 kg, BB MRS : 74 kg IMT 23,4, membran mukosa pucat, Albumin 3,38 mg/dl , nafsu makan berubah pasien hanya menghabiskan 1/2 porsi saja, frekuensi minum 6 gelas/hari sehari dengan jumlah \pm 1900cc/hari . maka disini penulis dapat menyimpulkan bahwa intervensi keperawatan Defisit Nutrisi teratasi sebagian.

Pada tanggal 29-04-2021 pada diagnose keperawatan Hipertermia b.d ProsesPenyakit (Infeksi) didapatkan hasil perkembangan : Pasien mengatakan sudah tidak mengalami demam, Suhu : 37,0°C,kulit pasien terasa hangat. Maka disini penulis menyimpulkan bahwa intervensi keperawatan pada diagnosa Hipertermia dihentikan.

Pada tanggal 29-04-2021 pada diagnose keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Disfungsi Pankreas didapatkan hasil : Pasien mengatakan lesu, dan haus sedikit berkurang, GDA 139 mg/dl, frekuensi Eliminasi uri sebanyak 11-13x sehari dengan jumlah \pm 2500 cc, dengan warna kuning pekat. frekuensi minum 6gelas/hari sehari dengan jumlah \pm 1900cc/hari.

Maka penulis menyimpulkan bahwa intervensi pada diagnose Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah teratasi sebagian.

BAB 5

PENUTUP

Setelah melakukan pengamatan dan memberikan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus TB Paru + Diabetes Melitus Type 2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis menarik beberapa kesimpulan dan saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terhadap pasien dengan TB Paru + Diabetes Melitus Type 2.

5.1 Kesimpulan.

Dari hasil yang telah diuraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose TB Paru + Diabetes Melitus type 2, maka penulis dapat membuat kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian pada Tn. D dengan diagnose medis TB Paru + Diabetes Melitus Type 2 dilakukan persistem dimulai dari B1 (Breathing) sampai B6 (Bone). Dari hasil Foto Thorax didapatkan hasil : Fibroinfiltrat + infiltrat granuler kedua lapang paru, Pada pengkajian B1 didapatkan data nafas dangkal dan cepat., RR : 26x/menit, saat dilakukan tindakan auskultasi didapatkan suara nafas tambahan ronchi di semua lapang paru, ada sesak nafas, terdapat batuk, terdapat sputum berwarna kuning khas, sehingga didapatkan diagnose Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif yang b.d Hipersekresi Jalan Nafas. Dari pengkajian Tanda-Tanda Vital didapatkan S : 38,3°C, sehingga didapatkan diagnosa Hipertermi. Dari pengkajian Antropometri didapatkan hasil TB : 178 cm, BB SMRS : 84 kg, BB MRS

: 74 kg. Sehingga didapatkan diagnosa Defisit Nutrisi. Pada pengkajian B2 didapatkan data nyeri dada saat batuk P : Nyeri saat batuk, Q : Seperti ditusuk-tusuk, R : dibagian dada kiri, S : 4 (0-10), T : Menetap selama 5 menit, sehingga didapatkan diagnosa Nyeri Akut. Dari pemeriksaan Laboratorium didapatkan hasil GDA 152 mg/dl, dan pada pemeriksaan B4 dan B5 didapatkan hasil Frekuensi Eliminasi urin sebanyak 15-17x sehari dengan jumlah ± 3000 cc, dengan warna kuning pekat, Frekuensi minum 10x/hari gelas sehari sehingga dapat didapatkan diagnose Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah.

2. Diagnosis yang dapat dirumuskan berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan pada Tn. D meliputi Nyeri Akut, Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif, Hipertermi, Defisit Nutrisi, dan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah.
3. Perencanaan diagnosis keperawatan pada pasien yaitu Nyeri Akut setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Nyeri Akut pada pasien dapat berkurang. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif pasien normal. Hipertermi setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Hipertermi pada pasien dapat menurun. Defisit Nutrisi setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Defisit Nutrisi pada pasien dapat membaik. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama

3x24 jam diharapkan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Dara pada pasien dapat membaik.

4. Evaluasi dan analisis tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah Nyeri Akut tertasi sebagian, Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif teratasi sebagian, Hipertermi teratasi, Defisit Nutrisi tertatasi sebagian, Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah tertasi sebagian.
5. Pendokumentasian tindakan keperawatan dilakukan dalam tertulis yang diletakkan pada catatan perkembangan pasien agar dapat terbaca dan dapat diketahui secara jelas perkembangan pada Tn. D.

