**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS SUSPECT TB PARU+HIV ST III DI RUANG PARU**

**PAVILIUN IV RUMKITAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**



**Oleh:**

**MOHAMAD ARDI AFRIANSA NIM. 172.1011**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2020**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS SUSPECT TB PARU+HIV ST III DI RUANG PARU**

**PAVILIUN IV RUMKITAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh:**

**MOHAMAD ARDI AFRIANSA NIM. 172.1011**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2020**

i

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiat, maka saya akan bertanggung sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 27 Febuari 2020

Mahasiswa,



**Mohamad Ardi Afriansa**

172.1011

ii

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : **MOHAMAD ARDI AFRIANSA**

NIM : 172.1011

Program Studi : DIPLOMA III KEPERAWATAN

Judul :**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Suspect Tuberculosis Paru+ HIV St III Di Ruang Paru Paviliun IV** **RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya**

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

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)**

**Pembimbing I**

**Setiadi, M.Kep., Ns**

**NIP.03.001**

**Pembimbing II**





**Agustina S. Padmi, S.Kep., Ns**

**NIP.196708061991032002**

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 27 Febuari 2020

iii

Karya Tulis Ilmiah dari:

NAMA : MOHAMAD ARDI AFRIANSA NIM : 172.1011

Program Studi : DIPLOMA III KEPERAWATAN

Judul : **Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diagnosa Medis Tuberculosis Paru+HIV St III Di Ruang Paru Paviliun IV RUMKITAL Dr. Ramelan** **Surabaya**

Telah berhasil dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes

Hang Tuah Surabaya, pada:

Hari, tanggal : 27 Febuari 2020

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 : Setiadi, M.Kep., Ns**

**NIP.03.001**

**Penguji II : Agustina S.p , S.Kep., Ns**

**NIP.196708061991032002**

**Mengetahui,**

**Stikes Hang Tuah Surabaya**

**Ka Prodi Pendidikan Diploma III**

**Dya Sustrami., S.Kep., Ns., M.Kes**

**NIP. 03.007**

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 27 Februari 2020

iv

**MOTTO**

**“هَلَكَ امْرُؤٌ لَمْ يَعْرِفْ قَدْرَهُ”**

**“** Hancurlah seseorang yang tidak tahu kemampuan dirinya sendiri**”**

**PERSEMBAHAN**

Kupersembahkan karya yang sederhana ini kepada:

1. Bapak dan ibu saya tercinta yang telah mendukung saya untuk kuliah keperawatan dan yang telah membesarkan dan memfasilitasi pendidikan saya sampai saat ini.

2. Kakak dan adik saya tersayang yang tidak pernah bertengkar karena urusan duniawi semata.

3. Almh Bu Lek saya yang tersayang, yang telah mensupport saya untuk selalu sabar dalam menjalani kehidupan.

4. Keluarga besar saya yang telah memberikan semangat dan motivasi untuk menyelesaikan jenjang akhir ini.

5. Rekan – rekan kerja di cleaning service selama 5 tahun yang telah ikut membantu menyediakan waktu untuk keperluan kegiatan perkuliahan yang saya jalani.

6. Teman-teman seperjuangan D3-Paralel yang mendukung serta memberi arti

kebersamaan dan kesabaran.

v

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Diploma III.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih 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 memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

2. Kolonel Laut (K/W) Wiwiek Liestyaningrum, M.Kep. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan studi Diploma III di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

3. Ibu Dya Sustrami, S. Kep., Ns., M. Kes selaku Kepala Program studi Diploma III, yang selalu memberikan dorongan serta menyemangati mahasiswa dalam meningkatkan wawasannya.

4. Bapak Setiadi, M.Kep., Nsselaku Pembimbing I, yang dengan tulus ikhlas

bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam

memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Tulis

Ilmiah ini.

vi

5. Ibu Agustina S.P, S.Kep., Nsselaku Pembimbing II, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dan penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh ilmu dalam penyempurnaan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.

7. Teman-teman seperjuangan dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan

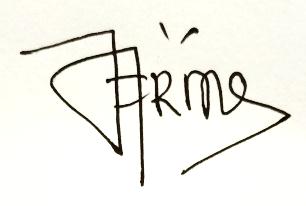
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih

atas bantuannya, penulis hanya bias mengucapkanjazakumullahu khairan katsiran.

vii

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang membangun 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, 27 Febuari 2020



Mohamad Ardi Afriansa

viii

**DAFTAR ISI**

HALAMAN JUDUL

HALAMAN DALAM........................................................................................... i HALAMAN PERNYATAAN .............................................................................. ii HALAMAN PERSETUJUAN .............................................................................. iii HALAMAN PENGESAHAN............................................................................... iv MOTTO DAN PERSEMBAHAN ........................................................................ v KATA PENGANTAR ......................................................................................... vi DAFTAR ISI ........................................................................................................ ix DAFTAR TABEL ................................................................................................ xi DAFTAR GAMBAR ........................................................................................... xii DAFTAR LAMPIRAN ........................................................................................ xii DAFTAR SINGKATAN ................................................................................... xiv DAFTAR LAMBANG ....................................................................................... xvi

**BAB 1. PENDAHULUAN** ................................................................................. 1

1.1 Latar Belakang ............................................................................................... 1

1.2 Rumusan Masalah .......................................................................................... 5

1.3 Tujuan Penelitian ........................................................................................... 5

1.3.1Tujuan Umum ........................................................................................... 5

1.3.2Tujuan Khusus .......................................................................................... .5.

1.4 Manfaat Penelitian ......................................................................................... 6

1.4.1Secara Teoritis............................................................................................... 6

1.4.2Secara Praktisi .......................................................................................... 7

1.5 Metode Penulisan ........................................................................................... 8

1.5.1 Metode ................................................................................................... 8

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data .................................................................... 8

1.5.3 Sumber Data .......................................................................................... 8

1.6 Sistematika Penulisan .................................................................................... 9

**BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA** ........................................................................ 10

2.1 Konsep Dasar Penyakit .................................................................................. 10

2.1.1 Anatomi Fisiologi Sistem Pernafasan ...................................................... 10

2.1.2 Konsep Dasar Tuberculosis Paru ............................................................. 19

2.1.3 Konsep Dasar HIV................................................................................... 27

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Tuberculosis Paru+HIV ....................... 37

2.2.1 Pengkajian ................................................................................................. 37

2.2.2 Pemeriksaan Diagnostik..............................................................................42

2.2.3 Diagnosa Keperawatan................................................................................46

2.2.4 Intervensi Keperawatan...............................................................................46

2.2.5 Tindakan Keperawatan................................................................................53

2.2.6 Evaluasi Keperawatan .................................................................................55

2.2.7 Kerangka Masalah.......................................................................................57

ix

**BAB 3. TINJAUAN KASUS** ..............................................................................58

3.1 Pengkajian ......................................................................................................58

3.1.1 Identitas .....................................................................................................58

3.1.2 Riwayat Kesehatan ....................................................................................58

3.1.3 Pengkajian Persistem ................................................................................60

3.1.4 Pemeriksaan Penunjang ............................................................................67

3.2 Diagnosa Keperawatan .................................................................................71

3.2.1 Analisa Data .............................................................................................71

3.2.2 Prioritas Masalah .......................................................................................72

3.3 Intervensi Keperawatan .................................................................................73

3.4 Tindakan Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan ......................................77

**BAB 4. PEMBAHASAN** ....................................................................................95

4.1 Pengkajian Keperawatan ................................................................................95

4.2 Diagnosa Keperawatan .................................................................................100

4.3 Intervensi Keperawatan ................................................................................103

4.4 Tindakan Keperawatan .................................................................................106

4.5 Evaluasi Keperawatan ..................................................................................108

**BAB 5. PENUTUP** ............................................................................................112

5.1 Kesimpulan ..................................................................................................112

5.2 Saran.............................................................................................................114

**DAFTAR PUSTAKA** .......................................................................................115

Lampiran ............................................................................................................117

x

**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1Kemapuan Perawatan Diri ..................................................................... 65

Tabel 3.2 Hasil Laboratorium .............................................................................. 67

Tabel 3.3 Pemeriksaan Risiko Jatuh (Morse) ...................................................... 68

Tabel 3.4 Pemeriksaan Risiko Trauma Kulit/Decubitus (The Norton Scale) ...... 68

Tabel 3.5 Pemeriksaan Skala Nyeri (Wong Baker Faces Pain Rating Scores) .... 69

Tabel 3.6 Pemeriksaan Kemandirian

Dalam Aktivitas Sehari-Hari (Indeks Katz) ......................................... 69

Tabel 3.7 Pemeriksaan Glascow Coma Scale ...................................................... 69

Tabel 3.8 Terapi ....................................................................................................70

Tabel 3.9 Analisa Data ......................................................................................... 71

Tabel 3.10 Prioritas Masalah ................................................................................ 72

Tabel 3.11 Intervensi Keperawatan....................................................................... 73

Tabel 3.12 Tindakan Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan 29 Januari 2020 . 77

Tabel 3.13 Tindakan Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan 30 Januari 2020 . 83

Tabel 3.14 Tindakan Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan 31 Januari 2020 . 90

xi

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Rongga Hidung ................................................................................ 10

Gambar 2.2 Faring ................................................................................................ 11

Gambar 2.3 Laring ................................................................................................. 12

Gambar 2.4 Trakea................................................................................................ 13

Gambar 2.5 Bronkus dan bronkiolus ..................................................................... 14

Gambar 2.6 Paru-paru ............................................................................................ 16

xii

Lampiran 1 Catatan Perkembangan ....................................................................

Lampiran 2 Daftar Riwayat Hidup .....................................................................

Lampiran 3 Foto Laboratorium ..........................................................................

Lampiran 4 Foto Thorax ....................................................................................

Lampiran 5 SPO dan SAP Batuk efektif .............................................................

Lampiran 6 Leaflet teknik Batuk efektif ............................................................

xiii

OAT : Obat Anti Tuberculosis

DOTS : Directly Observed Treatment Shortcouse

pH : Logaritma negative konsentrasi ion hidrogen

PaCO2 : Tekananparsial karbon dioksida arteri

PCO2 : Tekanan parsial karbon dioksida

TTV : Tanda-tanda Vital

O2 : Oksigen

CO2 : Karbon Dioksida mmol/L : Mili mol per liter

WHO : *World Health Organization* KPK : Kor Pulmonal Kronik mmHg : Millimeter Hidrargirum

TB : Tuberculosis

BMI : Body Mass Index

IV : Intra Vena INH : Inhalasi PO : Per Oral

BCG : Bacille Calmette Guerin

PHBS : Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

BTA : Bakteri Tahan Asam

SPS : Sewaktu Pagi Sewaktu

CT Scan : Computerized Axial Tomografi

TKTP : Tinggi Kalori Tinggi Protein

Ig A : Imunoglobulin A Ig G : Imunoglobulin G HGB : Hemoglobin

HCT : Hematokrit

RR : Respiration Rate TD : Tekanan Darah SPO2 : Saturasi Oksigen NGT : Naso Gastric Tube

MRS : Masuk Rumah Sakit

xiv

HCU : High Care Unit

EKG : Elektrokardiogram GCS : Glasgow Coma Scale

SMRS : Sebelum Masuk Rumah Sakit

ROM : Range of Motion

KIE : Komunikasi, informasi dan edukasi

LSM : Lembaga Swadaya Masyarakat

INH : Iso Nikotinil Hidrazida

HIV : *Human immunodeficiency virus*

RNA : Ribonucleic Acid

DNA : Deoxyribo Nucleic Acid

AIDS : Acquired Immuno Deficiency Syndrome

ODHA : Orang Dengan HIV AIDS CD4 : Cluster diferensiasi 4

MTCT : Mother To Child Trasmission HAART : Highly Active Antiretroviral Therapy ASI : Air Susu Ibu

PCR : Polymerase Chain Reaction

HPV : *Human papillomavirus*

ADL : Activity of Daily Living

PHBS : Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

RJP : Resusitasi Jantung Paru

PCT : Procalcitonin

PLT : Platelet

RBC : Red Blood Cell

2JPP : 2 jam Pos Prandial

ALB : Albumin

T-BIL : Total Bilirubin D-BIL : Direk Bilirubin Ind-BIL : Indirek Bilirubin WBC : White Blood Cell lpm : Liter per Menit

RBM : Rebreathing Mask

g : Gram

xv

mg : Mili gram cm : Centimeter ng : Nano gram mcg : Micro gram ml : Mili Liter

Prodi : Program Studi

Ka : Kepala

STIKES : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan

DO : Data Objektif DS : Data Subjektif x/menit : Kali per Menit

*SGOT : Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase*

*SGPT : Serum Glutamic Piruvic*

*NaCl : Natrium Clorida*

*BGA : Blood Gas Artery*

**DAFTAR LAMBANG**

> : Lebih besar

< : Lebih kecil

≥ : Lebih besar atau sama dengan

0C : Derajat celsius

% : Persen

- : Sampai dengan

xvi

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

**1.1 Latar Belakang**

Tuberculosis paru merupakan penyakit infeksi yang menyerang parenkim paru-paru disebabkan oleh *Myobacterium tuberculosis* (Somantri, 2009). Penyakit Tuberculosis ditularkan melalui udara (*droplet nuclei)* saat seorang pasien Tuberculosis batuk dan percikan ludah yang mengandung bakteri tersebut terhirup oleh orang lain saat bernafas (Widoyono, 2011). HIV adalah suatu dilatasi yang tidak dapat pulih lagi dari bronchial yang disebabkan oleh episode pnemonitis berulang dan memanjang, aspirasi benda asing, atau massa (misal: neoplasma) yang menghambat limen bronchial dengan obstruksi (Hudak & Gallo, 1997). Orang yang mungkin mengalami HIV cenderung akibat infeksi saluran penafasan berulang pada anak usia dini, campak, influenza tuberkulosis atau gangguan imunodefisiensi ( Brunner& Suddarth, 2013).

Keadaan malnutrisi atau kekurangan kalori, protein, vitamin, zat besi dan lain-lain, akan mempengaruhi daya tahan tubuh seseorang sehingga rentan terhadap penyakit termasuk Tuberculosis paru. Keadaan ini merupakan faktor penting yang berpengaruh di negara miskin maupun berkembang, baik pada orang dewasa maupun anak-anak (Manalu,2010).Penderita Tuberculosis paru di Indonesia pada tahun 2009 sebanyak 231.370 orang. Provinsi dengan peringkat 5 dengan Tuberculosis paru terbanyak adalah Jawa Barat, Jawa Timur, Jawa Tengah, Sumatera Utara dan Sulawesi Selatan perkiraan kasus Tuberculosis paru

pada BTA positif di Jawa Barat sebanyak 44.407. Jawa Timur sebanyak 39.896.

1

Jawa Tengah sebanyak 35.156. Sumatera Utara sebanyak 21.197. Sulawesi Selatan sebanyak 16.608. (Profil Kesehatan Indonesia, 2009). Profil Indonesia tahun 2002 menggambarkan persentase penderita Tuberculosis terbesar adalah usia 25-34 tahun (23,67%), diikuti 35-44 tahun (20,46%), 15-24 tahun (18,08%),

45-54 tahun (17,48%), 55-64 tahun (12,32%), lebih dari 65 tahun (6,68%), dan yang terendah adalah 0-14 tahun (1,31%) (Widoyono, 2011). Dari hasil survey yang dilakukan oleh WHO didapatkan fakta bahwa kematian wanita akibat Tuberculosis lebih besar dari pada kematian akibat kehamilan dan persalinan Zain(2001) dalam Muttaqin, A (2008)).Sedangkan prevalensi penderita HIV di Negara Barat, diperkirakan sebanyak 1,3% di antara populasi. Kekerapan itu mengalami penurunan setelah antibiotik banyak dipakai untuk mengobati penyakit infeksi paru. Di Indonesia belum ada laporan tentang angka yang pasti mengenai penyakit ini (Rahmatullah, 2009). Di RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya jumlah pasien Tuberculosis Paru di Paviliun IV Paru terdapat 45 kasus dari jumlah kunjungan 70 orang pada bulan Januari 2020. Sedangkan HIV ditemukan 5 kasus dari jumlah kunjungan 70 orang pada bulan Januari 2020.

Tuberculosis paru merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh basil *Myobacterium tuberculosis* tipe humanus, sejenis kuman dengan berbentuk batang dengan panjang 1-4 mm dan tebal 0,3-0,6 mm. Struktur kuman ini terdiri atas lipid (lemak) yang membuat kuman lebih tahan terhadap asam, serta dari berbagai gangguan kimia dan fisik. Kuman ini juga tahan berada di udara kering dan keadaan dingin (misalnya di lemari es) karena sifatnya yang *dormant*, yaitu dapat bangkit kembali dan menjadi lebih aktif. Selain itu, kuman ini juga bersifat aerob. Basil *Myobacterium tuberculosis* masuk ke dalam jaringan paru melalui

saluran nafas (*droplet infection*). Apabila droplet telah terhirup dan bersarang di paru-paru seseorang, maka kuman ini akan mulai membelah diri atau berkembang biak (Naga, 2012). Basil yang mencapai dan diinhalasi biasanya terdiri atas satu sampai tiga gumpalan. Basil yang lebih besar cenderung bertahan di saluran hidung dan cabang besar bronkus, sehingga tidak menyebabkan penyakit. Setelah berada pada ruang alveolus, kuman akan mulai mengakibatkan peradangan. Leukosit polimorfonuklear tampak memfagositosit bakteri di tempat ini, namun tidak membunuh organisme tersebut. Sesudah hari pertama, maka leukosit diganti oleh makrofag. Alveoli yang terserang akan mengalami konsilidasi dan timbul gejala pneumonia akut. Basil juga menyebar melalui getah bening regional. Makrofag yang mengadakan infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu, sehingga membentuk sel tuberkel epiteloit yang dikelilingi oleh foist. Reaksi ini biasanya membutuhkan waktu 10-20 jam (Ardiansyah, 2012).

Bagi penderita tuberculosis paru yang memiliki banyak sekali kuman, dapat terlihat langsung dengan mikroskop pada pemeriksaan dahaknya (Naga,

2012). Gejala umum tuberculosis paru adalah batuk lebih dari 4 minggu dengan atau tanpa sputum, malaise, gejala flu, demam, nyeri dada, dan batuk darah (Mutaqqin, 2012). Mekanisme gangguan yang paling utama dirasakan oleh penderita Tuberculosis paru adalah gangguan oksigenasinya (Price and Standridge, 2006). Gangguan oksigenasi yang dapat terjadi meliputi:

ketidakefektifan bersihan jalan nafas, ketidakefektifan pola nafas, resiko tinggi gangguan pertukaran gas. (Ardiansyah, 2012). Penyakit tuberculosis paru jika tidak ditangani dengan benar akan menimbulkan komplikasi. Menurut Ardiansyah (2012) komplikasi dini yang disebabkan Tuberculosis paru: pleuritis, efusi pleura,

empiema, laryngitis, Tuberculosis usus. Sedangkan komplikasi lanjut yang dapat disebabkan oleh Tuberculosis paru: obstruksi jalan nafas, kor pulmonale, amiloidosis, karsinoma paru, dan sindrom gagal nafas. Menurut Suyono (2001) ada beberapa komplikasi yang kemungkinan dapat muncul pada pasien dengan HIV, yaitu: bronkitis kronik, pneumonia dengan atau tanpa ateletaksis, pleuritis, efusi pleura atau empiema, abses metastasis di otak, hemoptisis sinusitis, kor pulmonal kronik (KPK), kegagalan pernafasan, amiloidosis

Untuk mencegah komplikasi tersebut maka dibutuhkan peran dan fungsi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan yang benar meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative yang dilakukan secara komprehensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Peran perawat promotif dan preventif yakni memberikan pendidikan kesehatan tentang Tuberculosis paru dan penularan Tuberculosis paru terhadap keluarga maupun pasien itu sendiri. Dalam upaya penanggulan penyakit Tuberculosis paru, peran serta keluarga dalam kegiatan pencegahan merupakan faktor yang sangat penting. Peran serta keluarga dalam penanggulangan Tuberculosis paru harus diimbangi dengan pengetahuan yang baik. Dengan pengetahuan yang dimiliki keluarga dapat meningkatkan status kesehatan klien, sehingga bila ada anggota keluarga yang sakit segera memeriksakan kondisi secara dini, memberikan obat anti mikroba sesuai jangka waktu tertentu utnuk mengobati penyebab penyakit dasar dan dalam perawatan diri klien secara optimal. Peran perawat kuratif yakni memberikan pengobatan Tuberculosis paru menggunakan obat anti tuberculosis (OAT) harus adekuat dan minimal 6 bulan, hal ini bertujuan untuk mencegah terjadinya resistensi basil Tuberculosis terhadap obat. Pengobatan tuberculosis paru menggunakan obat anti

tuberculosis (OAT) dengan metode directly observed treatment shortcouse (DOTS).Selain dalam pengobatan kuratif juga memberikan dukungan psikis pada penderita Tuberculosis paru. Dalam hal rehabilitative peran perawat dapat mengajari latihan fisik seperti latihan nafas dalam.

**1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, penulis berniat membuat karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan pasien dengan Tuberculosis Paru+HIV, untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut” Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis Suspect Tuberculosis Paru+ HIV di Ruang Paru Paviliun IV RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya?”

**1.3 Tujuan**

**1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui asuhan keperawatan pada klien dengan diagnose medis Suspect Tuberculosis Paru+ HIV di Ruang Paru Paviliun IV RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya.

**1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengkaji asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis Suspect Tuberculosis Paru+ HIV di Ruang Paru Paviliun IV RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya.

2. Merumuskan diagnose keperawatan pasien dengan diagnose medis Suspect Tuberculosis Paru+HIV di Ruang Paru Paviliun IV

RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya.

3. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis Suspect Tuberculosis Paru+HIV di Ruang Paru Paviliun IV RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya.

4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis Suspect Tuberculosis Paru+ HIV di Ruang Paru Paviliun IV RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya.

5. Mengevaluasi asuhan keperawatan pasien dengan diagnose medis Suspect Tuberculosis Paru+ HIV di Ruang Paru Paviliun IV RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya.

**1.4 Manfaat**

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut di bawah ini:

**1.4.1 Secara Teoritis**

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilakn keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian disability dan mortalitas pada pasien dengan Suspect Tuberculosis Paru+ HIV.

**1.4.2 Secara Praktisi**

1. Bagi institusi Rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan Suspect Tuberculosis Paru+ HIV sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan tehnologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien Suspect Tuberculosis Paru+ HIV serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan

3. Bagi Keluarga dan Klien

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang penyakit Suspect Tuberculosis Paru+HIV sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis gawat darurat. Selain itu agar keluarga mampu melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit.

4. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa di pergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatn pasien dengan Suspect Tuberculosis Paru+ HIV sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengethuan dan tehnologi yang baru.

**1.5 Metode Penulisan**

**1.5.1 Metode**

Studi kasus yaitu metode yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas dibalik fenomena

**1.5.2 Tehnik Pengumpulan Data**

1. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan yang etik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

2. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung sesuai keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

**1.5.3 Sumber Data**

1. Data Primer, adalah data yang diperoleh dari pasien

2. Data Sekunder, adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

3. Studi Kepustakaan, yaitu mempelajari buku sumber dan jurnal ilmiah yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

**1.6 Sistematika Penulisan**

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 2 bagian, yaitu:

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar dan daftar lampiran.

2. Bagian inti meliputi lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1: Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan studi kasus

BAB 2: Tinjauan pustaka yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnose Suspect Tuberculosis Paru+ HIV

BAB 3: Hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnose keperwatan, dan evaluasi dari pelaksanaan

BAB 4: Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis

BAB 5: Simpulan dan saran

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

**2.1 Konsep Dasar Penyakit**

**2.1.1 Anatomi Fisiologi Sistem Pernafasan**

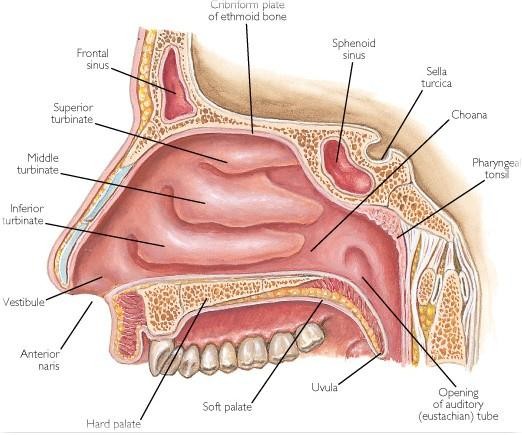
**1. Anatomi Sistem Pernafasan**

Menurut Pearce (2009), system pernafasan manusia tersusun atas saluran udara dan paru-paru; udara masuk ke dalam tubuh melalui struktur-struktur berikut ini:

a. Nares Anterior

Saluran-saluran di dalam lubang hidung. Saluran-saluran itu bermuara ke dalam bagian yang dikenal sebagai *vestibulum* (rongga hidung). Vestibulum ini di lapisi epithelium bergaris yang bersambung dengan kulit.Lapisannares anterior memuat sejumlah kelenjar sebaseus yang ditutupi bulukasar kelenjar-kelenjar itu bermuara ke dalam rongga hidung.

b. Rongga Hidung



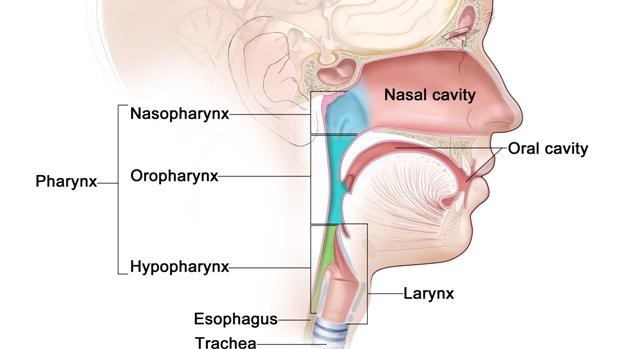
Gambar 2.1 Rongga Hidung

10

Dilapisi oleh selaput lender yang sangat kaya akan pembuluh darah, bersambung dengan lapisan faring dan selaput lendir semua sinus yang mempunyai lubang masuk ke dalam rongga hidung. Daerah pernafasan dilapisi epithelium silinder dan sel epitel berambut yang mengandung sel lender.Sekresi sel ini membuat permukaan nares basah dan berlendir.Diatas septum nasalis dan konka, selaput lendir ini paling tebal. Tiga tulang kerang (konka) yang diselaputi epithelium pernafasan, yang menjorok dan dinding lateral hidung ke dalam rongga, sangat memperbesar permukaan lender tersebut.

Sewaktu udara masuk ke dalam hidung, disaring oleh bulu-bulu yang terdapat di dalam vestibulum. Karena kontak dengan permukaan lendir yang dilaluinya udara menjadi hangat, dan karena penguapan air dari selaput lendir, udara menjadi lembab. Hidung menghubungkan lubang- lubang sinus udara paranasalis yang masuk kedalam rongga-rongga hidung, dan juga menghubungkan lubang-lubang nasolakrimal yang menyalurkan air mata dari mata ke bagian bawah rongga nasalis, ke dalam hidung.

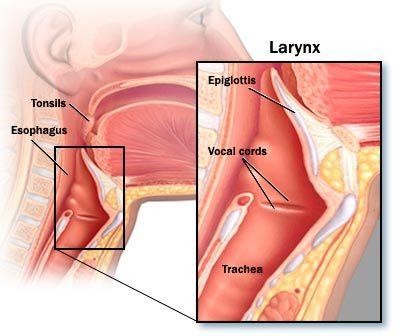
c. Faring(tekak)



Gambar 2.2 Faring

Adalah pipa berotot yang berjalan dari dasar tengkorak sampai bersambungnya dengan esophagus pada ketinggian tulang rawan krikoid. Maka letaknya di belakang hidung (*nasofaing*), di belakang mulut (*orofaring*) dan di belakang (*faring-laringeal*).

d. Laring



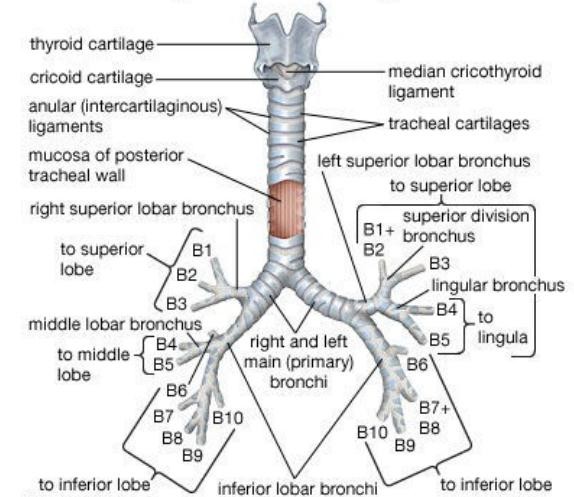
Gambar 2.3 Laring

Laring (tenggorok) terletak di depan bagian terendah faring yang memisahkannya dari kolumna vertebra, berjalan dari faring sampai ketinggian vertebra servikalis dan masuk ke dalam trakea di bawahnya. Laring terdiri atas kepingan tulang rawan yang diikat bersama oleh ligamen dan membrane. Yang tersebar diantaranya ialah tulang rawan tiroid, dan di sebelah depannya terdapat benjolan subkutaneus yang dikenal sebagai jakun, yaitu di sebelah depan leher. Laring terdiri atas dua lempeng atau lamina yang bersambung di garis tengah. Di tepi atas terdapat lekukan berupa V. Tulang rawan*krikoid* terletak di bawah tiroid, bentuknya seperti cincin mohor dengan mohor cincinnya sebelah belakang krikoid, kanan dan kiri tulang rawan *kuneiform*, dan tulang rawan *kornikulata* yang sangat kecil.

Terkait di tulang rawan tiroid terdapat *epiglottis* yang berupa katub tulang rawan yang membantu menutup laring sewaktu menelan. Laring dilapisi jenis selaput yang sama dengan di trakea; kecuali pita suara dan bagian epiglottis sel epithelium berlapis.

Pita suara terletak di dalam laring, berjalan dari tulang rawan tiroid di sebelah depan sampai di kedua tulang rawan aritenoid. Dengan gerakan dari tulang rawan aritenoid yang ditimbulkan oleh berbagai otot larina, pita suara ditegangkan atau dikendurkan. Dengan demikian lebar sela- sela antar pita-pita atau tali *rima glotidis* berubah-ubah sewaktu bernafas dan berbicara. Suara dihasilkan karena getaran pita yang disebabkan udara yang melalui glotis. Bebagai otot yang terkait pada laring mengendalikan suara dan juga menutup lubang atas laring sewaktu menelan.

e. Trakea



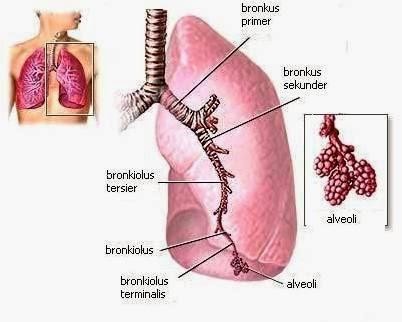
Gambar 2.4 Trakea

Trakea atau batang tenggook kira-kira 9 cm panjangnya. Trakea berjalan dari laring sampai kira-kira ketinggian vertebra torakalis

kelima dan ditempat ini bercabang menjadi dua bronkus(bronki). Trakea tersusun atas 16-20 lingkaran tak lengkap berupa cincin tulang rawan yang diikat bersama oleh jaringan fibrosa dan yang melengkapi lingakaran di sebelah belakang trakea; selain itu juga memuat beberapa jaringan otot. Trakea dilapisi selaput lendir yang terdiri atas epithelium bersilis sel cangkir. Silia ini bergerak menuju atas ke arah laring, maka dengan gerakan ini debu dari butir-butir halus lainnya yang turut masuk bersama dengan pernafasan dapat dikeluarkan. Tulang rawan berfungsi mempertahankan agar trakea tetap terbuka, karena di sebelah belakangnya tidak tersambung, yaitu di tempat trakea menempel pada esophagus, yang memisahkannya dari tulang belakang.

*Trakea servikalis* yang berjalan melalui leher disilang oleh istmus kelenjar tiroid, yaitu belahan kelenjar yang melingkar sisi-sisi trakea. *Trakeatorasika* berjalan melintasi mediastirnum, di belakang sternum menyentuh inominata arkus aorta.

f. Bronkus dan Bronkiolus



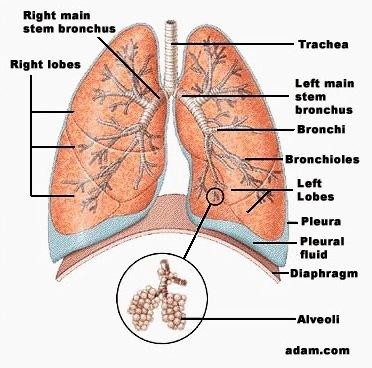
Gambar 2.5 Bronkus dan Bronkiolus

Terdapat beberapa divisi bronkus di dalam setiap lobus paru. Pertama adalah bronkus lobaris (tiga pada paru kanan dan dua pada paru kiri). Bronkus lobaris dibagi menjadi bronkus segmental (sepuluh pada pada paru kanan delapan pada paru kiri), yang merupakan struktur yang dicari ketika memilih posisi drainase postural yang paling efektif untuk pasien tertentu. Bronbkus segmental kemudian dibagi menjadi bronkus subsegmental. Bronkus ini dikelilingi oleh jaringan ikat yang memiliki arteri, limfatik, dan saraf.Bronkus segmental kemudian membentuk percabangan menjadibronkiolus, yang tidak mempunyai kartilago pada dindingnya. Patensi bronkiolus,seluruhnya tergantung pada recoil elastik otot polos sekelilingnya dan pada tekanan alveolar. Bronkiolus mengandung kelenjar sub mukosa, yangmemproduksi lendir yang membentuk selimut tidak terputus untuk lapisan bagiandalam jalan napas.Bronkus dan bronkiolus juga dilapisi oleh sel-sel yang permukaannya dilapisi oleh rambut pendek yang disebut *silia*.Silia berfungsi untuk mengeluarkan lendir dan benda asing menjauhi paru-paru menuju laring.

