# ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS TUBERCULOSIS + EFUSI PLEURA DEXTRA

**+ PNEUMONIA DI RUANG PARU PAVILIUN IV RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



**Oleh: WAHYU APRIYANI**

**NIM. 172.1019**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN STIKES HANG TUAH**

**SURABAYA 2020**

# ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS TUBERCULOSIS + EFUSI PLEURA DEXTRA

**+ PNEUMONIA 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: WAHYU APRIYANI**

**NIM. 172.1019**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN STIKES HANG TUAH**

**SURABAYA 2020**

i

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

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

Surabaya, 20 Pebruari 2020 Mahasiswa



# WAHYU APRIYANI NIM. 172.1019

ii

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa: Nama : Wahyu Apriyani

NIM : 172.1019

Program Studi : D-III KEPERAWATAN

# Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diagnosa Medis Tuberculosis + Efusi Pleura Dextra + Pneumonia di Ruang Paru Paviliun IV Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

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

# AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd. Kep)

Surabaya, Februari 2020

Pembimbing I Pembimbing II



Setiadi, M. Kep., Ns Agustina S. Padmi, S.Kep., Ns NIP. 03.001 NIP : 196708061991032002

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya Tanggal : 27 Pebruari 2020

iii

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Wahyu Apriyani

NIM : 172.1019

Program Studi : D-III KEPERAWATAN

# Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diagnosa Medis Tuberculosis + Efusi Pleura Dextra + Pneumonia di Ruang Paru Paviliun IV Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya, pada:

Hari, tanggal : 27 Pebruari 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.



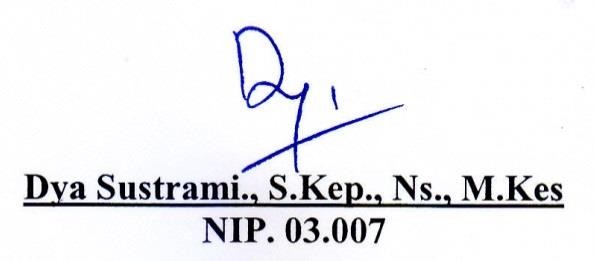
Penguji I : Setiadi, M. Kep.,Ns

NIP. 03.001

Penguji II : Agustina S.Padmi, S.Kep.,Ns

NIP. 196708061991032002

# Mengetahui, STIKES Hang Tuah Surabaya Ka Prodi D-III Keperawatan



Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya Tanggal : 27 Pebruari 2020

**Dya Sustrami., S.Kep., Ns., M.Kes NIP. 03.007**

iv

# MOTTO

“Sukses adalah sebuah perjalanan, bukan sebuah tujuan. Usaha sering lebih penting daripada hasilnya”

# PERSEMBAHAN

Kupersembahkan karya saya yang sederhana ini kepada:

1. Almarhum Ayah dan Ibuku tercinta yang telah membesarkan dan membimbingku serta kasih sayang baik materi maupun moral hingga tidak pernah lelah memberiku semangat yang luar biasa untuk melawan derita pahitnya kehidupan.
2. Bapak Heri Wahyudiono, S.,Kep, Ns dan Ibu Sutrik Setyo Mukti S.E yang telah memberikan motivasi untuk kuliah jurusan keperawatan dan menganggap layaknya saya anak sendiri.
3. Keluarga besar saya yang senantiasa tidak pernah putus asa memberiku semangat serta dorongan motivasi yang sangat luar biasa sehingga sedikit demi sedikit saya bisa belajar menengok luasnya jendela dunia.
4. Teman – teman seperjuangan “Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan STIKES HANG TUAH SURABAYA angkatan 23” yang memberiku arti jiwa kebersamaan.

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 ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya karena kemampuan penulis tetapi banyak ditentukan oleh 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 dan selama kami berada di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Ibu Wiwiek Liestyaningrum, M.Kep, selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Bapak Setiadi, M.Kep., Ns selaku Pembimbing I, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam

vi

memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

1. Ibu Agustina S.Kep.,Ns selaku Pembimbing II, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
2. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar selama proses perkuliahan.
3. Seluruh staf perpustakaan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan untuk membaca dan meminjam referensi buku di STIKES Hang Tuah Surabaya.
4. Orang tua saya tercinta yang telah memberikan do’a, motivasi dan dukungan moral maupun materil kepada penulis dalam menempuh pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya.
5. Teman – teman seperjuangan saya dalam naungan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, dan saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
6. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

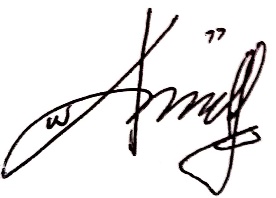
Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu

vii

saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 20 Februari 2020

Penulis



# WAHYU APRIYANI NIM. 172.1019

viii

# DAFTAR ISI

SAMPUL JUDUL

SAMPUL DALAM i

SURAT PERNYATAAN ii

HALAMAN PERSETUJUAN iii

HALAMAN PENGESAHAN iv

MOTTO DAN PERSEMBAHAN v

[KATA PENGANTAR vi](#_TOC_250038)

[DAFTAR ISI ix](#_TOC_250037)

DAFTAR TABEL xii

DAFTAR GAMBAR xiii

DAFTAR LAMPIRAN xiv

[BAB 1 PENDAHULUAN](#_TOC_250036)

* 1. [Latar Belakang 1](#_TOC_250035)
  2. [Rumusan Masalah 3](#_TOC_250034)
  3. Tujuan Penelitian 4
     1. [Tujuan Umum 4](#_TOC_250033)
     2. [Tujuan Khusus 4](#_TOC_250032)
  4. Manfaat Penelitian 5
     1. Secara Akademis 5
     2. Secara Praktis 5
  5. [Metode Penulisan 6](#_TOC_250031)
     1. [Metode 6](#_TOC_250030)
     2. [Teknik Pengumpulan Data 6](#_TOC_250029)
     3. [Sumber Data 6](#_TOC_250028)
     4. [Studi Kepustakaan 7](#_TOC_250027)
  6. [Sistematika Penulisan 7](#_TOC_250026)

[BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA](#_TOC_250025)

* 1. Konsep Dasar Penyakit Tuberculosis 9
     1. [Definisi 9](#_TOC_250024)
     2. [Anatomi Sistem Pernafasan 9](#_TOC_250023)
     3. [Fisiologi Sistem Pernafasan 16](#_TOC_250022)
     4. Klasifikasi 17
     5. Etiologi 22
     6. Manifestasi Klinis 23
     7. Patofisiologi 24
     8. Komplikasi 24
     9. Pemeriksaan Penunjang 24
     10. Penatalaksanaan 27
     11. Pencegahan 29
  2. Konsep Dasar Penyakit Efusi Pleura 29
     1. Definisi 29
     2. Klasifikasi 30

ix

* + 1. Etiologi 30
    2. Manifestasi Klinis 31
    3. Patofisiologi 32
    4. Pemeriksaan Penunjang 33
    5. Penatalaksanaan 33
  1. Konsep Dasar Penyakit Pneumonia 37
     1. [Definisi 37](#_TOC_250021)
     2. Etiologi 38
     3. Manifestasi Klinik 38
     4. Komplikasi 39
  2. Konsep Asuhan Keperawatan pada Suspect Tuberculosis + Efusi Pleura + Pneumonia 40
     1. Pengkajian 40
     2. Diagnosa Keperawatan 45
     3. Rencana Keperawatan 46
     4. Tindakan Keperawatan 54
     5. Evaluasi Keperawatan 54
  3. Kerangka Masalah 56

[BAB 3 TINJAUAN KASUS](#_TOC_250020)

* 1. [Pengkajian 57](#_TOC_250019)
     1. [Identitas 57](#_TOC_250018)
     2. [Riwayat Kesehatan 57](#_TOC_250017)
     3. [Pengkajian Persistem 60](#_TOC_250016)
     4. [Pemeriksaan Penunjang 67](#_TOC_250015)
     5. [Terapi 71](#_TOC_250014)
  2. [Analisa Data 72](#_TOC_250013)
     1. [Diagnosa Keperawatan 72](#_TOC_250012)
     2. [Prioritas Masalah 73](#_TOC_250011)
     3. Rencana Keperawatan 74
     4. Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan 77

[BAB 4 PEMBAHASAN](#_TOC_250010)

* 1. [Pengkajian 96](#_TOC_250009)
     1. [Identitas 96](#_TOC_250008)
     2. [Riwayat Kesehatan 97](#_TOC_250007)
     3. Pengkajian Persistem 98
     4. Pemeriksaan Penunjang 101
     5. [Kemampuan perawatan diri 101](#_TOC_250006)
  2. [Diagnosa Keperawatan 103](#_TOC_250005)
  3. Rencana Keperawatan 105
  4. Tindakan Keperawatan 108
  5. [Evaluasi 110](#_TOC_250004)

[BAB 5 PENUTUP](#_TOC_250003)

* 1. [Simpulan 112](#_TOC_250002)
  2. [Saran 113](#_TOC_250001)

x

[DAFTAR PUSTAKA 115](#_TOC_250000)