5.2 Saran

Mengacu dari kesimpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Rumah Sakit hendaknya lebih meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terutama dalam menerapkan asuhan keperawatan dengan diagnosis TB Paru + Diabetes Melitus Type 2. Perawat hendaknya melakukan observasi secara teliti pada keadaan umum dan keluhan pasien terutama pasien dengan TB Paru + Diabetes Melitus Type 2.
2. Institusi pendidikan hendaknya meningkatkan mutu pendidikan dan menambahkan literature untuk kelengkapan perkuliahan terutaman literature tentang diagnose TB Paru + Diabetes Melitus Type 2.

3. Mahasiswa hendaknya lebih meningkatkan kompetensi dan wawasan tentang penatalaksanaan pada diagnose TB Paru + Diabetes Melitus Type 2.

DAFTAR PUSTAKA

- (WHO). (2015). Global Tuberculosis Report. *World Health Organization*.
- ADA. (2012). *Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus Diabetes Care USA*. 180.
- Andra Saferi, W. (2014). *KMB 1 : Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa)* (Vol. 1).
- Beck, M. (2011). *Ilmu Gizi Dan Diet Hubungannya Dengan Penyakit- Penyakit Untuk Perawat Dan Dokter. II(5)*.
- Boedihartono. (2012). *Proses Keperawatan di Rumah Sakit* (Vol. 1, p. 280).
- Caroline Bunker, R. dan M. T. K. (2017). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. EGC.
- Chattu, V. K., et all. (2020). *Tuberculosis Skin Test Screening in the National Tubercuosis Program of Trinidad an Tobago*. 8(3), 236.
- Depkes, R. (2011). *Pharmaceutical Care untuk penyakit Tuberculosis. Kemerntrian Kesehatan RI. 2011*.
- Hendro, P. (2014). *Health Instrument and Nursing Clinical Instructin*. Nuha Medika.
- Jannah, A. M. (2016). *Faktor-Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien Tuberculosis Paru dipoli rawat jalan Rumah Sakit Paru Jember*.
- KEMENKES, R. (2015). *Profil kesehatan Indonesia 2015. Kemerntrian Kesehatan RI. 2016*.
- Mitchell, M. (2012). *Mycobacterial Infections in Reptiles. The Veterinary Clinics of North America, 15(1), 101*.
- Nurarif, A. . dan K. (2016). *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis & NANDA NIC-NOC*. MediAction.
- PERKENI. (2015). *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus. In Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus (edisi 7 Vo, pp. 1–4)*. EGC.
- PERSAGI. (2011). *Persatuan Ahli Gizi Indonesia (Persagi). 2010. Penuntun Konseling Gizi, Penerbit PT Abadi. Jakarta.Price, Wilson, 1994.Patofisiologi: Konsep Klinis, Proses-Proses Penyakit Buku I, Edisi 4,JakartaEGC. Persagi, 2011. Proses Asuhan Gizi Berstandart (PAGT), P. 6–33*.
- Radyoko, H. R. (2011). *Bagian Anatomi Fisiologi Sistem Pernafasan*.
- Santi, S.Kep.Ns., M.Kep., M.B, D. (2015). *Diabetes Melitus & Penatalaksanaan Keperawatan*. Nuha Medika.

- Setiadi. (2017). *Dasar-dasar Anatomi dan Fisiologis Manusia (Teori & Aplikasi Praktek Bagi Mahasiswa dan Perawatan Klinis)* (1st ed.).
- Smeltzer & Bare. (2012). *Textbook of Medical Surgical Nursing Vol.2*.
- Soegondo, S. (2011). *Diagnosis dan Klasifikasi Diabetes Melitus Terkini dalam: Soegondo S., Soewondo, P., Subekti, I., Editor. Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu bagi dokter maupun edukator diabetes*. 1–8.
- Suddarth, B. &. (2013a). Keperawatan Medikal Bedah. In *Jurnal Perpustakaan* (Vol. 4, Issue 1).
- Suddarth, B. &. (2013b). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12*.
- Suddarth, B. &. (2013). Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12. In *Jurnal Perpustakaan* (Vol. 4, Issue 1).
- (WHO). (2015). Global Tuberculosis Report. *World Health Organization*.

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

MEMBERIKAN INJEKSI SUB CUTAN

Definisi

Memberikan obat berbentuk cairan melalui suntikan di bawah kulit lapisan dermis.