Bronkiolus kemudian membentuk percabangan menjadi *bronkiolus terminalis*, yang tidak mempunyai kelenjar lendir dan silia. Bronkiolus terminalis kemudian menjadi *brokiolus respiratory*, yang dianggap menjadi saluran transisional antara jalan udara kondukasi dan jalan udara pertukaran gas. Sampai pada titik ini, jalan udara konduksi mengandung sekitar 150 ml udara dalam percabangan

trakeobronkial yang tidak ikut serta dalam pertukaran gas. Ini dikenal sebagai *ruang rugi fisiologik*.Bronkusrespiratory kemudian mengarah ke dalam duktus alveolar dan sakus alveolar kemudian alveoli, pertukaran oksigen dan karbon dioksida terjadi dalam alveoli.

g. Paru-paru



Gambar 2.6 Paru-paru

Paru-paru merupakan sebuah organ berbentuk kerucut, bagian dasar atau permukaan bawah terletak di atasotot diafragma dan bagian puncaknya berakhir di atas klavikula. Permukaan sisi dalam cekung untuk meletakkan jantung. Cekungan paru-paru kiri terlihat lebih jelas dibandingkan dengan bagian kanan dan bagian ini disebut takuk jantung. Di permukaaan sisi dalam terdapat suatu celah atau fisura yang disebut hilum. Bronkus, pembuluh darah, urat saraf dan pembuluh limfa masuk ke dalam paru-paru melalui hilum ini.

Bidang di antar permukaan-permukaan sisi dalam paru-paru disebut rongga mediastinum. Jantung terletak dibagian ini. Kedua paru- paru diselaputi oleh membran paru-paru (pleura).Membran ini melipat

ke dalam dan membentuk celah atau fisura yang membagi paru-paru menjadi beberapa lobus.Paru-paru kanan memiliki tiga lobus (atas, tengah, dan bawah) dan paru-paru kiri memiliki dua lobus (atas dan bawah).

Membran paru-paru (pleura) merupakan suatu membrane tipis jenih yang tersusun atas jaringan epitel mukosa. Membran ini terdiri atas dua lapisan dan di antara lapisan-lapisan ini terdapat suatu cairan jernih yang dihasilkan oleh membrane paru-paru tersebut. Cairan ini mencegah gesekan padasaat paru-paru mengembang dan menguncup ketika bernafas.

**2. Fisiologi Sistem Pernafasan**

Sistem pernafasan dapat disebut juga dengan sistem respirasi yang berarti bernafas kembali. Sistem ini berperan menyediakan oksigen (O2) yang diambil dari atmosfer dan mengeluarkan karbon dioksida (CO2) dari sel-sel tubuh menuju ke udara bebas. Proses bernafas berlangsung dalam beberapa langkah dan berlangsung dengan dukungan system saraf pusat dan system kardiovaskuler. Pada dasarnya system pernafasan terdiri atas rangkian saluran udara yang menghantarkan udara luar agar dapat bersentuhan dengan membrane kapiler alveoli yang memisahkan antara system pernafasan dan system kardiovaskuler.

Proses pergerakan gas ke dalam dan keluar paru dipengaruhi oleh tekanan dan volume. Agar udara dapat mengalir ke dalam paru, tekanan intrapleural harus menjadi negative untuk dapat menentukan batas atas

gradient tekanan udara atmosfer dan alveoli sehingga udara masuk dengan mudah ke dalam paru. Proses pernafasan terdiri atas tiga bagian, yaitu:

a. Ventilasi

Proses inspirasi dan ekspirasi yang merupakan proses aktif dan pasif yang melibatkan kontraksi otot-otot interkosta interna dan mendorong dinding dada sedikit ke arah luar.

b. Difusi

Proses dimana terjadinya pertukaran oksigen dan karbondioksida pada tempat pertemuan udara-darah. Membran alveolar kapiler merupakan tempat yang ideal untuk difusi karena membrane ini mempunyai permukaan yang luas dan tipis (Jeremy, 2007). Normalnya, tekanan parsial O2 (PO2) alveolar 100 mmHg, sedangkan PO2 darah yang masuk ke kapiler pulmonaslis adalah 40 mmHg, sehingga O2 berdifusi dari alveoli ke dalam darah melalui gradient tekanan ini. Kemudian PO2 darah meningkat menjadi 97 mmHg, tetapi akan turun menjadi 95 mmHg saat di aorta karena physiologic shunt. Dilain pihak, PCO2 darah vena adalah 46 mmHg, sedangkan di alveoli adalah 40 mmHg, dan CO2 berdifusi dari dalam darah menuju ke alveoli di sepanjang gradient tekanan ini. Kemudian PCO2 darah yang meninggalkan paru menjadi 40 mmHg (Ganong, 2005).

c. Transportasi Gas

Menurut Jeremy (2007), transportasi gas adalah perpindahan gas dari paru ke jaringan dan dari jaringan ke paru dengan bantuan aliran darah. Udara yang kita hirup untuk bernafas adalah campuran gas-gas

yang terutama terdiri atas Nitogen (78,62%) dan Oksigen (20,84%), dengan renik karbon dioksida (0,04%), uap air (0,05%), helium, argon, dan sebagainya. Tekanan atmosfer pada ketinggian laut adalah sekitar

760 mmHg. Tekanan parsial adalah tekanan yang dikeluarkan oleh setiap gas dalam percampuran gas-gas. Tekanan parsial gas-gas adalah proporsional terhadap konsentrasi gas-gas yang terdapat dalam campuran. Tekanan total yang dikeluarkan oleh campuran gas-gas adalah sebanding dengan jumlah tekanan-tekanan parsial.

**2.1.2 Konsep Dasar Tuberculosis Paru**

**1. Definisi Tuberculosis Paru**

Tuberculosis merupakan penyakit yang disebabkan oleh *Myobacterium Tuberculosis* yang merupakan kuman aerob yang dapat hidup terutama di paru atau berbagai organ tubuh lainnya yang mempunyai tekanan parsial oksigen yang tinggi (Rab, 2010). Black dan Hawks (2014) berpendapat bahwa tuberculosis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh *M.tuberculosis,* merupakan suatu bakteri aerob tahan asam yang menginfeksi melalui udara dengan cara inhalasi partikel kecil (diameter 1-5 mm) yangmencapai alveolus, droplet tersebut keluar saat berbicara, batuk, tertawa, bersin, atau menyanyi. Sedangkan, Junaidi (2010) menjelaskan bahwa tuberculosis (TB) sebagai suatu infeksi akibat *Myobacterium tuberculosis* yang dapat menyerang berbagai organ, terutama paru-paru dengan gejala yang sangat bervariasi.

**2. Etiologi Tuberculosis Paru**

Ardiansyah (2012), menjelaskan bahwa penyebab tuberculosis adalah basil *Myobacteriumtuberculosis* tipe humanus, sejenis kuman berbentuk batang dengan panjang 1-4 mmdan tebal 0,3-0,6 mm. Kuman ini mempunyai struktur yang terdiri atas lipid (lemak) yang membuat kuman lebih tahan terhadap asam, serta dari berbagai gangguan kimia dan fisik. Kuman ini juga tahan berada di udara yang kering dan keadaan dingin karena sifatnya yang *dormant*, yaitu dapat bangkit kembali dan menjadi lebih aktif. Sejauh ini, kuman ini juga bersifat aerob (membutuhkan oksigen untuk hidup).

Tuberculosis paru merupakan sejenis infeksi pada saluran nafas yang vital. Basil Myobacterium masuk ke dalam jaringan paru melalui saluran nafas (*droplet infection*) sampai alveoli dan terjadilah infeksi primer (*Ghon*). Kemudian di kelenjar getah bening terjadilah primer kompleks yang disebut *tuberculosisprimer.* Segera setelah infeksi primer memasuki paru-paru terjadi respons inflamasi dan tertinggal suatu lesi kalsifikasi. Hal ini dapat terlihat pada sinar X dada. Stadium penyakit ini dapat asimtomatik (tanpa tanda dan gejala), atau mungkin terdapat gejala ringan yang meliputi penyakit demam ringan, eritema nodosum, dan efusi pleura paru kecil (Ward *et.al* 2002 dalam buku Caia Francis, 2011).Penyebaran melalui darah dapat menyebabkan tuberculosismilier (penyebaran infeksi luas yangdapat melibatkan banyak jaringan) dan komplikasiyang mematikan pada

meningitis tuberculosis. Sedangkan *post primer tuberculosis* adalah pemajanan ulang terhadap infeksi (meng inhalasi lagi *Myobacterium tuberculosis*) reaktivasi penyakit, atau progresi langsung penyakit dari stadium primer. Reaktivasi terjadi akibat penurunan imunitas di dalam inang; sebagai konsekuensinya ini sering terjadi pada usia tua, pada individu dengan gangguan imun pada mereka dengan komordibitas lainnya. Paru merupakan lokasi yang paling umum penyakit post-primer, terutama apeks (Caia Francis, 2011).

**3. Manifestasi Klinis Tuberculosis Paru**

Menurut Wijaya (2013), gambaran klinik tuberculosis paru dapat dibagi menjadi dua golongan, yaitu gejala respiratorik dan gejala sistemik.

a. Gejala Respiratorik

1) Batuk: gejala batuk timbul paling dini dan merupakan gangguan yang paling sering dikeluhkan. Mual-mula bersifat non produktif kemudian berdahak bahkan bercampur darah bila sudah ada kerusakan jaringan.

2) Batuk darah: darah yang dikeluarkan dalam dahak bervariasi, mungkin tampak berupa garis atau bercak-bercak darah, gumpalan darah, atau darah segar dalam jumlah sangat banyak.

3) Sesak nafas: gejala ini ditemukan bila kerusakan parenkim paru sudah meluas atau karena ada hal-hal yang menyertai seperti efusi pleura, pneumothorax, dan lain-lain.

4) Nyeri dada: nyeri dada pada tuberculosis paru termasuk nyeri pleuritik yang ringan. Gejala ini timbul apabila system persarafan di pleura rusak.

b. Gejala Sistemik

Demam, merupakan gejala yang sering di jumpai biasanya timbul pada sore dan malam hari mirip dengan demam influenza, hilang timbul makin lama makin panjang serangannya sedang masa bebas serangan makin pendek. Gejala sistemik lain, yaitu keringat di malam hari, anoreksia, penurunan berat badan dan malaise. Timbulnya gejala biasanya gradual dalam beberapa minggu sampai bulan akan tetapi penampilan akut dengan batuk, panas, sesak nafas, walaupun jarang dapat juga timbulnya menyerupai gejala pneumonia atau tuberculosis paru termasuk insidius.

Sedangkan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (DepKes RI) (2006), gejala utama pasien tuberculosis paru adalah batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringatmalam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan.

**4. Patofisiologi Tuberculosis Paru**

Port desentri kuman *Myobacterium tuberculosis* adalah saluran pernafasan, saluran pencernaan dan luka terbuka pada kulit. Kebanyakan

infeksi terjadi melalui udara (airbone), yaitu melalui *inhalasi dropplet* yang mengandung kuman-kuman basil tuberkel yang terinfeksi (Ardiansyah, 2012). Basil tuberkel yang mencapai permukaan alveoli biasanya diinhalasi sebagai suatu unit yang terdiri dari satu sampai tiga basil karena gumpalan yang lebih besar cenderung tertahan di rongga hidung dan tidak menyebabkan penyakit, setelah berada di dalam ruang alveolus (biasanya di bagian bawah lobus atas atau dibagian atas lobus bawah) basil tuberculosis ini membangkitkan reaksi peradangan. Leukosit polimorfunuklear tampak pada tempat tersebut dan memfagosit bakteri tetapi tidak membunuh organisme tersebut. Sesudah hari-hari pertama maka leukosit diganti oleh makrofag (Wijaya, 2013).

Alveoli yang diserang akan mengalami konsolidasi dan timbul gejala-gejala pneunomia akut. Basil juga menyebar melalui kelenjar limfe regional.Makrofag yang mengalami infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu sehingga membentuk sel tuberkel epiteloid yang dikelilingi oleh limfosit.Reaksi ini biasanya berlangsung selama 10-20 hari.Nekrosis bagian sentral lesi memberikan gambaran yang relatif padat seperti keju, lesinekrosis ini disebut sebagai nekrosis kaseosa.

Daerah yang mengalami nekrosis kaseosa dan jaringan granulasi disekitarnya yang terdiri dari sel epiteloid dan fibroblas menimbulkan respon berbeda. Jaringan granulasi menjadi lebih fibrosa, membentuk jaringan parut yang akhirnya membentuk suatu kapsul yang mengelilingi tuberkel (Wijaya.2013).

Lesi primer paru-paru disebut focus ghon dan gabungan terserangnya kelenjar limfe regional dan lesi primer dinamakan kompleks ghon.Kompleks ghon yang mengalami perkapuran ini dapat dilihat pada orang sehat yang kebetulan menjalani pemeriksaan radiogram rutin. Respon lain yang terjadi pada daerah nekrosis adalah percairan dimana bahan cair lepas kedalam bronkus dan menimbulkan kavitas.Meteri tuberkular yang dilepas dari dinding kavitas akan masuk ke percabangan trakeobonkial. Proses ini dapat terulang kembali pada bagian lain dari paru atau basil dapat terbawa ke laring, telinga atau usus.Kavitas kecil dapat menutup sekalipun tanpa pengobatan dan meninggalkan panit fibrosa (Wijaya, 2013).

Bila peradangan mereda lumen bronkus dapat menyempit dan tertutup oleh jaringan parut yang terdapat dekat dengan perbatasan bronkus. Bahan perkejuan dapat mengental sehingga tidak dapat mengalir melalui saluran yang ada dan lesi mirip dengan lesi berkapsul yang tidak terlepas. Keadaan ini dapat tidak menimbulkan gejala dalam waktu lama atau membentuk lagi hubungan dengan bronkus dan menjadi tempat peradangan aktif. Penyakit ini dapat menyebar melalui saluran limfe atau pembuluh darah (limfehematogen). Penyebaran hematogen merupakan suatu fenomena akut yang menyebabkan tuberculosis milier. Ini terjadi apabila fokus nekrotik merusak pembuluh darah sehingga banyak organisme masuk ke sistem vaskular dan tersebar ke dalam sistem vaskular ke organ-organ tubuh (Wijaya, 2013).

**5. Komplikasi Tuberculosis Paru**

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2005), menyatakan bahwa Tuberculosis paru apabila tidak ditangani dengan baik maka akan menimbulkan komplikasi. Komplikasi-komplikasi yang terjadi pada tuberculosis paru ada 2 yaitu:

1. Komplikasi dini: pleuritis, efusi pleura, empiema, laringitis, Tuberculosis usus
2. Komplikasi pada stadium lanjut:

1) Hemoptisis berat (perdarahan dari saluran nafas bawah) yang dapat mengakibatkan kematian karena syok hipovolemik atau tersumbatnya jalan nafas.

2) Kolaps dari lobus akibat retraksi bronkial

3) Bronkietaksis (pelebaran bronkus setempat) dan fibrosis (pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan atau reaktif) pada paru.

4) Pneumothorax (adanya udara di rongga pleura) spontan: kolaps spontan karena kerusakan jaringan paru.

5) Penyebaran infeksi ke organ lain seperti otak, tulang, ginjal, dan sebagainya

6) Insufisiensi kordio pulmoner (cardio pulmonary insufficiency)

**6. Penatalaksanaan Tuberculosis Paru**

Zain (2001) membagi penatalaksanaan tuberkulosis paru menjadi tiga bagian, yaitu pencegahan, pengobatan dan penemuan penderita.

a. Pencegahan Tuberkulosis Paru

1) Pemeriksaan kontak, yaitu pemeriksaan terhadap individu yang bergaul erat dengan penderita tuberkulosis paru BTA positif

2) Mass chest X – Ray, yaitu pemeriksaan massal terhadap kelompok – kelompok populasi tertentu, misalnya karyawan rumah sakit atau puskesmas atau balai pengobatan, penghuni rumah tahanan dan siswa-siswi pesantren.

3) Vaksinasi BCG ; reaksi positif terjadi setelah medapat vaksinasi BCG langsung terdapat reaksi lokal yang besar dalam waktukurang dari 7 hari setealh penyuntikan.

4) Kemoprofilaksis, yaitu dengan menggunakan INH 5 mg/kgbb selama 6-12 bulan dengan tujuan menghancurkan atau mengurangi populasi bakteri yang masih sedikit.

5) Komunikasi, informasi dan edukasi ( KIE ) tentang penyakit tuberkulosis kepada masyarakat ditingkat puskesmas maupun rumah sakit oleh petugas pemerintah atau petugas LSM ( LembagaSwadaya Masyarakat)

b. Pengobatan tuberkulosis paru

Tujuan pengobatan pada penderita tuberkulosis paru, selain untuk mengobati, juga untuk mencegah kematian, kekambuhan, resistensi kuman terhadap OAT, serta memutuskan mata rantai penularan.

c. Penemuan Penderita

1) Penatalaksanaan terapi : asupan nutrisi adekuat/mencukupi

2) Kemoterapi yang mencakup:

a) Isoniazid (INH) sebagai bakterisidial terhadap basil yang tumbuh aktif.Obat ini diberikan selama 18-24 bulan dan dengan dosis 10 – 20 mg /kgbb/ hari melalui oral

b) Kominasi antara INH, Rifampisin dan Pyrazinamid yang diberikan selama 6 bulan.

c) Obat tambahan, antara lain streptomycin (diberikan intramuskular) dan ethambutol

d) Terapi kostikosteroid diberikan bersamaan dengan obat anti tuberkuloris untuk mengurangi respon peradangan, misalnya pada meningitis.

3) Pembedahan dilakukan jika kemoterapi tidak berhasil. Tindakan ini dilakukan dengan mengangkat jaringan paru yang rusak

4) Pencegahan dilakukan dengan menghindari kontak langsung dengan orang yang terinfeksi basil tuberkulosis serta mempertahankan asupan nutrisi yang memadai. Pemberian imunisasi BCG juga diperlukan untuk meningkatkan daya tahan tubuh terhadap infeksi basil tuberculosis virulen.

**2.1.3 Konsep Dasar HIV**

**1. Definisi HIV**

Virus *Human immunodeficiency virus* (HIV) adalah retrovirus yang termasuk dalam family lentivirus.Retrovirus mempunyai kemampuan menggunakan RNA dan

DNA penjamu untuk membentuk virus DNA dan dikenali selama periode inkubasi yang panjang, utamanya menyebabkan munculnya tanda dan gejala AIDS. (Nursalam & Kurniati, 2009).

*Acquired immune deficiency syndrome* (AIDS) merupakan salah satu penyakit yang disebabkan oleh HIV, ditandai dengan adanya kegagalan progresif system imun (Irianto, 2014). Kerusakan progresif pada system kekebalan tubuh menyebabkan orang dengan HIV/AIDS (ODHA) sangat rentan terserang berbagai penyakit.

Serangan penyakit yang biasanya tidak terlalu berbahaya lama kelamaan akan menyababkan pasien sakit parah bahkan meninggal (Rendi & Margareth, 2012).

**2. Etiologi HIV**

Penyebab kelainan imun pada AIDS adalah suatu agen viral yang disebut HIV dari kelompok virus yang dikenal dengan retrovirus. Retrovirus ditularkan oleh darah melalui kontak intim dan mempunyai afinitas yang kuat terhadap limfosit T (Desmawati, 2013).

Virus HIV menyerang sel CD4 menjadikannya tempat berkembang biak virus HIV baru dan menyebabkan kerusakan pada sel darah putih sehingga tidak dapat digunakan lagi. Ketika seseorang terkena HIV, virus ini tidak langsung menyebabkan penyakit AIDS tapi memerlukan waktu yang cukup lama (Rimbi, 2014).

Transmisi HIV masuk ke dalam tubuh manusia melalui 3 cara antara lain:

a. Secara vertikal atau MTCT (mother to child trasmission)

dari ibu yang terinfeksi HIV ke anak (selama mengandung, persalinan, menyusui). Angka penularan selama kehamilan sekitar

5-10% namun jika ODHA yang hamil tidak diberikan HAART selama kehamilan maka 80% akan beresiko terjadi penularan ke janin pada usia kehamilan diatas 36 minggu, sewaktu persalinan

10-20% dan saat pemberian ASI 10-20%.

ASI merupakan perantara terbesar penularan HIV dari ibu ke bayi pascanatal ini karena telah diidentifikasi adanya virus yang ditemukan di ASI. Infeksi pada bayi akan dilihat melalui kultur atau Polymerase Chain Reaction (PCR) pada bayi setelah lahir negatif tetapi setelah beberapa bulan menjadi positif. Pada ODHA yang hamil akan dilakukan intervensi dengan obat HAART (highly active antiretroviral therapy), pada ibu hamil yang tidak diberikan obat HAART, 80% akan terjadi transmisi MTCT pada usia kehamilan lanjut (diatas 36 minggu) (D.Suhaimi, 2009).

b. Secara trans seksual (homoseksual dan heteroseksual)

Transmisi HIV melalui kontak seksual pertama kali diketahui oleh Lifson pada pria homoseksual dan heteroseksual di California.Dengan studi kohort dari 100% yang positif HIV setelah 8-10 tahun 52% mengidap AIDS. Virus HIV berada di cairan semen, cairan cerviks dan cairan vagina. Transmisi infeksi

HIV melalui hubungan seksual lewat anus lebih mudah karena hanya terdapat membran mucosa rectum yang tipis dan mudah robek sehingga anus sering terjadi robek.

Pada kontak seks pervaginal kemungkinan transmisi HIV dari laki-laki ke perempuan lebih besar daripada perempuan ke laki-laki. Hal ini di karenakan paparan semen dan sperma mulai dari mucosa vagina, serviks sampai ke endometrium.

c. Secara horizontal yaitu kontak antar darah atau produk darah yang terinfeksi

Dalam hal ini yang paling beresiko adalah pengguna narkoba intravena dengan pemakaian jarum suntik secara bersamaan tanpa memperhatikan kesterilisasiannya. Selain itu penerima transfusi darah juga sangat beresiko terhadap penularan HIV, namun pada saat ini penapisan darah terhadap HIV sudah semakin baik, sehingga kasus penularan HIV dari pendonor ke penerima donor hampir tidak ada.Kelompok pekerja yang beresiko terhadap penularan HIV melalui darah adalah petugas kesehatan dan petugas laboratorium.

**3. Manifestsi Klinis HIV**

Dimulai beberapa minggu sampai beberapa bulan sebelum timbulnya infeksi oportunistik (Padila, 2012):

a. Demam b. Malaise

c. Keletihan

d. Keringat malam tanpa aktifitas e. Penurunan BB

f. Diare kronik

g. Limfadenopati umum h. Kandisiasis oral

**4. Patofisiologi HIV**

Perjalanan klinis ODHA dari tahap terinfesi HIV sampai tahap AIDS, sejalan dengan penurunan derajat imunitas pasien, terutama imunitas sekunder dan menunjukkan gambaran penyakit yang kronis.Penurunan imunitas biasanya diikuti dengan adanya peningkatan resiko dan derajat keparahan infeksi oportunistik serta penyakit keganasan (Nursalam & Kurniati, 2009).Semua orang yang terinfesi HIV sebagian besar berkembang menjadi AIDS pada tiga tahun pertama, 50% menjadi AIDS sesudah sepuluh tahun dan hampir

100% ODHA menunjukkan gejala AIDS setelah 13 tahun(Rendi & Margareth, 2012).

Perjalanan alamiah penyakit HIV pada umumnya terdiri dari

3 tahap, tahap

infeksi primer, tahap asimptomatik dan tahap simptomatik dan AIDS. Pada tahap infeksi primer, terjadi repilkasi virus HIV secara cepat diikuti dengan kadar CD4+ penderita yang menurun. Pada tahap tersebut, respon imun tubuh juga akan berusaha melawan virus HIV dengan mekanisme imunitas seluler dan humoral (Nursalam & Kurniati, 2009).

Tahap selanjutnya adalah tahap asimptomatik, dimana pada tahap ini, replikasi virus tetap terjadi, namun cenderung lambat. Jumlah CD4+ pada tahap ini juga menurun lebih lambat dari pada tahap sebelumnya.

Jika jumlah sel CD4+ penderita mencapai <200 sel/mm3 dan terdapat minimal 1 infeksi opurtunistik pada penderita, maka penderita sudah masuk pada tahap AIDS. Pada tahap ini, gejala yang dialami penderita berupa penurunan berat badan demam >1bulan tanpa sebab yang jelas,diarekronis>1 bulan, kandidiasis oral, serta gejala lainnya (Folasire, Folasire, & Sanusi, 2015).

Pasien HIV/AIDS pada umumnya mengalami penurunan nafsu makan. Hal ini bisa disebabkan karena pengaruh obat ARV dan kesulitan menelan akibat infeksi jamur kandida pada mulut. Penderita HIV/AIDS juga menderita diare yang menyebabkan dehidrasi, absorbs makanan yang buruk sehingga terjadi penurunan berat badan secara signifikan. Saat diare juga terjadi hilangnya zat gizi dalam tubuh seperti vitamin dan mineral sehingga harus diberikan asupan zat gizi yang tepat. Terjadinya demam yang lama sehingga menyebabkan kehilangan kalori dan cairan (Nursalam & Kurniati, 2009).

**5. Komplikasi**

a. Oral Lesi

Karena kandidia, herpes simplek, sarcoma Kaposi, HPV oral, gingivitis, peridonitis Human Immunodeficiency Virus (HIV),

leukoplakia oral,nutrisi,dehidrasi,penurunan berat badan, keletihan dan cacat.

b. Neurologik

Kompleks dimensia AIDS karena serangan langsung Human Immunodeficiency Virus (HIV) pada sel saraf, berefek perubahan kepribadian, kerusakan kemampuan motorik, kelemahan, disfasia, dan isolasi social.

Enselophaty akut, karena reaksi terapeutik, hipoksia, hipoglikemia, ketidakseimbangan elektrolit, meningitis / ensefalitis, Dengan efek: sakit kepala, malaise, demam, paralise total/ parsial.

Infark serebral kornea sifilis meningovaskuler, hipotensi sistemik, dan maranik endokarditis.

Neuropati karena imflamasi demielinasi oleh serangan Human Immunodeficienci Virus (HIV)

c. Gastrointestinal

1) Diare karena bakteri dan virus, pertumbuhan cepat flora normal, limpoma, dan sarcoma Kaposi. Dengan efek, penurunan berat badan,anoreksia,demam,malabsorbsi, dan dehidrasi.

2) Hepatitis karena bakteri dan virus, limpoma,sarcoma Kaposi, obat illegal, alkoholik. Dengan anoreksia, mual muntah, nyeri abdomen, ikterik,demam atritis.

3) Penyakit Anorektal karena abses dan fistula, ulkus dan inflamasi perianal yang sebagai akibat infeksi, dengan efek inflamasi sulit dan sakit, nyeri rectal, gatal-gatal dan diare.

d. Respirasi

Infeksi karena Pneumocystic Carinii, cytomegalovirus, virus influenza, pneumococcus, dan strongyloides dengan efek nafas pendek,batuk,nyeri,hipoksia,keletihan,gagal nafas.

e. Dermatologik

Lesi kulit stafilokokus: virus herpes simpleks dan zoster, dermatitis karena serosis, reaksi otot, lesi scabies/tuma, dan dekubitus dengan efek nyeri,gatal,rasa terbakar,infeksi skunder dan sepsis.

f. Sensorik

Pandangan: Sarkoma Kaposi pada konjungtiva berefek kebutaan Pendengaran: otitis eksternal akut dan otitis media, kehilangan pendengaran dengan efek nyeri.

**6. Penatalaksanaan klinis HIV**

Apabila terinfeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV), maka terapinya yaitu (Endah Istiqomah :2009) :

a. Pengendalian Infeksi Opurtunistik

Bertujuan menghilangkan, mengendalikan dan pemulihan infeksi opurtunistik, nasokomial, atau sepsis. Tidakan pengendalian infeksi yang aman untuk mencegah kontaminasi bakteri dan komplikasi penyebab sepsis harus dipertahankan bagi pasien dilingkungan perawatan kritis.

b. Terapi AZT (Azidotimidin)

Disetujui FDA (1987) untuk penggunaan obat antiviral AZT yang efektif terhadap AIDS, obat ini menghambat replikasi antiviral Human Immunodeficiency Virus (HIV) dengan menghambat enzim pembalik traskriptase.AZT tersedia untuk pasien AIDS yang jumlah sel T4 nya <>3 .Sekarang, AZT tersedia untuk pasien dengan Human Immunodeficiency Virus (HIV) positif asimptomatik dan sel T4 > 500 mm3

c. Terapi Antiviral Baru

Beberapa antiviral baru yang meningkatkan aktivitas system imun dengan menghambat replikasi virus / memutuskan rantai reproduksi virus pada prosesnya. Obat-obat ini adalah :

1) Didanosin

2) Ribavirin

3) Diedoxycytidine

4) Recombinant CD 4 dapat larut d. Vaksin dan Rekonstruksi Virus

Upaya rekonstruksi imun dan vaksin dengan agen tersebut seperti interferon, maka perawat unit khusus perawatan kritis dapat menggunakan keahlian dibidang proses keperawatan dan penelitian untuk menunjang pemahaman dan keberhasilan terapi AIDS.

**7. Derajat Infeksi HIV dan AIDS**

a. Stadium klinis I

1) Asimtomatis

2) Limfadenopati persistent generalisata

Keadaan umum fisik skala I: Asimtomatis, aktivitas normal b. Stadium klinis II

1) Penurunan berat badan < 10% dari berat badan sebelumnya

2) Manifestasi mukokutaneus minor (dermatitis, prurigo, jamur kuku, ulsesaria mukosa oral berulang)

3) Herpes zoster dalam 5 tahun terakhir

4) Infeksi berulang pada saluran pernafasan atas

Keadaan umum fisik skala II: Simtomatis, aktivitas normal c. Stadium klinis III

1) Penurunan berat badan > 10%

2) Diare kronis dengan penyebab yang tidak jelas dan berlangsung > 1 bulan

3) Demam dengan penyebab yang tidak jelas dan berlangsung > 1 bulan

4) Kandidiasis pada mulut

5) TB pulmoner dalam satu tahun terakhir

6) Infeksi bakterial berat seperti pneumonia, piomiositis

Keadaan umum fisik skala III: lemah, berada di tempat tidur, <

50% per hari dalam bulan terakhir. d. Stadium klinis IV

1) HIV wasting Syndrome

2) Ensefalitis toksoplasma

3) Kandidiasis esofagus

4) Salmonela non tifoid

5) TB ekstrapulmoner

6) Limfoma maligna

**2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Tuberculosis Paru + HIV**

**2.2.1 Pengkajian**

Menurut Ardiansyah (2012) dan Brunner & Suddarth (2013) keluhan utama yang dapat ditemukan paada pasien tuberkulosis paru yaitu sesak nafas dan batuk dengan sputum yang banyak dan purulen .Ini terjadi akibat adanya kerusakan pada dinding bronkus berupa dilatasi dan distrosi bronkus, kerusakan elemen elastic, Sehingga kerusakan tersebut menimbulkan spatis sputum, gangguan ekspektorasi, gangguan reflek batuk dan sesak nafas itu sendiri Dan apabila terjadi nekrosis atau destruksi mukosa bronkus yang mengenai pembuluh darah maka akan menimbulkan hemoptisis.

**1. Riwayat Penyakit Sekarang**

Menurut Ardiansyah (2012) riwayat penyakit sekarang dapat meliputi keluhan atau gangguan yang sehubungan dengan penyakit yang dirasakan sat ini.

Alur cerita dari pasien mengalami keluhan, kemudian mencari pengobatan hingga sampai pasien tiba di fasilitas kesehatan untuk mencari kesembuhan.

**2. Riwayat Penyakit Dahulu**

Keadaan atau penyakit-penyakit yang pernah diderita oleh pasien yang berhubungan dengan Tuberkulosis Paru dan HIV. Dan penyakit-penyakit yang dapat memperberat tuberkulosis paru misalnya diabetes mellitus dan hipertensi (Ardiansyah, 2012).

**3. Riwayat Penyakit Keluarga**

Riwayat keluarga ada yang menderita tuberkulosis paru dan HIV, sebagai faktor predisposisi penularan di dalam rumah (Ardiansyah. 2012).