Lampiran 116

xi

Tabel 3.1 Kemampuan Perawatan Diri 64

Tabel 3.2 Hasil Laboratorium 66

Tabel 3.3 Pemeriksaan Risiko Jatuh (Morse) 67

Tabel 3.4 Pemeriksaan Risiko Trauma Kulit/Decubitus

(The Norton Scale) 68

Tabel 3.5 Pemeriksaan Skala Nyeri

(Wong Baker Faces Pain Rating Scores) 68

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 Rencana Keperawatan 73

Tabel 3.12 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan 76

xii

Gambar 2.1 Anatomi Sistem Pernafasan 9

Gambar 2.2 Anatomi Trakea 11

Gambar 2.3 Anatomi Laring 12

Gambar 2.4 Anatomi Rongga Pleura 15

Gambar 2.2Kerangka Masalah 55

xiii

Lampiran 1 Hasil Foto Thorak 116

Lampiran 2 Satuan Prosedur Operasional 117

xiv

# BAB 1 PENDAHULUAN

# Latar belakang

Tuberculosis paru merupakan penyakit infeksi yang menyerang parenkim paru – paru dan disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* (Ardiansyah, 2012). Tuberculosis adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh *“Mycobacterium tuberculosis”*. Kuman ini dapat menyerang semua bagian tubuh manusia, dan yang paling sering terkena adalah organ paru (90%) (Wahid, 2013). Tuberculosis Paru (TB paru) merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh bakteri Mycobacterium tuberkulosis yang menyerang paru-paru sehingga pada bagian dalam alveolus terdapat bintil-bintil atau peradangan pada dinding alveolus akan mengecil (Fadilah, 2016). Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yakni bakteri yang mempunyai ukuran 0,5-4 mikron × 0,3-0,6 mikron dengan bentuk batang tipis, lurus atau agak bengkok, bergranular atau tidak mempunyai selubung, tetapi mempunyai lapisan luar tebal yang terdiri dari lipoid yang sulit ditembus oleh zat kimia ( Maghfiroh, 2017 dalam (Kambaniru, 2018)).

Menurut laporan WHO tahun 2013, Indonesia menempati urutan ke tiga jumlah kasus tuberkulosis setelah India dan Cina dengan jumlah sebesar 700 ribu kasus. Angka kematian masih sama dengan tahun 2011 sebesar 27 per 100.000 penduduk, tetapi angka insidennya turun menjadi 185 per 100.000 penduduk di

tahun 2012 (WHO, 2013). Di Indonesia jumlah prevalensi yang didiagnosis TB Paru oleh tenaga kesehatan tahun 2013 adalah 0,4%. Sedangkan untuk prevalensi Tuberculosis paru di jawa timur yang di diagnosis TB paru sebesar 0,2%, yang mengalami batuk lebih dari 2 minggu sebesar 5,0%, yang mengalami batuk darah sebesar 2,4% Tuberculosis termasuk dalam penyakit menular yang paling banyak di Indonesia (RISKESDAS, 2013 dalam (Fadilah, 2016)). Sedangkan data yang diperoleh di ruang IV Paru RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya jumlah pasien dengan tuberkulosis paru dari 1 januari sampai dengan 30 desember 2019 sebanyak 453 orang dan mengalami peningkatan setiap bulannyaBerdasarkan data rekam medis RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya di ruang IV Paru, Tuberkulosis paru menduduki peringkat pertama jenis penyakit terbanyak di ruang IV Paru RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya selain penyakit Ca Paru, Efusi Pleura, PPOK, Pneumonia, Asma, Bronkitis dan Asma Bronkhiale.

Tuberculosis paru disebabkan oleh bakteri mycobacterium tuberculosis masuk dalam saluran pernafasan. TB paru di tandai dengan gejala: batuk berturut- turut sampai 2 minggu lebih, demam, flu, keringat malam, anoreksia, penurunan berat badan, batuk darah atau dahak, sesak nafas dan nyeri dada (Wahyu, 2013 dalam (Fadilah, 2016)). Pada penderita TB paru apabila penanganannya kurang baik, maka akan terjadi komplikasi seperti Hemoptitis (pendarahan dari saluran nafas bawah), kolaps dari lobus akibat retraksi bronchial, Bronkiektasis (peleburan bronkus setempat), Pneumotorak, penyebaran infeksi ke organ lain (Fadilah, 2016). Masyarakat yang didiagnosa Tuberculosis Paru akan muncul masalah keperawatan salah satunya yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang disebabkan oleh penumpukan sekret, spasme pada jalan nafas

(Fadlurrohman, 2015 dalam (Fadilah, 2016)). Hal ini yang dapat memunculkan diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sekret. Masalah keperawatan lain penderita TB seperti hipertermia yang disebabkan adanya peradangan di paru, mual berhubungan dengan proses pengobatan OAT, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya mekanisme pertahanan diri.

Untuk mencegah bertambahnya jumlah penderita penyakit TB Paru maka dibutuhkan peran dan fungsi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang dilakukan secara komprehensif dengan menggunakan proses keperawatan. Peran perawat dalam promotif dan preventif yakni memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit TB Paru dan juga bagaimana cara penularannya. Peran perawat kuratif adalah pemberian pengobatan obat anti tuberkulosis (OAT) dan harus dikonsumsi selama 6-8 bulan, pengobatan tetap harus dilakukan sesuai yang telah ditetapkan meskipun pasien sudah merasa sembuh, hal ini untuh mencegah terjadinya retensi basil terhadap obat TB. Pengobatan biasanya dilakukan dengan metode directly observed treatment shortcouse (DOTS). Dalam rehabilitatif perawat dapat mengajarkan latihan nafas dalam.

# Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis berniat membuat karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan pasien dengan Tuberculosis Paru + Efusi

Pleura Dextra + Pneumonia, untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Tuberculosis Paru + Efusi Pleura Dextra + Pneumonia di ruang paru Paviliun IV Rumkital Dr. Ramelan Surabaya?”

# Tujuan

# Tujuan umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Tn.N dengan diagnosa medis Tuberculosis Paru + Efusi Pleura Dextra + Pneumonia di ruang paru Paviliun IV Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

# Tujuan khusus

1. Mengkaji pada pasien Tuberculosis Paru + Efusi Pleura Dextra + Pneumonia dengan diagnosa medis di ruang paru Paviliun IV Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Tuberculosis Paru + Efusi Pleura Dextra + Pneumonia dengan diagnosa medis di ruang paru Paviliun IV Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada masing – masing diagnosa keperawatan pasien dengan diagnosa medis Tuberculosis Paru + Efusi Pleura Dextra + Pneumonia di ruang paru Paviliun IV Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Tuberculosis Paru + Efusi Pleura Dextra + Pneumonia di ruang paru Paviliun IV Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Tuberculosis Paru + Efusi Pleura Dextra + Pneumonia di ruang paru Paviliun IV Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

# 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 dibawah ini:

# Manfaat akademis

Hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien diagnosa medis Tuberculosis Paru + Efusi Pleura Dextra + Pneumonia di ruang paru Paviliun IV Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

# Manfaat dari segi praktisi

1. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pasien dengan Tuberculosis Paru + Efusi Pleura Dextra + Pneumonia dengan baik.

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada pasien dengan Tuberculosis Paru + Efusi Pleura Dextra + Pneumonia Bagi Profesi Kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Tuberculosis Paru + Efusi Pleura Dextra + Pneumonia .

# Metode Penulisan

# Metode

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

# Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

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

1. Observasi

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

1. Pemeriksaan

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

# Sumber Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

1. Data Sekunder

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

# Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

# Sistematika Penulisan

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

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

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

BAB 2: Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Tuberculosis Paru + Efusi Pleura, serta kerangka masalah.

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

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

BAB 5: Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

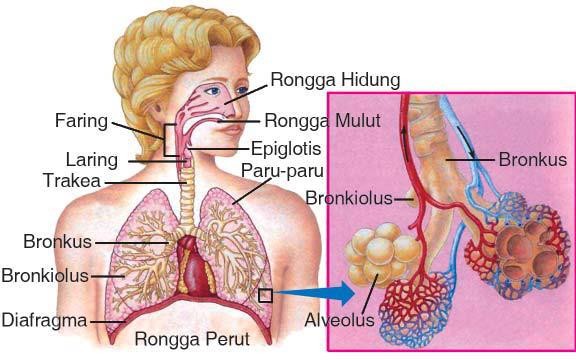
# BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

* 1. **Konsep Dasar Penyakit**

# Definisi

TB paru merupakan penyakit infeksi yang menyerang parenkim paru – paru dan disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* (Ardiansyah, 2012). Tuberculosis (TB) merupakan suatu infeksi akibat *Mycobacterium tuberculosis* yang dapat menyerang berbagai organ, terutama paru – paru dengan gejala yang sangat bervariasi (Nurarif, Amin & Kusuma, 2015). Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (Mycobacterium Tuberculosis). Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011).Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa tuberkulosis paru adalah suatu penyakit infeksi pada saluran nafas bawah yang menular melalui droplet disebabkan oleh mycobakterium tuberkulosa yang menyerang parenkim paru.

# Anatomi Sistem Pernafasan



Gambar 2.1 Anatomi Paru-paru (Ardiansyah, 2012)

Sistem pernapasan pada manusia dibagi menjadi beberapa bagian. Saluran penghantar udara dari hidung mencapai paru-paru sendiri meliputi dua bagian, yaitu saluran pernapasan bagian atas dan bagian bawah.