Tujuan

1. Melakukan pemberian terapi pada pasien
2. Meningkatkan status kesehatan pasien

Prosedur Kerja

1. PersiapanAlat:

- Bengkok, container tempat jarum/alat tajam
- Alcohol swab
- Obat yang sudah disediakan oleh farmasi sesuai program dalam bak injeksi
- Underpad, Sarung tangan bersih
- RM pasien

2. Persiapan pasien

- Posisi duduk/ berbaring nyaman mungkin

3. Pelaksanaan :

- Jelaskan pada pasien tentang prosedur yang dilakukan sudah ada pernyataan persetujuan tindakan medis
- Cuci tangan sebelum tindakan
- Pastikan 8 B (benar: pasien, obat, dosis, waktu, cara/rute, penyimpanan, dokumentasi)
- Bebaskan daerah yang akan disuntik. Bila menggunakan baju lengan panjang buka keatas
- Ambil obat dalam tempatnya dengan spuit sesuai dosis yang akan disuntikkan.
- Lakukan desinfeksi dengan alcohol swab pada daerah yang akan dilakukan penyuntikan
- Tegangkan dengan tangan kiri atau daerah yang akan disuntik
- Lakukan penusukan dengan lubang menghadap keatas dengan sudut 45° dengan permukaan kulit
- Lakukan aspirasi, bila tidak ada darah masukkan obat perlahan sampai habis
- Tarik spuit dan tekan dengan alcohol swab. Buang spuit kedalam bengkok
- Observasi reaksi pemberian obat
- Cuci tangan setelah tindakan
- Dokumentasikan reaksi pemberian obat dan catat hasil pemberian obat/ test obat, tanggal, waktu dan jenis obat (Hendro, 2014)

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

NEBULASI

Definisi

Upaya yang dilakukan untuk membasahi saluran pernafasan menggunakan nebulizer dengan tujuan untuk mengencerkan dahak.

Tujuan

1. Untuk membersihkan saluran nafas
2. Untuk mengencerkan sputum yang terlalu kental
3. Untuk melembabkan saluran pernafasan

Indikasi

1. Asma Bronchial
2. Bronkhopneumonia
3. Bronkitis
4. Bronkiolitis

Persiapan Alat

1. Alat nebulizer
2. Obat Ventolin 2,5 mg
3. Kassa steril

4. Alkohol

Prosedur Kerja

1. Periksa program terapi pasien
2. Periksa kembali kebersihan sungkup atau masker
3. Persiapkan obat dan dosis sesuai dengan instruksi dokter
4. Hidupkan mesin nebulizer dan tes kinerjanya
5. Atur posisi pasien semi-fowler
6. Anjurkan pasien untuk menghirup asap yang keluar melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut
7. Jika pasien bertambah sesak, hentikan terapi sementara, dan berikan oksigen sesuai instruksi dokter
8. Terapi dihentikan bila obat telah habis
9. Bersihkan kembali sungkup yang digunakan dengan kassa steril dan alkohol
10. Dokumentasikan kegiatan dalam status atau berkas rekam medis pasien
(Hendro, 2014)

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

PEMBERIAN OKSIGENASI

Definisi

Memberikan oksigen pada pasien

Tujuan

Untuk memenuhi kebutuhan oksigenasi pada pasien

Persiapan Alat

1. Tabung O₂ lengkap dengan manometer
2. Mengukur aliran (flowmeter)
3. Botol pelembab berisi air steril/aquadest
4. Selang O₂
5. Plester
6. Kapas alkohol

Prosedur Kerja

1. Atur posisi semi-fowler
2. Slang dihubungkan dengan oksigen
3. Sebelum memasang slang pada hidung pasien slang dibersihkan dahulu dengan kapas alkohol
4. Flowmeter dibuka, dicoba pada punggung tangan lalu di tutup kembali

5. Memasang canul hidung, lakukan fiksasi (plester)
6. Membuka flowmeter kembali dengan ukuran sesuai perintah dokter

Hal-hal yang perlu diperhatikan :

1. Apakah jumlah yang masuk (cc/mnt) sudah sesuai dengan instruksi? Lihat angka pada manometer
2. Apakah ujung kateter oksigen sudah masuk maksimal kelubang hidung? Jika ujung kateter masih belum masuk maksimal, supaya posisi kateter diperbaiki.
3. Memberitahukan pada keluarga pasien untuk melapor kepada petugas bila tabung oksigen/air steril telah habis. (Hendro, 2014)

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

BATUK EFEKTIF

Definisi

Latihan mengeluarkan secret yang terakumulasi dan mengganggu disaluran nafas dengan cara dibatukkan

Tujuan

1. Membebaskan jalan nafas dari akumulasi secret
2. Mengeluarkan sputum untuk pemeriksaan diagnostic laborat
3. Mengurangi sesak nafas akibat akumulasi sekret