**4. Pemeriksaan Fisik**

a. **B1 Sistem Pernafasan (*Breathing*)**

Pada pemeriksaan inspeksi bila mengenai pleura, paru yang sakit terlihat agak tertinggal dalam pernapasan. Didapatkan juga batuk berdarah atau batuk produktif, sesak nafas. Pada pemeriksaan perkusi terdengar suara redup terutama pada apeks paru, bila terdapat kavitas yang cukup besar, perkusi memberikan suara hipersonar dan timpani. Bila mengenai pleura, perkusi memberikan suara pekak. Dan pada pemeriksaan auskultasi terdengar suara napas bronchial. Akan didapatkan suara napas tambahan berupa rhonci basah, kasar dan nyaring. Tetapi bila infiltrasi ini diliputi oleh penebalan pleura, suara napas menjadi vesikuler melemah.Bila mengenai pleura, auskultasi memberikan suara napas yang lemah sampai tidak terdengar sama

Sekali (Marilyn. E. Doenges, 2000).dan pada ODHA,di dapatkan dyspnea,takipnea, sianosis, SOB, Menggunakan otot bantu pernafasan, batuk produktif atau non produktif.

**b. B2 Sistem Kardivaskuler dan Limfatik (*Blood*)**

Pada pasien dengan Tuberculosis Paru dan HIV mungkin akan ditemukan takikardia, sianosis, hipotensi, edema perifer, dizziness dan adanya perdarahan di saluran pernafasan akibat adanya aneurisme pembuluh darah sehingga menyebabkan hemaptoe (Padila, 2012).

**c. B3 Sistem Persarafan (*Brain*)**

Menurut Marilyn E. Doenges (2000), umumnya pada pasien Tuberculosis Paru jarang ditemukan adanya gangguan pada sistem persarafan dan kesadaran pasien masih compos mentis dan GCS menunjukkan angka 456.dan menurut Padila (2012),pasien dengan HIV ada gangguan pada reflex pupil, nystagmus, vertigo, ketidakseimbangan, kaku kuduk, kejang, paraplegia.

**d. B4 Sistem Perkemihan (*Bladder*)**

Pada pasien dengan Tuberculosis Paru + HIV, umumnya ada lesi atau eksudat pada genital(padila. 2012).

**e. B5 Sistem Pencernaan (*Bowel*)**

Menurut Ardiansyah (2012) dan padila (2012) pada pasien dengan Tuberculosis Paru +HIV akan mungkin akan ditemukan kehilangan nafsu makan, tak dapat mencerna makanan sehingga terjadi penurunan berat badan, mual, muntah, diare, kuning Dan mungkin juga ditemukan perubahan karakteristik feses dan urine, nyeri tekan pada kuadran kanan atas dan hepatomegali, nyeri tekan pada kuadran kiri atas dan splenomegali.

**f. B6 Sistem Muskuloskeletal dan Integumen (*Bone*)**

Menurut Ardiansyah (2012) dan Padila (2012) Pada pasien Tuberculosis Paru dan HIV, Di sistem muskuloskletal akan ditemukan ketidak mampuan melakukan,kurang tidur dan keadaan sehari–hari yang kurang meyenangkan.Dan di sistem integumen akan di temukan kering, gatal, rash atau lesi, turgor jelek, dan ptekie positif.

**g. Endokrin**

Pada pasien dengan Tuberculosis Paru umumnya tidak mengalami gangguan pada sistem endokrinnya.

**h. Seksual Reproduksi**

Pada pasien dengan Tuberculosis Paru umumnya tidak mengalami gangguan pada systemreproduksinya.

1. **Kemampuan Perawatan diri**

Menurut Marilyn. E. Doenges (2000) pola aktivitas pada pasien Tuberculosis Paru mengalami penurunan karena sesak nafas,mudah lelah, tachicardia,jika melakukanaktifitas berat timbul sesak nafas (nafas pendek).

**j. Personal Hygiene**

Pada pasien Tuberculosis Paru + HIV umumnya tidak mengalami gangguan pada pola personal hygienenya.

**k. Pola Istirahat Tidur**

Menurut Ardiansyah (2012) pada pasien Tuberculosis Paru + HIV mungkin akan ditemukan sulit tidur,frekuensi tidur berkurang dari biasanya, sering berkeringat pada malam hari.

**l. Pola Kognitif-Perseptual-Psiko-Sosio-Spiritual**

Kurang menerapkan PHBS yang baik, rumah kumuh, jumlah anggota keluarga banyak, lingkungan dalam rumah lembab, jendela jarang dibuka sehingga sinar matahari tidak dapat masuk, ventilasi minim menyebabkan pertukaran udara kurang, sejak kecil anggota keluarga tidak dibiasakan imunisasi.Pasien tidak percaya diri, pasif, kadang pemarah, selain itu ketakutan dan kecemasan akan muncul pada penderita Tuberculosis Paru dikarenakan kurangnya pengetahuan tentang pernyakitnya yang akhirnya membuat kondisi penderita menjadi perasaan tak berdaya dan tak ada harapan (Marilyn. E. Doenges, 2000).Pada ODHA, terdapat kehilangan pekerjaan dan

penghasilan,perubahan pola hidup, ungkapan perasaan takut, cemas, meringis pada psikososialnya, dan terdapat marah atau pasrah,depresi, ide bunuh diri,apatis,withdrawl,hilang interestpada lingkungan sekitar,gangguan proses piker,hilang memori, gangguan atensi dan konsentrasi, halusinasi, dan delusi pada status mentalnya (Padila,

2012).

**2.2.2 Pemeriksaan Diagnostik**

Pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan untuk menegakkan diagnosa tuberculosis paru menurut DepKes RI (2006) antara lain :

1. Diagnosa tuberculosis paru

a. Semua suspek tuberculosis diperiksa 3 spesimen dahak dalam waktu 2 hari yaitu sewaktu pagi sewaktu (sps).

b. Diagnosa tuberculosis paru pada orang dewasa ditegakkan dengan ditemukannya kuman tuberculosis paru (BTA). Pada program tuberculosis nasional, penemuan BTA (Bakteri Tahan Asam) melalui pemeriksaan dahak mikroskopis merupakan diagnosa utama pemeriksaan lain seperti fotothorax, biakan uji kepekaan dapat digunakan sebagai penunjang diagnosis sepanjang sesuai dengan induksinya.

2. Diagnosa Tuberculosis Ekstra Paru

a. Gejala dan keluhan tergantung organ yang terkena, misalnya kaku kuduk pada meningitis tuberculosis, nyeri dada pada hiberkulosis pleura (pleuritis), pembesaran kelenjar limfe superfisialisis pada limfadenetis tuberculosis dan deformiras tulang belakang (gibbus)

pada spindilitis tuberculosis. Diagnosis pasti, sering sulit ditegakkan sedangkan diagnosis kerja dapat ditegakkan berdasarkan gejala klinis tuberculosis yang kuat (presumtif) dengan menyingkirkan kemungkinan penyakit lain. Ketepatan diagnosis tergantung pada metode pengambilan bahan pemeriksaan dan ketersediaan alat diagnostik, misalnya uji mikrobiologi, patologi anatomi, sosiologi, fotothorax, dan lain- lain.

Sedangkan menurut Ardiansyah (2012) pemeriksaan diagnosis yang dapat dilakukan untuk menegakkan Tuberculosis Paru adalah :

1) Pemerikasaan Rontgen Thorax

Pada hasil pemeriksaan rontgen thorax, sering didapatkan adanya suatu lesi sebelum ditemukan gejala sujektif awal. Sebelum pemeriksaan fisik, dokter juga menemukan suatu kelainan pada paru. Pemeriksaan rontgen thorax ini sangat berguna untuk mengevaluasi hasil pengobatan dimana hal ini bergantung pada keterlibatan dan kerentanan bakteri tuberkel terhadap OAT (Obat Anti Tuberculosis).Penyembuhan total seringkali terjadi di beberapa area dan ini adalah observasi yang dapat muncul pada sebuah proses penyembuhan yang lengkap.

2) Pemeriksaan CT – Scan

Pemeriksaan CT – Scan dilakukan untuk menemukan hubungan kasus tuberculosis inaktif/stabil yang ditunjukan dengan adanya gambaran garis-garis fibrotik irreguler pita parenkimal, klasifikasi nodul dan adenopati perubahan kelengkungan berkasbronkovaskular, bronkiektasis, serta emfisema perisikatrisial. Pemeriksaan CT – Scan sangat bermanfaat untuk mendeteksi adanya pembentukan kavitas dan dapat diandalkan dari pada pemeriksaan rontgen thorex biasa.

3) Radiologis Tuberculosis Paru Miller

Tuberculosis milier akut diikuti oleh invasi pembuluh darah secara masif atau menyeluruh serta mengakibatkan penyakit akut yang berat dan sering disertai akibat fatal sebelum penggunaan OAT. Hasil pemeriksaan rontgen thorax bergantung bergantung pada ukuran dan jumlah tuberkel milier. Pada beberapa pasien tuberculosis milier, tidak ada lesi yang terlihat pada hasil rontgen thorax, tetapi ada beberapa kasus dimana bentuk milier klasik berkembang seiring dengan perjalanan penyakitnya.

4) Pemeriksaan Laboratorium

Diagnosis terbaik dari penyakit tuberculosis diperoleh dengan pemeriksaan mikrobiologi melalui isolasi bakteri untuk membedakan spesies myobacterium yang satu dengan lainnya harus dilihat sifat koloni, waktu pertumbuhan, sifat iokimia pada berbagai media, perbedaan kepekaan terhadap OAT dan

percobaan, serta perbedaan kepekaan kulit terhadap berbagai jenis antigen mycobacterium.Bahan untuk pemeriksaan isolasi mycobacterium tuberculosis adalah sputum pasien, urine, dan cairan kumbah lambung. Selainitu ada juga bahan-bahan lain yang dapat digunakan, yaitu cairan serebrospinal (sum-sum tulang belakang), cairan pleura, jaringan tubuh, feses dan sweb tenggorokan.Pemeriksaan darah yang dapat menunjang diagnosis tuberculosis paru, walaupun kurang sensitif adalah laju endap darah (led) adanya peningkatan led biasanya disebabkan peningkatan immunoglobin, terutama igG dan igA (Loman (2001) dalam buku Ardiansyah (2012)).

Menurut (padila,2012), pemeriksaan diagnostic pada pasien

HIV adalah sebagai berikut:

a) Tes untuk diagnose infeksi HIV : (1) ELISA

(2) Western blot

(3) P24 antigen test

(4) Kultur HIV

b) Tes untuk deteksi gangguan sistem imun : (1) Hematokrit

(2) LED

(3) CD4/CD limfosit

(4) Serum mikroglobulin B2

(5) Hemogloblulin.

**2.2.3 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada pasien Tuberculosis

Paru dan HIV Ardiansyah (2012) dan Padila (2012) adalah:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mucus berlebihan

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan, kurang asupan makan

3. Hipertermi berhubungan dengan penyakit (proses inflamasi aktif)

4. Defisit perawatan diri (mandi, toileting, berhias) berhubungan dengan kelemahan

5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, pertukaran oksigen, malnutrisi, kelelahan.

**2.2.4 Intervensi Keperawatan**

1. Diagnosa 1 : Ketidakefektifan bersih jalan nafas berhubungan dengan mucus berlebihan

Tujuan : setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan jalan nafas pasien kembali efektif.

Kriteria Hasil :

a. Pasien dapat melakukan batuk efektif

b. Pernafasan pasien normal (16-20 x/ menit)

c. Bunyi nafas pasien normal, tanpa ronchi d. Pergerakan nafas normal

Intervensi :

a. Kaji fungsi pernafasan (bunyi nafas, kecepatan, irama, kedalaman dan penggunaan otot bantuan nafas)

Rasional : penurunan bunyi nafas menunjukan atelektasis, ronchi menunjukan akumulasi secret dan tidak efektifnya pengeluaran sekresi yang selanjutnya dapat menimbulkan penggunaan otot bantu nafas dan meningkatkan kerja pernafasan.

b. Kaji kemampuan mengeluarkan sekresi, cabit karakter, volume sputum, dan adanya hemoptisis.

Rasional : pengeluaran dahak akan sulit bila secret sangat kental (efek infeksi dan hidrasi yang tidak memadai) sputum berdarah bila tidak ada kerusakan (kavitasi) paru atau luka bronchial dan memerlukan intervensi lebih lanjut.

c. Berikan posisi fowler/ semifowler tinggi (yakni posisi tidur dengan punggung bersandar di bantal atau seperti tidur duduk) dan bantu pasien bernafas dalam dan batuk efektif

Rasional : posisi fowler memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya nafas fentilasi maksimal membuka area atelektasis dan meningkatkan gerakan secret ke jalan nafas besar untuk dikeluarkan.

d. Pertahanan asupan cairan sedikitnya 2500 ml/ hari, kecuali tidak dindikasikan

Rasional : hidrasi yang memadai dapat membantu mengencerkan sekret dan mengefektifkan pembersihan jalan nafas

e. Bersihkan secret dari mulut dan trakea, bila perlu lakukan suction

Rasional : mencegah obstruksi dan aspirasi

f. Kolaborasi pemberian obat sesuai induksi : OAT, agen mukolitik, bronkodilator, kortikostiroid.

Rasional: pengobatan tuberculosis terbagi menjadi 2 fase, yaitu fase intensif dan lanjutan.Panduan obatyang digunakan terdiri dari obat utama dan obat tambahan.Jenis obat utama yang direkomendasika WHO adalah rifampisin, INH, pyrazinamid, streptomicin,dan ethambutol.

Agen mukolitik menurunkan kekentalan secret sehingga memudahkan pembersihan bronkodilator meningkatkan diameter percabangan trakeobronkial, sehingga menurunkan tahanan terhadap aliran udara. Kortikosteroid berguna untuk memperluas keterlibatan pada hipoksemia (Ardiansyah, 2012).

2. Diagnosa 2 : Ketidakseimbanagan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan, ketidak mampuan makan Tujuan: setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan nutrisi pasien kembali seimbang secara bertahap

Kriteria Hasil:

a. Pasien dapat mempertahankan status gizinya dari yang semula kurang menjadi memadai

b. Pernyataan motivasi kita untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya

Intervensi:

a. Kaji status nutrisi pasien, turgor kulit, berat badan, derajat penurunan berat badan, integritas mukosa oral, kemampuan menelan, riwayat mual atau muntah dan diare.

Rasional: Memvalidasi dan menetapkan derajat masalah untuk menetapkan pilihan intervensi yang tepat.

b. Fasilitasi pasien untuk memperoleh diet biasa yang disukai pasien

(sesuai indikasi)

Rasional: Memperhitungkan keinginan individu dapat memperbaiki asupan gizi

c. Pantau asupan dan *output*makanan dan timbang berat badan secara periodik (sekali seminggu)

Rasional: Berguna dalam mengukur keefektifan asupan gizi dan dukungan cairan.

d. Lakukan dan ajarkan perawatan mulut sebelum dan sesudah makan, serta sebelum dan sesudah intervensi atau pemeriksaan peroral

Rasional: Menurunkan rasa tak enak karena sisa makanan, sisa sputum, atau obat pada pengobatan sistem pernapasan yang dapat merangsang pusat muntah.

e. Fasilitasi pemberian diet TKTP, berikan dalam porsi kecil tapi sering

Rasional: memaksimalkan *intake* nutrisi tanpa kelelahan dan energi besar, serta menurunkan iritasi saluran cerna

f. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menetapkan komposisi dan jenis diet yang tepat

Rasional: Merencanakan diet dengan kandungan gizi yang cukup memenuhi peningkatan kebutuhan energy dan kalori, sehubungan dengan status hipermetabolik pasien.

g. Kolaborasi untuk pemeriksaan laboratorium, khususnya BUN (*Blood Urea Nitrogen*), protein serum dan albumin

Rasional: menilai kemajuan terapi diet dan membantu perencanaan intervensi selanjutnya.

h. Kolaborasi untuk pemberian multivitamin

Rasional: Multivitamin bertujuan untuk memenuhi kebutuhan vitamin yang tinggi sekunder dari peningkatan laju metabolisme umum (Ardiansyah, 2012).

3. Diagnosa 3 : Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi aktif.

Tujuan :setelahdiberikan asuhan keperawatan diharapkanhipertermi dapat teratasi

Kriteria Hasil:

a. Pasien melaporkan panas badannya turun. b. Kulit tidak merah.

c. Suhu dalam rentang normal : 36,5-37,70C.

d. Nadi dalam batas normal : 60-100 x/menit.

e. Tekanan darah dalam batas normal : 120/110-90/70 mmHg. f. RR dalam batas normal : 16-20x/menit.

Intervensi :

a. Pantau TTV

Rasional: Untuk mengetahui keadaan umum pasien b. Observasi suhu kulit dan catat keluhan demam

Rasional: Untuk mengetahui peningkatan suhu tubuh pasien

c. Berikan masukan cairan sesuai kebutuhan perhari, kecuali ada kontraindikasi.

Rasional: Untuk menanggulangi terjadinya syok hipovolemi d. Berikan kompres air biasa/hangat

Rasional: Untuk menurunkan suhu tubuh e. Kolaborasi pemberian cairan Intra Vena

Rasional: Untuk menanggulangi terjadinya syok hipovolemik f. Kolaborasi pemberian obat antipiretik

Rasional: Untuk menurunkan suhu tubuh yang bekerja langsung di hipotalamus (Marylinn E. Doengoes, 2000)

4. Diagnosa 4 : Defisit perawatan diri (mandi, toileting, berhias)

berhubungan dengan kelemahan

Tujuan: setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan pasien mampu melakukan aktivitas merawat diri dalam batas yang dapat ditoleransi

Kriteria Hasil:

a. Menerima bantuan atau perawatan total dari pemberi asuhan jika diperlukan

b. Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral, dalam berpakaian

c. Mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi d. Menggunakan alat bantu untuk memudahkan dalam berpakaian

e. Mengenali atau mengetahui kebutuhan untuk bantuan eliminasi

Intervensi:

a. Kaji: kemampuan pasien untuk menggunakan alat bantu, membrane mukosa oral dan kebersihan tubuh pasien, kondisi kulit pasien, kemampuan ambulasi pasien secara mandiri dan aman, memanipulasi pakaian, peningkatan atau penurunan kemampuan pasien untuk ke toilet sendiri.

Rasional: Untuk mengetahui keadaan terkini, perkembangan pasien sehingga dapat menentukan intervensi lanjutan

b. Bantu perawatan diri: mandi, berhias/berpakaian, toileting pasien jika diperlukan

Rasional: Membantu pasien dalam memenuhi activity daily living c. Ajarkan kepada pasien dan keluarga tentang:

1) Penggunaan metode alternative untuk mandi dan perpakaian

2) Teknik berpindah dan ambulasi

3) Rutinitas eliminasi

Rasional: Memandirikan pasien secara bertahap serta mengikutsertakan keluarga dalam perawatan pasien

d. Dukung kemandirian pasien dalam:

1) Melakukan mandi, berpakaian, toileting secara mandiri,

2) Mengatur langkahnya sendiri selama perawatan diri

Rasional: Untuk meningkatkan harga diri pasien (NANDA, 2016).

5. Diagnosa 5 :Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan,pertukaran oksigen, malnutrisi, kelelahan

Tujuan :setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan pasien dapat berpartisipasi dalam kegiatan

Kriteria hasil :

a. Bebas dispnea

b. Bebas takikardi selama aktifitas

Intervensi :

a. Monitor respon fisiologis terhadap aktivitas

Rasional : Respon bervariasi dari hari ke hari

b. Berikan bantuan perawatan yang pasien sendiri tidak mampu

Rasional : Mengurangi kebutuhan energi

c. Jadwalkan perawatan pasien sehingga tidak mengganggu istirahat Rasional : Ekstra istirahat perlu jika karena meningkatkan kebutuhan metabolic

**2.2.5 Tindakan Keperawatan**

Menurut Craven dan Hirnle (2000) secara garis besar terdapat tiga kategori dari tindakan keperawatan atauimplementasi keperawatan, antara lain:

1. Cognitive implementations, meliputi pengajaran/ pendidikan, menghubungkan tingkat pengetahuan klien dengan kegiatan hidup

sehari-hari, membuat strategi untuk klien dengan disfungsi komunikasi, memberikan umpan balik, mengawasi tim keperawatan, mengawasi penampilan klien dan keluarga, serta menciptakan lingkungan sesuai kebutuhan, dan lain lain.

2. Interpersonal implementations, meliputi koordinasi kegiatan-kegiatan, meningkatkan pelayanan, menciptakan komunikasi terapeutik, menetapkan jadwal personal, pengungkapan perasaan, memberikan dukungan spiritual, bertindak sebagai advokasi klien, role model, dan lain lain.

3. Technical implementations, meliputi pemberian perawatan kebersihan kulit, melakukan aktivitas rutin keperawatan, menemukan perubahan dari data dasar klien, mengorganisir respon klien yang abnormal, melakukan tindakan keperawatan mandiri, kolaborasi, dan rujukan, dan lain-lain.

Sedangkan dalam melakukan implementasi keperawatan, perawat dapat melakukannya sesuai dengan rencana keperawatan dan jenis implementasi keperawatan. Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, antara lain:

1. Independent implementations, adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi activity daily living (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-spiritual, perawatan alat invasive yang dipergunakan klien, melakukan dokumentasi, dan lain-lain

b. Interdependen/Collaborative implementations, adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, naso gastric tube (NGT), dan lain-lain. Keterkaitan dalam tindakan kerjasama ini misalnya dalam pemberian obat injeksi, jenis obat, dosis, dan efek samping merupakan tanggung jawab dokter tetapi benar obat, ketepatan jadwal pemberian, ketepatan cara pemberian, ketepatan dosis pemberian, dan ketepatan klien, serta respon klien setelah pemberian merupakan tanggung jawab dan menjadi perhatian perawat.

c. Dependent implementations, adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, physiotherapies, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian nutrisi pada klien sesuai dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

**2.2.6 Evaluasi Keperawatan**

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya (Setiadi, 2012).

Dari beberapa diagnosa yang muncul di atas diharapkan: Diagnosa 1: Bersihan jalan nafas pasien kembali efektif Diagnosa 2: Kebutuhan nutrisi pasien seimbang secara bertahap Diagnosa 3: suhu tubuh pasien kembali normal

Diagnosa 4: pasien mampu melakukan aktivitas merawat diri dalam batas yang dapat ditoleransi

Diagnosa 5: pasien dapat berpartisipasi dalam kegiatan

**a.Kerangka masalah**

Bersin, batuk

Percikan dahak

Kuman TB (Mycrobacterium Tuberculosis)

Mencapai lobus baru

Tuberculosis paru

Bakteri sampai pada bagian alveoli

Aktivitas seluler meningkat

Peradangan

Proses peradangan

Stimulasi sel-sel goblet dan sel mukosa

Merangsang pengeluaran bradikinin, prostaglandin, dan histamine

Proses peradangan

Pengeluaran batuk droplet meningkat

Granulasi Chemorection

Pemecahan KH, lemak, protein

Sel mucus berlebihan

Reseptor nyeri

**Nutrisi kurang dari kebutuhan**

Peningkatan suhu tubuh

Peningkatan produksi mucus

Hypotalamus

Kehilangan otot/lemak dan protein

**Hypertermia**

Nyeri

Akumulasi secret pada saluran pernapasan

**kelemahan**

**Bersihan jalan nafas tidak efektif**

Gangguan ADL

Respon batuk

**Defisit perawatan diri**

**Gangguan pola tidur**

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. S dengan Suspect Tuberculosis Paru + HIV ST III, maka penulis meyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 28Januari 2020 sampai dengan 31 Januari 2020 dengan data pengkajian pada tanggal 28Januari

2020 pukul 16.00 WIB. Pasien MRS tanggal 25 Januari2020 pukul 06.48 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien, dan file No. Register 35-24X-XX, sebagai berikut:

**3.1 Pengkajian**

**3.1.1 Identitas**

Pasien adalah seorang laki-laki bernama "Tn. S" usia 34 tahun, beragama Islam, bahasa yang sering digunakan adalah Bahasa Indonesia dan Jawa. Status pasien adalah Suami dan belum di karuniai anak. Pasien tinggal di Lamongan. Pendidikan terakhir pasien adalah SMA dan pekerjaan pasien saat ini adalah Swasta. Penanggung jawab biaya pasien adalah BPJS kesehatan.

**3.1.2 Riwayat Kesehatan**

**1. Keluhan utama**

Pasien mengatakan badan terasa panas,batuk dan sesak nafas

**2. Riwayat Penyakit Sekarang**

Tn.S mengatakan badannya terasa panas,batuk dan sesak nafas sejak hari sabtu tanggal 18 januari 2020, setelah itu Tn. S berobat ke dokter umum praktek di dekat rumahnya.merasa tidak ada perkembangan pada kesehatannya,Tn.s Berobat Ke Puskesmas di

58

daerahnya pada hari kamis tgl 23 januari 2020.pada hari sabtu malam Tn. S Datang ke IGD RSAL Dr Ramelan Surabayadengan di bonceng istrinya menggunakan motor pukul 02.52 WIB dengan keluhan Panas Dan batuk,Hasil TTV TD :

113/50 MmHg, Nadi : 94 x/Mnt, RR : 22 x/Mnt ,Suhu : 37⁰C ,selama pasien di IGD pasien diberi infus NaCl 14 tpm,dan pasien dilakukan pemeriksaan Rontgen Thorax, dan Laboratorium Darah Lengkap, Elektrolit, Gula Darah Acak, dan Kimia Klinik.. Kemudian pasien dipindahkan ke Paviliun IV lantai 1 diantar oleh keluarga dan pemandu menggunakan brancar.

**3. Riwayat Penyakit Dahulu**

Pasien mengatakan positif HIV sejak pasien berumur 33 tahun saat di lakukan pemeriksaan di puskesmas jagir wonokromo,Tn. S mengatakan mempunyai riwayat hipotensi dan Pasien belum pernah dirawat di RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya.

**4. Riwayat Penyakit Keluarga**

Pasien mengatakan keluarganya tidak ada yang menderita penyakit HIV, TB paru,Diabetes Melitus,Asma, Hipertensi.

**5. Genogram**

Keterangan:



: laki-laki

: perempuan

: tinggal serumah

: pasien

: meninggal

**6. Riwayat Alergi**

Pasien mengatakan tidak mempunyai alergi terhadap makanan, obat maupun debu.

**3.1.3 Pengkajian Persistem**

Keadaan umum pasien lemas, kesadaran compos mentis, observasi tanda-tanda vital tekanan darah: 97/44 mmHg, nadi: 100x/menit, suhu: 39,50C, RR: 24x/menit, SPO2:98%,tinggi badan:155 cm, berat badan

sebelum sakit: 46 kg, berat badan sesudah sakit: 42 kg

**1. B1 Sistem Pernafasan (*Breathing*)**

Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, tidak terdapat otot bantu nafas tambahan, irama nafas irregular, pola nafas takipneu pasien mengatakan batuk berdahak dengan sputum berwarna putih kekuningan, kental, tidak ada sianosis, kemampuan aktivitas terbatas, SPO2: 98%. Pada pemeriksaan

perkusi terdapat suara pekak. pada pemeriksaan auskultasi terdapat suara tambahan, yaitu ronchi, RR: 24x/menit.

**Masalah keperawatan: Bersihan jalan nafas tidak efektif**

**2. B2 Sistem Kardivaskuler dan Limfatik (*Blood*)**

Pada pemeriksaan inspeksi tidak terdapat oedem. Pada pemeriksaan palpasi, ictus cordis teraba pada ICS 4- mid clavicula sinistra, tidak terdapat nyeri dada, irama jantung reguler, CRT<2 detik, akral teraba hangat kering pucat, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tekanan darah: 97/44 mmHg, nadi: 100x/menit, suhu: 39,50C. Pada pemeriksaan perkusi terdapat suara pekak. Pada pemerikaan auskultasi terdapat bunyi S1S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan.

**Masalah keperawatan: Hipertermia**

**3. B3 Sistem Persarafan (*Brain*)**

Pada pemeriksaan inspeksi keadaan umum pasien lemas, kesadaran compos mentis, GCS 456, bentuk kepala bulat simetris dan tidak ada kelainan, tidak ada paralisis, bentuk hidung simetris, septum hidung ditengah, tidak ada polip, bentuk mata simetris dan tidak ada kelainan, reaksi pupil isokor, reflex cahaya +/+, konjungtiva tidak anemis, sclera berwarna putih tidak ada ikterik, lapang pandang pasien ke segala arah, bentuk telinga pasien simetris, tidak ada kelainan pada telinga, kebersihan telinga bersih, tidak ada alat bantu pendengaran, kebersihan lidah bersih, tidak ada kesulitan menelan, cara berbicara pasien lancar dan jelas. Pada pemeriksaan palpasi tidak ada kaku kuduk, tidak ada reflek

brudzunski, tidak ada reflek kerniks, tidak ada reflek babinski. Pada pemeriksaan perkusi pada trisep (+/+), bisep (+/+), patella (+/+), asiles (+/+).

Nervus I (Olfaktorius) :sifatnya sensorik mensarafi hidung membawa rangsangan aroma (bau-bauan) dari aroma hidung ke otak. (*normal)*

Nervus II (Optikus) :sifatnya sensorik, mensarafi bola mata membawa rangsangan penglihatan ke otak.

(*normal)*

Nervus III (Okulomotoris) :sifatnya motorik, mensarafi otot-otot orbital (otot penggerak bola mata)/sebagai pembuka bola mata. (*normal)*

Nervus IV (Trochlear) :sifatnya motorik, mensarafi otot-otot orbital, sebagai pemutar bola mata. (*normal)*

Nervus V (Trigeminus) :sifatnya majemuk (sensorik-motorik)

bertanggung jawab untuk pengunyah. (*normal)*

Nervus VI (Abdusen) :sifatnya motorik, sebagai pemutar bola mata ke arah luar. (*normal)*

Nervus VII (Fasial) :sifatnya majemuk (sensorik-motorik), sebagai mimik wajah dan menghantarkan rasa pengecap, asam asin dan manis. (*normal)*

Nervus VIII ( Vestibulokokhlearis):sifatnya sensorik, saraf cranial ini mempunyai dua bagian sensori yaitu auditori

dan vestibular yang berperan sebagai penerjemah. (*normal)*

Nervus IX ( Glosofharyngeal):berperan dalam menelan dan repon sensori terhadap rasa pahit di lidah. (*normal)*

Nervus X (Vagus) :sifatnya majemuk (sensorik-motorik), mensarafi faring, laring dan palatum. (*normal)*

Nervus XI ( Asesoris) :sifatnya motorik, saraf ini bekerja sama dengan vagus untuk member informasi ke otot laring dan faring. (*normal)*

Nervus XII (Hipoglosal) :sifatnya motorik, mensarafi otot-otot lidah. (*normal)*

**Masalah keperawatan:** tidak ada masalah keperawatan

**4. B4 Sistem Perkemihan (*Bladder*)**

Pada pemeriksaan inspeksi pasien tidak terpasang volley chateter.Frekuensi berkemih pasien SMRS ± 5x dalam 24 jam, frekuensi berkemih pasien MRS ± 6x dalam 24 jam, produksi urin SMRS ±1200cc dalam 24 jam, produksi urin MRS ±1300cc dalam 24 jam ditampung dalam pampers, warna urin kuning jernih. Pemeriksaan palpasi tidak ada distensi area kandung kemih, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih. **Masalah keperawatan:** tidak ada masalah keperawatan

**5. B5 Sistem Pencernaan (*Bowel*)**

Pada pemeriksaan inspeksi mulut bersih, membrane mukosa kering pucat, tidak memakai gigi palsu, refleks menelan normal, tidak ada kelainan pada faring. Pola nutrisi: SMRS: nasi biasa, sayur, dan lauk

pasien makan 3x dengan porsi habis setengah piring. pasien minum ±

1500cc/hari dengan jenis air putih. MRS: nasi tim, tinggi kalori tinggi protein, 2100 kalori. Selama masuk rumah sakit, pasien mengatakan hanya makan nasi tim tanpa lauk. Hanya habis ½ porsi , tidak adamuntah. Frekuensi minum 3-4x sehari jumlah 1500 cc, jenis air putih dan teh, pasien mengatakan ada mual. Bentuk perut suepel, peristaltic 15x/menit, hepar dan lien tidak teraba pembesaran. Tidak ada hemoroid pada rectum. Eliminasi alvi SMRS 1x sehari warna kuning kecoklatan. Sedangakan eliminasi alvi MRS 2 hari sekali konsistensi lunak warna kuning.)

**Masalah keperawatan: Resiko Defisit Nutrisi**

**6. B6 Sistem Muskuloskeletal dan Integumen (*Bone)***

Pada pemeriksaan inspeksi rambut pasien tampak rontok >15 helai, lesi dan oedema tidak ada, warna kulit sawo matang, turgor kulit elastis, ROM aktif, kekuatan otot 5555 5555

5555 5555

Tidak terdapat kelainan jaringan atau trauma.

**Masalah keperawatan:** tidak ada masalah keperawatan

**7. Endokrin**

Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada hiperglikemi dan tidak ada hipoglikemi.

**Masalah keperawatan:** tidak ada masalah keperawatan

**8. Seksual Reproduksi**

pasien mengatakan melakukan hubungan seksual dengan pasangannya dengan memakai alat pelindung/condom.