# Saluran Pernapasan Bagian Atas (Upper Respiratory Airway)

Secara umum, fungsi utama dari saluran pernapasan atas adalah sebagai saluran udara (air conduction) menuju saluran napas bagian bawah untuk pertukaran gas, melindungi (protecting) saluran napas bagian bawah dari benda asing, dan sebagai penghangat, penyaring serta pelembap (warming filtration and humidification) dari udara yang dihirup hidung. Saluran pernapasan atas ini terdiri dari organ – organ berikut:

* 1. Rongga Hidung (Cavum Nasalis)

Udara dari luar akan masuk lewat rongga hidung (cavum nasalis). Rongga hidung berlapis selaput lendir, di dalamnya terdapat kelenjar minyak (kelenjar sebasea) dan kelenjar keringat (kelenjar sudorifera). Selaput lendir berfungsi menangkap benda asing yang masuk lewat saluran pernafasan. Selain itu, terdapat juga rambut pendek dan tebal yang berfungsi menyaring partikel kotoran yang masuk bersama udara. Juga terdapat konka yang mempunyai banyak kapiler darah yang berfungsi menghangatkan udara yang masuk. Di sebelah belakang rongga hidung terhubung dengan nasofaring melalui dua lubang yang disebut choanae (Wahid, 2013).

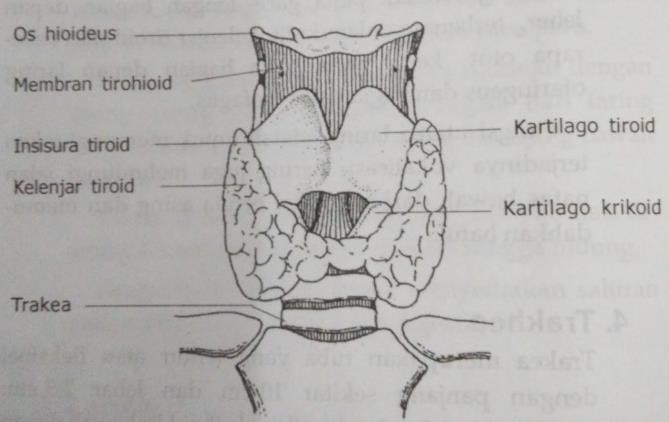
* 1. Faring (Tenggorokan)

Udara dari rongga hidung masuk ke faring. Faring merupakan percabangan dua saluran, yaitu saluran pernapasan *(nasofaring)* pada

bagian depan dan saluran pencernaan *(orofaring)* pada bagian belakang. Pada bagian belakang faring (posterior) terdapat laring *(tekak)* tempat terletaknya pita suara *(pita vocalis)*. Masuknya udara melalui faring akan menyebabkan pita suara bergetar dan terdengar sebagai suara. Fungsi utama faring adalah menyediakan saluran bagi udara yang keluar masuk dan juga sebagai jalan makanan dan minuman yang ditelan, faring juga menyediakan ruang dengung *(resonansi)* untuk suara percakapan (Wahid, 2013).

* 1. Batang Tenggorokan (Trakea)

Tenggorokan berupa pipa yang panjangnya ± 10 cm, terletak sebagian di leher dan sebagian di rongga dada (thorak). Dinding tenggorokan tipis dan kaku, dikelilingi oleh cincin tulang rawan, dan pada bagian dalam rongga bersilia. Silia – silia ini berfungsi menyaring benda – benda asing yang masuk ke saluran pernapasan. Batang tenggorokan (trakea) terletak di sebelah depan kerongkongan. Di dalam rongga dada, batang tenggorokan bercabang menjadi dua cabang tenggorokan (bronkus). Di dalam paru – paru, cabang tenggorokan bercabang – cabang lagi menjadi saluran yang sangat kecil disebut bronkiolus. Ujung bronkiolus berupa gelembung kecil yang disebut gelembung paru – paru (alveolus) (Wahid, 2013)

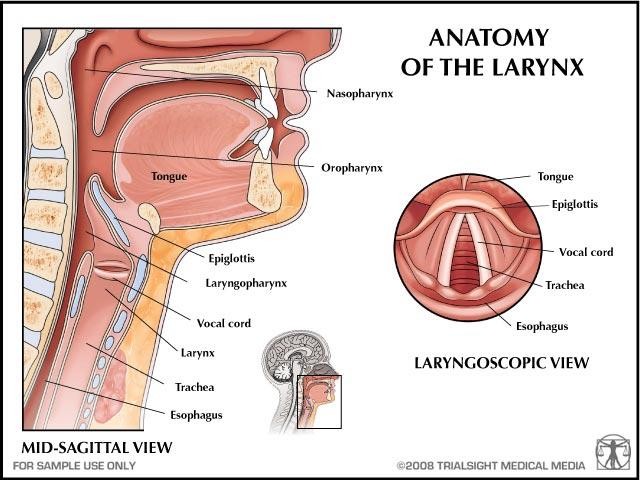


Gambar 2. 2 Anatomi Trakea

(Wahid, 2013)

* 1. Pangkal Tenggorokan (Laring)

Laring merupakan suatu saluran yang dikelilingi oleh tulang rawan. Laring berada diantara orofaring dantrakea, di depan larofaring. Salah satu tulang rawan pada laring disebut epiglotis. Epiglotis terletak di ujung bagian pangkal laring. Laring diselaputi oleh membran mukosa yang terdiri dari epitel berlapis pipih yang cukup tebal sehingga kuat untuk menahan getaran – getaran suara pada laring. Fungsi utama laring adalah menghasilkan suara dan juga sebagai tempat keluar masuknya udara (Wahid, 2013).



Gambar 2.3 Anatomi Laring

(Wahid, 2013)

# Saluran Pernapasan Bagian Bawah (Lower Respiratory Airway)

Ditinjau dari fungsinya, secara umum saluran pernapasan bagian bawah terbagi menjadi dua komponen. Pertama, saluran udara kondusif atau yang sering disebut sebagai paercabangan dari trakeobronkialis. Saluran ini terdiri atas trakea, bronki dan bronkioli. Kedua, satuan respiratorius terminal (kadang kala disebut dengan acini) yang merupakan saluran udara konduktif dengan fungsi utamanya sebagai penyalur (konduksi) gas masuk dan keluar dari satuan respiratorius terminal merupakan tempat pertukaran gas yang sesungguhnya. Alveoli sendiri merupakan bagian dari satuan respiratorius terminal (Ardiansyah, 2012).

* 1. Cabang Batang Tenggorokan *(Bronkus)*

Merupakan cabang batang tenggorokan yang jumlahnya sepasang, yang satu menuju ke paru – paru kiri dan yang satunya menuju paru – paru kanan. Dinding bronkus terdiri atas lapisan jaringan ikat, lapisan jaringan epitel, otot polos dan cincin tulang rawan. Kedudukan bronkus yang menuju ke kiri lebih mendatar dari pada ke kanan. Hal ini merupakan salah satu sebab mengapa paru – paru kanan lebih mudah terserang penyakit (Wahid, 2013).

* 1. Bronkiolus

Bronkiolus merupakan cabang dari bronkus, dindingnya lebih tipis dan salurannya lebih tipis. Bronkeolus bercabang - cabang menjadi bagian yang lebih halus (Wahid, 2013).

* 1. Alveolus

Saluran akhir dari saluran pernapasan yang berupa gelembung – gelembung udara. Dinding alveolus sangat tipis setebal silapis sel, lembap dan berdekatan dengan kapiler – kapiler darah. Adanya alveolus memungkinkan terjadinya luasnya daerah permukaan yang berperan penting dalam pertukaran gas. Pada bagian alveolus inilah terjadi pertukaran gas – gas O2 dari udara bebas ke sel – sel darah, sedangkan pertukaran CO2 dari sel – sel tubuh ke udara bebas terjadi (Wahid, 2013).

* 1. Paru – paru *(Pulmo)*

Bagian kiri dan kanan paru – paru terdapat dalam rongga toraks. Paru

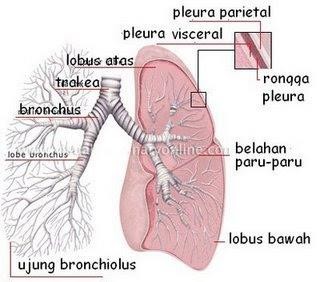
– paru juga dilapisi pleura, yaitu parietal pleura dan visceral pleura. Di dalam rongga pleura terdapat cairan surfaktan yang berfungsi untuk lubrikn. Paru kanan dibagi atas tiga lobus, yaitu lobus superior, lobus medius dan lobus inferior. Sedangkan, paru kiri dibagi menjadi dua lobus, yaitu lobus superior dan inferior. Tiap lobus dibungkus oleh jaringan elastis yang mengandung pembuluh limfe, arteriola, venula, bronchial venula, ductus alveolar, sakkus alveolar dan alveoli. Diperkirakan setiap paru – paru mengandung 150 juta alveoli, sehingga organ ini mempunyai permukaan yang cukup luas sebagai tempat permukaan atau pertukaran gas.