Indikasi

1. Pasien dengan gangguan saluran nafas akibat akumulasi secret
2. Pemeriksaan diagnostic sputum dilaboratorium

Persiapan Alat

1. Kertas tisu
2. Bengkok
3. Perlak/alas
4. Sputum pot berisi desinfektan
5. Air minum hangat

Prosedur Kerja

1. Mempersiapkan pasien
2. Meminta pasien meletakkan satu tangan didada dan satu tangan di abdomen
3. Melatih pasien melakukan nafas perut (menarik nafas dalam melalui hidung hingga 3 hitungan, jaga mulut pasien tetap tertutup)
4. Meminta pasien merasakan mengembangkan abdomen (cegah lengkung pada punggung)
5. Meminta pasien menahan nafas hingga hitungan ke 3
6. Meminta menghembuskan nafas perlahan dalam 3 hitungan (lewat mulut, bibir serta meniup)
7. Meminta pasien merasakan mengempisnya abdomen dan kontaksi dari otot
8. Memasang perlak/alas dan bengkok (dipangkuan pasien bila duduk atau didekat mulut bila tidur miring)
9. Meminta pasien melakukan nafas dalam 2 kali, yang ke 3 : inspirasi, tahan nafas, dan batukkan dengan kuat
10. Menampung sputum dalam pot sputum
11. Merapikan pasien (Hendro, 2014)

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

PEMERIKSAAN TUBERCULIN SKIN TEST (TEST MANTOUX)

Definisi

Tes Mantoux adalah pemeriksaan diagnostic dengan menyuntikkan PPD secara intra dermal/intra cutan untuk mengetahui adanya pemajanan terhadap *M. Tuberculosis*.

Test Mantoux positif menandakan infeksi basil tuberkel masa lalu atau saat ini dan mengindikasikan perlunya pemeriksaan lebih lanjut sebelum menegakkan diagnose TBC.

Reaksi positif terjadi bila terdapat indurasi 10mm atau lebih, reaksi meragukan bila indurasi 5-9 mm, dan reaksi negative bila indurasi kurnag dari 5 mm.

Tujuan

1. Mendekteksi atau mengidentifikasi adanya infeksi Tuberculosis
2. Membantu dalam menegakkan diagnose Tuberculosis

Indikasi

1. Mengkaji apakah pasien pernah menjalani tes kulit tuberculin positif, atau pernah mendapatkan vaksinasi BCG
2. Mengkaji apakah pasien mendapatkan vaksinasi atau penyakit virus dalam waktu 4 minggu terakhir

3. Mengkaji program/instruksimedik

Persiapan Alat

1. Sduit tuberculin dengan jarum no. 25 G atau lebih kecil
2. PPD (*Purified Protein Derivative*)
3. Kapal alcohol 70% (alcohol swab)
4. Handscoen bersih

Prosedur Kerja

1. Mencuci tangan
2. Memakai handscoen
3. Memilih area yang akan dilakukan penyuntikan : 1/3 lengan bawah bagian atas/tengah (3-4 jari dibawah antekubiti atau 5 jari diatas pergelangan tangan)
4. Mengambil tuberculin PPD dan hisap kedalam sduit sebanyak 0,1 cc
5. Mengaturposisi yang nyaman dengan lengan diregangkan dan disanggah pada permukaan yang datar
6. Membersihkan kulit (bagian dalam lengan) dengan kapas alcohol, dimulai dari tengah dengan gerakan melingkar kearah luar sirkular \pm 5 cm. biarkan sampai kering
7. Merengangkan kulit, dekatkan sduit injeksi tuberculin kearah kulit dan suntikan dengan hati-hati dengan sudut 5-15 ° (teknik injeksi intra cutan).

Masukkan jarum epidermis sampaidengan ± 3 mm dibawah permukaan kulit. Ujung jarum dapat dilihat melalui permukaan kulit

8. Memasukkan obat 0,1 cc secara perlahan sehingga membentuk gelembung berwarna terang seperti gigitan nyamuk dengan diameter $\pm 6-10$ mm dan akan menghilang secara bertahap. Tidak perlu diaspirasi, karena dermis relative avaskuler
9. Mencabut jarum sambil memberikan kapas alkohol pada area penyuntikan. Jangan melakukan masase pada area penyuntikan
10. Memberi tanda pada lokasi penyuntikan
11. Memperhatikan waktu penyuntikan
12. Merapihkan pasien dan alat-alat
13. Membuka handscoen dan mencuci tangan

Evaluasi

1. Mengevaluasi respon serta toleransi pasien selama dan sesudah prosedur
2. Membaca hasil tes 48-72 jam setelah penyuntikan (Hendro, 2014)