**Masalah keperawatan:** tidak ada masalah keperawatan

**9. Kemampuan Perawatan diri**

Tabel 3.1 Kemapuan Perawatan Diri

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SMRS** | **MRS** |
| Mandi | **1** | **3** |
| Berpakaian/dandan | **1** | **1** |
| Toileting/eliminasi | **1** | **3** |
| Mobilitas di tempat tidur | **1** | **1** |
| Berpindah | **1** | **1** |
| Berjalan | **1** | **1** |
| Naik tangga | **1** |  |
| Berbelanja | **1** |  |
| Memasak | **1** |  |
| Pemeliharaan rumah | **1** |  |
| Jumlah |  | **10** |

Pasien tampak dibantu istrinya untuk mandi dan toileting. Pasien mengatakan badannya lemas

Skor:

1) Mandiri

2) Alat bantu

3) Dibantu orang lain dan alat

4) Tergantung/tidak mampu

**Masalah:Defisit perawatan diri (Mandi,Toileting)**

**10. Personal Hygiene**

SMRS pasien mandi dan menyikat gigi 2x sehari, keramas 2x seminggu, memotong kuku seminggu sekali dan berganti pakaian 2x sehari. Saat MRS pasien mandi (di seka ) 2x sehari, menyikat gigi 1 kali duahari, pasien belum keramas sejak di rawat di rumah sakit, pasien juga belum memotong kuku sejak dirawat di rumah sakit, pasien berganti pakaian 1 kali sehari.

**Masalah keperawatan: Defisit perawatan diri**

**11. Pola Istirahat Tidur**

SMRS, pasien tidur pukul 20.30-05.00 jumlah 8,5 jam/hari. MRS, pasien tidur malam pukul 20.30-02.00 dan tidak tidur siang.

**Masalah keperawatan: Gangguan pola tidur**

**12. Pola Kognitif-Perseptual-Psiko-Sosio-Spiritual**

a. Persepsi terhadap sehat sakit:

Pasien mengatakan sehat adalah mampu melakukan aktivitas dengan lancar tanpa gangguan fisik, sedangkan sakit adalah tidak mampu melakukn aktivitas dengan benar.

b. Konsep diri:

1) Gambaran diri : pasien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya.

2) Identitas diri : pasien mengatakan dirinya seorang laki-laki berusia 34 tahun.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3) | Peran diri | : pasien mengatakan dirinya seorang kepala rumah |
|  | tangga |  |
| 4) | Ideal diri | : pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan |

beraktivitas seperti semula.

5) Harga diri : pasien mengatakan tidak malu dengan keadaannya saat ini.

**Masalah keperawatan:** tidak ada masalah keperawatan

**3.1.4 Pemeriksaan Penunjang**

1. Laboratorium

Tabel 3.2 Hasil Laboratorium

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jenis**  **Pemeriksaan** | **Hasil** | **Unit** | **Nilai Normal** |
| **Pemeriksaan Kimia Klinik tanggal 25 Jan 2020** | | | |
| Urea Nitrogen | 15 | mg/dL | 8,0-24,0 |
| Creatinine | 1,1 | mg/dL | 0,5-1,3 |
| **Pemeriksaan Elektrolit tanggal 25 Jan 2020** | | | |
| Natrium | 125,2 | mmol/L | 135,0-145,0 |
| Kalium | 3,63 | mmol/L | 3,50-5,00 |
| Clorida | 91,8 | mmol/L | 95,0-108,0 |
| **Pemeriksaan Gula Darah Acak tanggal 25 Jan 2020** | | | |
| Glucose | 120 | mg/dL | 70-115 |
| **Pemeriksaan Darah Lengkap 25 Jan 2020** | | | |
| WBC | 4,54 | 10^3/UL | 4,0-10,0 |
| RBC | 3,22 | 10^6/UL | 3,50-5,50 |
| HGB | 9,2 | g/dL | 11,0-15,0 |
| HCT | 28,5 | % | 37,0-47,0 |
| PLT | 194 | 10^3/UL | 100-300 |
| PCT | 0,171 | % | 0,108-0,282 |
| **Pemeriksaan Immunology 25 Jan 2020** | | | |
| Anti HIV RPHA | Reaktif |  | Non Aktif |
| **Pemeriksaan sputum 28 Januari 2020** | | | |
| Sputum BTA  Sewaktu | BTA S (-), BTA P  (-) | - | negatif |
| **Pemeriksaan ADA Serum30 Januari 2020** | | | |
| ADA Serum | 21,3 | U/L | <15 U/L |

2. Pasien dilakukan foto Rontgen Thorax tanggal 25 Jan 2020, hasil bacaan : Cor : Besar dan bentuk kesan normal

Pulmo : Tampak infiltrate di parahilar-paracardial kanan dari sinusphrenicocostalis kanan kiri tajam

Tulang tak tampak kelainan

Kesimpulan :**Keradangan paru**, foto terlampir.

3. Indikator Skor Pasien

Nama Pasien :Tn. S Ruang/kamar : PAV IV/5C

Tabel 3.3 Pemeriksaan Risiko Jatuh (Morse)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Faktor Risiko | Skala | Skor | | | | Kesimpulan |
| Riwayat jatuh  (dalam 3 bulan) | Ya | 25 | | | | ( )Risiko Tinggi = > 45  (√) Risiko sedang = 25-  44  ( ) Risiko rendah = 0-  24 |
| Tidak |  | 0 |  | |
| Diagnosa  sekunder  Alat bantu | Ya | 15 | | | |
| Tidak |  | 0 |  | |
| Berpegangan pada perabot | 30 | | | |
| Tongkat/alat penopang | 15 | | | |
| Tidak ada perawat/kursi  roda/tirah baring |  | 0 |  | |
|  | | | |
| Terpasang infus | Ya |  | 20 | |  |
| Tidak | 0 | | | |
| Gaya Berjalan | Kesulitan/terganggu | 20 | | | |
| Lemah |  | 10 | |  |
| Normal/immobilisasi | 0 | | | |
| Status mental | Sering lupa akan keterbatasan yang dimiliki | 15 | | | |
| Sadar akan kemampuan diri sendiri |  | 0 |  | |
|  | | | |

Tabel 3.4 Pemeriksaan Risiko Trauma Kulit/Decubitus (The Norton Scale)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Parameter | Skala | Skor | | | Kesimpulan |
| Kondisi fisik | Sangat buruk | 1 | | | ( ) Risiko tinggi = < 12  ( ) Risiko sedang = 12-  15  ( √ ) Risiko kecil = 16-  20 |
| Buruk | 2 | | |
| Cukup |  | 3 |  |
| Baik | 4 | | |
| Kondisi mental | Stupor-koma | 1 | | |
| Konfus/Sopor | 2 | | |
| Apatis | 3 | | |
| Komposmentis |  | 4 |  |
| Aktivitas | Tirah baring |  | 1 |  |
| Kursi roda (hanya bisa duduk) | 2 | | |
| Dipapah (ambulan dengan bantuan) | 3 | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Mandiri (Ambulan) | 4 | | |  |
| Mobilisasi | Sulit/tidak bergerak | 1 | | |
| Sangat terbatas | 2 | | |
| Sedikit terbatas | 3 | | |
| Penuh/bergerak bebas |  | 4 |  |
| Inkontinensia | Inkontinensia alvi dan urine | 1 | | |
| Sering inkontinensia urine | 2 | | |
| Kadang-kadang | 3 | | |
| Tidak ada |  | 4 |  |

Tabel 3.5 Pemeriksaan Skala Nyeri (Wong Baker Faces Pain Rating Scores)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |  |  |  |  |
|  | 0 |  | 2  Sedikit sakit | 4  Agak mengganggu | 6  Mengganggu aktivitas | 8  Sangat mengganggu | 10  Tak tertahankan |
| Tidak sakit | | |

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tabel 3.6 Pemeriksaan Kemandirian Dalam Aktivitas Sehari-Hari (Indeks Katz)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Skor | | | Kriteria | | |
| A | | | Mandiri dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi | | |
| B | | | Mandiri 5 fungsi, kecuali salah satu dari fungsi diatas | | |
|  | C |  |  | Mandiri 4 fungsi, kecuali mandi dan satu fungsi yang lain |  |
| D | | | Mandiri 3 fungsi, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi lain | | |
| E | | | Mandiri 2 fungsi, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, dan satu fungsi lain | | |
| F | | | Mandiri 1 fungsi, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah, dan satu fungsi lain | | |
| G | | | Ketergantungan untuk semua fungsi | | |

Tabel 3.7 Pemeriksaan Glascow Coma Scale

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Respons | Respon | Nilai | | | Kesimpulan |
| Mata terbuka | Secara spontan |  | 4 |  | (ѵ) 13-15 ringan  ( ) 9-12 sedang  ( ) 3-8 berat |
| Terhadap suara bicara | 3 | | |
| Terhadap nyeri | 2 | | |
| Mata tidak terbuka | 1 | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Respons verbal terbalik | Orientasi |  | 5 |  |  |
| Kacau | 4 | | |
| Penggunaan kata-kata tidak  tepat | 3 | | |
| Suara tidak dapat dimengerti | 2 | | |
| Tidak bersuara | 1 | | |
| Respons gerak (Motor)  terbaik | Mematuhi perintah |  | 6 |  |
| Melokalisir nyeri | 5 | | |
| Menarik dengan fleksi | 4 | | |
| Fleksi abnormal | 3 | | |
| Ekstensi abnormal | 2 | | |
| Flaksid (lemah dan lunak) | 1 | | |

5. Terapi

Tabel 3.8 Terapi

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Terapi** | **Dosis** | **Indikasi** | **Kontraindikasi** | **Rute** |
| 1 | Codein | 3x15 mg | Terapi nyeri ringan sampai sedang, antitusif pada dosis yang rendah | peningkatan tekanan intrakranial, penurunan kesadaran, dan tekanan darah rendah | PO |
| 2. | Cotrimoxazole | 2x960 mg | Antibiotik untuk menangani infeksi yang disebabkan oleh bakteri, seperti bronchitis | hipersensitif, gangguan hati dan ginjal, wanita hamil,  menyusui | IV |
| 3. | Paracetamol | 3x1 tbl | Meredakan demam dan  nyeri | Riwayat  hipersensitivitas dan penyakit hepar aktif derajat berat | PO |
| 4 | Infuse levofloxacin | 1x750 mg | antibiotik golongan  quinolone yang  bermanfaat untuk mengobati penyakit akibat infeksi bakteri | hipersensitivitas | IV |
| 5 | Infus Futrolit=1:1 dalam 24 jam | 1000 cc  /24 jam:  14 tpm | Pengganti cairan plasma isotonic yang hilang,  pengganti cairan pada  kondisi alkalosis hipokloremia | Hiponatremia, asidosis,  hipokalemia | IV |

Surabaya, 28 Januari 2020

Ardy

(Mohamad Ardi Afriansa)

**3.2 Diagnosa Keperawatan**

**3.2.1 Analisa Data**

Tabel 3.9 Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No**  **.** | **Data (Symptom)** | **Penyebab (Etiologi)** | **Masalah (Problem)** |
| 1. | DS:  Pasien mengatakan batuk berdahak  DO:  a. ada batuk, sputum warna putih kekuningan, kental  b. suara nafas ronchi  c. RR: 24x/menit  d. Frekuensi nafas berubah | Obtruksi jalan nafas  (sekresi yang tertahan) | bersihan jalan nafastidakefektif |
| 2 | DS :  Pasien mengeluh badannya terasa panas  DO :  a. Suhu: 39,50C  b. Takipnea | Proses penyakit  (HIV) | Hipertermia |
| 3. | DS:  Pasien mengatakan tidak nafsu makan  DO:  a. TTV:  RR: 24x/menit TD:97/44 mmHg Nadi: 100x/menit  BB : 42 Kg  b. Pasien makan 3x/hari  Diit nasi tim tinggi kalori tinggi protein  Makan habis ½ porsi | Faktor Stres (Keengganan untuk makan) | Resiko Defisit Nutrisi |
| 4. | DS:  Pasien mengeluh lelah  DO:  a. RR: 24x/menit  b. TD:97/44 mmHg c. Nadi: 100x/menit d. Suhu: 39,50C  e. SPO2:98%  f. pasien tampak lesu | Kondisi fisiologis(penyakit HIV) | Keletihan |
| 5 | DS :  -  DO :  a. Pasien tampak di bantu  istri untuk mandi dan pergi ke toilet  b. Membrane mukosa kering c. Rambut rontok | Kelemahan (Mandi dan  Toileting) | Defisit perawatan diri |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 6 | DS :  Pasien mengeluh tidak puas tidur  DO :  - | Kurang kontrol tidur | Gangguan Pola tidur |

**3.2.2 Prioritas Masalah**

Tabel 3.10 Prioritas Masalah

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Masalah keperawatan** | **Tanggal** | | **Paraf**  **(nama**  **perawat)** |
| **Ditemukan** | **Teratasi** |
| 1. | bersihan jalan nafas tidak efektif  berhubungan dengan obstruksi jalan nafas | 28 Januari  2020 | Teratasi  sebagian | ardy |
| 2. | Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (HIV) | 28 Januari  2020 | Teratasi sebagian | ardy |
| 3. | Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makan | 28 Januari  2020 | Teratasi sebagian | ardy |
| 4. | Keletihan berhubungan dengan kelemahan | 28 Januari  2020 | Masalah belum  teratasi | ardy |
| 5 | Defisit perawatan diri(mandi, toileting) berhubungan dengan kelemahan | 28 Januari  2020 | Masalah Teratasi 31 januari 2020 | ardy |
| 6 | Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang kontrol tidur | 28 Januari  2020 | Masalah Teratasi 31 januari 2020 | ardy |

**3.3 Intervensi Keperawatan**

Tabel 3.11 Intervensi Keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1. | Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan nafas  DS:  Pasien mengatakan batuk berdahak  DO:  a. ada batuk, sputum warna putih kekuningan, kental  b. suara nafas ronchi  c. RR: 24x/menit  d. Frekuensi nafas berubah | Tujuan:  Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan jalan nafas  pasien kembali efektif  Kriteria Hasil:  1. Pasien tidak mengeluh sesak nafas  2. RR dalam batas normal  (16-20x/menit)  3. Pasien dapat melakukan teknik batuk efektif dan  pengeluaran secret secara mandiri  4. Pasien dapat menunjukkan suara nafas  vesikuler atau bronkovesikuler  5. Jalan nafas pasien tetap paten  6. Pasien dapat mengerti dan menjelaskan kembali pemantauan sputum yang diprogramkan | 1. Obervasi status pernafasan pasien setiap pergantian jam jaga, yang meliputi:  a. RR  b. Suara nafas c. Pola nafas  2. Pantau dan dokumentasikan karakteristik sputum  3. Berikan pasien posisi semi *fowler* (15-450) jikapasien mengeluh sesak nafas  4. Anjurkan pasien untuk minum air  hangat jika pasien mengeluh susah mengeluarkan dahak  5. Ajarkan kepada pasien dan keluarga tentang:  a. Teknik batuk efektif  6. Berikan obat codein 3x15 mg /hari hasil kolaborasi dengan dokter | 1.Untuk mengetahui status pernafasan  dan mendeteksi tanda awal bahaya  2.Untuk mengetahui keefektifan terapi  yang diberikan  3.Untuk membantu bernafas dan  ekspansi dada serta ventilasi lapang  paru  4.Untuk mengencerkan secret  sehingga mudah untuk dikeluarkan  5.Langkah-langkah ini melibatkan  pasien dan keluarga dalam  perawatan pasien |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 2. | Hipertermia berhubungan  dengan proses penyakit  (HIV) DS:  Pasien mengatakan  Badannya terasa panas  DO :  a. Suhu: 37,90C  b. Takipnea | Tujuan: setelah diberikan  asuhan keperawatan selama  1x24 jam diharapkan hipertermi dapat teratasi dengan Kriteria Hasil:  a. Pasien tidak mengeluh badannya panas  b. Suhu dalam rentang normal : 36,5-37,70C.  c. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi.  d. Turgor kulit elastis. e. CRT < 2 detik.  f. Membran mukosa lembab | 1. Observasi tanda-tanda vital,  membran mukosa, turgor kulit  2. Anjurkan pasien untuk minum ± 2 liter/hari  3. Berikan kompres hangat jika suhu  badan pasien meningkat  4. Anjurkan pasien memakai pakaian tipis dan menyerap keringat  5. Berikan obat tablet paracetamol  500 mg 3x1hari hasil kolaborasi dengan dokter | 1. Mengidentifikasi tanda-tanda  dehidrasi akibat panas  2. Kebutuhan cairan dalam tubuh cukup mencegah terjadinya panas  3. Kompres hangat memberi efek  vasodilatasi pembuluh darah sehingga mempercepat penguapan tubuh  4. Pakaian tipis memudahkan  penguapan panas. Saat suhu tubuh naik, pasien akan banyak mengeluarkan keringat  5. Obat paracetamol adalah obat untuk  menurunkan demam |
| 3 | Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makan  DS:  Pasien mengatakan tidak nafsu makan  a. TTV:  RR: 24x/menit  TD:97/44 mmHg  Nadi: 100x/menit b. TB: 155 cm  BB SMRS: 46 kg  BB MRS: 42 kg  BMI: 13,7 | Tujuan:  Setelah lakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi  defisit nutrisi dengan  Kriteria hasil:  a. Adanya peningkatan berat badansesuai  dengan tujuan  b. Berat badan ideal sesuai dengantinggi badan | 1. Kaji adanya alergi makanan  2. Monitor adanya penurunanberat badan  3. Berikan informasi tentang  kebutuhan nutrisi pada pasien dengan Tuberculosis paru dan cara memenuhinya  4. Monitor adanya mual muntah  5. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien | 1. Berguna untuk mengukur keefektifan intake gizi dan keefektifan terapi  2. Untuk mengetahui adanya intake yang kurang  3. Agar pasien mengerti pentingnya kebutuhan nutrisi bagi tubuh  4. Agar dapat mengetahui adanya output dari adanya vomiting  5. Diet sesuai dengan kebutuhan nutrisi pasien |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | c. Pasien makan 3x/hari habis ½ porsi tiap kali  makan | c. Mampu mengidentifikasikebutu  han nutrisi  d. Tidak ada tanda tanda malnutrisi  e. Tidak terjadi penurunan berat badan yang  berarti |  |  |
| 4 | Keletihan berhubungan  dengan kondisi fisiologis  DS:  Pasien mengeluh lelahjika di buat beraktifitas  DO:  a. RR: 24x/menit  b. TD:97/44 mmHg  c. pasien tampak berkeringat setelah  beraktifitas | Tujuan :  Setelah dilakukan tindakan  keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien mampu melakukan aktivitas dalam batas yang dapat ditoleransi  Kriteria Hasil :  a. pasien mengungkapkan tidak letih setelah di  lakukan aktifitas | 1. observasi tanda vital dan kaji  faktor yang menyebabkan  keletihan  2. Bantu tingk at kan  kemandirian jika keletihan te rjadi  3. Anjurkan aktifitas alternatif sambil istirahat  4. monitor pola tidur dan lamannya tidur/istirahat pasien | 1. Menyediakaninformasi tentang  indikasi tingkat keletihan  2.Meningkatkan aktifitas ringan/sedang  3.mendorong latihan dan aktifitas dalam batas yang dapat di toleransi  dan istirahat yang adekuat  4.Dengan mengetahui lamanya tidur/pola tidur pasien di harapkan intervensi dapat di ubah |
| 5 | Defisit perawatan diri (mandi, toileting) berhubungan dengan kelemahan  DS:  -  DO :  a. RR: 23x/menit  b. TD:100/70 mmHg c. Nadi: 107x/menit d. Suhu: 36,90C | Tujuan :  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien  mampu melakukan aktivitas merawat diri dalam batas yang dapat ditoleransi  Kriteria Hasil :  a. Pasien menerima bantuan atau perawatan total dari pemberi asuhan jika | 1. observasi tanda-tanda vital selama dan setelah melakukan aktivitas dan kaji kemampuan pasien untuk ambulasi  2.Bantu perawatan diri: mandi, toileting pasien jika diperlukan  3. Instruksikan dan bantu pasien untuk beraktivitas diselingi istirahat  4.Ajarkan kepada pasien dan keluarga tentang:  a. Penggunaan metode | 1. Untuk memonitor keadaan pasien, untuk mengetahui keadaan terkini, perkembangan pasien sehingga dapat menentukan intervensi  lanjutan  2. Membantu pasien dalam memenuhi activity daily living  3.Untuk menurunkan kebutuhan  Oksigen tubuh dan mencegah keletihan |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | e. SPO2:99%  f. pasien tampak  dibantu keponakan saat mandi,  berpakaian, dan toiletting  g. Indeks Katz skor C Skor kemampuan  perawatan diri: 16 | diperlukan  b. Pasien mengungkapkan secara verbal kepuasan  tentang kebersihan tubuh,  hygiene oral, dan berpakaian  c. Pasien mempertahankan mobilitas yang diperlukan  untuk ke kamar mandi  d. Pasien mengenali atau mengetahui kebutuhan untuk bantuan eliminasi | alternative untuk mandi dan perpakaian  b. Teknik berpindah dan ambulasi  c. Rutinitas eliminasi | 4..Memandirikan pasien secara  bertahap serta mengikutsertakan keluarga dalam perawatan pasien |
| 6 | Gangguan pola tidur berhubungan dengan  penyakit  DS:  DO :  a. kesulitan saat memulai tidur,  b. ketidakpuasan tidur, c. menyatakan tidak  merasa cukup istirahat, d. penurunan  kemampuan berfungsi, | Tujuan : klien dapat beristirahat dengan baik.  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien tidak terganggu saat tidur dengan kriteria hasil :  a. Jumlah jam tidur dalam batas normal  b. Pola, kualitas, tidur  dalam batas normal  c. Perasaan fresh sesudah tidur/ istirahat  d. Mampu mengidentifikasi  hal-hal yang meningkatkan tidur. | 1. Observasi tanda-tanda vital pasien  (Nadi,dan RR,Saturasi Oksigen)  2. Ciptakan lingkungan yang tenang tanpa distraksi dengan lampu yang redup dan suhu ruangan yang nyaman  3. Dorong klien untuk mengambil  posisi yang nyaman dengan pakaian yang longgar  4. Jelaskan kepada pasien pentingnya pola dan kualitas tidur yang cukup.  5. Minta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi  dengan cara nafas dalam | 1. Oksigen yang cukup memberikan  efek kualitas tidur  2. Lingkungan yang nyaman akan membuat suasana tenang yang berdampak pada proses tidur  3. Posisi yang nyaman memberikan efek kualitas tidur yang nyaman juga  4. Menambah wawasan pasien  5. Rileks akan meregangkan otot-otot yang bekerja |

**1.4 Tindakan Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan**

Tabel 3.12 Tindakan Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan 29 Januari 2020

1. Diagnosa: Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan

nafas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/  Tanggal | Tindakan | Catatan Perkembangan |
| 29 Januari  2020  Shift Pagi | a. Bina hubungan saling  percaya dengan pasien  b. Mengobservasi status pernafasan pasien  c. Memberikan posisi semi fowler 300 pada pasien  d. Mengajarkan kepada pasien teknik batuk efekif  e. Mengajarkan kepada  pasien tentang pemantauan sputum setiap hari  f. Menyarankan pasien  untuk minum air hangat g. Memberikan obat codein  15 mg /PO  h. Memberikan terapi obat  Cotrimoxazole 960 mg/iv | **S:** pasien mengatakan batuk dan badan  kadang terasa panas  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 99%  b. Suara nafas: vesikuler  c. Pola nafas: eupnea  d. Pasien mengatakan batuk  e. Pasien tampak mempraktekkan batuk efektif secara mandiri  f. Pasien tampak sedang dalam posisi semi fowler 300  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1. Obervasi status pernafasan pasien setiap pergantian jam jaga  2. Pantau dan dokumentasikan karakteristik sputum  3. Berikan pasien posisi semi fowler  (15-450)  4. Anjurkan pasien untuk minum air hangat  5. Ajarkan kepada pasien dan keluarga tentang: teknik batuk efektif, pemantauan sputum tiap hari dan melaporkan perkembangannya, cara nafas dalam |
| 29 Januari  2020  Shift Sore | a. Menemani dokter visite  b. Mengobservasi tanda- tanda vital  c. Memberikan posisi semi fowler 300 pada pasien  d. Memberikan infuse levofloxacin 750 mg/iv  e. Memberikan terapi obat  codein 15 mg/PO | **S:** pasien mengatakan batuk dan sesak  nafas  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 98%  b. Suara nafas: vesikuler  c. Pola nafas: eupnea  d. Pasien mengatakan batuk  e. Pasien tampak mempraktekkan batuk efektif secara mandiri  f. Pasien tampak sedang dalam posisi semi fowler 300  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1. Obervasi status pernafasan pasien setiap pergantian jam jaga  2. Pantau dan dokumentasikan  karakteristik sputum  3. Berikan pasien posisi semi |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | fowler (15-450)  4. Anjurkan pasien untuk minum air hangat  5. Ajarkan kepada pasien dan  keluarga tentang:, pemantauan sputum tiap hari dan melaporkan perkembangannya, cara nafas dalam |
| 29 Januari  2020 shift Malam | a. Mengobservasi status  pernafasan pasien  b. Menyarankan pasien untuk batuk efektif  c. Memberikan posisi semi fowler 450 pada pasien  d. Memberikan terapi obat codein 15 mg/PO  e. Memberikan terapi obat  Cotrimoxazole 960 mg/iv | **S:** pasien mengatakan batuk dan kadang  badan terasa panas  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 97%  b. Suara nafas: vesikuler  c. Pola nafas: eupnea  d. Pasien tampak melakukan batuk efektif secara mandiri  e. Pasien tampak sedang dalam posisi semi fowler 300  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1. Obervasi status pernafasan pasien  setiap pergantian jam jaga  2. Pantau dan dokumentasikan karakteristik sputum  3. Berikan pasien posisi semi fowler  (15-450)  4. Anjurkan pasien untuk minum air hangat  5. Ajarkan kepada pasien dan keluarga  tentang: teknik batuk efektif, pemantauan sputum tiap hari dan melaporkan perkembangannya, cara nafas dalam |

2. Diagnosa: Hipertermia Berhubungan dengan proses penyakit (HIV)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/  Tanggal | Tindakan | Catatan Perkembangan |
| 29Januari  2020  Shift Pagi | a. mengobservasi TTV  b. Mengobservasi kulit, membrane mukosa dan mencatat keluhan demam  c. memberikan masukan cairan infuse futrolit 500 cc  d. memberikan kompres air  hangat  e. Memberikan obat paracetamol 1 tblt ke pasien | **S:** Pasien mengatakan badannya kadang  terasa panas  **O:**  a. RR: 20x/menit  b. TD: 91/50 mmHg  c. Nadi: 100x/menit d. Suhu : 37,9⁰C  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1. Observasi TTV dan keadaan umum pasien setiap pergantian jam jaga  2. Kompres bila panas  3. Observasi kulit dan catat keluhan |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | demam |
| 29Januari  2020  Shift Sore | a. Menemani dokter visite  b. Mengobservasi TTV dan keadaan umum pasien  c. Mengompres dg air hangat di axilla pasien.  d. Memberikan Paracetamol  1 tblt ke pasien | **S:** pasien mengatakan badannya terasa  panas  **O:**  a. RR: 20x/menit  b. TD: 89/47 mmHg  c. Nadi: 100x/menit d. Suhu : 37⁰C  **A:** masalah belum teratasi sebagian  **P:**  1.Observasi TTV dan keadaan umum  pasien setiap pergantian jam jaga  2.Beritahu kepada pasien dan keluarga  jika badannya panas, dan sarankan pasien atau keluarga untuk memberitahu perawat |
| 29Januari  2020  Shift  Malam | a. Mengobservasi TTV dan keadaan umum pasien  b.memberikan obat  Paracetamol 1 tblt ke pasien untuk di minum | **S:** pasien mengatakan suhubadannya menurun  **O:**  a. RR: 20x/menit  b. TD: 100/48 mmHg c. Nadi: 106x/menit  d. Kesadaran: compos mentis  e. Suhu : 37,9⁰C  e. GCS: 456  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1. Observasi TTV dan keadaan umum  pasien setiap pergantian jam jaga  2. Beritahu kepada pasien dan keluarga  jika ada peningkatan suhu badan , dan sarankan pasien atau keluarga untuk memberitahu perawat  3. Berikan paracetamol |

3. Diagnosa: Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/  Tanggal | Tindakan | Catatan Perkembangan |
| 29Januari  2020  Shift Pagi | a. mengkaji adanya alergi  makanan  b. memonitor adanya penurunan berat badan  c. memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi  pada pasien dengan Tuberculosis paru dan cara memenuhinya  d. menanyakan adanya mual  muntah  e. mengolaborasikan dengan ahli gizi untuk | **S:** pasien mengatakan makan nasi tim  saja tanpa lauk  **O:**  a. pasien menghabiskan ½ porsi makanan  b. pasien tampak terpasang infus futrolit  14 tpm  c. pasien belum BAB dan BAK  d. BB : 42 Kg  e. Pasien tampak mual seusai makan  **A:** masalah belum teratasi  **P:** Lanjutkan intervensi yang sama |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien  f. mengganti cairan infus  futrolit 500 cc14 tpm |  |
| 29Januari  2020  Shift Sore | a. menanyakan adanya alergi makanan  b. menimbang berat badan  c. memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi pada pasien dengan Tuberculosis paru dan cara memenuhinya  d. menyakan adanya mual muntah | **S:** pasien mengatakan malas makan  **O:**  a. pasien menghabiskan ½ porsi  makanan  b. pasien tampak makan sendiri tanpa didorong  c. BB : 42 Kg  **A:** masalah belum teratasi  **P:** lanjutkan intervensi dan tambahkan kaji lingkungan sekitar |
| 29Januari  2020  Shift  Malam | a. menimbang berat badan b. memberikan informasi  tentang kebutuhan nutrisi  pada pasien dengan Tuberculosis paru dan cara memenuhinya  c. menanyakan adanya mual  muntah  d. mengkaji lingkungan sekitar pasien | **S:** pasien mengatakan sudah makan sedikit-sedikit  **O:**  a. pasien makan habis 1porsi tanpa lauk  b. pasien tampak disuapi oleh keluarga  c. pasien mengatakan pasien sudah BAB: warna kecoklatan lembek berbentuk,  d. pasien sudah BAK: warna kuning  jernih  e. BB : 42 Kg  **A:** masalah belum teratasi  **P:** lanjutkan intervensi |

4. Diagnosa: Keletihan berhubungan dengan kelemahan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/  Tanggal | Tindakan | Catatan Perkembangan |
| 29Januari  2020  Shift Pagi | a. mengobservasi tanda  tanda vital pasien  b. mengkaji faktor yang menyebabkan keletihan  c. m emb a n t u  meningkatkan kan ke mandirian dalam akt ifitas perawatan  d iri yang dapat ditoleransi  d. menganjurkan aktifitas ringan sambil istirahat  e. memonitor pola tidur  danlamannyatidur/istirahat | **S:** pasien mengatakan capek ketika  selesai beraktifitas  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 97%  b. TD: 91/50 mmHg, Suhu: 37,90C  c. Nadi: 104x/menit  d. pasien tampak dibantu istri untuk mandi  e. pasien tampak letih  **A:** masalah belum teratasi  **P:** lanjutkan intervensi |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | pasien dengan menanyakan ke keluarganya. |  |
| 29Januari  2020  Shift Sore | a. mengobservasi tanda tanda vital pasien  b. m emb a n t u  meningkatkan kan ke mandirian dalam akt ifitas perawatan diri yang dapat di  toleransi  c. menganjurkan aktifitas ringan sambil istirahat  d. menghitung  lamannyatidur/istirahat pasien | **S:** pasien mengatakan badannya masih terasa pegal  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 98%  b. TD: 89/47 mmHg,Suhu: 37 0C  c. Nadi: 89x/menit  d. Pasien tampak lelah,dan berkeringat  e. Lama tidur:5 jam/24 jam **A:** masalah belum teratasi **P:** Lanjutkan intervensi |
| 29Januari  2020  Shift  Malam | a. mengobservasi tanda tanda vital pasien  b. menganjurkan aktifitas  ringan sambil istirahat c. monitor pola tidur  danlamannyatidur/istirahat pasien | **S:** pasien mengatakan badannya masih lemas  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 97%  b. TD: 100/48 mmHg, Suhu: 380C  c. Nadi: 106x/menit  d. pasien tampak letih lesu  **A :** Masalah belum teratasi  **P:**  1. Instruksikan dan bantu pasien untuk  istirahat penuh |

5. Defisit perawatan diri (mandi, toileting) berhubungan dengan kelemahan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/  Tanggal | Tindakan | Catatan Perkembangan |
| 29Januari  2020  Shift Pagi | .1,mengobservasi tanda-  tanda vital selama dan setelah melakukan aktivitas dan mengkaji kemampuan pasien untuk ambulasi  2.membantu perawatan diri:, toileting pasien  3.menginstruksika dan  membantu pasien untuk beraktivitas yang diselingi istirahat  4.mengajarkan kepada pasien  dan keluarga tentang:  a. Penggunaan  metode alternative untuk mandi dan  perpakaian  b. Teknik berpindah | **S:** -  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 97%  b. TD: 91/50 mmHg, Suhu: 37,90C  c. Nadi: 104x/menit  d. pasien tampak dibantu istri untuk mandi  e. rambut pasien rontok ≥ 15 helai  f. pasien tampak letih  **A:** masalah belum teratasi  **P:** lanjutkan intervensi |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | dan ambulasi  Rutinitas eliminasi |  |
| 29Januari  2020  Shift Sore | 1,mengobservasi tanda-tanda vital selama dan setelah melakukan aktivitas dan mengkaji kemampuan  pasien untuk ambulasi  2.membantu pasien toileting  3.menganjurkan kepada pasien dan keluarga untuk  menerapkan  a.metode alternative untuk mandi dan perpakaian  b.Teknik berpindah dan ambulasi  c. Rutinitas eliminasi  diri yang dapat ditolerans i | **S:** -  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 98%  b. TD: 89/47 mmHg,Suhu: 37 0C  c. Nadi: 89x/menit  d. Pasien tampak lelah,dan berkeringat e. Rambut acak-acakan  **A:** masalah belum teratasi  **P:** Lanjutkan intervensi |
| 29Januari  2020  Shift  Malam | 1,mengobservasi tanda-tanda  vital  2.menganjurkan kepada pasien dan keluarga untuk:  a.menggunakan metode alternative untuk mandi dan perpakaian  b.menerapkanTeknik  berpindah dan ambulasi  dan eliminasi | **S:** -  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 97%  b. TD: 100/48 mmHg, Suhu: 380C  c. Nadi: 106x/menit  d. Rambut pasien tampak acak-acakan  **A :** Masalah belum teratasi  **P:**  2. Instruksikan dan bantu pasien untuk  istirahat penuh |