* 1. Toraks, Diafragma dan Pleura

Rongga torak berfungsi melindungi paru – paru, jantung dan pembuluh darah besar. Bagian rongga toraks terdiri atas 12 iga costa. Pada bagian atas toraks di daerah leher, terdapat dua otot tambahan untuk proses

inspirasi, yakni sklaneus dan sternokleidomastoideus. Otot sklaneus menaikkan tulang iga pertama dan kedua selama inspirasi untuk memperluas rongga dada atas dan menstabilkan dinding dada. Otot sternokleidomastoideus berfungsi untuk mengangkat sternum. Otot parastemal, trapezius dan pektoralis juga merupakam otot inspirasi tambahan yang berguna untuk meningkatkan kerja napas. Di antara tulang iga terdapat otot interkostal. Otot interkostal eksternum adalah otot yang menggerakkan tulang iga ke atas dan depan, sehingga dapat meningkatkan diameter anteroposterior dari dinding dada.

Diafragma terletak di bawah rongga toraks. Pada keadaan relaksasi, diafragma ini berbentuk kubah. Mekanisme pengaturan otot diafragma *(nervus frenikus)* terdapat pada tulang belakang *(spinal cord)* di servikal ke-3 (C3). Oleh karena itu, jika terjadi kecelakaan pada saraf C3, maka hal ini dapat menyebabkan gangguan ventilasi. Pleura merupakan membran serosa yang menyelimuti paru. Terdapat dua macam pleura, yaitu pleura parietal yang melapisi rongga toraks dan pleura viseral yang menutupi setiap paru – paru. Di antara kedua pleura tersebut terdapat cairan pleura menyerupai selaput tipis yang memungkinkan kedua permukaan tersebut bergesekan satu sama lain selama respirasi, sekaligus mencegah pemisahan toraks dan paru – paru. Tekanan dalam rongga pleura lebih rendah dari tekanan atmosfer, sehingga mencegah terjadinya kolaps paru. Jika pleura bermasalah, misalnya mengalami peradangan, maka udara cairan dapat masuk ke dalam rongga pleura. Hal tersebut dapat menyebabkan paru – paru tertekan dan kolaps (Ardiansyah, 2012).



Gambar 2.4 Rongga Pleura

# Fisiologi Sistem Pernafasan

(Ardiansyah, 2012)

Proses fisiologi pernapasan dimana oksigen dipindahkan dari udara ke dalam jaringan – jaringan dan CO2 dikeluarkan ke udara (ekspirasi), dapat dibagi menjadi dua tahapan (stadium), yaitu stadium pertama dan stadium kedua.

# Stadium Pertama

Stadium pertama ditandai dengan fase ventilasi, yaitu masuknya campuran gas – gas ke dalam dan keluar paru – paru. Mekanisme ini dimungkinkan karena ada selisih tekanan antara atmosfer dan alveolus, akibat kerja mekanik dari otot – otot (Ardiansyah, 2012).

# Stadium Kedua

Transportasi pada fase ini terdiri dari beberapa aspek, yaitu:

* 1. Difusi gas antara alveolus dan kapiler paru – paru (respirasi eksternal) serta antara darah sistemik dan sel – sel jaringan.
  2. Distribusi darah dalam sirkulasi pulmonal dan penyesuainnya dengan distribusi udara dalam alveolus.
  3. Reaksi kimia dan fisik dari O2 dan CO2 dengan darah respimi atau respirasi internal merupakan stadium akhir dari respirasi, dimana oksigen dioksida untuk mendapatkan energi, dan CO2 terbentuk sebagai sampah dari proses metabolisme sel dan dikeluarkan oleh paru – paru.
  4. Transportasi adalah tahap kedua dari proses pernapasan yang mencakup proses difusi gas – gas melintasi membran alveolus kapiler yang tipis (tebalnya kurang dari 0,5 mm). Kekuatan mendorong untuk pemindahan ini diperoleh dari selisih tekanan parsial antara darah dan fase gas. Perfusi adalah pemindahan gas secara efektif antara alveolus dan kapiler paru – paru yang membutuhkan distribusi merata dari udara dalam paru – paru dan perfusi (aliran darah) dalam kapiler. Dengan kata lain, ventilasi dan perfusi dari unit pulmonary yang sudah sesuai dengan orang normal pada posisi tegak dan perfusi hampir seimbang, kecuali pada apeks paru – paru (Ardiansyah, 2012).

# Klasifikasi

1. **Tuberkulosis Primer**

Tuberkulosis adalah infeksi bakteri TB dari penderita yang belum mempunyai reaksi spesifik terhadap bakteri TB. Bila bakteri TB terhirup dari udara melalui saluran pernapasan dan mencapai alveoli atau bagian terminal saluran pernapasan, maka bakteri akan ditangkap dan dihancurkan oleh makrofag yang berada di alveoli. Jika pada proses ini bakteri ditangkap oleh makrofag yang lemah, maka bakteri akan berkembang biak dalam tubuh makrofag yang lemah itu dan menghancurkan makrofag. Dari proses ini,

dihasilkan bahan kemotaksis yang menarik monosit (makrofag) dari aliran darah dan membentuk tuberkel. Sebelum menghancurkan bakteri, makrofag harus diaktifkan terlebih dahulu oleh limfokin yang dihasilkan oleh limfosit

T. Tuberkulosis primer merupakan infeksi yang sifatnya sistematis (Ardiansyah, 2012).

# Tuberkulosis Sekunder

Telah terjadi resolusi dari infeksi primer, sejumlah kecil bakteri TB masih dapat hidup dalam keadaan dorman di jaringan parut. Sebanyak 90% diantaranya tidak mengalami kekambuhan. Reaktifasi penyakit TB (TB pasca primer atau TB sekunder) terjadi bila daya tahan tubuh menurun, pecandu alkohol akut, silikosis dan pada penderita diabetes melitus serta AIDS (Ardiansyah, 2012).

Menurut (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011), Klasifikasi TB Paru dibedakan menurut :

* 1. Klasifikasi berdasarkan lokasi anatomi dari penyakit

1. Tuberkulosis paru :

TB terjadi pada parenkim (jaringan) paru. Milier TB dianggap sebagai TB paru karena adanya lesi pada jaringan paru. Limfadenitis TB dirongga dada (hilus dan atau mediastinum) atau efusi pleuratanpa terdapat gambaran radiologis yang mendukung TB pada paru, dinyatakan sebagai TB ekstra paru. Pasien yang menderita TB paru dan sekaligus juga menderita TB ekstra paru, diklasifikasikan sebagai pasien TB paru.

1. Tuberkulosis extra paru :

TB terjadi pada organ selain paru, misalnya: pleura, kelenjar limfe, abdomen, saluran kencing, kulit, sendi, selaput otak dan tulang. Diagnosis TB ekstra paru dapat ditetapkan berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis atau klinis. Diagnosis TB ekstra paru harus diupayakan berdasarkan penemuan Mycobacterium tuberculosis.

Pasien TB ekstra paru yang menderita TB pada beberapa organ, diklasifikasikan sebagai pasien TB ekstra paru pada organ menunjukkan gambaran TB yang terberat.

* 1. Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya

Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya disebut sebagai tipe pasien, yaitu:

* + 1. Kasus baru

Adalah pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (4 minggu). Pemeriksaan BTA bisa positif atau negatif.

* + 1. Kasus yang sebelumnya diobati
       1. Kasus kambuh (Relaps)

Adalah pasien tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, didiagnosis kembali dengan BTA positif (apusan atau kultur).

* + - 1. Kasus setelah putus berobat (Default )

Adalah pasien yang telah berobat dan putus berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif.

* + - 1. Kasus setelah gagal (Failure)

Adalah pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.

1. Kasus Pindahan (Transfer In)

Adalah pasien yang dipindahkan keregister lain untuk melanjutkan pengobatannya.

1. Kasus lain:

Adalah semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan diatas, seperti yang i. tidak diketahui riwayat pengobatan sebelumnya, ii. pernah diobati tetapi tidak diketahui hasil pengobatannya, iii. kembali diobati dengan BTA negative.

Catatan:

TB paru BTA negatif dan TB ekstra paru, dapat juga mengalami kambuh, gagal, default maupun menjadi kasus kronik. Meskipun sangat jarang, harus dibuktikan secara patologik, bakteriologik (biakan), radiologik, dan pertimbangan medis spesialistik.

* 1. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis, keadan ini terutama ditujukan pada TB Paru:
     1. Tuberkulosis paru BTA positif.:
        1. Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.
        2. 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran tuberkulosis.
        3. 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman TB positif.
        4. 1 atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.
     2. Tuberkulosis paru BTA negatif

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

* + - 1. Paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negative
      2. Foto toraks abnormal sesuai dengan gambaran tuberkulosis.
      3. Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT, bagi pasien dengan HIV negatif.
      4. Ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan.