6. Gangguan pola tidurberhubungan dengan proses penyakit

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/ Tanggal | Tindakan | Catatan Perkembangan |
| 29Januari  2020  Shift Pagi | 1. Mengobservasi tanda- tanda vital  2. Menutup tirai dan mengatur suhu ruangan  3. Menganjurkan pasien mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian  yang longgar  4. menjelaskan kepada pasien pentingnya pola dan kualitas tidur yang cukup.  5. meminta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi dengan cara nafas dalam | **S:** pasien mengatakan tidur nya kurang nyenyak  **O:**  a. pasien tampak letih  b. pasien mengantuk  **A:** masalah belum teratasi  **P:** lanjutkan intervensi 1-3 |
| 29Januari  2020 | 1. Mengobservasi tanda-  tanda vital | **S:** pasien mengungkapkan tidurnya  semalam terganggu dengan batuk |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Shift Sore | 2. Menutup tirai dan mengatur suhu ruangan  3. Menganjurkan pasien mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian yang longgar  4. menjelaskan kepada  pasien pentingnya pola dan kualitas tidur yang cukup.  meminta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi dengan cara nafas dalam | **O:**  a. pasien tampak lemas  b. RR: 20x/menit, SPO2: 98%  c. TD: 89/47 mmHg,Suhu: 37 0C  d. Tidur 5 jam  **A:** masalah belum teratasi  **P:** Lanjutkan intervensi1-3 |
| 29Januari  2020  Shift  Malam | 1. Mengobservasi tanda-  tanda vital  2. Menutup tirai dan mengatur suhu ruangan  3. Menganjurkan pasien mengambil posisi yang  nyaman dengan pakaian yang longgar  4. menjelaskan kepada pasien pentingnya pola dan kualitas tidur yang  cukup.  5. meminta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi dengan cara nafas dalam | **S:** pasien mengatakan tidak puas tidur  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 97%  b. TD: 100/48 mmHg, Suhu: 380C  c. Nadi: 106x/menit  d. Pasien tampak lesu mata corong  **A :** Masalah belum teratasi  **P:** lanjutkan intervensi |

Tabel 3.12 Tindakan Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan 30 Januari 2020

1. Diagnosa: Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan nafas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/  Tanggal | Tindakan | Catatan Perkembangan |
| 30 Januari  2020  Shift Pagi | a. Mengobservasi status  pernafasan pasien  b. Memberikan posisi semi fowler 300 pada pasien  c. Mengajarkan ulang  kepada pasien teknik batuk efekif  d. Mengajarkan kepada pasien tentang  pemantauan sputum setiap hari  e. Menyarankan pasien untuk minum air hangat  f. Memberikan injeksi codein 15 mg /PO | **S:** pasien mengatakan batuk dan badan  kadang terasa panas  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 98%  b. Suara nafas: vesikuler  c. Pola nafas: eupnea  d. Pasien tampak mempraktekkan batuk efektif secara mandiri  e. Pasien tampak sedang dalam posisi semi fowler 300  f. sputum berwarna putih kekuningan karakteristik kental  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1. Obervasi status pernafasan pasien |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | g. Memberikan terapi obat  Cotrimoxazole 960 mg/iv | setiap pergantian jam jaga  2. Pantau dan dokumentasikan karakteristik sputum  3. Berikan pasien posisi semi fowler  (15-450)  4. Anjurkan pasien untuk minum air hangat  5. Ajarkan ulang kepada pasien dan  keluarga tentang: teknik batuk efektif, pemantauan sputum tiap hari dan melaporkan perkembangannya, cara nafas dalam |
| 30 Januari  2020  Shift Sore | a. Menemani dokter visite  b. Mengobservasi tanda-  tanda vital  c. Menganjurkan posisi tetap semi fowler 300 pada pasien  d. Menyarankan pasien untuk batuk efektif  e. Menyarankan pasien untuk minum air hangat  f. Memberikan infuse levofloxacin 750 mg/iv  g. Memberikan terapi obat codein 15 mg/PO | **S:** pasien mengatakan batuk dan badan  panas  **O:**  a. RR: 22x/menit, SPO2: 94%  b. Suara nafas: vesikuler  c. Pola nafas: eupnea  d. Pasien tampak mempraktekkan batuk efektif secara mandiri  e. Pasien tampak sedang dalam posisi semi fowler 300  f. sputum berwarna putih kekuningan karakteristik kental  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1. Obervasi status pernafasan pasien setiap pergantian jam jaga  2. Pantau dan dokumentasikan  karakteristik sputum  3. Berikan pasien posisi semi fowler (15-450)  4. Anjurkan pasien untuk minum  air hangat  5. Ajarkan kepada pasien dan keluarga tentang:, pemantauan sputum tiap hari dan  melaporkan perkembangannya, cara nafas dalam |
| 30 Januari  2020 shift  Malam | a.Mengobservasi status pernafasan pasien  b.Menyarankan pasien  untuk batuk efektif  c.Memberikan posisi tetap semi fowler 450 pada pasien  d.Menyarankan pasien  untuk minum air hangat  e.Memberikan terapi obat codein 15 mg/PO | **S:** pasien mengatakan batuk dan kadang badan terasa panas  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 96%  b. Suara nafas: vesikuler  c. Pola nafas: eupnea  d. Pasien tampak melakukan batuk efektif secara mandiri  e. Pasien tampak sedang dalam posisi semi fowler 200  **A:** masalah teratasi sebagian |

f. Memberikan terapi obat

Cotrimoxazole 960 mg/iv

**P:**

1. Obervasi status pernafasan pasien

setiap pergantian jam jaga

2. Pantau dan dokumentasikan

karakteristik sputum

3. Berikan pasien posisi semi fowler

(15-450)

4. Anjurkan pasien untuk minum air

hangat

2. Diagnosa: Hipertermia Berhubungan dengan proses penyakit (HIV)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/ Tanggal | Tindakan | Catatan Perkembangan |
| 30Januari  2020  Shift Pagi | a. mengobservasi TTV  b. memberikan masukan cairan infuse futrolit 500 cc  c. mengompres pasien dengan air hangat  d. Memberikan obat  paracetamol 1 tblt ke pasien | **S:** Pasien mengatakan badannya panas  **O:**  a. RR: 20x/menit  TD: 100/37 mmHg Nadi: 88x/menit Suhu : 36,7⁰C  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1. Observasi TTV dan keadaan umum  pasien setiap pergantian jam jaga  2. Kompres bila masih panas  3. Observasi kulit dan catat keluhan demam |
| 30Januari  2020  Shift Sore | a. Menemani dokter visite  b. Mengobservasi TTV dan keadaan umum pasien  c. Mengompres dg air hangat di axilla pasien.  d. Memberikan Paracetamol  1 tblt PO ke pasien | **S:** pasien mengatakan badannya terasa panas  **O:**  a. RR: 22x/menit  TD: 91/64 mmHg  Nadi: 108x/menit  Suhu : 40⁰C  **A:** masalah belum teratasi  **P:**  1.Observasi TTV dan keadaan umum  pasien setiap pergantian jam jaga  2.Beritahu kepada pasien dan keluarga jika badannya panas, dan menyarankan pasien atau keluarga untuk memberitahu perawat  3.Kompres dengan air biasa  4.Berikan obat paracetamol hasil kolaborasi |
| 30Januari  2020  Shift  Malam | a. Mengobservasi TTV dan keadaan umum pasien  b.memberikan obat  Paracetamol 1 tblt PO ke pasien untuk di minum  c. Mengompres pasien | **S:** pasien mengatakan badan masih panas  **O:**  a. RR: 20x/menit  TD: 84/46 mmHg Nadi: 101x/menit Kesadaran: compos mentis |

dengan air hangat . Suhu : 38,3⁰C

GCS: 456

**A:** masalah teratasi sebagian

**P:**

1. Observasi TTV dan keadaan umum

pasien setiap pergantian jam jaga

2. Beritahu kepada pasien dan keluarga jika ada peningkatan suhu badan , dan

sarankan pasien atau keluarga untuk

memberitahu perawat

3. Berikan obat paracetamol hasil

kolaborasi

3. Diagnosa: Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/ Tanggal | Tindakan | Catatan Perkembangan |
| 30Januari  2020  Shift Pagi | a. memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi  pada pasien dengan  Tuberculosis paru dan cara  memenuhinya b.menanyakan adanya mual  muntah  c. menganjurkan pasien untuk menghabiskan  1porsi makan dari hasil  kolaborasi dengan ahli gizi d.mengganti cairan infus  futrolit 500 cc 14 tpm | **S:** pasien mengatakan makan nasi tim saja tanpa lauk  **O:**  f. pasien menghabiskan 1 porsi  makanantanpa lauk  g. pasien tampak terpasang infus futrolit14 tpm  a. pasien belum BAB dan BAK  b. BB : 42 Kg BMI = 15,73 N=18,5-22,9 c. Pasien tampak mual seusai makan lauk **A:** masalah belum teratasi  **P:** Lanjutkan intervensi yang sama |
| 30Januari  2020  Shift Sore | e. menimbang berat badan f. memberikan informasi  tentang kebutuhan nutrisi  pada pasien dengan Tuberculosis paru dan cara memenuhinya  g. menyakan adanya mual  muntah setelah makan | **S:** pasien mengatakan malas makan lauk karena mual  **O:**  a. pasien menghabiskan ½ porsi makanan  b. pasien tampak makan sendiri tanpa  didorong  c. BB : 42 Kg BMI = 15,73 N=18,5-  22,9  **A:** masalah belum teratasi  **P:** lanjutkan intervensi dan tambahkan  kaji lingkungan sekitar |
| 30Januari  2020  Shift  Malam | a. memberikan informasi  tentang kebutuhan nutrisi  pada pasien dengan Tuberculosis paru dan cara memenuhinya  b.mengkaji lingkungan  sekitar pasien | **S:** pasien mengatakan sudah makan  sedikit-sedikit  **O:**  a. pasien makan habis ½porsi tanpa lauk  b.pasien tampak disuapi oleh keluarga  c. pasien mengatakan pasien sudah BAB:  warna kecoklatan lembek berbentuk, d.pasien sudah BAK: warna kuning |

jernih

e. BB : 42 Kg BMI = 15,73 N=18,5-22,9 f. Lingkungan bersih dan aman

**A:** masalah belum teratasi

**P:** lanjutkan intervensi yang sama.

4. Diagnosa: Keletihan berhubungan dengan kelemahan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/ Tanggal | Tindakan | Catatan Perkembangan |
| 30Januari  2020  Shift Pagi | a. mengobservasi tanda tanda vital pasien  b. m e n g a n j u r k a n d ud u k d u l u s eb e l um b e rd ir i  c. menganjurkan istirahat dan nafas dalam | **S:** pasien mengatakan capek ketika selesai beraktifitas  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 98%  TD: 100/37 mmHg, Suhu: 36,70C Nadi: 88x/menit  b. pasien tampak menerapkan duduk dulu sebelum berdiri  c. pasien tampak letih dan berkeringat  **A:** masalah belum teratasi  **P:** lanjutkan intervensi |
| 30Januari  2020  Shift Sore | a. mengobservasitanda-tanda  vital selama dan setelah  melakukan aktivitas dan mengkaji kemampuan pasien untuk ambulasi  b. menganjurkan istirahat  dan nafas dalam  c. menganjurkan pasien duduk dulu sebelum berdiri | **S:** pasien mengatakan capek seusai  aktivitas  **O:**  a. RR: 22x/menit, SPO2: 94% TD: 91/64mmHg,Suhu: 40 0C Nadi: 108x/menit  b.pasien duduk dulu sebelum berdir c. Pasien tampak lelah  **A:** masalah belum teratasi  **P:** Instruksikan dan bantu pasien untuk  istirahat penuh |
| 30Januari  2020  Shift  Malam | a. mengobservasi tanda tanda  vital pasien  b. menganjurkan pasien banyak istirahat | **S:** pasien mengatakan badannya masih  lemas  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 97%  TD: 100/48 mmHg, Suhu: 380C  Nadi: 106x/menit  b. pasien tampak letih lesu **A :** Masalah belum teratasi **P:** Lanjutkan intervensi |

5. Defisit perawatan diri (mandi, toileting, berhias) berhubungan dengan kelemahan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/  Tanggal | Tindakan | Catatan Perkembangan |
| 30Januari  2020  Shift Pagi | a. Mengobservasi TTV  pasien  b. Mengajarkan kepada pasien dan keluarga:  1. Untuk Menggunakan | **S:** pasien mengatakan belum mampu  untuk mandi sendiri  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 98%  TD: 100/37mmHg,Suhu: 36,7 0C |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | metode alternative untuk mandi dan berpakaian: mandi dan  berpakaian sambil  duduk  2. Teknik untuk berpindah dari tempat tidur ke kamar mandi dengan  membawa infuse  3. Untuk Rutinitas eliminasi: mengganti dan memakaikan celana  c. Menganjurkan pasien untuk segera istirahat | Nadi: 88x/menit  d. Pasien tampak duduk dulu sebelum berdiri  e. pasien tampak dibantu istri untuk  mandi  f. rambut pasien rontok ≥ 10 helai  g. pasien tampak letih setelah ke kamar mandi  **A:** masalah belum teratasi  **P:**  1. Pantau tanda-tanda vital selama dan  setelah melakukan aktivitas dan kaji  kemampuan pasien untuk ambulasi  2. Bantu perawatan diri: mandi, berhias/berpakaian, toileting pasien  jika diperlukan  3. Instruksikan dan bantu pasien untuk beraktivitas diselingi istirahat  4. Pertahankan tirah baring dan ciptakan lingkungan tenang |
| 30Januari  2020  Shift Sore | a.Mengobservasi TTV pasien  b. Membantu memandikan  pasien | **S:** pasien mengatakan badannya masih  lemas  **O:**  b. RR: 22x/menit, SPO2: 98%  c. TD: 91/64mmHg,Suhu: 40 0C  d. Nadi: 108x/menit  e. pasien tampak dibantu istri untuk mandi  **A:** masalah belum teratasi  **P:** Lanjutkan intervensi |
| 30Januari  2020  Shift  Malam | a. Mengobservasi TTV  pasien | **S:** pasien mengatakan badannya masih  lemas  **O:**  f. RR: 20x/menit, SPO2: 96%  g. TD: 84/46mmHg,Suhu: 38,3 0C  h. Nadi: 101x/menit  i. Pasien tampak di bantu istri untuk berpakaian  **A :** Masalah belum teratasi  **P:**  3. Pantau tanda-tanda vital selama dan  setelah melakukan aktivitas dan kaji  kemampuan pasien untuk ambulasi  4. Bantu perawatan diri: mandi, berhias/berpakaian, toileting pasien jika diperlukan  5. Instruksikan dan bantu pasien untuk  beraktivitas diselingi istirahat  6. Pertahankan tirah baring dan ciptakan lingkungan tenang |

6. Gangguan pola tidurberhubungan dengan proses penyakit

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/  Tanggal | Tindakan | Catatan Perkembangan |
| 30Januari  2020  Shift Pagi | 1. Mengobservasi tanda-  tanda vital  2. Menutup tirai dan mengatur suhu ruangan  3. Menganjurkan pasien mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian yang longgar  4. menjelaskan kepada pasien pentingnya pola dan kualitas tidur yang  cukup.  5. meminta klien untuk  rileks dan merasakan sensasi yang terjadi dengan cara nafas dalam | **S:** pasien mengatakan tidur nya kurang  nyenyak  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 98%  TD: 100/37mmHg,Suhu: 36,7 0C  Nadi: 88x/menit  b. pasien tampak letih c.  **A:** masalah belum teratasi  **P:** lanjutkan intervensi 1-3 |
| 30Januari  2020  Shift Sore | 1. Mengobservasi tanda-  tanda vital  2. Menutup tirai dan  mengatur suhu ruangan  3. Menganjurkan pasien mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian yang longgar  4. menjelaskan kepada pasien pentingnya pola dan kualitas tidur yang cukup.  5. meminta klien untuk  rileks dan merasakan sensasi yang terjadi  dengan cara nafas dalam | **S:** pasien mengungkapkan tidurnya  semalam terganggu dengan batuk  **O:**  a. pasien tampak lemas  RR: 22x/menit, SPO2: 98% TD: 91/64mmHg,Suhu: 40 0C Nadi: 108x/menit  b. Pasien Tidur 5 ½ jam  **A:** masalah belum teratasi  **P:** Lanjutkan intervensi1-3 |
| 30Januari  2020  Shift  Malam | 1. Mengobservasi tanda-  tanda vital  2. Menutup tirai dan mengatur suhu ruangan  3. Menganjurkan pasien  mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian yang longgar  4. menjelaskan kepada pasien pentingnya pola dan kualitas tidur yang cukup.  5. meminta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi dengan cara nafas dalam | **S:** pasien mengatakan belum puas  tidurnya  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 96%  TD: 84/46mmHg,Suhu: 38,3 0C Nadi: 101x/menit  b. Pasien tampak lesu  **A :** Masalah belum teratasi  **P:** lanjutkan intervensi |

Tabel 3.12 Tindakan Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan 31 Januari 2020

1. Diagnosa: Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan

nafas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/ Tanggal | Tindakan | Catatan Perkembangan |
| 31 Januari  2020  Shift Pagi | 1. Mengobservasi status pernafasan pasien  2. Memberikan posisi semi fowler 300 pada pasien  3. Mengajarkan ulang kepada pasien teknik batuk efekif  4. Mengajarkan kepada  pasien tentang pemantauan sputum setiap hari  5. Menyarankan pasien  untuk minum air hangat  6. Memberikan injeksi codein 15 mg /PO  7. Memberikan terapi obat  Cotrimoxazole 960 mg/iv | **S:** pasien mengatakan batuk dan badan kadang terasa panas  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 99%  b. Suara nafas: vesikuler  c. Pola nafas: eupnea  d. Pasien tampak mempraktekkan batuk efektif secara mandiri  e. Pasien tampak sedang dalam posisi semi fowler 300  f. sputum berwarna putih kekuningan karakteristik kental  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1. Obervasi status pernafasan pasien  setiap pergantian jam jaga  2. Pantau dan dokumentasikan karakteristik sputum  3. Berikan pasien posisi semi fowler  (15-450)  4. Anjurkan pasien untuk minum air hangat  5. Ajarkan ulang kepada pasien dan keluarga tentang: teknik batuk  efektif, pemantauan sputum tiap hari dan melaporkan perkembangannya, cara nafas dalam |
| 31 Januari  2020  Shift Sore | 1. Menemani dokter visite  2. Mengobservasi tanda- tanda vital  3. Menganjurkan posisi tetap semi fowler 300 pada pasien  4. Menyarankan pasien  untuk tetap minum air hangat  5. Memberikan infuse levofloxacin 750 mg/iv  6. Memberikan terapi obat codein 15 mg/PO | **S:** pasien mengatakan batuk dan badan panas  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 99%  b. Suara nafas: vesikuler  c. Pola nafas: eupnea  d. Pasien tampak mempraktekkan batuk  efektif secara mandiri  e. Pasien tampak sedang dalam posisi semi fowler 300  f. sputum berwarna putih kekuningan  karakteristik kental  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1. Obervasi status pernafasan pasien  setiap pergantian jam jaga  2. Pantau dan dokumentasikan karakteristik sputum  3. Berikan pasien posisi semi fowler |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | (15-450)  4. Anjurkan pasien untuk minum air hangat  5. Ajarkan kepada pasien dan keluarga  tentang:, pemantauan sputum tiap hari dan melaporkan perkembangannya, cara nafas dalam |
| 31 Januari  2020  shift  Malam | 1. Mengobservasi status  pernafasan pasien  2. Memberikan posisi tetap semi fowler 450 pada pasien  3. Menyarankan pasien  untuk minum air hangat  4. Memberikan terapi obat codein 15 mg/PO  5. Memberikan terapi obat  Cotrimoxazole 960 mg/iv | **S:** pasien mengatakan batuk dan kadang  badan terasa panas  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 96%  b. Suara nafas: vesikuler  c. Pola nafas: eupnea  d. Pasien tampak melakukan batuk efektif secara mandiri  e. Pasien tampak sedang dalam posisi semi fowler 200  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1. Obervasi status pernafasan pasien  setiap pergantian jam jaga  2. Pantau dan dokumentasikan karakteristik sputum  3. Berikan pasien posisi semi fowler  (15-450)  4. Anjurkan pasien untuk minum air hangat |

2. Diagnosa: Hipertermia Berhubungan dengan proses penyakit (HIV)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/  Tanggal | Tindakan | Catatan Perkembangan |
| 31 Januari  2020  Shift Pagi | 1. mengobservasi TTV  2. Mengobservasi warna kulit dan mencatat keluhan demam  3. Anjurkan pasien untuk minum ± 2 liter/hari  4. memberikan masukan  cairan infuse futrolit 500 cc  5. Memberikan obat paracetamol 1 tblt ke pasien | **S:** Pasien mengatakan badannya panas  **O:**  a. RR: 20x/menit TD: 87/49 mmHg Nadi: 88x/menit  Suhu : 36,2⁰C  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  4. Observasi TTV dan keadaan umum  pasien setiap pergantian jam jaga  5. Kompres bila masih panas  6. Observasi kulit dan catat keluhan demam |
| 31 Januari  2020  Shift Sore | a. Menemani dokter visite  b. Mengobservasi TTV dan keadaan umum pasien  c. Mengompres dg air hangat di axilla pasien. | **S:** pasien mengatakan badannya terasa  panas  **O:**  a. RR: 20x/menit  b. TD: 96/52 mmHg |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | d. Memberikan Paracetamol  1 tblt PO ke pasien  b. Mengobservasi kulit dan  mencatat keluhan demam | c. Nadi: 85x/menit  d. Suhu : 36,1⁰C  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1.Observasi TTV dan keadaan umum  pasien setiap pergantian jam jaga  2.Beritahu kepada pasien dan keluarga jika badannya panas, dan menyarankan  pasien atau keluarga untuk  memberitahu perawat  3.Kompres dengan air biasa  4.Berikan obat paracetamol hasil kolaborasi |
| 31 Januari  2020  Shift  Malam | 1. Mengobservasi TTV dan keadaan umum pasien  2. memberikan obat  Paracetamol 1 tablet PO ke pasien untuk di minum | **S:** pasien mengatakan badan masih panas  **O:**  a. RR: 20x/menit  TD: 91/51 mmHg  Nadi: 103x/menit  Kesadaran: compos mentis  . Suhu : 39,3⁰C  GCS: 456  **A:** masalah belum teratasi  **P:**  1. Observasi TTV dan keadaan umum  pasien setiap pergantian jam jaga  2. Beritahu kepada pasien dan keluarga jika ada peningkatan suhu badan , dan sarankan pasien atau keluarga untuk  memberitahu perawat  3. Berikan obat paracetamol hasil kolaborasi |

3. Diagnosa: Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/  Tanggal | Tindakan | Catatan Perkembangan |
| 31 Januari  2020  Shift Pagi | 1. memberikan informasi  tentang kebutuhan nutrisi  pada pasien dengan Tuberculosis paru dan cara memenuhinya  2. menanyakan adanya mual muntah  3. menganjurkan pasien untuk menghabiskan porsi makanannya  4. mengganti cairan infus  futrolit 500 cc 14 tpm | **S:** pasien mengatakan makan nasi tim  saja tanpa lauk  **O:**  a. pasien menghabiskan ½ porsi makanan  tanpa lauk  b. pasien tampak terpasang infus futrolit  14 tpm  c. pasien belum BAB dan BAK  d. pasien menjawab mengerti kebutuhan nutrisi bagi tubuhnya  e. BB : 42 Kg  f. Pasien tampak mual seusai makan  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:** Lanjutkan intervensi yang sama |
| 31 Januari  2020 | 1. menimbang berat badan  2. menyakan adanya mual | **S:** pasien mengatakan malas makan lauk karena mual |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Shift Sore | muntah  3. menganjurkan pasien untuk menghabiskan porsi makanannya | **O:**  a. pasien menghabiskan ½ porsi makanan  b.pasien tampak makan sendiri tanpa didorong  c. BB : 42 Kg  **A:** masalah belum teratasi  **P:** lanjutkan intervensi dan tambahkan kaji lingkungan sekitar |
| 31 Januari  2020  Shift  Malam | 1.menanyakan adanya mual  muntah  2.mengkaji lingkungan sekitar pasien | **S:** pasien mengatakan sudah makan  sedikit-sedikit  **O:**  a. pasien makan habis ½porsi tanpa lauk  b. pasien tampak disuapi oleh keluarga  c. pasien mengatakan pasien sudah BAB:  warna kecoklatan lembek berbentuk,  d. pasien sudah BAK: warna kuning jernih  e. BB : 42 Kg BMI= 15,7 (N= 18,5-22,9)  f. Lingkungan bersih dan aman  **A:** masalah belum teratasi  **P:** lanjutkan intervensi yang sama. |

4. Diagnosa: Keletihan berhubungan dengan kelemahan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/  Tanggal | Tindakan | Catatan Perkembangan |
| 31 Januari  2020  Shift Pagi | 1.mengobservasi tanda tanda  vital pasien  2.m e n g a n j u r k a n d ud u k d u l u s eb e l um b e rd ir i  3.menganjurkan istirahat dan nafas dalam  4.memonitor pola tidur danlamannyatidur/istirahat pasien dengan menanyakan ke keluarganya. | **S:** pasien mengatakan capek ketika  selesai beraktifitas,pasien juga  mengatakan tidur nya tidak nyenyak  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 99%  TD: 87/49 mmHg, Suhu: 36,20C  Nadi: 88x/menit  b. pasien tampak menerapkan duduk dulu sebelum berdiri  c. pasien tampak letih  d. Lama tidur:6jam/24 jam **A:** masalah belum teratasi **P:** lanjutkan intervensi |
| 31 Januari  2020  Shift Sore | 1.Mengobservasitanda-tanda  vital selama dan setelah melakukan aktivitas dan  mengkaji kemampuan  pasien untuk ambulasi  2.menganjurkan istirahat  dan nafas dalam  3.menganjurkan pasien duduk dulu sebelum berdiri | **S:** pasien mengatakan badannya masih  terasa pegal  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 99%  TD: 96/52mmHg,Suhu: 36,1 0C Nadi: 85x/menit  b.pasien duduk dulu sebelum berdiri b. Pasien tampak lelah  **A:** masalah belum teratasi  **P:** Instruksikan dan bantu pasien untuk istirahat penuh |
| 31 Januari | a. mengobservasi tanda tanda | **S:** pasien mengatakan badannya masih |

2020

Shift

Malam

vital pasien b.menganjurkan pasien

untuk istirahat penuh di malam hari

lemas

**O:**

a. RR: 20x/menit, SPO2: 96%

TD: 91/52 mmHg, Suhu: 39,30C

Nadi: 103x/menit

b. pasien tampak letih lesu **A :** Masalah belum teratasi **P:** Lanjutkan intervensi

5. Defisit perawatan diri (mandi, toileting) berhubungan dengan kelemahan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/  Tanggal | Tindakan | Catatan Perkembangan |
| 31 Januari  2020  Shift Pagi | 1. Mengobservasi TTV  pasien  2. Mengajarkan kepada pasien dan keluarga:  a. Menggunakan metode  alternative untuk mandi dan berpakaian: mandi dan berpakaian sambil duduk  b. Teknik berpindah dari tempat tidur ke kamar mandi dengan membawa infuse  c. Rutinitas eliminasi: mengganti dan memakaikan celana  3 Menganjurkan pasien  untuk segera istirahat | **S:** pasien mengatakan puas menerima  perawatan  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 99% TD: 87/49 mmHg,Suhu: 36,2 0C Nadi: 88x/menit  e. Pasien tampak duduk dulu sebelum berdiri (mempertahankan mobilitas)  f. pasien tampak dibantu istri untuk  mandi  g.pasien mengenali kebutuhan untuk eliminas  **A:** masalah teratasi  **P:** Hentikan intervensi |

6. Gangguan pola tidurberhubungan dengan proses penyakit

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/ Tanggal | Tindakan | Catatan Perkembangan |
| 31 Januari  2020  Shift Pagi | 4. Mengobservasi tanda- tanda vital  5. Menutup tirai dan mengatur suhu ruangan  6. Menganjurkan pasien mengambil posisi yang  nyaman dengan pakaian yang longgar  7. menjelaskan kepada pasien pentingnya pola dan kualitas tidur yang cukup.  8. meminta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi dengan cara nafas dalam | **S:** pasien mengatakan tidur nya semalam enak dan tidak terbangun saat malam hari  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 99% TD: 87/49 mmHg,Suhu: 36,2 0C Nadi: 88x/menit  b. pasien tidak mengantuk c. Tidur 8 jam/24 jam  **A:** masalah teratasi  **P:** Hentikan intervensi |

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Tn. S dengan diagnosa medis Tuberculosis Paru+HIV di Ruang Paru Paviliun IV RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal

28 Januari2020 sampai dengan 31 Januari 2020. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

**4.1 Pengkajian**

Penulis melakukan pengkajian pada Tn. S dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis.

Pembahasan akan dimulai dari:

1 Identitas

Data yang di dapatkan Tn. S berjenis kelamin lakilaki usia 34 tahun, beragama Islam, bahasa yang sering digunakan adalah Bahasa Indonesia dan Jawa. Status pasien adalah Suami dan belum di karuniai anak. Pasien tinggal di Lamongan. Pendidikan terakhir pasien adalah SMA dan pekerjaan pasien saat ini adalah sebagai karyawan swasta.Pada factor-faktor TB paru di sebutkan bahwa insiden tertinggi TB paru biasanyamengenai usia dewasa

muda,(kebanyakan terjadi pada usia produktif 15-50 tahun, namun,jenis

95

kelamin (sebagian besar lakilaki), pekerjaan (sebagian dari kalangan ekonomi rendah), pendidikan, alamat sebagian besar bertempat tinggal dengan lingkungan yang berpolusi udara seperti pabrik)(Somantri

2009).Namun, tidak semua kasus yang di temukan di lapangan sesuai dengan teori yang di kemukakan,karena pada kasus pasien berpendidikan tinggi,termasuk golongan ekonomi golongan menengah.

2. Riwayat Sakit dan Kesehatan a. Keluhan Utama

Pasien mengeluhkan batuk, sesak dan badan panas. pernyataan tersebut didukung oleh Ardiansyah (2012) dan Brunner & Suddarth (2013) yang menyatakan bahwa keluhan utama yang biasanya dirasakan penderita Tuberculosis Paru+HIV adalah sesak dan banyaknya sputum yang purulen. Ini terjadi akibat adanya kerusakan pada dinding bronkus berupa dilatasi dan distrosi bronkus, kerusakan elemen elastis. Sehingga kerusakan tersebut menimbulkan sp at i s sputum , gangguan ekspektorasi, gangguan reflek batuk dan sesak nafas itu sendiri .

b. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit TB Paru , danPasien mengatakanpositif HIV sejak pasien berumur 33 tahun saat di lakukan pemeriksaan di puskesmas jagir wonokromo,Tn. S mengatakan mempunyai riwayat hipotensi dan Pasien belum pernah dirawat di RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya.Ardiansyah (2012)menyebutkan bahwa suatu penyakit yang pernah di derita oleh pasien seperti diabetes mellitus, PPOK,

Hipertensi, akan berkembang menjadi aktif setelah awal di akibatkan karena imun yang tidak adekuat dan infeksi ulang atau aktifnya kembali bakteri yang tidak aktif.Hal ini terjadi karena pola hidup pasien yang kurang sehat dan tingkat pengetahuan pasien tentang TB paru.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan dilakukan berdasarkan persistem.(1)Sistem pernafasan, Ketika pengkajian, Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, tidak terdapat otot bantu nafas tambahan, irama nafas irregular, pola nafas takipneu pasien mengatakan batuk berdahak dengan sputum berwarna putih kekuningan, kental, tidak ada sianosis, kemampuan aktivitas terbatas, SPO2: 98%. Pada pemeriksaan perkusi terdapat suara pekak. pada pemeriksaan auskultasi terdapat suara tambahan, yaitu ronchi, RR: 24x/menit..Karenamenurut Ardiansyah (2012) dan Brunner & Suddarth (2013) kondisi ini bisa disebabkan karena dinding bronkial yang terinfeksi menyebabkan kehilangan struktur pendukungnya dan menghasilkan sputum kental yang akhirnya dapat menyumbat bronki sehingga pasien dapat sesak. Pemberian Codein pada kasus Tn. S menyebabkan Tn. S susah batuk karena sifat Codein adalah antitusif yang merangsang sistem saraf pusat untuk menekan batuk.(2)Sistem Kardiovaskuler, Pada pemeriksaan inspeksi tidak terdapat oedem. Pada pemeriksaan palpasi, ictus cordis teraba pada ICS 4- mid clavicula sinistra, tidak terdapat nyeri dada, irama jantung reguler, CRT<2 detik, akral teraba hangat kering pucat, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tekanan darah: 97/44 mmHg, nadi: 100x/menit, suhu: 39,50C. Pada pemeriksaan perkusi terdapat suara pekak.

Pada pemerikaan auskultasi terdapat bunyi S1S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan.(3) Sistem persarafan, Pada pasienTn. S didapatkan keadaan umum pasien: tampak lemas, GCS:15, tingkat kesadaran compos mentis, tidak terdapat fraktur, dan tidak terdapat kelumpuhan. Kesadaran biasanya compos mentis, ditemukan adanya sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat, pada pengkajian obyektif klien tampak dengan wajah meringis, menagis, merintih, pada pengkajian mata biasanya didapatkan adanya konjungtiva anemis dan sclera ikterik (Sudoyo, 2007 dalam Widyadari 2012).(4) Sistem perkemihan, Menurut Ardiansyah (2012) dan Brunner & Suddarth (2013) biasanya pasien dengan Tuberculois+HIV tidak mengalami masalah pada system ini. Dari data pengkajian tidak terdapat masalah buang air kacil dan tidak ada distensi pada area kandung kemih, namun pasien dibantu istrinya untuk toileting.(5) Sistem pencernaan, Pasien tidak mengalami gangguan menelan dan konstipasi. Namun pasien tidak nafsu makan, setiap kali makan hanya habis ½ porsi. Minum dalam 24 jam1500cc,tinggi badan:164 cm, berat badan sebelum sakit: 46 kg, berat badan sesudah sakit: 42 kg, BMI: 15,73 dari 46:(1,64)2).

Sehingga muncul diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Klien mendapat diit TKTP (tinggi kalori tinggi protein) 2100 kalori. Menurut Manalu (2010) Keadaan malnutrisi atau kekurangan kalori, protein, vitamin, zat besi dan lain-lain, akan mempengaruhi daya tahan tubuh seseorang sehingga rentan terhadap penyakit termasuk Tuberculosis paru, sehingga dibutuhkan nutrisi yang adekuat guna mempercepat proses kesembuhan dan meningkatkan daya tahan tubuh pasien dengan Tuberculosis

paru.(6)Sistem Musculoskeletal, Pada pengkajian pada kasus Tn. S ditemukan turgor kulit elastis, rom aktif, kekuatan otot ektermitas atas 5555/5555, dan ektremitas bawah 5555/5555. Pergerakan klien tidak ada masalah klien hanya kurang mampu dalam melakukan aktivitasnya sehari-hari seperti mandi, berhias, *toileting*, pasien juga mengatakan badannya lemas sehingga muncul diagnosa Defisit perawatan diri (mandi, toileting, berhias). Menurut Ardiansyah (2012) pada pasien dengan Tuberculosis Paru+HIV akan ditemukan keterbatasan aktivitas akibat kelemahan, kurang tidur dan keadaan sehari – hari yang kurang meyenangkan.

4. Pemeriksaan Penunjuang

Menurut Ardiansyah (2012), Brunner & Suddart (2013) dan DepKes RI (2006)pemeriksaan yang dapat dilakukan untuk menegakkan diagnosa Tuberculosis paru adalah pemidaian CT Scan, pemeriksaan sputum sps, foto thorax dan pemeriksaan laboratorium. Pada kasus Tn. S pada pemeriksaan foto thoraks tampak infiltrate di parahilar-paracardial kanan dan suprahilar, parahilar, paracardial kiri. Hasil LaboratoriumTn. S pada tanggal

25 Januari 2020WBC: 4,54/10^3/UL (4,0-10,0), RBC: 3,22/10^6/UL (3,50-5,50), HGB: 9,2/g/Dl (11,0-15,0), HCT: 28,5/%(37,0-47,0), PLT: 194/10^3/UL (100-300), PCT: 0,171/% (0,108-0,282).

Menurut Ardiansyah (2012), Brunner & Suddart (2013) terapi yang dapat diberikan pada pasien dengan Tuberculosis Paru+HIV salah satunya adalah pemberian OAT dan bronkodilator. Pada kasus Tn. S, pasien mendapatkan Cotrimoxazole dan levofloxacin sebagai antibiotik. Namun pasien tidak mendapatkan OAT dikarenakan pemeriksaan sputum sps pasien hasilnya negative.

5. Kemampuan perawatan diri a. Personal Hygiene

SMRS pasien mandi dan menyikat gigi 2x sehari, keramas 2x seminggu, memotong kuku seminggu sekali dan berganti pakaian 2x sehari. Saat MRS pasien mandi (di seka ) 2x sehari, menyikat gigi 1 kali duahari, pasien belum keramas sejak di rawat di rumah sakit, pasien juga belum memotong kuku sejak dirawat di rumah sakit, pasien berganti pakaian 1 kali sehari.

b. Pola Istirahat Tidur

SMRS, pasien tidur pukul 20.30-05.00 jumlah 8,5 jam/hari. MRS, pasien tidur malam pukul 20.30-02.00 dan tidak tidur siang.

c. Pola Kognitif-Perseptual-Psiko-Sosio-Spiritual

Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn. S di dapatkan bahwa Persepsi terhadap sehat sakit,Pasien tidak ada masalah terhadap konsep dirinya dan kemampuan adaptasi dengan lingkungan sekitarnya karena pasien tabah dan ikhlas dalam menghadapi cobaan dari Allah SWT.Pada kasus TB Paru biasanya di dapatkan masalah keperawatan resiko gangguan harga diri akibat citra diri terhadap penyakit(Somantri 2009).Pada kasus Tn S tidak di temukan masalah keperawatan yang sesuai dengan teori tersebut ,dan hal ini membuktikan bahwa tidak semua pasien mengalami hal tersebut.

**4.2 Diagnosa Keperawatan**

Menurut NANDA (2015) dan Ardiansyah (2012) diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada pasien dengan Tuberculosis Paru+HIV adalah Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mucus berlebihan,

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan, kurang asupan makan, Hipertermi berhubungan dengan penyakit (proses inflamasi aktif), Defisit perawatan diri (mandi, toileting, berhias) berhubungan dengan kelemahan, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan,pertukaran oksigen, malnutrisi, kelelahan Namun pada kasus Tn. S ada 6 diagnosa yang muncul, yaitu:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (sekresi yang tertahan). Diagnosa ini diangkat karena dari pengkajian ditemukan bahwa pasien kadang batuk berdahak, sputum warna putih kekuningan, kental, pola nafas takipnea, suara nafas pasien ronchi dan RR: 23x/menit.

2. Hipertermia Berhubungan dengan proses penyakit (HIV). Diagnosa ini diangkat karena dari pengkajian didapatkan pasien mengeluh badannya panas, akral hangat kering pucat, TD:97/44 mmHg, Nadi: 100x/menit, RR: 24x/menit, suhu: 39,5⁰C membrane mukosa kering dan lembab, dan didukung dengan hasil laboratorium 25januari 2020 HGB: 9,2/ g/Dl (11,0-15,0), WBC: 4,54/10^3/UL (4,0-10,0), RBC: 3,22/10^6/UL (3,50-

5,50), dan pasien juga mendapatkan terapi Paracetamol 3x1 tblt

3. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makan.

Diagnosa ini diangkat karena didapatkan pada pengkajian pasien tidak nafsu makan, TTV pasien menunjukkanRR: 24x/menit, TD:97/44 mmHg, Nadi: 100x/menit , Suhu: 39,50C. Hasil BMI pasien 13,7 dan BB SMRS: 46 kg, BB MRS: 42 kg dengan TB: 164 cm. Diagnosa ini didukung oleh hasil laboratorium 25 Januari 2020 menunjukkan Natrium:

125,2 mmol/L (135,0-145,0), Kalium: 3,63 mmol/L (3,50-5,50), Chlorida: 91,8 mmol/L (95,0-108,0) Glucose: 120 mg/dL (70-110), HGB: 9,2 g/dL (11,0-15,0).

4. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (penyakit) Diagnosa ini di angkat karena dari pengkajian di dapatkan bahwa pasien mengeluh lelah selesai aktivitas ringan dan dari data objektif menunjukkan bahwa RR: 24x/menit, TD: 97/44 mmHg, Nadi: 100x/menit,pasien tampak lesu dan kelelahan

5. Defisit perawatan diri (mandi, toileting) berhubungan dengan kelemahan.

Diagnosa ini diangkat karena dari pengkajian didapatkan bahwa pasien mengatakan badannya lemas. dan dari data objektif menunjukkan bahwa RR: 24x/menit, TD: 97/44 mmHg, Nadi: 100x/menit, pasien tampak dibantu istri saat mandi, berpakaian dan toileting. Pemeriksaan indeks Katz pasien menunjukkan skor C, dan skor kemampuan perawatan diri pasien menunjukkan hasil 10. Dan juga didapatkan data bahwa SMRS pasien mandi dan menyikat gigi 2x sehari, keramas 2x seminggu, memotong kuku seminggu sekali dan berganti pakaian 2x sehari. Saat MRS pasien mandi 2x sehari, menyikat gigi 1 kali duahari, pasien belum keramas sejak di rawat di rumah sakit, pasien juga belum memotong kuku sejak dirawat di rumah sakit, pasien berganti pakaian 1 kali sehari.

6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur Diagnosa ini di angkat karena dari pengkajian di dapatkan bahwa pasien menyatakan tidak puas tidur.

**4.3 Intervensi Keperawatan**

Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan, sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran berdasarkan kebutuhan pasien.intervensi diagnosa keperawatan yang di tampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun ada tambahan diagnosa dan masing-masing intervensi di sesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi pasien serta ruangan.

1. Diagnosa 1 ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (sekresi yang tertahan).

dilakukan 5 rencana keperawatan, Observasi status pernafasan pasien setiap pergantian jam jaga, yang meliputi: RR, suara nafas, pola nafas.untuk mengetahui status pernafasan dan mendeteksi tanda awal bahaya, Pantau dan dokumentasikan karakteristik sputum.untuk mengetahui keefektifan terapi

yang diberikan, Berikan pasien posisi semi fowler (15-450) untuk membantu bernafas dan ekspansi dada serta ventilasi lapang paru pasien, Anjurkan pasien untuk minum air hangat untuk mengencerkan secret pasien sehingga mudah dikeluarkan, Ajarkan kepada pasien dan keluarga tentang:Teknik batuk efektif, Pemantauan sputum tiap hari dan melaporkan perkembangannya, Cara nafas dalam. untuk melibatkan keluarga dalam perawatan pasien.

2. Diagnosa 2 hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (HIV). dilakukan 6 rencana keperawatan, yaitu Kaji dan keadaan catat suhu tubuh setiap 2 atau 4 jam untuk menentukan intervensi, Observasi membrane mukosa, turgor kuli. untuk mengidentifikasi tanda-tanda dehidrasi akibat

panas, Berikan minum 2-2,5 liter sehari selama 24 jam untuk kebutuhan cairan tubuh cukup untuk mencegah dehidrasi, Berikan kompres biasa pada dahi,ketiak atau dan lipatan paha untuk member efek vasodilatasi pembuluh darah sehingga mempercepat penguapan tubuh, Anjurkan pasien memakai pakaian tipis dan menyerap keringat.untuk memudahkan penguapan panas, pada saat suhu tubuh naik, pasien akan banyak mengeluarkan keringat, Kolaborasi dengan dokter pemberian antipiretik dan antibiotic untuk Menurunkan demam dan mencegah penyebaran infeksi

3. Diagnosa 3 Resiko defisit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan. Pada diagnosa ini dilakukan 5 rencana keperawatan, yaitu Kaji adanya alergi makanan.untuk mengukur keefektifan intake gizi dan keefektifan terapi, Monitor adanya penurunan berat badan. Untuk mengetahui adanya intake yang kurang, Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi pada pasien dengan Tuberculosis paru dan cara memenuhinya Agar pasien mengerti pentingnya kebutuhan nutrisi bagi tubuh, Monitor adanya mual muntah. untuk mengetahui adanya output dari adanya vomiting, Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien agar diet sesuai dengan kebutuhan nutrisi pasien.

4. Diagnosa 4 Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis.

Pada diagnosa ini dilakukan 4 rencana, yaitu Kaji faktor yang menyebabkan keletihan, anemia, ketidakseimbangancairan dan elektrolit, retensi produk sampah, dan depresi. untuk Menyediakan informasi tentang

indikasi tingkat keletihan, Tingkatkan kemandirian dalam aktifitas perawatan diri yang dapat di toleransi,bantu jika keletihan terjadi. untuk Meningkatkan aktifitas ringan/sedang, Anjurkan aktifitas alternatif sambil istirahat. untuk .mendorong latihan dan aktifitas dalam batas yang dapat di toleransi dan istirahat yang adekuat, monitor pola tidur danlamannya tidur/istirahat pasien.untuk mengetahui lamanya tidur/pola tidur pasien yang di harapkan intervensi dapat di ubah.

5. Diagnosa 5 Defisit perawatan diri (mandi, toileting, berhias) berhubungan dengan kelemahan.

Pada diagnosa ini dilakukan 5 rencana, yaitu Pantau tanda-tanda vital selama dan setelah melakukan aktivitas dan kaji kemampuan pasien untuk ambulasi untuk memonitor keadaan pasien, untuk mengetahui keadaan terkini, perkembangan pasien sehingga dapat menentukan intervensi lanjutan, Bantu perawatan diri: mandi, berhias/berpakaian, toileting pasien jika diperlukan. untuk Membantu pasien dalam memenuhi activity daily living, Instruksikan dan bantu pasien untuk beraktivitas diselingi istirahat. untuk menurunkan kebutuhan oksigen tubuh dan mencegah keletihan, Pertahankan tirah baring dan ciptakan lingkungan tenang. karena dengan istirahat dapat memberikan energy, Ajarkan kepada pasien dan keluarga tentang: Penggunaan metode alternative untuk mandi dan perpakaian, Teknik berpindah dan ambulasi, Rutinitas eliminasi. untuk Memandirikan pasien secara bertahap serta mengikutsertakan keluarga dalam perawatan pasien.

6. Diagnosa 6 Gangguan pola tidur berhubungandengan penyakit.

Pada diagnosa ini dilakukan 7 rencana, yaitu Tempatkan klien pada posisi tidur.

untuk Agar terbiasa tidur, Monitor status oksigenasi klien. Rencana ini dilakukan untuk Oksigen yang cukup memberikan efek kualitas tidur, Masukkan posisi tidur yang diinginkan klien kedalam rencana keperawatan. untuk Memberikan keleluasaan posisi yang nyaman kepada pasien, Tinggikan kepala tempat tidur. Agar tidak sesak nafas, Berikan deskripsi detail terkait intervensi relaksasi yang dipilih untuk Menambah wawasan pasien, Ciptakan lingkungan yang tenang tanpa distraksi dengan lampu yang redup dan suhu ruangan yang nyaman untuk Posisi yang nyaman memberikan efek kualitas tidur yang nyaman juga, Minta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi, untuk Rileks akan meregangkan otot-otot yang bekerja

**4.4 Tindakan Keperawatan**

Tindakan keperawatan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun.Tindakan keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa kasus pada kasus tidak semua pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya.Dalam pelaksanaan ini ada factor penunjang maupun factor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain: adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedia sarana dan prasarana di ruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

1. Diagnosa 1, Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (sekresi yang tertahan)

Dilakukan tindakan keperawatan membina hubungan saling percaya dengan Tn. S, mengobservasi status pernafasan pasien, memberikan posisi semi fowler pada pasien, mengajarkan pasien untuk batuk efektif memantau karakteristik sputum pasien, menganjurkan pasien untuk minum air hangat,.Pada diagnosis ini rencana dapat terlaksana, namun ada beberapa tambahan hasil kolaborasi dengan dokter yakni memberikan terapi obat cotrimoxazole 960 mg (iv).

2. Diagnosa 2, Hipertermia Berhubungan dengan proses penyakit (HIV) Dilakukan tindakan mengobservasi TTV, mengobservasi kulit dan mencatat keluhan demam, kemudian juga memberikan masukan infuse futrolit 500 cc, memberikan kompres air biasa di axilla dan lipatan paha Tn. S, Memberikan obat paracetamol 1 tablet ke pasien untuk di minum (PO).

3. Diagnosa 3, Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan

Dilakukan tindakan mengkaji adanya alergi makanan, menimbang berat badan, memberikan informasi pada pasien tentang pentingnya nutrisi, dan menanyakan adanya mual muntah, mengkaji lingkungan sekitar pasien, mengkolaborasikan dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan Tn. S.

4. Diagnosa 4, Keletihan berhubungan dengan kelemahan

Dilakukan tindakan memantau tanda-tanda vital pasien, mengkaji factor yang menyebabkan keletihan, membantu meningkatkan kemandirian

dalam aktifitas perawatan diri yang dapat di toleran, menganjurkan aktifitas ringan sambil istirahat, memonitor pola tidur dan lamanya tidur.

5. Diagnosa 5, Defisit perawatan diri (mandi, toileting) berhubungan dengan kelemahan

Dilakukan tindakan memantau tanda-tanda vital selama dan setelah beraktivitas dan mengkaji kemampuan pasien untuk ambulasi, membantu perawatan diri pasien jika diperlukan, menginstruksikan dan membantu pasien untuk beraktivitas diselingi istirahat, mempertahankan tirah baring pasien, mengajrakan kepada pasien dan keluarga tentang penggunaan metode alternative untuk mandi dan berpakaian, untuk berpindah dan rutinitas eliminasi pasien.

6. Diagnosa 6, Gangguan pola tidurberhubungan dengan proses penyakit Dilakukan tindakan memantau tanda-tanda vital, menanyakan posisi tidur yang di inginkan Tn. S, meninggikan kepala tempat tidur Tn. S, mengatur suhu ruangan dan lampu ruangan, mendorong Tn. S untuk memakai pakaian yang longgar, meminta Tn. S untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi, melatih ambulasi dan melatih nafas dalam dari hidung di keluarkan lewat mulut secara pelan-pelan.

**4.5 Evaluasi Keperawatan**

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksankan karena merupakan kasus semu, sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalah secara langsung.

1. Diagnosa 1, ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (sekresi yang tertahan), Setelah dilakukan tindakan

keperawatan selama 1x24 jam diharapkan jalan nafas pasien dapat kembali efektif dengan kriteria hasil RR normal, pasien dapat melakukan batuk efektif dan mengeluarkan secret secara mandiri, suara nafas pasien vesikuler, dan pasien dapat mengerti dan menjelaskan kembali pemantauan putum yang diprogramkan. Dalam kurun waktu 1x24 jam dari evaluasi masalah bersihan jalan nafas teratasi sebagian. Hal ini dibuktikan dengan masih adanya RR: 20x/menit, SPO2: 99%, suara nafas vesikuler, Pola nafas: eupnea, Pasien mengatakan batuk, Pasien tampak mempraktekkan batuk

efektif secara mandiri, Pasien tampak sedang dalam posisi semi fowler 300.

2. Diagnosa 2, Hipertermia Berhubungan dengan proses penyakit (HIV).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan hipertermi dapat teratasi dengan Kriteria Hasil, Pasien tidak mengeluh badannya panas, Suhu dalam rentang normal : 36,5-37,70C, Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, Turgor kulit elastic, CRT < 2 detik, Membran mukosa lembab.Dalam kurun waktu 1x24 jam dari evaluasi masalah hipertermi teratasi sebagian, hal ini dibuktikan dengan RR: 20x/menit, TD:

91/50 mmHg, Nadi: 100x/menit, Suhu : 37,9⁰C.

3. Diagnosa 3, Resiko defisit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan.

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi pasien seimbang secara bertahap dengan kriteria hasil adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan, berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan, pasien mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi, tidak ada tanda-tanda malnutrisi, tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti. Dalam kurun waktu 1x24 jam dari evaluasi masalah

resiko deficit nutrisi nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi dibuktikan dengan pasien hanya makan ½ porsi dari 1 porsi yang disediakan, BB : 42 Kg, pasien tampak mual setelah makan.

4. Diagnosa 4, keletihan berhubungan dengan kelemahan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mampu melakukan aktivitas merawat diri dalam batas yang dapat ditoleransi dengan kriteria hasil pasien mengungkapkan secara verbal tidak letih setelah melakukan aktivitas.Dalam kurun waktu 1x24 jam dari evaluasi masalah keletihan berhubungan dengan kelemahan belum teratasi dibuktikan dengan pasien mengatakan capek ketika selesai beraktifitas dan pasien masih tampak letih.

5. Diagnosa 5, Defisit perawatan diri (mandi, toileting, berhias) berhubungan dengan kelemahan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mampu melakukan aktivitas merawat diri dalam

batas yang dapat ditoleransi dengan kriteria hasil pasien menerima bantuan atau perawatan total dari pemberi asuhan jika diperlukan, pasien mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh, oral hygiene, dan berpakaian, pasien mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi, pasien menggunakan alat bantu untuk memudahkan dalam berpakaian, pasien mengenali atau mengetahui kebutuhan untuk bantuan eliminasi.

Dalam kurun waktu 1x24 jam dari evaluasi masalah deficit perawatan diri belum teratasi dibuktikan dengan Pasien tampak lelah,dan berkeringat dan Rambut acak-acakan.

6. Diagnosa 6, Gangguan pola tidur berhubungan dengan penyakit.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkanklien dapat beristirahat dengan baik dengan kriteria hasil Jumlah jam tidur dalam batas normal, Pola, kualitas, tidur dalam batas normal, Perasaan fresh sesudah tidur/ istirahat, Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur. Dalam kurun waktu 1x24 jam dari evaluasi masalah Gangguan pola tidur belum teratasi dibuktikan dengan pasien mengatakan tidur nya kurang nyenyak,pasien tampak letih, pasien mengantuk

**BAB 5**

**PENUTUP**

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis Tuberculosis Paru + HIV ST III di ruang Paru Paviliun IV RUMKITAL Dr Ramelan Surabaya, maka penulis bisa menarik kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

**5.1. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil yang telah didapatkan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Tuberculosis Paru+HIV ST III, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian pada pasien dengan Tuberculosis Paru+HIV ST III ditemukan keluhan sesak nafas dan badan terasa panas. Keadaan umum pasien lemas, tekanan darah:97/44 mmHg, nadi:100x/menit, suhu:39,50C, RR: 24x/menit, SPO2:98%, tinggi badan:155 cm, berat badan sebelum sakit: 46 kg, berat badan sesudah sakit: 42 kg, BMI: 15,73.ada batuk, sputum warna putih kekuningan, kental pola nafas takipnea, suara nafas ronchi, membrane mukosa kering, rambut rontok > 15 helai, pasien makan 3x/hari, diit nasi tim tinggi kalori tinggi protein, makan habis ½ porsi tiap kali makan pasien tampak dibantu istrinya saat mandi, berpakaian dan toileting, indeks Katz skor C, skor kemampuan perawatan diri: 10 pasien juga mengatakan badannya lemas, dan juga didapatkan data SMRS pasien mandi dan menyikat gigi 2x sehari, keramas 2x seminggu, memotong kuku seminggu sekali dan berganti pakaian 2x sehari. Saat

112

MRS pasien mandi 2x sehari, menyikat gigi 1 kali duahari, pasien belum keramas sejak di rawat di rumah sakit, pasien berganti pakaian 1 kali sehari.

2. Pada pasien TB Paru + HIV muncul beberapa diagnose yaitu: (a) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (sekresi yang tertahan), (b) Hipertermia berhubungan dengan factor penyakit (HIV), (c) Resiko Defisit Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan, (d) Keletihan berhubungan dengan Kondisi fisiologis (penyakit HIV), (e) Defisit perawatan diri (mandi, toileting) berhubungan dengan kelemahan, (f) Gangguan Pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

3. Rencana yang dilakukan peneliti sesuai dengan observasi, tindakan mandiri yang dapat dilakukan perawat, edukasi yang diberikan perawat dan kolaborasi perawat dengan tenaga kesehatan lain.

4. Pelaksanaan dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan dan jenis tindakan keperawatan yang meliputi tindakan independen, interdependen dan dependen. Tindakan independen yang dilakukan adalah mengobservasi TTV, status pernafasan, keadaan umum pasien, memberikan posisi semi fowler, mengajarkan pasien batuk efektif dan nafas dalam, menyarankan untuk makan sedikit namun sering. Tindakan dependen yang dilakukan adalah memberikan injeksi infus lefovloxacin, injeksi cotrimoxazole via bolus, memberikan obat oral Codein. Dan tindakan interdependen yang dilakukan adalah kolaborasi dengan ahli gizi memberikan diit TKTP 2100 kalori.

5. Evaluasi pada pasien dengan Tuberculosis Paru+HIV ST III, Pasien mengatakan masih batuk dan sesak nafas, suhu badan pasien masih naik turun, pasien mengatakan mual jika makan dengan porsi lauk, BB pasien belum ada bertambah, pasien belum mampu beraktifitas lama.

**5.2 Saran**

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi rumah sakit, untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Tuberculosis Paru+HIV ST III.

2. Bagi institusi pendidikan, dalam meningkatkan ilmu pengetahuan dan pendidikan tentang asuhan keperawatan Tuberculosis Paru+HIV ST III. Perlu menambah literatur dan diadakan seminar atau workshop tentang pencegahan Tuberculosis Paru+ HIV ST III.

3. Bagi pasien dan keluarga pasien Tuberculosis Paru+HIV ST III. Hal yang harus dilakukan adalah mengikuti program pengobatan untuk Tuberculosis Paru dan memberitahukan pada keluarga pentingnya kepatuhan dalam meminum obat agar tidak menjadi komplikasi dan untuk di sarankan untuk lebih meningkatkan wawasan tentang pencegahan dan penularan penyakit HIV.

4. Bagi penulis selanjutnya, kiranya dapat meningkatkan wawasan tentang perkembangan teori baru dalam dunia keperawatan mengenai masalah Tuberculosis Paru+ HIV ST III.

**DAFTAR PUSTAKA**

Brunner&Suddart. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Brunnerdan Suddarth edisi 12*, Jakarta: EGC

Iskandar Juniadi. (2010). *Penyakit Paru Dan Saluran Nafas*. Jakarta: Buana Ilmu

Populer

Rob,T., (2010). *Ilmu Penyakit Paru*. Jakarta: Trans Info Medua

Black, J dan Hawks, (2014). *Keperawatan Medika Bedah*: *Menegemen Klinis*

*Untuk Hasil Yang Diharapkan*. Jakarta: Salamba Emban Patria

Ardiansyah, M. (2012). *Medikal Bedah Untuk Mahasiswa*. Yogyakarta: Diva

Press

Frana’s, C., (2011). *Perawatan Respirasi*. Jakarta: Erlangga

Wijaya, A, S, & Putri, Y. M., (2013). *Keperawatan medical bedah 2 (Keperawatan* Dewasa). Yogyakarta: Nuha Medika

Herdman, T.H & Kamitsuru, S. (2014). *NANDA Internasional Nursing Diagnoses*

*: Defininons & Classification, 2015-2017. ed*. Oxford: Wiley

Blackwell

Widoyono. (2011). *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan*

*Pemberantasannya*.Edisi ke2.Jakarta: Erlangga

Manalu, H.S.P., 2010, “Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian TB Paru dan Upaya Penanggulangannya”,Jurnal Ekologi Kesehatan Vol. 9 No. 4, Desember 2010: 1340-1346.

Naga, S.Sholeh. (2012). *Buku Panduan Lengkap Ilmu Penyakit Dalam*.

Jogjakarta: Diva Press.

Muttaqin, A. (2012). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan*

*Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika

Price S. A dan Mary P. Standridge. (2006). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses- proses Penyakit*. Edisi 6. Jakarta: EGC.

Craven, R. F., & Hirnle, C. J., 2000. *Fundamentals of nursing: human health and function. (3rdedition)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Setiadi. (2012). *Konsep&Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Teori dan*

*Praktik*. Yogyakarta: Graha Ilmu

Nursalam, D. K., and N. Dian. "Asuhan keperawatan pada pasien terinfeksi HIV."

*Jakarta: Salemba Medika* (2007).

Oktaviani, Trisna. *Gambaran Asuhan Keperawatan pada Pasien HIV/AIDS*

*dengan Defisit Nutrisi di Ruang Cendrawasih RSUD Wangaya Tahun*

*2018*. Diss. Jurusan Keperawatan 2018, 2018.

Wulandari, Ning Arti, and Erni Setiyorini. "Asuhan Keperawatan pada ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS)." (2016).

SAPUTRA, FERDY, AndFERDY SAPUTRA. *Asuhan Keperawatan Pada Tn. R Dengan HIV AIDS Di Ruangan Rawat Inap Ambun Suri Lantai III RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun*. Diss. Stikes PERINTIS PADANG,

2018.

Kustina, Mei. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Hipertensi Dengan Masalah Gangguan Pola Tidur Di Ruang Krissan Rsud Bangil Pasuruan*. Diss. Stikes Icme Jombang, 2019.