Catatan:

1. Pasien TB paru tanpa hasil pemeriksaan dahak tidak dapat diklasifikasikan sebagai BTA negative, lebih baik dicatat sebagai “pemeriksaaan dahak tidak dilakukan”.
2. Bila seorang pasien TB paru juga mempunyai TB ekstra paru, maka untuk kepentingan pencatatan, pasien tersebut harus dicatat sebagai pasien TB paru.
3. Bila seorang pasien dengan TB ekstra paru pada beberapa organ, maka dicatat sebagai TB ekstra paru pada organ yang penyakitnya paling berat.
   1. Klasifikasi pasien TB berdasarkan status HIV:
      1. Pasien TB dengan HIV positif (pasien ko – infeksi TB/HIV) : adalah pasien TB dengan :
         1. Hasil tes HIV positif sebelumnya atau sedang mendapat ART
         2. Hasil HIV positif pada saat diagnosis TB
      2. Pasien dengan HIV negatif : adalah pasien TB dengan :
         1. Hasil HIV negatif sebelumnya
         2. Hasil HIV negatif pada saat dignosis TB
      3. Pasien dengan status HIV tidak diketahui : adalah pasien TB tanpa ada bukti pendukung hasil tes HIV saat diagnosis TB ditetapkan.

# Etiologi

Ardiansyah ( 2012 ), mengatakan etiologi dari penyakit tubuerkulosis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh basil *Mycobacterium tuberculosis* tipe humanus, sejenis kuman 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 dalam lemari es) karena sifatnya yang dormant, yaitu dapat bangkit

kembali dan menjadi lebih aktif. Selain itu, kuman ini juga bersifat aerob. Tuberkulosis paru merupakan infeksi pada saluran pernapasan yang vital. Basil Mycobacterium masuk ke dalam jaringan paru melalui saluran napas *(droplet infection)* sampai alveoli dan terjadilah infeksi primer *(Ghon).* Kemudian, di kelenjar getah bening terjadilah primer kompleks yang disebut tuberculosis primer. Dalam sebagian besar kasus, bagian yang terinfeksi ini dapat mengalami penyembuhan. Peradangan terjadi sebelum tubuh mempunyai kekebalan spesifik terhadap basil Mycobacterium pada usia 1 – 3 tahun. Sedangkan post primer tuberculosis *(reinfection)* adalah peradangan yang terjadi pada jaringan paru yang disebabkan penularan ulang (Ardiansyah, 2012).

# Manifestasi Klinis

Ardiansyah ( 2012 ), menyebutkan beberapa manifestasi klinik tuberkulosis :

1. Sistemik : malaise, anoreksia, berat badan menurun dan keluar keringat malam.
2. Akut : demam tinggi, seperti flu dan menggigil
3. Milier : demam akut, sesak nafas dan sianosis
4. Respiratorik : batuk lama lebih dari dua minggu, sputum yang mukoid atau mukopurulen, nyeri dada, batuk darah dan gejala lain. Bila ada tanda – tanda penyebaran ke organ lain, seperti pleura, akan terjadi nyeri pleura, sesak napas ataupun gejala meningeal (nyeri kepala, kaku kuduk dan lain sebagainya) (Ardiansyah, 2012).

# Patofisiologi

*Port de’ entri* kuman *Mycobacterium tuberculosis* adalah saluran pernafasan, saluran pencernaan dan luka terbuka pada kulit, kebanyakan infeksi

tuberculosis terjadi melalui udara *(air bone),* yaitu melalui inhalasi droplet yang mengandung kuman – kuman basil tuberkel yang berasal dari orang yang terinfeksi. Basil tuberkel yang mencapai permukaan alveolus biasanya di inhalasi terdiri dari satu sampai tiga gumpalan basil yang lebih besar cenderung tertahan di saluran hidung dan cabang besar bronkus dan tidak menyebabkan penyakit. Setelah berada dalam ruang alveolus biasanya di bagian bawah lobus atau paru – paru, atau di bagian atas lobus bawah. Basil tuberkel ini membangkitkan reaksi peradangan. Leukosit polimorfonuklear tampak pada tempat tersebut dan memfagosit bakteria namun tidak membunuh organisme tersebut. Sesudah hari – hari pertama maka leukosit diganti oleh makrofag. Alveoli yang terserang akan mengalami konsolidasi dan timbul gejala pneumonia akut. Pneumonia seluler ini dapat sembuh dengan sendirinya sehingga tidak ada sisa yang tertinggal, atau proses dapat juga berjalan terus, dan bakteri terus difagosit atau berkembang biak di dalam sel. Basil juga menyebar melalui getah bening menuju ke kelenjar bening regional. Makrofag yang mengadakan infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu sehingga membentuk sel tuberkel epiteloit, yang dikelilingi oleh fosit. Reaksi ini biasanya membutuhkan waktu 10 sampai 20 hari (Wahid, 2013).

# Komplikasi

Wahid ( 2013 ), menyebutkan beberapa komplikasi pada tuberkulosis :

1. Hemomtosis berat (perdarahan dari saluran nafas bawah) yang dapat mengakibatkan kematian karena syok hipovolemik atau tersumbatnya jalan nafas)
2. Kolaps dari lobus akibat retraksi bronchial
3. Bronkiektasis (peleburan bronkus setempat) dan fibrosis (pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan atau reaktif) pada paru.
4. Pneumotorak (adanya udara di dalam rongga pleura) spontan: kolaps spontan karena kerusakan jaringan paru.
5. Penyebaran infeksi ke organ lain seperti otak, tulang, persendian, ginjal dan sebagainya.
6. Insufisiensi kardio pulmoner *(cardio pulmonary insufficiency)* (Wahid, 2013)

# Pemeriksaan Penunjang

Wahid ( 2013 ), menyebutkan beberapa pemeriksaan penunjang pada penyakit tuberkulosis :

1. Pemeriksaan Laboratorium
   1. Darah

Pada saat tuberculosis baru mulai (aktif) akan didapatkan jumlah leukosit yang sedikit meninggi dengan diferensiasi pergeseran ke kiri. Jumlah limfosit masih dibawah normal. Laju endap darah mulai meningkat. Bila penyakit mulai sembuh, jumlah leukosit kembali normal dan jumlah limfosit masih tetap tinggi. Pemeriksaan ini kurang mendapat perhatian karena angka – angka positif palsu dan negatif palsunya masih besar.

* 1. Sputum

Pemeriksaan sputum adalah penting karena dengan ditemukannya kuman BTA, diagnosis tuberculosis sudah dapat dipastikan. Disamping itu pemeriksaan sputum juga dapat memberikan evaluasi terhadap

pengobatan yang sudah diberikan. Kriteria sputum BTA positif adalah bila sekurang – kurangnya ditemukan 3 batang kuman BTA pada satu sediaan. Dengan kata lain diperlukan 5000 kuman dalam 1 ml sputum.

Hasil pemeriksaan dinyatakan positif jika sedikitnya 2 dari 3 spesimen BTA hasilnya positif. Bila hanya 1 sppesimen yang positif perlu dilakukan pemeriksaan SPS ulang. Apabila fasilitas memungkinkan, maka dilakukan pemeriksaan lain misalnya biakan. Bila ketiga spesimen hasilnya negatif diberikan antibiotik spectrum luas (misalnya kotrimoksasol atau amoksisilin) selama 1 – 2 minggu. Bila tidak ada perbaikan gejala klinis tetap mencurigakan TBC, ulangi pemeriksaan SPS.

* + 1. Hasil pemeriksaan SPS positif didiagnosis TBC BTA positif.
    2. Hasil SPS negatif, lakukan pemeriksaan Rontgenthorak :
       1. Hasil mendukung TBC, penderita TBC BTA (-) rontgen (+)
       2. Hasil tidak mendukung TBC bukan penderita TBC.
  1. Tes Tuberculin

Pemeriksaan ini masih banyak dipakai untuk membantu menegakkan diagnosis tuberculosis terutama pada anak – anak (balita). Biasanya dipakai cara Mantoux yakni dengan menyuntikkan 0,1 cc tuberculin P.P.D *(purified protein derivative)* intrakutan berkekuatan 5

T.U *(intermediate strength).*

Hasil tes mantoux ini dibagi dalam:

1. Indurasi 0-5 mm (diameternya): mantoux negative = golongan no sensitivity. Disini peranan antibody humoral paling menonjol.
2. Indurasi 6-9 mm: hasil meragukan golongan low grade sensitivity.

Disini peranan antybody humoral masih lebih menonjol.

1. Indurasi 10-15 mm: mantoux positif = golongan normal sensitivity.

Disini peranan kedua antibody seimbang.

1. Indurasi lebih dari 16 mm: mantoux positif kuat = golongan hyper- sensitivity. Disini peranan antibody selular paling menonjol.
   1. Foto Thoraks

Foto thoraks PA dengan atau tanpa literal merupakan pemeriksaan radiologi standar. Jenis pemeriksaan radiologi lain hanya atas indikasi top foto, oblik, tomogram dan lain – lain.

Karakteristik radiologi yang menunjang diagnostik antara lain:

* + 1. Bayangan lesi radiologi yang terletak di lapangan atas paru
    2. Bayangan yang berawan *(patchy)* atau berbercak *(noduler)*
    3. Kelainan yang bilateral, terutama bila terdapat di lapangan atas paru
    4. Bayang yang menetap atau relatif menetap setelah beberapa minggu
    5. Bayangan bilier (Wahid, 2013).

# Penatalaksanaan

Wahid ( 2013 ), menyebutkan tujuan pengobatan pada penderita TB paru selain untuk menyembuhkan atau mengobati penderita juga mencegah kematian, mencegah kekambuhan atau resistensi terhadap OAT serta memutuskan mata rantai penularan.