**Lampiran 1 Catatan Perkembangan**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No. Dx** | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Tindakan** | **Tt wat** | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Catatan perkembangan (soap)** | **Tt wat** |
| DP  1. | **29**  **Januari**  **2020**  08.05  08.10  08.15  08.20  08.23  08.30  09.05  0930 | 1. Membina hubungan saling percaya  dengan Tn. S dan keluarganya  2. Mengkaji status pernafasan pasien:  a. RR: 20x/menit, SPO2: 99%  b. Suara nafas: vesikuler  c. Pola nafas: eupnea  d. Pasien mengatakan kadang batuk dan kadang badan terasa panas  3. Memberikan posisi semi fowler 300  4. Mengajarkan kepada pasien tentang  teknik batuk efektif  5. Mengajarkan kepada pasien tentang pemantauan sputum setiap hari  6. Menyarankan pasien untuk minum air  hangat untuk memudahkan pengeluaran sekret  7. Memberikan obat codein 15 mg /PO  8. Memberikan terapi obat Cotrimoxazole  960 mg/iv | Ardy  Ardy  Ardy  Ardy Ardy Ardy  Ardy  Ardy | **29 Januari**  **2020**  14.30 | **Dx 1:**  **S:** pasien mengatakan batuk dan badan kadang  terasa panas  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 99%  b. Suara nafas: vesikuler  c. Pola nafas: eupnea  d. Pasien mengatakan batuk  e. Pasien tampak mempraktekkan batuk efektif secara mandiri  f. Pasien tampak sedang dalam posisi semi fowler 300  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1. Obervasi status pernafasan pasien setiap pergantian jam jaga  2. Pantau dan dokumentasikan karakteristik  sputum  3. Berikan pasien posisi semi fowler (15-450)  4. Anjurkan pasien untuk minum air hangat Ajarkan kepada pasien dan keluarga tentang: teknik batuk efektif, pemantauan sputum tiap  hari dan melaporkan perkembangannya, cara nafas dalam | Ardy |
| DS  1. | **29**  **Januari**  **2020** | 1. Menemani dokter visite:  Hasil visite berikan : terapi tetap  2. Mengobservasi status pernafasan | Ardy | **29 Januari**  **2020**  21.00 | **Dx 1:**  **S:** pasien mengatakan batuk dan sesak nafas  **O:** | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 14.45  15.00  15.10  15.40  18.05  18.30 | pasien:  a. RR: 20x/menit, SPO2: 98%  b. Suara nafas: vesikuler  c. Pola nafas: eupnea  d. Pasien mengatakan batuk dan sesak nafas  3. Memberikan posisi semi fowler 300  4. Menyarankan pasien untuk batuk  efektif  Hasil: pasien mengatakan bisa batuk  5. Memberikan infuse levofloxacin 750 mg/iv  6. Memberikan terapi obat codein 15 mg/PO | Ardy  Ardy  Ardy  Ardy  Ardy |  | a. RR: 20x/menit, SPO2: 98%  b. Suara nafas: vesikuler  c. Pola nafas: eupnea  d. Pasien mengatakan batuk  e. Pasien tampak mempraktekkan batuk efektif secara mandiri  f. Pasien tampak sedang dalam posisi semi fowler 300  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1. Obervasi status pernafasan pasien  setiap pergantian jam jaga  2. Pantau dan dokumentasikan karakteristik sputum  3. Berikan pasien posisi semi fowler (15-  450)  4. Anjurkan pasien untuk minum air hangat  Ajarkan kepada pasien dan keluarga tentang:, pemantauan sputum tiap hari dan  melaporkan perkembangannya, cara nafas dalam |  |
| DM  1. | **29**  **Januari**  **2020**  21.00  22.00  22.25 | 1. Mengobservasi status pernafasan pasien:  a. RR: 20x/menit SPO2: 97%  b. Suara nafas: vesikuler  c. Pola nafas: eupnea  d. Pasien tampak dalam posisi semi fowler 450  2. Memberikan terapi obat codein 15  mg/PO  3. Memberikan terapi obat Cotrimoxazole  960 mg/iv | Ardy  Ardy  Ardy | **29 Januari**  **2020**  08.00 | **Dx 1:**  **S:** pasien mengatakan batuk dan kadang badan  terasa panas  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 97%  b. Suara nafas: vesikuler  c. Pola nafas: eupnea  d. Pasien tampak melakukan batuk efektif  secara mandiri  e. Pasien tampak sedang dalam posisi semi fowler 300 | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1. Obervasi status pernafasan pasien setiap  pergantian jam jaga  2. Pantau dan dokumentasikan karakteristik sputum  3. Berikan pasien posisi semi fowler (15-450)  4. Anjurkan pasien untuk minum air hangat  Ajarkan kepada pasien dan keluarga tentang: teknik batuk efektif, pemantauan sputum tiap hari dan melaporkan perkembangannya, cara nafas dalam |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No. Dx** | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Tindakan** | **Tt wat** | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Catatan perkembangan (soap)** | **Tt wat** |
| DP  **2.** | **29 Januari**  **2020**  08.05  08.25  12.00  12.05  12.30 | 1. Mengobservasi TTV dan keadaan umum pasien:  a. RR: 20x/menit  b. TD: 91/50 mmHg  c. Nadi: 100x/menit  d. Kesadaran: compos mentis e. GCS: 456  f. Suhu : 37,9⁰C  2. Mengobservasi kulit dan mencatat keluhan demam  3. memberikan masukan cairan infuse  futrolit 500 cc  4. memberikan kompres air biasa:  5. Memberikan obat paracetamol 1 tblt ke pasien | Ardy  Ardy  Ardy Ardy Ardy | **29 Januari**  **2020**  14.30 | **Dx 2:**  **S:** Pasien mengatakan badannya kadang terasa  panas  **O:**  a. RR: 20x/menit  b. TD: 91/50 mmHg c. Nadi: 100x/menit  d. Kesadaran: compos mentis  e. GCS: 456  f. Suhu : 37,9⁰C  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1. Observasi TTV dan keadaan umum pasien  setiap pergantian jam jaga  2. Kompres bila panas  3. Observasi kulit dan catat keluhan demam | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DS  2. | **29 Januari**  **2020**  14.45  15.00  18.00  18.05 | 1. Menemani dokter visite: Hasil visite berikan:  **a.**Paracetamol 3x1 tablet  2. Mengobservasi TTV dan keadaan  umum pasien:  a. RR: 20x/menit  b. TD: 89/47 mmHg c. Nadi: 100x/menit  d. Kesadaran: compos mentis e. GCS: 456  f. Suhu : 37⁰C  3. Mengompres dg air biasa di axilla pasien  4. Memberikan Paracetamol 1 tblt ke pasien: | Ardy  Ardy  Ardy  Ardy | **29 Januari**  **2020**  21.00 | **Dx 2:**  **S:** pasien mengatakan badannya terasa panas  **O:**  a. RR: 20x/menit  b. TD: 89/47 mmHg c. Nadi: 100x/menit  d. Kesadaran: compos mentis e. GCS: 456  f. Suhu : 37⁰C  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1. Observasi TTV dan keadaan umum pasien setiap pergantian jam jaga  2. Beritahu kepada pasien dan keluarga jika badannya panas, dan sarankan pasien atau  keluarga untuk memberitahu perawat) | Ardy |
| DM  2. | **29 Januari**  **2020**  21.00  22.00 | 1. Mengobservasi TTV dan keadaan umum pasien:  a. RR: 23x/menit  b. TD: 110/70 mmHg c. Nadi: 100x/menit  d. Kesadaran: compos mentis e. GCS: 456  f. Pasien mengatakan sudah tidak darah  2. Memberikan Paracetamol 1 tblt ke pasien | Ardy  Ardy | **30 Januari**  **2020**  08.00 | **Dx 2:**  **S:** pasien mengatakanbadannya panas  **O:**  a. RR: 20x/menit  b. TD: 100/48 mmHg  c. Nadi: 106/menit  d. Kesadaran: compos mentis e. GCS: 456  f. Suhu : 37,9⁰C  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1. Observasi TTV dan keadaan umum pasien  setiap pergantian jam jaga  2. Beritahu kepada pasien dan keluarga jika | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | ada peningkatan suhu badan , dan sarankan pasien atau keluarga untuk memberitahu  perawat  3. Berikan paracetamol 3x1 tablet |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No. Dx** | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Tindakan** | **Tt wat** | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Catatan perkembangan (soap)** | **Tt wat** |
| DP  3. | **29 Januari**  **2020**  08.00  08.18  08.24  11.00  11.05  12.05  13.00  13.10 | 1. mengkaji adanya alergi makanan  2. memonitor adanya penurunan berat badan  3. memberikan informasi tentang  kebutuhan nutrisi pada pasien dengan Tuberculosis paru dan cara memenuhinya  4. menanyakan adanya mual muntah  5. mengganti cairan infus futrolit 500 cc14 tpm  6. mengolaborasikan dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan  nutrisi yang di butuhkan pasien:  7. mengolaborasikan dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien  8. mengganti cairan infus futrolit 500 cc14 tpm | Ardy  Ardy  Ardy  Ardy  Ardy  Ardy  Ardy  Ardy | **29 Januari**  **2020**  14.30 | **Dx 3:**  **S:** pasien mengatakan makan nasi tim saja  tanpa lauk  **O:**  a. pasien menghabiskan ½ porsi makanan  b. pasien tampak terpasang infus futrolit 14 tpm  c. pasien belum BAB dan BAK  d. BB : 42 Kg  e. Pasien tampak mual seusai makan  **A:** masalah belum teratasi  **P:** Lanjutkan intervensi yang sama | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DS  3. | **29 Januari**  **2020**  17.30  17.35  18.00  18.35 | 1. menanyakan adanya alergi makanan  2. menimbang berat badan  3. memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi pada pasien dengan Tuberculosis paru dan cara memenuhinya  4. menyakan adanya mual muntah | Ardy  Ardy Ardy Ardy | **29 Januari**  **2020**  21.00 | **Dx 3:**  **S:** pasien mengatakan malas makan  **O:**  d. pasien menghabiskan ½ porsi makanan  e. pasien tampak makan sendiri tanpa didorong  f. BB : 42 Kg  **A:** masalah belum teratasi  **P:** lanjutkan intervensi dan tambahkan kaji lingkungan sekitar | Ardy |
| D  M  3. | **29 Januari**  **2020**  01.00  06.00  06.31  06.32  07.00 | 1. mengkaji adanya alergi makanan  2. menimbang berat badan  3. memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi pada pasien dengan Tuberculosis paru dan cara  memenuhinya  4. menanyakan adanya mual muntah  5. mengkaji lingkungan sekitar pasien | Ardy Ardy Ardy  Ardy  Ardy | **30 Januari**  **2020**  08.00 | **Dx 3:**  **S:** pasien mengatakan sudah makan sedikit- sedikit  **O:**  a. pasien makan habis 1porsi tanpa lauk  b. pasien tampak disuapi oleh keluarga  c. pasien mengatakan pasien sudah BAB:  warna kecoklatan lembek berbentuk,  d. pasien sudah BAK: warna kuning jernih  e. BB : 42 Kg  **A:** masalah belum teratasi  **P:** lanjutkan intervensi | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No. Dx** | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Tindakan** | **Tt wat** | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Catatan perkembangan (soap)** | **Tt wat** |
| DP  4. | **29 Januari**  **2020**  08.05  08.11  08.15  12.05  12.10 | 1. mengobservasi tanda tanda vital pasien a. RR: 20x/menit, SPO2: 97%  b. TD: 91/50 mmHg, Suhu:  37,90C  c. Nadi: 104x/menit  2. mengkaji faktor yang menyebabkan keletihan, anemia, ketidakseimbangancairan dan  elektrolit, retensi produk sampah, dan depresi  3. m emb a n t u m e ni n g k a t k a n k a n k e m a nd i ri a n d al a m a kt if i t as  p e r a wa ta n d i r i y a n g d ap a t d i t o le r a n s i  4. menganjurkan aktifitas ringan sambil istirahat  5. memonitor pola tidur danlamannyatidur/istirahat pasien dengan menanyakan ke keluarganya. | Ardy  Ardy  Ardy  Ardy  Ardy | **29 Januari**  **2020**  14.30 | **Dx 4 :**  **S:** pasien mengatakan capek ketika selesai  beraktifitas  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 97%  b. TD: 91/50 mmHg, Suhu: 37,90C  c. Nadi: 104x/menit  d. pasien tampak dibantu istri untuk mandi e. pasien tampak letih  **A:** masalah belum teratasi  **P:** lanjutkan intervensi | Ardy |
| DS  4. | **29 Januari**  **2020**  15.00  17.00 | 1. mengobservasi tanda tanda vital pasien  a. RR: 20x/menit, SPO2: 98%  b. TD: 89/47 mmHg,Suhu: 37 0C  c. Nadi: 89x/menit  d. Pasien tampak lelah,dan berkeringat e. Lama tidur:5 jam/24 jam  2. mengkaji faktor yang menyebabkan keletihan, anemia, ketidakseimbangancairan dan elektrolit, retensi produk sampah, dan depresi | Ardy  Ardy | **29 Januari**  **2020**  21.00 | **Dx 4 :**  **S:** pasien mengatakan badannya masih terasa  pegal  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 98%  b. TD: 89/47 mmHg,Suhu: 37 0C  c. Nadi: 89x/menit  d. Pasien tampak lelah,dan berkeringat e. Lama tidur:5 jam/24 jam  **A:** masalah belum teratasi  **P:** Lanjutkan intervensi | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 18.05  19.00  21.00 | 3. m emb a n t u m e ni n g k a t k a n k a n k e m a nd i ri a n d al a m a kt if i t as  p e r a wa ta n d i r i y a n g d ap a t d i t o le r a n s i  4. menganjurkan aktifitas ringan sambil istirahat  5. menghitung lamannyatidur/istirahat pasien | Ardy  Ardy  Ardy |  |  |  |
| D  M  4. | **29 Januari**  **2020**  21.00  05.00  06.05  07.00 | 1. mengobservasi tanda tanda vital pasien  a. RR: 20x/menit, SPO2: 97%  b. TD: 100/48 mmHg, Suhu: 380C  c. Nadi: 106x/menit  d. pasien tampak letih lesu  2. mengkaji faktor yang menyebabkan keletihan, anemia, ketidakseimbangancairan dan elektrolit, retensi produk sampah, dan depresi  3. menganjurkan aktifitas ringan sambil istirahat  4. monitor pola tidur danlamannyatidur/istirahat pasien | Ardy  Ardy  Ardy  Ardy | **30 Januari**  **2020**  08.00 | **Dx 4 :**  **S:** pasien mengatakan badannya masih lemas  **O:**  a. RR: 20x/menit,  b. SPO2: 97%  c. TD: 100/48 mmHg, d. Suhu: 380C  e. Nadi: 106x/menit  f. pasien tampak letih lesu  **A :** Masalah belum teratasi  **P:**  1. Instruksikan dan bantu pasien untuk  istirahat penuh | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Waktu** | **Tindakan** | **Tt** | **Waktu** | **Catatan perkembangan (soap)** | **Tt** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **(tgl&jam)** |  | **wat** | **(tgl&jam)** |  | **wat** |
| **29 Januari**  **2020**  08.05  08.11  08.15  12.05  12.10 | 1.mengobservasi tanda-tanda vital selama dan setelah melakukan aktivitas dan  mengkaji kemampuan pasien untuk ambulasi  2.membantu perawatan diri: mandi, toileting  pasien jika di perlukan  3. Instruksikan dan bantu pasien untuk beraktivitas diselingi istirahat  4.Pertahankan tirah baring dan ciptakan  lingkungan tenang  5.Ajarkan kepada pasien dan keluarga tentang:  a. Penggunaan metode alternative  untuk mandi dan perpakaian  b. Teknik berpindah dan ambulasi  Rutinitas eliminasi | Ardy  Ardy  Ardy  Ardy  Ardy | **29 Januari**  **2020**  14.30 | **Dx 5: S:** - **O:**  a. RR: 20x/menit  b. SPO2: 97%  c. TD: 91/50 mmHg d. Suhu: 37,90C  e. Nadi: 104x/menit  f. pasien tampak dibantu istri untuk mandi  g. rambut pasien rontok ≥ 15 helai  h. pasien tampak letih  **A:** masalah belum teratasi  **P:** lanjutkan intervensi | Ardy |
| **29 Januari**  **2020**  15.00  17.00  18.05  19.00  19.30 | 1,mengobservasi tanda-tanda vital selama dan setelah melakukan aktivitas dan mengkaji kemampuan pasien untuk  ambulasi  2.membantu perawatan diri: mandi, toileting pasien  3. Instruksikan dan bantu pasien untuk  beraktivitas diselingi istirahat  4.Pertahankan tirah baring dan ciptakan lingkungan tenang  5.Ajarkan kepada pasien dan keluarga  tentang:  a. Penggunaan metode alternative untuk mandi dan perpakaian  b.Teknik berpindah dan ambulasi | Ardy  Ardy  Ardy  Ardy  Ardy | **29 Januari**  **2020**  21.00 | **Dx 5: S:** - **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 98%  b. TD: 89/47 mmHg,Suhu: 37 0C  c. Nadi: 89x/menit  d. Pasien tampak lelah,dan berkeringat  e. Rambut acak-acakan  **A:** masalah belum teratasi  **P:** Lanjutkan intervensi | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | c. Rutinitas eliminasi d i r i y a n g d ap a t d i to l er a n s i  d.Menganjurkan aktifitas ringan sambil istirahat  e. Menghitung lamannyatidur/istirahat pasien |  |  |  |  |
| **29 Januari**  **2020**  21.00  05.00  06.05  07.00 | 1,mengobservasi tanda-tanda vital selama  dan setelah melakukan aktivitas dan  mengkaji kemampuan pasien untuk ambulasi  2.membantu perawatan diri: mandi, toileting pasien  3. Instruksikan dan bantu pasien untuk beraktivitas diselingi istirahat  4.Pertahankan tirah baring dan ciptakan  lingkungan tenang  5.Ajarkan kepada pasien dan keluarga tentang:  a. Penggunaan metode alternative untuk mandi dan perpakaian  b. Teknik berpindah dan ambulasi  Rutinitas eliminasi | Ardy  Ardy Ardy Ardy Ardy | **30 Januari**  **2020**  08.00 | **Dx 5: S:**  **O:**  a. RR: 20x/menit  b. SPO2: 97%  c. TD: 100/48 mmHg d. Suhu: 380C  e. Nadi: 106x/menit  f. Rambut pasien tampak acak-acakan  **A :** Masalah belum teratasi  **P:**  1. Instruksikan dan bantu pasien untuk istirahat  penuh | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Tindakan** | **Tt wat** | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Catatan perkembangan (soap)** | **Tt wat** |
| **29 Januari**  **2020**  08.05  08.11  08.15  12.05  12.10  12.20  12.30  13.00 | Pengaturan posisi  1. mengobservasi tanda –tanda vital  2. Menanyakan posisi tidur yang diinginkan klien  3. meninggikan kepala tempat tidur pasien.  Terapi relaksasi.  1. Mengatur suhu ruangan dan lampu ruangan  2. mendorong klien untuk mengambil posisi  yang nyaman dengan pakaian yang longgar.  3. meminta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi.  Peningkatan tidur  1. melatih ambulasi  2. melatih nafas dalam | Ardy  Ardy Ardy Ardy  Ardy  Ardy  Ardy Ardy Ardy | **29 Januari**  **2020**  14.30 | **Dx 6 :**  **S:** pasien mengatakan tidur nya kurang nyenyak  **O:**  a. pasien tampak letih  b. pasien mengantuk  **A:** masalah belum teratasi  **P:** lanjutkan intervensi 1-3 | Ardy |
| **29 Januari**  **2020**  15.00  17.00  18.05  18.30  18.50 | Pengaturan posisi  1. mengobservasi tanda –tanda vital  2. Menanyakan posisi tidur yang diinginkan klien  3. meninggikan kepala tempat tidur pasien. Terapi relaksasi.  1. Mengatur suhu ruangan dan lampu ruangan  2. mendorong klien untuk memakai pakaian yang longgar. | Ardy  Ardy  Ardy  Ardy  Ardy | **29 Januari**  **2020**  21.00 | **Dx 6:**  **S:** pasien mengungkapkan tidurnya semalam  terganggu dengan batuk  **O:**  a. pasien tampak lemas  b. RR: 20x/menit  c. SPO2: 98%  d. TD: 89/47 mmHg e. Suhu: 37 0C  f. Tidur 5 jam  **A:** masalah belum teratasi | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 19.00  19.30  20.00 | 3. meminta klien untuk rileks.  Peningkatan tidur  1. melatih ambulasi  2. melatih nafas dalam | Ardy  Ardy  Ardy |  | **P:** Lanjutkan intervensi1-3 |  |
| **29 Januari**  **2020**  21.00  05.00  06.05  07.00  08.00  08.30  08.45  09.15  09.45 | Pengaturan posisi  1. Tempatkan klien pada tidur  2. Monitor status oksigenasi klien  3. Masukkan posisi tidur yang diinginkan  klien kedalam rencana keperawatan.  4. Tinggikan kepala tempat tidur.  Terapi relaksasi  1. Berikan deskripsi detail terkait intervensi relaksasi yang dipilih.  2. Ciptakan lingkungan yang tenang tanpa distraksi dengan lampu yang redup dan  suhu ruangan yang nyaman  3. Dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian yang longgar.  4. Minta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi.  Peningkatan tidur  1. Terapi latihan:  2. melatih nafas dalam | Ardy Ardy Ardy Ardy  Ardy Ardy Ardy Ardy  Ardy | **30 Januari**  **2020**  08.00 | **Dx 6:**  **S:** pasien mengatakan tidak puas tidur  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 97%  b. TD: 100/48 mmHg, Suhu: 380C  c. Nadi: 106x/menit  d. Pasien tampak lesu mata corong  **A :** Masalah belum teratasi  **P:** lanjutkan intervensi | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No. Dx** | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Tindakan** | **Tt wat** | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Catatan perkembangan (soap)** | **Tt wat** |
| DP  1**.** | **30 Januari**  **2020**  08.00  08.30  09.00  09.30  10.00  10.30  11.00 | 1. Mengobservasi status pernafasan pasien  2. Memberikan posisi semi fowler 300  pada pasien  3. Mengajarkan ulang kepada pasien  teknik batuk efekif  4. Mengajarkan kepada pasien tentang pemantauan sputum setiap hari  5. Menyarankan pasien untuk minum air  hangat  6. Memberikan injeksi codein 15 mg /PO  7. Memberikan terapi obat Cotrimoxazole  960 mg/iv | Ardy  Ardy Ardy Ardy  Ardy Ardy Ardy | **30 Januari**  **2020**  15.00 | **Dx 1 :**  **S:** pasien mengatakan batuk dan badan kadang  terasa panas  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 98%  b. Suara nafas: vesikuler  c. Pola nafas: eupnea  d. Pasien tampak mempraktekkan batuk efektif secara mandiri  e. Pasien tampak sedang dalam posisi semi fowler 300  f. sputum berwarna putih kekuningan karakteristik kental  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1. Obervasi status pernafasan pasien setiap  pergantian jam jaga  2. Pantau dan dokumentasikan karakteristik sputum  3. Berikan pasien posisi semi fowler (15-450)  4. Anjurkan pasien untuk minum air hangat  5. Ajarkan ulang kepada pasien dan keluarga tentang: teknik batuk efektif, pemantauan sputum tiap hari dan melaporkan  perkembangannya, cara nafas dalam | Ardy |
| DS  1**.** | **30 Januari**  **2020**  14.45  14.50  15.00  15.05 | 1. Menemani dokter visite  2. Mengobservasi tanda-tanda vital  3. Menganjurkan posisi tetap semi fowler  300 pada pasien  4. Menyarankan pasien untuk batuk  efektif | Ardy Ardy Ardy  Ardy | **30 Januari**  **2020**  15.00 | **Dx 1:**  **S:** pasien mengatakan batuk dan badan panas  **O:**  a. RR: 22x/menit, SPO2: 94%  b. Suara nafas: vesikuler  c. Pola nafas: eupnea | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 15.30  17.00  18.00 | 5. Menyarankan pasien untuk minum air hangat  6. Memberikan infuse levofloxacin 750 mg/iv  7. Memberikan terapi obat codein 15 mg/PO | Ardy Ardy Ardy |  | d. Pasien tampak mempraktekkan batuk efektif secara mandiri  e. Pasien tampak sedang dalam posisi semi fowler 300  f. sputum berwarna putih kekuningan karakteristik kental  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1. Obervasi status pernafasan pasien setiap pergantian jam jaga  2. Pantau dan dokumentasikan karakteristik sputum  3. Berikan pasien posisi semi fowler (15-  450)  4. Anjurkan pasien untuk minum air hangat  5. Ajarkan kepada pasien dan keluarga tentang:, pemantauan sputum tiap hari dan melaporkan perkembangannya, cara nafas dalam |  |
| DM  1**.** | **30 Januari**  **2020**  22.00  22.30  23.00  23.30  00.00 | a. Mengobservasi status pernafasan  pasien  b. Menyarankan pasien untuk batuk efektif  c. Memberikan posisi tetap semi fowler  450 pada pasien  d. Menyarankan pasien untuk minum air hangat  e. Memberikan terapi obat codein 15  mg/PO  f. Memberikan terapi obat Cotrimoxazole  960 mg/iv | Ardy  Ardy  Ardy  Ardy  Ardy  Ardy | **31 Januari**  **2020**  07.15 | **Dx 1:**  **S:** pasien mengatakan batuk dan kadang badan terasa panas  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 96%  b. Suara nafas: vesikuler  c. Pola nafas: eupnea  d. Pasien tampak melakukan batuk efektif secara mandiri  e. Pasien tampak sedang dalam posisi semi fowler 200  **A:** masalah teratasi sebagian | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | **P:**  1. Obervasi status pernafasan pasien setiap  pergantian jam jaga  2. Pantau dan dokumentasikan karakteristik  sputum  3. Berikan pasien posisi semi fowler (15-450)  4. Anjurkan pasien untuk minum air hangat |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No. Dx** | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Tindakan** | **Tt wat** | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Catatan perkembangan (soap)** | **Tt wat** |
| DP  **2.** | **30 Januari**  **2020**  08.00  08.30  09.00  10.00 | a. mengobservasi TTV  b. memberikan masukan cairan infuse futrolit 500 cc  c. mengompres pasien dengan air  biasa  d. Memberikan obat paracetamol 1 tblt ke pasien | Ardy  Ardy  Ardy  Ardy | **30 Januari**  **2020**  14.30 | **Dx 2**  **S:** Pasien mengatakan badannya panas  **O:**  a. RR: 20x/menit  b. TD: 100/37 mmHg c. Nadi: 88x/menit  d. Suhu : 36,7⁰C  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1. Observasi TTV dan keadaan umum pasien setiap pergantian jam jaga  2. Kompres bila masih panas  3. Observasi kulit dan catat keluhan demam | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DS  2. | **30 Januari**  **2020**  14.45  15.00  15.30  16.00 | 1. Menemani dokter visite  2. Mengobservasi TTV dan keadaan  umum pasien  3. Mengompres dg air biasa di axilla pasien.  4. Memberikan Paracetamol 1 tblt  PO ke pasien | Ardy  Ardy Ardy Ardy | **30 Januari**  **2020**  21.00 | **Dx 2:**  **S:** pasien mengatakan badannya terasa panas  **O:**  a. RR: 22x/menit  b. TD: 91/64 mmHg c. Nadi: 108x/menit  d. Suhu : 40⁰C  **A:** masalah belum teratasi  **P:**  1. Observasi TTV dan keadaan umum pasien setiap pergantian jam jaga  2.Beritahu kepada pasien dan keluarga jika badannya panas, dan menyarankan pasien  atau keluarga untuk memberitahu perawat  3.Kompres dengan air biasa  4.Berikan obat paracetamol hasil kolaborasi | Ardy |
| DM  2. | 30 Januari  2020  22.00  22.30 | 1. Mengobservasi TTV dan keadaan umum pasien  2. memberikan obat Paracetamol 1 tblt  PO ke pasien untuk di minum  3. Mengompres pasien dengan air biasa | Ardy  Ardy  Ardy | 31 Januari  2020  07.15 | **Dx 2:**  **S:** pasien mengatakan badan masih panas  **O:**  a. RR: 20x/menit  b. TD: 84/46 mmHg c. Nadi: 101x/menit  d. Kesadaran: compos mentis  e. Suhu : 38,3⁰C  f. GCS: 456 | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1.Observasi TTV dan keadaan umum pasien  setiap pergantian jam jaga  2. Beritahu kepada pasien dan keluarga jika ada peningkatan suhu badan , dan sarankan pasien atau keluarga untuk memberitahu perawat  3. Berikan obat paracetamol hasil kolaborasi |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No. Dx** | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Tindakan** | **Tt wat** | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Catatan perkembangan (soap)** | **Tt wat** |
| DP  3**.** | **30 Januari**  **2020**  08.00  09.35  10.10  11.05 | a. memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi pada pasien dengan Tuberculosis paru dan cara memenuhinya  b. menanyakan adanya mual muntah c. mengolaborasikan dengan ahli gizi  untuk menentukan jumlah kalori dan  nutrisi yang di butuhkan pasien  d. mengganti cairan infus futrolit 500 cc  14 tpm | Ardy  Ardy  Ardy  Ardy | **30 Januari**  **2020**  15.00 | **Dx 3:**  **S:** pasien mengatakan makan nasi tim saja  tanpa lauk  **O:**  a. pasien menghabiskan 1 porsi makanan tanpa lauk  b. pasien tampak terpasang infus futrolit14  tpm  c. pasien belum BAB dan BAK  d. BB : 42 Kg BMI = 15,73 N=18,5-22,9 e. Pasien tampak mual seusai makan lauk  **A:** masalah belum teratasi  **P:** Lanjutkan intervensi yang sama | Ardy |
| DS  3. | **30 Januari**  **2020**  17.30  18.00  18.35 | a. menimbang berat badan  b.memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi pada pasien dengan Tuberculosis paru dan cara memenuhinya  c. menyakan adanya mual muntah | Ardy Ardy Ardy | **30 Januari**  **2020**  **21.00** | **Dx 3:**  **S:** pasien mengatakan malas makan lauk karena mual  **O:**  a. pasien menghabiskan ½ porsi makanan  b. pasien tampak makan sendiri tanpa didorong  c. BB : 42 Kg BMI = 15,73 N=18,5-22,9  **A:** masalah belum teratasi  **P:** lanjutkan intervensi dan tambahkan kaji lingkungan sekitar | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DM  3. | **30 Januari**  **2020**  01.00  06.00  06.30 | a. memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi pada pasien dengan  Tuberculosis paru dan cara memenuhinya  b.menanyakan adanya mual muntah  c. mengkaji lingkungan sekitar pasien | Ardy  Ardy  Ardy | **31 Januari**  **2020**  07.15 | **Dx 3:**  **S:** pasien mengatakan sudah makan sedikit-  sedikit  **O:**  a. pasien makan habis ½porsi tanpa lauk b.pasien tampak disuapi oleh keluarga  c. pasien mengatakan pasien sudah BAB:  warna kecoklatan lembek berbentuk,  d.pasien sudah BAK: warna kuning jernih e. BB : 42 Kg BMI = 15,73 N=18,5-22,9  f. Lingkungan bersih dan aman  **A:** masalah belum teratasi  **P:** lanjutkan intervensi yang sama. | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No. Dx** | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Tindakan** | **Tt wat** | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Catatan perkembangan (soap)** | **Tt wat** |
| DP  4**.** | **30 Januari**  **2020**  08.00  08.30  09.05  09.30 | a. mengobservasi tanda tanda vital pasien  b. mengkaji faktor yang  menyebabkan keletihan, anemia, ketidakseimbangancairan dan elektrolit, retensi produk sampah, dan depresi  c. m e n g a n j u r k a n d ud u k d u l u s e b e l um b e rd ir i  d. menganjurkan istirahat dan nafas dalam | Ardy  Ardy  Ardy  Ardy | **30 Januari**  **2020**  15.00 | **Dx 4:**  **S:** pasien mengatakan capek ketika selesai  beraktifitas  **O:**  a. RR: 20x/menit,  b. SPO2: 98%  c. TD: 100/37 mmHg d. Suhu: 36,70C  e. Nadi: 88x/menit  f. pasien tampak menerapkan duduk dulu sebelum berdiri  g. pasien tampak letih dan berkeringat  **A:** masalah belum teratasi  **P:** lanjutkan intervensi | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| DS  4. | **30 Januari**  **2020**  14.45  16.00  18.00 | a. mengobservasitanda-tanda vital selama dan setelah melakukan aktivitas dan mengkaji kemampuan pasien untuk ambulasi  b. menganjurkan istirahat dan nafas dalam  c. menganjurkan pasien duduk dulu sebelum berdiri | Ardy  Ardy  Ardy | **30 Januari**  **2020**  **21.00** | **Dx 4:**  **S:** pasien mengatakan capek seusai aktivitas  **O:**  a. RR: 22x/menit  b. SPO2: 94%  c. TD: 91/64mmHg d. Suhu: 40 0C  e. Nadi: 108x/menit  f. pasien duduk dulu sebelum berdir  g. Pasien tampak lelah  **A:** masalah belum teratasi  **P:** Instruksikan dan bantu pasien untuk istirahat penuh | Ardy |
| DM  **4.** | **30 Januari**  **2020**  22.00  22.30  22.35 | a. mengobservasi tanda tanda vital pasien  b. mengkaji faktor yang menyebabkan  keletihan, anemia, ketidakseimbangancairan dan elektrolit, retensi produk sampah, dan depresi  c. menganjurkan pasien untuk istirahat penuh di malam hari | Ardy  Ardy  Ardy | **31 Januari**  **2020**  07.15 | **Dx 4 :**  **S:** pasien mengatakan badannya masih lemas  **O:**  a. RR: 20x/menit  b. SPO2: 97%  c. TD: 100/48 mmHg d. Suhu: 380C  e. Nadi: 106x/menit  f. pasien tampak letih lesu  **A :** Masalah belum teratasi  **P:** Lanjutkan intervensi | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No. Dx** | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Tindakan** | **Tt wat** | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Catatan perkembangan (soap)** | **Tt wat** |
| DP  4**.** | **30 Januari**  **2020**  08.00  08.30  09.35  10.30 | a. Mengobservasi TTV pasien  b. Mengajarkan kepada pasien dan keluarga:  1. Menggunakan metode alternative  untuk mandi dan berpakaian: mandi dan berpakaian sambil duduk  2. Teknik berpindah dari tempat tidur  ke kamar mandi dengan membawa infuse  3. Rutinitas eliminasi: mengganti dan  memakaikan celana  c. Menganjurkan pasien untuk segera  istirahat | Ardy  Ardy  Ardy | **30 Januari**  **2020**  15.00 | **Dx 5:**  **S:** pasien mengatakan belum mampu untuk  mandi sendiri  **O:**  a. RR: 20x/menit b. SPO2: 98%  c. TD: 100/37mmHg d. Suhu: 36,7 0C  e. Nadi: 88x/menit  f. Pasien tampak duduk dulu sebelum berdiri g. pasien tampak dibantu istri untuk mandi  h. rambut pasien rontok ≥ 10 helai  i. pasien tampak letih setelah ke kamar mandi  **A:** masalah belum teratasi  **P:**  7. Pantau tanda-tanda vital selama dan setelah  melakukan aktivitas dan kaji kemampuan pasien untuk ambulasi  2. Bantu perawatan diri: mandi,  berhias/berpakaian, toileting pasien jika diperlukan  3. Instruksikan dan bantu pasien untuk  beraktivitas diselingi istirahat  4. Pertahankan tirah baring dan ciptakan  lingkungan tenang | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DS  4. | **30 Januari**  **2020**  14.45  16.00 | 1. Mengobservasi TTV pasien  2. Membantu memandikan pasien | Ardy  Ardy | **30 Januari**  **2020**  **21.00** | **Dx 5:**  **S:** pasien mengatakan badannya masih lemas  **O:**  a. RR: 22x/menit, SPO2: 98%  b. TD: 91/64mmHg,Suhu: 40 0C  c. Nadi: 108x/menit  d. pasien tampak dibantu istri untuk mandi  **A:** masalah belum teratasi  **P:** Lanjutkan intervensi | Ardy |
| DM  **4.** | **30 Januari**  **2020**  22.00 | 1. Mengobservasi TTV pasien | Ardy | **31 Januari**  **2020**  07.15 | **Dx 5:**  **S:** pasien mengatakan badannya masih lemas  **O:**  a. RR: 20x/menit b. SPO2: 96%  c. TD: 84/46mmHg d. Suhu: 38,3 0C  e. Nadi: 101x/menit  f. Pasien tampak di bantu istri untuk berpakaian  **A :** Masalah belum teratasi  **P:**  1. Pantau tanda-tanda vital selama dan  setelah melakukan aktivitas dan kaji  kemampuan pasien untuk ambulasi  2. Bantu perawatan diri: mandi, berhias/berpakaian, toileting pasien jika  diperlukan  3. Instruksikan dan bantu pasien untuk beraktivitas diselingi istirahat  4. Pertahankan tirah baring dan ciptakan | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | lingkungan tenang |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No. Dx** | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Tindakan** | **Tt wat** | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Catatan perkembangan (soap)** | **Tt wat** |
| DP  4**.** | **30 Januari**  **2020**  08.00  08.30  09.05  09.35  10.00  10.05  10.30 | Pengaturan posisi  1. mengobservasi tanda –tanda vital  2. Menanyakan posisi tidur yang diinginkan klien  3. meninggikan kepala tempat tidur pasien.  Terapi relaksasi.  1. Mengatur suhu ruangan dan lampu ruangan  2. mendorong klien untuk mengambil  posisi yang nyaman dengan pakaian yang longgar.  3. meminta klien untuk rileks  Peningkatan tidur  1. latihan ambulasi | Ardy  Ardy  Ardy  Ardy Ardy Ardy | **30 Januari**  **2020**  15.00 | **Dx 6:**  **S:** pasien mengatakan tidur nya kurang  nyenyak  **O:**  a. RR: 20x/meni  b. SPO2: 98%  c. TD: 100/37mmHg d. Suhu: 36,7 0C  e. Nadi: 88x/menit  f. pasien tampak letih  **A:** masalah belum teratasi  **P:** lanjutkan intervensi 1-3 | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 11.00 | 2. latihan nafas dalam | Ardy  Ardy |  |  |  |
| DS  4. | **30 Januari**  **2020**  14.45  15.00  15.30  16.00  17.00  17.30  18.00  18.30 | Pengaturan posisi  1. mengobservasi tanda –tanda vital  2. Menanyakan posisi tidur yang  diinginkan klien  3. meninggikan kepala tempat tidur pasien.  Terapi relaksasi.  1. Mengatur suhu ruangan dan lampu ruangan  2. mendorong klien untuk memakai pakaian yang longgar.  3. meminta klien untuk rileks.  Peningkatan tidur  1. melatih ambulasi  2. melatih nafas dalam | Ardy  Ardy  Ardy  Ardy  Ardy  Ardy  Ardy  Ardy | **30 Januari**  **2020**  **21.00** | **Dx 6:**  **S:** pasien mengungkapkan tidurnya semalam terganggu dengan batuk  **O:**  a. pasien tampak lemas  b. RR: 22x/menit,  c. SPO2: 98%  d. TD: 91/64mmHg e. Suhu: 40 0C  f. Nadi: 108x/menit  g. Pasien Tidur 5 ½ jam **A:** masalah belum teratasi **P:** Lanjutkan intervensi1-3 | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DM  **4.** | **30 Januari**  **2020**  22.00  22.30  22.35  23.00  23.30  06.00 | Pengaturan posisi  1. Tempatkan klien pada tidur  2. Menanyakan posisi tidur yang diinginkan klien  3. meninggikan kepala tempat tidur.  Terapi relaksasi  1. menciptakan lingkungan yang tenang tanpa distraksi dengan lampu yang redup dan suhu ruangan yang nyaman  2. Minta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi.  Peningkatan tidur  1. melatihan nafas dalam | Ardy Ardy Ardy  Ardy  Ardy  Ardy | **31 Januari**  **2020**  07.15 | **Dx 6:**  **S:** pasien mengatakan belum puas tidurnya  **O:**  a. RR: 20x/menit  b. SPO2: 96%  c. TD: 84/46mmHg d. Suhu: 38,3 0C  e. Nadi: 101x/menit  f. Pasien tampak lesu  **A :** Masalah belum teratasi  **P:** lanjutkan intervensi | Ardy |
| No.  Dx | **Waktu**  **(tgl&jam)** | Tindakan | Tt wat | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Catatan perkembangan (soap)** | Tt wat |
| DP  4. | **31 Januari**  **2020**  08.00  08.30  09.05  09.30  09.35 | 1. Mengobservasi status pernafasan  pasien  2. Memberikan posisi semi fowler 300  pada pasien  3. Mengajarkan ulang kepada pasien teknik batuk efekif  4. Mengajarkan kepada pasien tentang pemantauan sputum setiap hari  5. Menyarankan pasien untuk minum air hangat | Ardy Ardy Ardy Ardy  Ardy | **31 Januari**  **2020**  **15.00** | **Dx 1 :**  **S:** pasien mengatakan batuk dan badan kadang  terasa panas  **O:**  a. RR: 20x/menit,  b. SPO2: 99%  c. Suara nafas: vesikuler  d. Pola nafas: eupnea  e. Pasien tampak mempraktekkan batuk efektif secara mandiri | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 10.00  10.05 | 6. Memberikan injeksi codein 15 mg /PO  7. Memberikan terapi obat Cotrimoxazole  960 mg/iv | Ardy  Ardy |  | f. Pasien tampak sedang dalam posisi semi fowler 300  g. sputum berwarna putih kekuningan karakteristik kental  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1. Obervasi status pernafasan pasien setiap  pergantian jam jaga  2. Pantau dan dokumentasikan karakteristik sputum  3. Berikan pasien posisi semi fowler (15-450)  4. Anjurkan pasien untuk minum air hangat  5. Ajarkan ulang kepada pasien dan keluarga tentang: teknik batuk efektif, pemantauan sputum tiap hari dan melaporkan perkembangannya, cara nafas dalam |  |
| DS  4. | **31 Januari**  **2020**  14.45  15.00  15.30  16.00  17.00  17.30 | 1. Menemani dokter visite  2. Mengobservasi tanda-tanda vital  3. Menganjurkan posisi tetap semi fowler  300 pada pasien  4. Menyarankan pasien untuk tetap minum air hangat  5. Memberikan infuse levofloxacin 750 mg/iv  6. Memberikan terapi obat codein 15 mg/PO | Ardy Ardy Ardy  Ardy Ardy Ardy | **31 Januari**  **2020**  **21.00** | **Dx 1:**  **S:** pasien mengatakan batuk dan badan panas  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 99%  b. Suara nafas: vesikuler  c. Pola nafas: eupnea  d. Pasien tampak mempraktekkan batuk efektif secara mandiri  e. Pasien tampak sedang dalam posisi semi fowler 300  f. sputum berwarna putih kekuningan karakteristik kental  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1. Obervasi status pernafasan pasien setiap pergantian jam jaga  2. Pantau dan dokumentasikan karakteristik | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | sputum  3. Berikan pasien posisi semi fowler (15-450)  4. Anjurkan pasien untuk minum air hangat  5. Ajarkan kepada pasien dan keluarga  tentang:, pemantauan sputum tiap hari dan melaporkan perkembangannya, cara nafas dalam |  |
| DM  4. | **31 Januari**  **2020**  22.00  22.30  22.35  23.00  23.30 | 1. Mengobservasi status pernafasan pasien  2. Memberikan posisi tetap semi fowler  450 pada pasien  3. Menyarankan pasien untuk minum air hangat  4. Memberikan terapi obat codein 15 mg/PO  5. Memberikan terapi obat Cotrimoxazole  960 mg/iv | Ardy Ardy Ardy  Ardy  Ardy | **31 Januari**  **2020**  **07.15** | **Dx 1:**  **S:** pasien mengatakan batuk dan kadang badan  terasa panas  **O:**  a. RR: 20x/menit, SPO2: 96%  b. Suara nafas: vesikuler  c. Pola nafas: eupnea  d. Pasien tampak melakukan batuk efektif secara mandiri  e. Pasien tampak sedang dalam posisi semi fowler 200  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1. Obervasi status pernafasan pasien setiap pergantian jam jaga  2. Pantau dan dokumentasikan karakteristik sputum  3. Berikan pasien posisi semi fowler (15-450)  4. Anjurkan pasien untuk minum air hangat | Ardy |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. Dx | **Waktu**  **(tgl&jam)** | Tindakan | Tt wat | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Catatan perkembangan (soap)** |
| DP  4. | **31 Januari**  **2020**  08.00  08.30  09.05  09.30 | 1. mengobservasi TTV  2. Mengobservasi warna kulit dan mencatat keluhan demam  3. memberikan masukan cairan infuse futrolit 500 cc  4. Memberikan obat paracetamol 1 tblt ke pasien | Ardy  Ardy Ardy Ardy | **31 Januari**  **2020**  **15.00** | **Dx 2:**  **S:** Pasien mengatakan badannya panas  **O:**  a. RR: 20x/menit  b.TD: 87/49 mmHg  c. Nadi: 88x/menit d.Suhu : 36,2⁰C  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1. Observasi TTV dan keadaan umum pasien  setiap pergantian jam jaga  2. Kompres bila masih panas  3. Observasi kulit dan catat keluhan demam |
| DS  4. | **31 Januari**  **2020**  14.45  15.00  15.30  16.00  17.00 | 1. Menemani dokter visite  2. Mengobservasi TTV dan keadaan umum pasien  3. Mengompres dg air biasa di axilla pasien  4. Memberikan Paracetamol 1 tblt PO ke  pasien  5. Mengobservasi kulit dan mencatat keluhan demam | Ardy  Ardy  Ardy Ardy Ardy | **31 Januari**  **2020**  **21.00** | **Dx 2:**  **S:** pasien mengatakan badannya terasa panas  **O:**  a. RR: 20x/menit  b. TD: 96/52 mmHg  c. Nadi: 85x/menit d. Suhu : 36,1⁰C  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:**  1.Observasi TTV dan keadaan umum pasien  setiap pergantian jam jaga  2.Beritahu kepada pasien dan keluarga jika badannya panas, dan menyarankan pasien atau  keluarga untuk memberitahu perawat  3.Kompres dengan air biasa  4.Berikan obat paracetamol hasil kolaborasi |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DM  4. | **31 Januari**  **2020**  22.00  22.30 | 1. Mengobservasi TTV dan keadaan umum pasien  2. memberikan obat Paracetamol 1 tblt PO  ke pasien untuk di minum | Ardy  Ardy | **31 Januari**  **2020**  **07.15** | **Dx 2:**  **S:** pasien mengatakan badan masih panas  **O:**  a. RR: 20x/menit  b. TD: 91/51 mmHg c. Nadi: 103x/menit  d. Kesadaran: compos mentis  e. Suhu : 39,3⁰C  f. GCS: 456  **A:** masalah belum teratasi  **P:**  1. Observasi TTV dan keadaan umum pasien setiap pergantian jam jaga  2. Beritahu kepada pasien dan keluarga jika ada peningkatan suhu badan , dan sarankan pasien  atau keluarga untuk memberitahu perawat  3. Berikan obat paracetamol hasil kolaborasi |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No.  Dx | **Waktu**  **(tgl&jam)** | Tindakan | Tt wat | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Catatan perkembangan (soap)** |
| DP  4. | **31 Januari**  **2020**  08.00  08.30  09.05  09.30 | 1. memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi pada pasien dengan Tuberculosis paru dan cara memenuhinya  2. menanyakan adanya mual muntah  3. mengolaborasikan dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien  4. mengganti cairan infus futrolit 500 cc 14 tpm | Ardy  Ardy  Ardy  Ardy | **31 Januari**  **2020**  **15.00** | **Dx 3:**  **S:** pasien mengatakan makan nasi tim saja tanpa  lauk  **O:**  a. pasien menghabiskan ½ porsi makanan tanpa  lauk  b. pasien tampak terpasang infus futrolit 14 tpm  c. pasien belum BAB dan BAK  d. pasien menjawab mengerti kebutuhan nutrisi |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | bagi tubuhnya e. BB : 42 Kg  f. Pasien tampak mual seusai makan  **A:** masalah teratasi sebagian  **P:** Lanjutkan intervensi yang sama |
| DS  4. | **31 Januari**  **2020**  14.45  15.00  15.30 | a. menimbang berat badan  b. memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi pada pasien dengan Tuberculosis paru dan cara memenuhinya  c. menyakan adanya mual muntah | Ardy  Ardy  Ardy | **31 Januari**  **2020**  **21.00** | **Dx 3:**  **S:** pasien mengatakan malas makan lauk karena  mual  **O:**  a. pasien menghabiskan ½ porsi makanan  b.pasien tampak makan sendiri tanpa didorong c. BB : 42 Kg  **A:** masalah belum teratasi  **P:** lanjutkan intervensi dan tambahkan kaji  lingkungan sekitar |
| DM  4. | **31 Januari**  **2020**  22.00  22.30 | 1. menanyakan adanya mual muntah  2.mengkaji lingkungan sekitar pasien | Ardy  Ardy | **31 Januari**  **2020**  **07.15** | **Dx 3:**  **S:** pasien mengatakan sudah makan sedikit-sedikit  **O:**  a. pasien makan habis ½porsi tanpa lauk  b. pasien tampak disuapi oleh keluarga  c. pasien mengatakan pasien sudah BAB: warna kecoklatan lembek berbentuk,  d. pasien sudah BAK: warna kuning jernih e. BB : 42 Kg BMI= 15,7 (N= 18,5-22,9)  f. Lingkungan bersih dan aman  **A:** masalah belum teratasi  **P:** lanjutkan intervensi yang sama. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. Dx | **Waktu**  **(tgl&jam)** | Tindakan | Tt wat | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Catatan perkembangan (soap)** |
| DP  4. | **31 Januari**  **2020**  08.00  08.30  09.05  09.30  09.35 | 1. mengobservasi tanda tanda vital pasien  2.mengkaji faktor yang menyebabkan keletihan, anemia, ketidakseimbangancairan dan elektrolit,  retensi produk sampah, dan depresi  3.menganjurkan duduk dulu sebelum be rdiri  4.menganjurkan istirahat dan nafas dalam  5.memonitor pola tidur danlamannyatidur/istirahat pasien dengan menanyakan ke keluarganya. | Ardy  Ardy  Ardy  Ardy  Ardy | **31 Januari**  **2020**  **15.00** | **Dx 4:**  **S:** pasien mengatakan capek ketika selesai  beraktifitas,pasien juga mengatakan tidur nya tidak nyenyak  **O:**  a. RR: 20x/menit  b. SPO2: 99%  c. TD: 87/49 mmHg d. Suhu: 36,20C  e. Nadi: 88x/menit  f. pasien tampak menerapkan duduk dulu sebelum berdiri  g. pasien tampak letih  h. Lama tidur:6jam/24 jam  **A:** masalah belum teratasi  **P:** lanjutkan intervensi |
| DS  4. | **31 Januari**  **2020**  14.45  15.00  15.30 | 1. Mengobservasitanda-tanda vital selama  dan setelah melakukan aktivitas dan mengkaji kemampuan pasien untuk ambulasi  2.menganjurkan istirahat dan nafas dalam  3.menganjurkan pasien duduk dulu sebelum berdiri | Ardy  Ardy  Ardy | **31 Januari**  **2020**  **21.00** | **Dx 4:**  **S:** pasien mengatakan badannya masih terasa pegal  **O:**  a. RR: 20x/menit  b.SPO2: 99%  c. TD: 96/52mmHg d.Suhu: 36,1 0C  e. Nadi: 85x/menit  f. pasien duduk dulu sebelum berdiri g. Pasien tampak lelah  **A:** masalah belum teratasi |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | **P:** Instruksikan dan bantu pasien untuk istirahat penuh |
| DM  4. | **31 Januari**  **2020**  22.00  22.30 | a. mengobservasi tanda tanda vital pasien b.menganjurkan pasien untuk istirahat penuh  di malam hari | Ardy  Ardy | **31 Januari**  **2020**  **07.15** | **Dx 4:**  **S:** pasien mengatakan badannya masih lemas  **O:**  a. RR: 20x/menit  b.SPO2: 96%  c. TD: 91/52 mmHg d.Suhu: 39,30C  e. Nadi: 103x/menit  f. pasien tampak letih lesu  **A :** Masalah belum teratasi  **P:** Lanjutkan intervensi |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. Dx | **Waktu**  **(tgl&jam)** | Tindakan | Tt wat | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Catatan perkembangan (soap)** |
| DP  4. | **31 Januari**  **2020**  08.00  08.30  10.00 | 1. Mengobservasi TTV pasien  2. Mengajarkan kepada pasien dan keluarga:  a. Menggunakan metode alternative untuk mandi dan berpakaian: mandi dan berpakaian sambil duduk  b. Teknik berpindah dari tempat tidur ke kamar mandi dengan membawa infuse  c. Rutinitas eliminasi: mengganti dan memakaikan celana  3. Menganjurkan pasien untuk segera istirahat | Ardy  Ardy  Ardy | **31 Januari**  **2020**  **15.00** | **Dx 5:**  **S:** pasien mengatakan puas menerima perawatan  **O:**  a. RR: 20x/menit  b. SPO2: 99%  c. TD: 87/49 mmHg, d. Suhu: 36,2 0C  e. Nadi: 88x/menit  f. Pasien tampak duduk dulu sebelum berdiri  (mempertahankan mobilitas)  g. pasien tampak dibantu istri untuk mandi  h. pasien mengenali kebutuhan untuk eliminasi  **A:** masalah teratasi  **P:** Intervensi di hentikan |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No.  Dx | **Waktu**  **(tgl&jam)** | Tindakan | Tt wat | **Waktu**  **(tgl&jam)** | **Catatan perkembangan (soap)** |
| DP  4. | **31 Januari**  **2020**  08.00  08.30  09.05  09.30 | Pengaturan posisi  1. mengobservasi tanda -tanda vital  2. Menanyakan pola dan kualitas tidur semalam  Terapi relaksasi.  1. Mengatur suhu ruangan dan lampu ruangan  2. meminta klien untuk rileks | Ardy  Ardy  Ardy  Ardy | **31 Januari**  **2020**  **15.00** | **Dx 6:**  **S:** pasien mengatakan tidur nya semalam enak  dan tidak terbangun saat malam hari  **O:**  a. RR: 20x/menit b.SPO2: 99%  c. TD: 87/49 mmHg d.Suhu: 36,2 0C  e. Nadi: 88x/menit  f. pasien tidak mengantuk g. Tidur 8 jam/24 jam |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | **A:** masalah teratasi  **P:**Intervensi di hentikan |