Pengobatan TBC diberikan dalam 2 tahap:

1. Tahap intensif (2-3 bulan)

Pada tahap intensif (awal) penderita mendapat obat setiap hari dan diawasi langsung untuk mencegah terjadinya kekebalan terhadap semua OAT, terutama rifampisin. Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya penderita menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu. Sebagian besar penderita TBC BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) pada akhir pengobatan intensif. Pengawasan ketat dalam tahap intensif sangat penting untuk mencegah terjadinya kekebalan obat.

1. Tahap lanjutan (4-7 bulan)

Pada tahap lanjutan penderita mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama. Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman persisten *(dormant)* sehingga mencegah terjadinya kekambuhan. Paduan obat yang digunakan terdiri dari obat utama dan obat tambahan. Jenis obat utama yang digunakan sesuai dengan rekomendasi WHO adalah Rifampisin, INH, Pirasinamid, Streptomisin dan Etambutol. Sedang jenis obat tambahan adalah Kanamisin, Kuinolon, Makrolide dan Amoksisilin + Asam Klavulanat, derivat Rifampisin atau INH. Jenis dan dosis OAT:

* 1. Isoniasid (H)

Dikenal dengan INH, bersifat bakterisid, dapat membunuh 90% populasi kuman dalam beberapa hari pertama pengobatan. Obat ini sangat efektif terhadap kuman dalam keadaan metabolik aktif, yaitu kuman yang sedang berkembang. Dosis harian yang dianjurkan 5 mg/kg, sedangkan

untuk pengobatan intermitten 3 kali seminggu diberikan dengan dosis 10 mg/kg BB.

* 1. Rifampisin (R)

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

* 1. Pirasinamid (Z)

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

* 1. Streptomisin (S)

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

* 1. Etambutol (E)

Bersifat sebagai bakteriostatik. Dosis harian yang dianjurkan 15 mg/kg BB sedangkan untuk pengobatan intermitten 3 kali seminggu digunakan dosis 30 mg/kg BB (Wahid, 2013).

# Pencegahan

Wahid ( 2013 ), menyebutkan beberapa komplikasi dari penyakit TB :

1. Hidup sehat (makan makanan yang bergizi, istirahat yang cukup, olahraga teratur, hindari rokok, alkohol, obat bius dan hindari stress)
2. Bila batuk mulut ditutup
3. Jangan meludah di sembarang tempat
4. Lingkungan sehat
5. Vaksinasi BCG pada bayi (Wahid, 2013)

# Konsep Dasar Penyakit Efusi Pleura

# Definisi

Efusi pleural adalah penumpukan cairan di dalam ruang pleural, proses penyakit primer jarang terjadi namun biasanya terjadi sekunder akibat penyakit lain. Efusi dapat berupa cairan jernih, yang mungkin merupakan transudat, eksudat atau dapat berupa darah atau pus (Padila, 2012). Efusi pleura adalah penimbunan cairan dalam rongga pleura akibat transudasi atau eksudasi yang berlebihan dari permukaan pleura. Dalam keadaan normal, rongga pleura hanya mengandung sedikit cairan sebanyak 10 –20 ml yang membentuk lapisan tipis pada pleura perietalis dan viserali yang berfungsi sebagai pelicin antar kedua pleura pada waktu pernafasan. (Smetler, 2001 dalam (Anggarsari, Yuyun, & Akhmad, 2018)).

Pada pasien dengan penyakit efusi pleura dengan disertai komplikasi penyakit lain cairan pada rongga pleura yang dapat terserap oleh tubuh pasien sendiri sebanyak 25 – 50 cc (Somantri, 2008) Penyakit – penyakit yang dapat menimbulkan efusi pleura adalah tuberculosis, infeksi paru non tuberculosis, keganasan, sirosis hati, trauma tembus atau tumpul pada daerah dada, infark paru, serta gagal jantung kongestif.

# Klasifikasi

Nurarif ( 2015 ), menyebutkan beberapa klasifikasi pada efusi plura:

1. Efusi pleura transudat

Merupakan ultrafiltrat plasma, yang menandakan bahwa membran pleura tidak terkena penyakit. Akumulasi cairan disebabkan oleh faktor sistemik yang mempengaruhi produksi dan absorbs cairan pleura seperti (gagal jantung kongestif, atelektasis, sirosis, sindrom nefrotik dan dialysis peritoneum).

1. Efusi pleura eksudat

Ini terjadi akibat kebocoran cairan melewati pembuluh kapiler yang rusak dan masuk ke dalam paru yang dilapisi pleura tersebut atau ke dalam paru terdekat. Kriteria efusi pleura eksudat:

* 1. Rasio cairan pleura dengan protein serum lebih dari 0,5
  2. Rasio cairan pleura dengan dehidrogenase laktat (LDH) lebih dari 0,6
  3. LDH cairan pleura dua pertiga atas batas normal LDH serum (Nurarif, Amin & Kusuma, 2015)

# Etiologi

Padila ( 2012 ), menyebutkan etiologi pada efusi pleura :

1. Hambatan reabsorbsi cairan dari rongga pleura, karena adanya bendungan seperti pada dekompensasi kordis, penyakit ginjal, tumor mediatinum, sindroma meig (tumor ovarium) dan sindroma vena kava superior.
2. Pembentukan cairan yang berlebihan, karena radang (tuberculosis, pneumonia, virus) bronkiektasis, abses amuba subfrenik yang menembus ke rongga pleura, karena tumor dimana masuk cairan berdarah dan karena trauma. Kelebihan cairan rongga pleura dapat terkumpul pada proses

penyakit neoplastik, tromboembolik, kardiovaskuler dan infeksi, ini disebabkan oleh sedikitnya satu dari empat mekanisme dasar:

* 1. Peningkatan tekanan kapiler subpleural atau limfatik
  2. Penurunan tekanan osmotik koloid darah
  3. Peningkatan tekanan negative intrapleural
  4. Adanya inflamasi atau neoplastik pleura (Padila, 2012)

# Manifestasi Klinis

Padila ( 2012 ), menyebutkan beberapa manisfestasi klinik pada efusi pleura :

1. Adanya timbunan cairan mengakibatkan perasaan sakit karena pergesekan, setelah cairan cukup banyak rasa sakit hilang. Bila cairan banyak, penderita akan sesak napas.
2. Adanya gejala penyakit penyebab seperti demam, menggigil dan nyeri dada pleuritis (pneumonia), panas tinggi (kokus), subfebril (tuberculosis), banyak keringat, batuk dan banyak riak.
3. Deviasi trakea menjauhi tempat yang sakit dapat terjadi jika terjadi penumpukan cairan pleural yang sinifikan.
4. Pemeriksaan fisik dalam keadaan berbaring dan duduk akan berlainan, karena cairan akan berpindah tempat. Bagian yang sakit akan kurang bergerak dalam pernapasan, fremitus melemah (raba dan vocal), pada perkusi didapati daerah pekak, dalam keadaan duduk permukaan cairan membentuk garis melengkung *(garis Ellis Damoiseu).*
5. Didapati segitiga Garland, yaitu daerah yang pada perkusi redup timpani dibagian atas garis Ellis Damoiseu. Segitiga Grocco-Rochfusz, yaitu daerah

pekak karena cairan mendorong mediastinum ke sisi lain, pada auskultasi daerah ini didapati vesikuler melemah dengan ronchi.

Pada permulaan dan akhir penyakit terdengar krepitasi pleura (Padila, 2012)

# Patofisiologi

Di dalam rongga pleura terdapat ± 5 ml cairan yang cukup untuk membasahi seluruh permukaan pleura parietalis karena adanya tekanan hidrostatik, tekanan koloid dan daya tarik elastis. Sebagian cairan ini diserap kembali oleh kapiler paru dan pleura viseralis, sebagian kecil lainnya (10-20%) mengalir ke dalam pembuluh limfe sehingga pasase cairan disini mencapai 1 liter seharinya.

Terkumpulnya cairan di rongga pleura disebut efusi pleura, ini terjadi bila keseimbangan antara produksi dan absorbsi terganggu misalnya pada hyperemia akibat inflamasi, perubahan tekanan osmotik (hipoalbuminemia), peningkatan tekanan vena (gagal jantung). Atas dasar kejadiannya efusi dapat dibedakan atas transudat dan eksudat pleura. Transudat misalnya terjadi pada gagal jantung karena bendungan vena disertai peningkatan tekanan hidrostatik, dan sirosis hepatik karena tekanan osmotik koloid yang menurun. Eksudat dapat disebabkan antara lain oleh keganasan dan infeksi. Cairan keluar langsung dari kapiler sehingga kaya akan protein dan berat jenisnya tinggi. Cairan ini juga mengandung banyak sel darah putih. Sebaliknya transudat kadar proteinnya rendah sekali atau nihil sehingga berat jenisnya rendah (Padila, 2012)

# Pemeriksaan Penunjang

Padila ( 2012 ), menyebutkan beberapa pemeriksaan penunjang pada efusi pleura:

1. Pemeriksaan diagnostik (rontgen dada), pada permulaan didapati menghilangnya sudut kostofrenik. Bila cairan lebih 300 ml, akan tampak cairan dengan permukaan melengkung. Mungkin terdapat pergeseran di mediatinum.
2. Ultrasonografi
3. Torakosentesis atau pungsi pleura untuk mengetahui kejernihan, warna, biakan tampilan, sitologi, berat jenis. Fungsi pleura diantara linea aksilaris anterior dan posterior, pada sela iga ke 8. Didapati cairan yang mungkin serosa *(serotorak),* berdarah *(hemotorak),* pus *(pirotorak)* atau kilus *(kilotorak).* Bila cairan serosa mungkin berupa transudat (hasil bendungan) atau eksudat (hasil radang).
4. Cairan pleural dianalisis dengan kultur bakteri, pewarnaan gram, basil tahan asam (untuk TBC), hitung sel darah merah dan putih, pemeriksaan kimiawi (glukosa, amylase, laktat dehidrogenase (LDH), protein), analisis sitologi untuk sel – sel malignan.
5. Biopsi pleura mungkin juga dilakukan (Padila, 2012)

# Penatalaksanaan Medis

Menurut Somantri(2008:100) penatalaksanaan medis yang dapat dilakukan untuk mengatasi penyakit efusi pleura adalah sebagai berikut :

1. Aspirasi cairan pleura

Punksi pleura ditujukan untuk menegakkan diagnosa efusi plura yang dilanjutkan dengan pemeriksaan mikroskopis cairan. Disamping itu punksi ditujukan pula untuk melakukan aspirasi atas dasar gangguan fugsi restriktif paru atau terjadinya desakan pada alat-alat mediastinal. Jumlah

cairan yang boleh diaspirasi ditentukan atas pertimbangan keadaan umum penderita, tensi dan nadi. Makin lemah keadaan umum penderita makin sedikit jumlah cairan pleura yang bisa diaspirasi untuk membantu pernafasan penderita.

Komplikasi yang dapat timbul dengan tindakan aspirasi :

* 1. Trauma

Karena aspirasi dilakukan dengan blind, kemungkinan dapat mengenai pembuluh darah, saraf atau alat-alat lain disamping merobek pleura parietalis yang dapat menyebabkan pneumothorak.

* 1. Mediastinal Displacement

Pindahnya struktur mediastinum dapat disebabkan oleh penekaran cairan pleura tersebut. Tetapi tekanan negatif saat punksi dapat menyebabkan bergesernya kembali struktur mediastinal. Tekanan negatif yang berlangsung singkat menyebabkan pergeseran struktur mediastinal kepada struktur semula atau struktur yang retroflux dapat menimbulkan perburukan keadaan terutama disebabkan terjadinya gangguan pada hemodinamik.

* 1. Gangguan keseimbangan cairan, Ph, elektroit, anemia dan hipoproteinemia.

Pada aspirasi pleura yang berulang kali dalam waktu yang lama dapat menimbulkan tiga pengaruh pokok :

* + 1. Menyebabkan berkurangnya berbagai komponen intra vasculer yang dapat menyebabkan anemia, hipprotein, air dan berbagai gangguan elektrolit dalam tubuh
    2. Aspirasi cairan pleura menimbulkan tekanan cavum pleura yang negatif sebagai faktor yang menimbulkan pembentukan cairan pleura yang lebih banyak
    3. Aspirasi pleura dapat menimbulkan sekunder aspirasi.

1. Water Seal Drainage

Telah dilakukan oleh berbagai penyelidik akan tetapi bila WSD ini dihentikan maka akan terjadi kembali pembentukan cairan.

Pada prinsipnya metode untuk menghilangkan cairan pleura dapat pula menimbulkan gangguan fungsi vital . Selain aspirasi thoracosintesis yang berulang kali, dikenal pula berbagai cara lainnya yaitu:

* 1. Thoracosintesis

Dapat dengan melakukan apirasi yang berulang-ulang dan dapat pula dengan WSD atau dengan suction dengan tekanan 40 mmHg. Indikasi untuk melakukan torasentesis adalah:

* + 1. Menghilangkan sesak napas yang disebabkan oleh akumulasi cairan dalam rongga plera.
    2. Bila therapi spesifik pada penyakit primer tidak efektif atau gagal.
    3. Bila terjadi reakumulasi cairan.

Pengambilan pertama cairan pleura jangan lebih dari 1000 cc, karena pengambilan cairan pleura dalam waktu singkat dan dalam jumlah yang banyak dapat menimbulkan oedema paru yang ditandai dengan batuk dan sesak. Kerugian :

* + - 1. Tindakan thoraksentesis menyebabkan kehilangan protein yang berada dalam cairan pleura.
      2. Dapat menimbulkan infeksi di rongga pleura.
      3. Dapat terjadi pneumothoraks.

1. Penggunaan Obat-obatan

Penggunaan berbagai obat-obatan pada pleura effusi selain hasilnya yang kontraversi juga mempunyai efek samping. Hal ini disebabkan pembentukan cairan karena malignancy adalah karena erosi pembuluh darah. Oleh karena itu penggunaan citostatic misalnya tryetilenthiophosporamide, nitrogen mustard, dan penggunaan zat-zat lainnya seperi atabrine atau penggunaan talc poudrage tidak memberikan hasil yang banyak oleh karena tidak menyentuh pada faktor patofisiolgi dari terjadinya cairan pleura.

1. Radiasi

Radiasi pada tumor justru menimbulkan effusi pleura disebabkan oleh karena kerusakan aliran limphe dari fibrosis. Akan tetapi beberapa publikasi terdapat laporan berkurangnya cairan setelah radiasi pada tumor mediastinum (Somantri, 2008)

# Konsep Dasar Pneyakit Pneumonia

* + 1. **Definisi Pneumonia**

Pneumonia adalah proses inflamasi parenkim paru yang terdapat konsodilasi dan terjadi pengisian rongga alveoli oleh eksudat. Peradangan ini dapat disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, dan benda-benda asing.

Pneumonia yang umumnya disebabkan oleh agen-agen penginfeksi ini banyak menyebabkan kematian di Amerika Serikat.

# Etiologi

Terjadi penularan berkaitan pula dengan jenis kuman, misalnya reaksi melalui droplet sering disebabkan oleh *streptococcus pneumoniae*, melalui selang infus oleh *staphylococcus aureus*, sedangkan infeksi pada pemakaian ventilator oleh P. aeruginosa dan Enterobacter. Etiologi pneumonia berbeda-beda pada berbagai tipe dari pneumonia dan hal ini berdampak pada obat yang akan diberikan. Mikroorganisme penyebab pneumoni yang paling sering terjadi adalah bakteri, yang jenisnya berbeda antar Negara, di luar dan dalam rumah sakit, maupun antar rumah sakit besar dengan rumah sakit lebih kecil. Karena itu, perlu diketahui dengan baik pola kuman di suatu tempat.

Indonesia belum mempunyai data mengenai pola kuman penyebab secara umum. Karena itu, meskipun pola kuman di luar negeri tidak sepenuhnya cocok dengan pola kuman di dalam negeri, namun pola tersebut masih tetap dapat dipakai sebagai acuan secara umum.

# Manifestasi klinik

Biasanya penderita pneumonia mengalami serangan berupa demam, gemetar, dingin yang menusuk, batuk-batuk, sputum yang purulen, dan nyeri dada pleuristik. Manifestasi pneumoni yang paling utama adalah hipoksemia. Kemudian komplikasinya meliputi asidosis metabolism, penyakit multilobar, dehidrasi dan gagal nafas. Oranisme utama penyebabnya adalah S. pneumoniae, H. influenza, dan K.

pneumonia. Organisme ini menyebabkan jumlah sel darah putih meningkat dan dengan sinar X dada maka akan nampak adanya infiltrat. Pneumonia biasanya menimbulkan serangan yang bertahap dan tidak jelas serta kurang dramatis dalam penampakan klinisnya. Pasien yang mengidap penyakit ini akan mengalami sakit kepala, radang tenggorokan, otot kaku, dan resah. Selain itu, juga disertai dengan batuk-batuk dan suhunya tidak panas serta sel lekositnya tidak akan bertambah. Tipe penyakit pneumonia yang paling umum, meliputi M. pneumoniae, pneumonia virus, dan legionella pneumonia. Kadang-kadang pasien yang memiliki kebiasaan merokok jangka panjang atau yang mengidap PPOM, kemungkinan besar akan mengidap pneumonia atipikal dan perubahan kesehatan yang ditimbulkannya sangat sulit untuk dideteksi, karena status pernapasannya sudah melemah dan kronis.

# Komplikasi

Beberapa komplikasi yang mungkin terjadi, antara lain:

* + - 1. Atelektaksis
      2. Empiema
      3. Sindrom distres pernapasan dewasa (SDPD)
      4. Pleuritis
      5. Edema paru
      6. Meningitis
      7. Perikarditis superinfeksi, dan
      8. Abses paru

# Konsep Asuhan Keperawatan pada Tuberculosis + Efusi Pleura + Pneumoni

* + 1. **Pengkajian**

Pengkajian perlu dilakukan secara sistematis, teliti dan terarah. Kumpulkan data baik subyektif maupun data obyektif dengan cara anamnesa, dan lakukan pemeriksaan fisik dengan cara inspeksi, perkusi, palpasi dan auskultasi, dilakukan dengan posisi duduk, berdiri dan bergerak atau berjalan.