**Lampiran 2 Daftar Riwayat Hidup**

**Daftar Riwayat Hidup**

**(*Curriculum Vitae)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I.**  1. | **Data Pribadi**  Nama Lengkap | : Mohamad Ardi afriansa |
| 2. | Insitusi/Perguruan Tinggi | : Stikes Hang Tuah Surabaya |
| 3. | Fakultas | : Keperawatan |
| 4. | Program Studi | : D3 |
| 5. | Jenis Kelamin | : laki-laki |
| 6. | Agama | : Islam |
| 7. | Tempat Dan Tanggal Lahir | : pasuruan, 11 Oktober 1995 |
| 8. | Status Perkawinan | : Belum Kawin |
| 9.  a. | Alamat Institusi  Jalan | : Jl. Gadung No. 1 |
| b.  c. | Kelurahan  Kecamatan | : Jagir  : Wonokromo |
| d.  e. | Kabupaten  Provinsi | : Surabaya  : Jawa Timur |
| f.  g. | Kodepos  Telp/Faks | : 60244  : (031) 8411721 |
| 10.  a. | Alamat Rumah  Jalan | : jl. pertigaan |
| b.  c. | Kelurahan  Kecamatan | : kedung rejo  : jabon |
| d.  e. | Kota  Provinsi | : Sidoarjo  : Jawa Timur |
| f. g.  11. | Kodepos  Telp/Faks  Alamat Korespondensi | : 61276  : 08992552664 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a.  b. | Jalan  Kelurahan | : jl. pertigaan  : kedung rejo |
| c. | Kecamatan | : Jabon |
| d.  e. | Kabupaten  Provinsi | : Sidoarjo  : Jawa Timur |
| f.  g. | Kodepos  Telp/faks | : 61276  : - |
| 12. | Telepon genggam | : 087775447485/08563297136 |
| 13. | Alamat surat (e-mail) | : [ardyafriansyah47@gmail.com](mailto:ardyafriansyah47@gmail.com) |

**II. Riwayat pendidikan**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tahun** | | | **Program pendidikan** | **Instansi** | **Jurusan** |
| 21 | Juni | 2008 | Sekolah  Dasar | MI Miftahul  Ulum Kedung  Rejo | Sekolah Dasar |
| 4 | Juni | 2011 | Sekolah Menengah Pertama | MTsN Bangil | Sekolah Menengah Pertama |
| 20 | Mei | 2014 | Sekolah  Menengah  Atas | MA As-  Syafiiyah | IPA |
| 20 | Agust us | 2020 | Diploma | STIKES  Hang Tuah  Surabaya | Keperawatan |

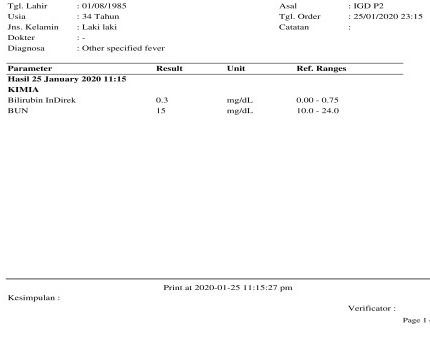
**Surabaya, 27 Febuari 2020**

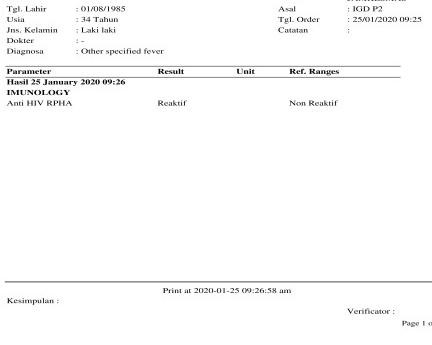
**Yang Menyatakan,**

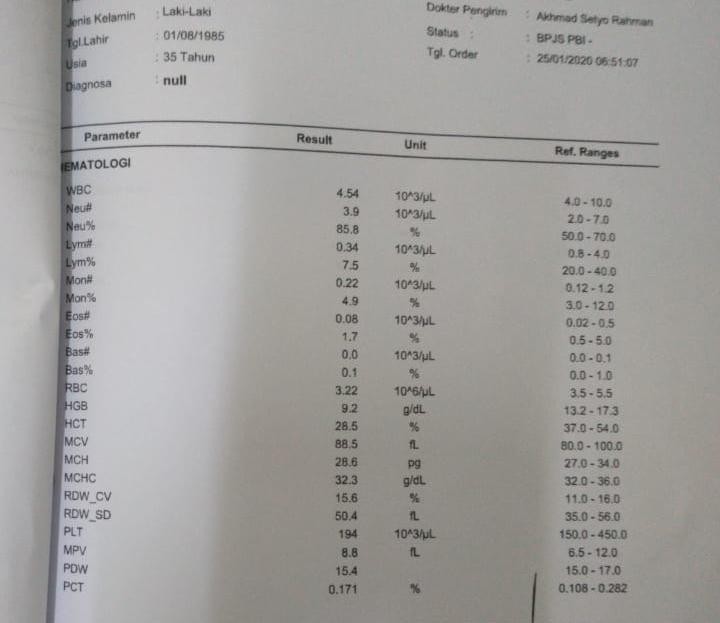
Ardy

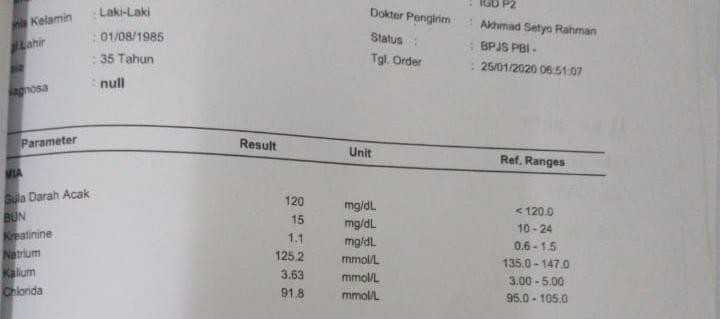
**(Mohamad Ardi afriansa)**

**Lampiran 3 Foto Laboratorium**

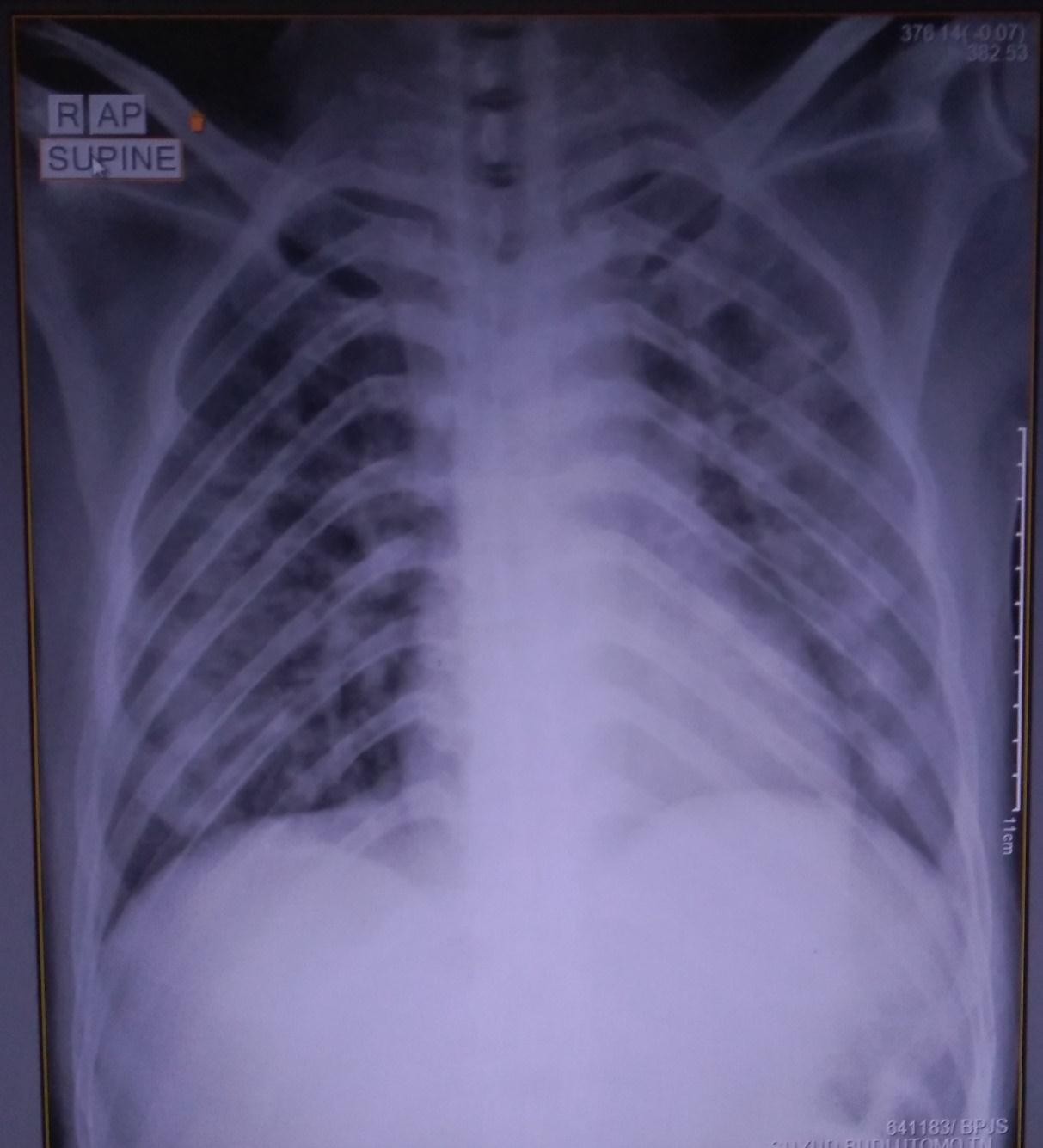








**Lampiran 4 Foto Thorax**



**Lampiran 5 SAP Batuk Efektif**

**SATUAN ACARA PENYULUHAN Teknik Batuk Efektif**

Departemen : Keperawatan Medikal Bedah

Pokok bahasan : Teknik Batuk Efektif

Sasaran : Tn. S yang dirawat di ruang paru RUMKITAL Dr.

Ramelan Surabaya

Hari / tanggal : Jum’at, 30 Januari 2020

Tempat : Ruang Paru RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya

Pukul : 08.15-08.30 WIB

Penyuluh : Mohamad Ardi afriansa (1721011)

Mahasiswa Prodi DIII Keperawatan Hang Tuah Surabaya

**1. Tujuan Pembelajaran**

**a. Tujuan Intruksional Umum**

Setelah dilakukan kegiatan penyuluhan dengan metode demonstrasi, diharapkan Tn. S dapat memahami dan memperagakan teknik batuk efektif.

**b. Tujuan Intruksional Khusus**

Setelah menerima peyuluhan 1x15 menit, diharapkan Tn. S di Ruang Paru

RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya mampu:

1) Menjelaskan pengertian batuk efektif

2) Menjelaskan tujuan batuk efektif

3) Menjelaskan teknik batuk efektif

4) Memperagakan teknik batuk efektif

**2. Materi**

a. Pengertian batuk efektif b. Tujuan batuk efektif

c. Teknik batuk efektif

**3. Metode**

a. Ceramah

b. Tanya jawab c. Diskusi

**4. Media atau Alat Bantu**

a. Leaflet

**5. Evaluasi Pembelajaran**

a. Evaluasi struktur

1) Pasien setuju dengan diadakannya penyuluhan

2) Penyelenggara penyuluhan dilaksanakan di Ruang Paru RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya

3) Kontrak pengoganisasian penyelenggaraan penyuluhan telah dilakukan sebelumnya

b. Evaluasi proses

1) Pasien antusias terhadap penyuluhan

2) Pasien mengajukan pertanyaan kepada pemateri dan pemateri menjawab pertanyaan secara tepat

c. Evaluasi hasil

1) Pasien mengetahui tentang pengertian, tujuan, cara batuk efektif dan pasien mampu mempraktikkan batuk efektif

2) Pasien dapat memberikan timbale balik yang progresif terhadap hasil materi yang diberikan

**6. Proses Penyuluhan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Fase** | **Kegiatan** | **Kegiatan sasaran** |
| 1. | Pembukaan  2 menit | a. Memberi salam pembuka  b. Memperkenalkan diri  c. Menjelaskan pokok bahasan dan tujuan penyuluhan  d. Membagikan leaflet | a. Menjawab salam  b. Memperhatikan dengan baik  c. Memperhatikan dengan baik  d. Memperhatikan dengan baik |
| 2. | Pelaksanaan  9 menit | a. Menjelaskan pengertian  batuk efektif  b. Menjelaskan tujuan batuk efektif  c. Menjelaskan teknik batuk efektif  d. Memberikan kesempatan untuk mempraktikkan teknik batuk efektif | a. Memperhatikan  dengan baik  b. Memperhatikan dengan baik  c. Memperhatikan dengan baik  d. Melakukan dengan baik |
| 3. | Evaluasi  2 menit | Menanyakan kepada peserta  tentang materi yang telah diberikan sebagai reinforcement kepada sasaran yang dapat menjawab pertanyaan | Menjawab pertanyaan  timbale balik yang diajukan pemateri |
| 4. | Terminasi  2 menit | a. Mengucapkan terima kasih  atas peran serta peserta  b. Mengucapkan salam penutup | a. Mendengarkan  dengan baik dan memberikan tanggapan positif  b. Menjawab salam |

**Materi**

**a. Pengertian Batuk Efektif**

Batuk efektif merupakan suatu metode batuk dengan benar dimana energy dapat dihemat sehingga tidak mudah lelah dan dapat mengeluarkan dahak secara maksimal (Smeltzer, 2001).

**b. Tujuan Batuk Efektif**

1) Mengurangi nyeri operasi saat batuk

2) Membebaskan jalan nafas dari akumulasi secret

3) Mengeluarkan sputum untuk pemeriksaan diagnostic laboratorium

4) Mengurangi sesak nafas akibat akumulasi secret

5) Meningkatkan distribusi ventilasi

6) Meningkatkan volume paru

7) Memfasilitasi pembersihan saluran paru

**c. Indikasi Batuk Efektif**

Dapat dilakukan pada pasien dengan COPD/PPOK, Emphysema, Fibrosis, Asma, Chest Infection, Pasien Bedrest Post Operasi

**d. Kontraindikasi Batuk Efektif**

Pasien dengan Pneumothorax, Pasien dengan Hemoptisis

**e. Alat Dan Bahan**

1) Sputum pot

2) Tissue

**f. Prosedur**

1) Tarik nafas dalam 4-5 kali

2) Pada tarikan nafas dalam yang terakhir, nafas ditahan 1-2 detik

3) Angkat bahu dan dada dilonggarkan serta batukkan dengan kuat dan spontan

4) Keluarkan dahak dengan batuk

5) Buang sputum pada pot sputum

**g. Referensi**

Smeltzer, S. (2001). *Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah*. Jakarta: EGC Kowalak, J. (2011). buku ajar patofisiologi. Jakarta: EGC

Rab. T. (2010). *Ilmu Penyakit Paru*. Jakarta: TIM

Tamsuri, A. (2008). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan*

*Pernafasan*. Jakarta: EGC

*c*

Tujuan

batuk efektif

**TEKNIK BATUK EFEKTIF**

. .,

•

•••••••••• • •

• 1. Mengurangi nyeri operasl saat batuk •

• •

•

2. Membebaskan jalan nafas dari akumu-

• lasi secret •

• •

•

3. Mengeluarkan sputum untuk pemerik-

• saan diagnostic laboratorium

•

Batuk efektif merupakan suatu metode batuk dengan benar dimana energy dapat dihemat sehingga tidak mu• dah lelah dan dapat menge• luarkan dahak secara

4. Mengurangi sesak nafas akibat akumu-

• lasi secret

•

maksimal

Disusun oleh :

5. Meningkatkan distribusi ventilasi

•

6 . Meningkatkan volume paru

Mohamad ardi afriansa

1721011

• 7.

Memfasilitasi pembersihan saluran pa-•

•

PRODI D-III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

~ ru ~



•~········································•

HANGTUAHSURABAYA

T.A 2019-2020



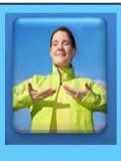


I .Sputum pot 

2. Tissue

( Teknik batuk efektif )

Tarik nafas dalam 4-5 kali  



Pada tarikan nafas dalam yang

l

terakhir, nafas ditahan 1-2 detik

Angkat bahu dan dada ilonggarkan serta batukkan engan kuat dan spontan

d d



Keluarkan dahak dengan batuk

Buang sputum pada pot sputum