# Keluhan Utama

Menurut Ardiansyah (2012) keluhan utama yang dapat ditemukan pada pasien tuberkulosis paru + efusi pleura 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 elastis. Sehingga kerusakan tersebut menimbulkan spatis sputum, gangguan ekspektorasi, gang gua n r e f le k bat u k da n se sak na fa s it u se nd i r i . D a n apabila terjadi nekrosis atau destruksi mukosa bronkus yang mengenai pembuluh darah maka akan menimbulkan hemoptisis (Ardiansyah, 2012)

# 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 (Ardianyah, 2012)

# Riwayat Penyakit Dahulu

Keadaan atau penyakit-penyakit yang pernah diderita oleh pasien yang berhubungan dengan Tuberkulosis Paru + Efusi Pleura + Pneumonia . Dan penyakit-penyakit yang dapat memperberat tuberkulosis paru misalnya diabetes melitus (Ardiansyah, 2012)

# Riwayat Penyakit Keluarga

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

# Pemeriksaan Fisik

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

Adanya ketidaksimetrisan rongga dada, pelebaran ICS pada sisi yang sakit, sesak napas, peningkatan frekuensi napas, tampak penggunaan otot bantu pernapasan, terdapat batuk produktif yang disertai adanya peningkatan produksi secret yang purulen, vocal fremitus melemah. Pada pasien TB paru disertai komplikasi dengan efusi pleura didapatkan bunyi redup hingga pekak pada sisi yang terdapat akumulasi cairan di rongga pleura, terdapat bunyi napas tambahan ronchi.

# B2 Sistem Kardivaskuler dan Limfatik (*Blood*)

Pada pasien dengan Tuberculosis Paru + Efusi Pleura biasanya ditemukan kelemahan fisik, sianosis akibat mengalami syok, denyut nadi perifer melemah, batas jantung mengalami pergeseran pada TB paru dengan efusi pleura condong kearah paru yang sehat, tekanan darah biasanya normal atau mengalami peningkatan, bunyi jantung tambahan tidak ditemukan.

# B3 Sistem Persarafan (*Brain*)

Kesadaran biasanya compos mentis, GCS 456, tidak ditemukan kelemahan atau paralisis pada otot. Pada penderita DM terjadi penurunan sensoris

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

Pada pasien dengan Tuberculosis Paru + Efusi Pleura biasanya ditemukan adanya oliguria yang menandakan syok hipovolemik. Urine berwarna jingga pekat dan berbau menandakan fungsi ginjal normal pada penderita TB sebagai ekskresi dari OAT terutama rifampisin

# B5 Sistem Pencernaan (*Bowel*)

Pasien biasanya mengalami mual muntah penurunan nafsu makan dan penurunan berat badan, terdengar bising usus menurun (Ardiansyah, 2012).

# B6 Sistem Muskuloskeletal dan Integumen (*Bone*)

Pada pasien dengan Tuberculosis Paru Edusi Pleura akan ditemukan keterbatasan aktivitas akibat kelemahan, kurang tidur dan keadaan sehari – hari yang kurang meyenangkan (Ardiansyah, 2012). Kemungkinan adanya deformitas, aktivitas mandiri terhambat atau mobilitas dibantu sebagian akibat kelemahan otot. Adanya nyeri tekan pada sendi atau tulang akibat dari komplikasi infeksi TB pada tulang.

# Endokrin

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

# Seksual Reproduksi

Pada pasien dengan Tuberculosis Paru + Efusi Pleura umumnya tidak mengalami gangguan pada sistem reproduksinya.

# Kemampuan Perawatan diri

Pola aktivitas pada pasien Tuberculosis Paru mengalami penurunan karena sesak nafas, mudah lelah, tachicardia, jika melakukan aktifitas berat timbul sesak nafas (nafas pendek) (Ardiansyah, 2012).

# Personal Hygiene

Pada pasien Tuberculosis Paru + Efusi Pleura umunya tidak mengalami gangguan pada pola personal hygienenya.

# Pola Istirahat Tidur

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

# Pemeriksaan Penunjang

Menurut Brunner & Suddart (2013) petunjuk diagnostik defintif untuk pasien dengan Bronkiektasis adalah riwayat batuk produktif berkepanjangan dan pemeriksaan sputum terus menunjukan hasil negatif terhadap basilus tuberkel. Diagnosis ditegakkan berdasarkan pemindaian CT Scan (Brunner&Suddart, 2013). 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.

* 1. 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 berkas bronkovaskular, bronkiektasis, serta emfisema perisikatrisial. Pemeriksaan CT – Scan sangat bermanfaat untuk mendeteksi adanya pembentukan kavitas dan dapat diandalkan dari pada pemeriksaan rontgen thorex biasa.

* 1. 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

* 1. 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 (Ardiansyah, 2012)).

# Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada pasien Tuberculosis Paru

+ Efusi Pleura + Pneumoni menurut (Ardiansyah, 2012) adalah:

1. Hipertermi berhubungan dengan proses peradangan
2. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan pembentukan sputum berlebih
3. Mual berhubungan dengan proses pengobatan OAT
4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah
5. Intoleransi ativitas berhubungan dengan kelemahan
6. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
7. Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya mekanisme pertahanan diri

# Rencana Keperawatan

1. Diagnosa 1 : Hipertermi berhubungan dengan proses peradangan

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan hipertermi teratasi. Kriteria Hasil :

* 1. Suhu dalam batas normal (36,5-37,5)
  2. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi
  3. Turgor kulit elastis
  4. CRT < 2 detik
  5. Membran mukosa lembab Rencana:

1. Kaji dan catat suhu tubuh setiap 2 atau 4 jam

R/ Tindakan ini sebagai dasar untuk menetukan intervensi

1. Observasi membran mukosa, turgor kulit

R/ Mengidentifikasi tanda-tanda dehidrasi akibat panas

1. Berikan minum 2-2,5 liter sehari selama 24 jam

R/ Kebutuhan cairan dalam tubuh cukup mencegah terjadinya panas.

1. Berikan kompres hangat pada dahi, ketiak dan lipat paha

R/ Kompres hangat memberi efek vasodilatasi pembuluh darah sehingga mempercepat penguapan tubuh

1. Anjurkan pasien memakai pakaian tipis dan menyerap keringat

R/ Pakaian tipis memudahkan penguapan panas. Saat suhu tubuh naik, pasien akan banyak mengeluarkan keringat.

1. Kolaborasi dengan dokter pemberian antipiretik dan antibiotik R/ Menurunkan demam dan mencegah penyebaran infeksi
2. Diagnosa 2 : Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan pembentukan sputum berlebih

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan jalan nafas efektif. Kriteria Hasil:

* 1. Pasien menyatakan bahwa batuk berkurang atau hilang
  2. Tidak ada sesak, tidak ada ronchi
  3. Suara nafas vesikuler
  4. Frekuensi nafas 16-20x/menit
  5. Tidak ada dispnea Rencana:

1. Kaji fungsi pernapasan (bunyi, irama, frekuensi)

R/ Penurunan bunyi napas menunjukkan atelektasis, Ronchi menunjukkan akumulasi sekret

1. Berikan posisi semi fowler atau fowler

R/ Posisi fowler atau semi fowler memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya napas.

1. Ajarkan pasien cara batuk efektif

R/ Mengeluarkan sekret dari paru-paru

1. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi OAT

R/ Pengobatan tuberkulosis terbagi menjadi dua fase, yaitu fase intensif (2-3 bulan) dan fase lanjuta (4-7 bulan)

1. Diagnosa 3 : Mual berhubungan dengan proses pengobatan OAT Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mual teratasi. Kriteria Hasil:
   1. Tidak mual, tidak muntah
   2. Peningkatan nafsu makan
   3. Porsi makan habis Rencana:
2. Kaji frekuensi mual, durasi dan tingkat keparahan

R/ Penting untuk mengetahui karakteristik mual dan faktor yang menyebabkan mual. Apabila karakteristik mual dan faktor penyebab mual diketahui maka dapat menetukan intervensi yang akan diberikan

1. Kaji asupan intake pasien

R/ Mengkaji zat gizi yang dikonsumsi dan suplemen yang diperlukan

1. Anjurkan pasien makan dengan porsi sedikit tapi sering

R/ Makan sedikit demi sedikit dapat meningkatkan intake nutrisi

1. Kolaborasi dengan dokter pemberian terapi antiemetik

R/ Mengurangi produksi asam lambung dan mengobati mual dan muntah.

1. Diagnosa 4 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nutrisi terpenuhi. Kriteria Hasil:

* 1. Tidak mual, tidak muntah
  2. Peningkatan nafsu makan
  3. Porsi makan habis Rencana:

1. Kaji frekuensi mual, durasi dan tingkat keparahan

R/ Penting untuk mengetahui karakteristik mual dan faktor yang menyebabkan mual. Apabila karakteristik mual dan faktor penyebab mual diketahui maka dapat menetukan intervensi yang akan diberikan

1. Kaji asupan intake pasien

R/ Mengkaji zat gizi yang dikonsumsi dan suplemen yang diperlukan

1. Anjurkan pasien makan dengan porsi sedikit tapi sering

R/ Makan sedikit demi sedikit dapat meningkatkan intake nutrisi

1. Kolaborasi dengan dokter pemberian terapi antiemetik

R/ Mengurangi produksi asam lambung dan mengobati mual dan muntah.

1. Diagnosa 5 : Intoleransi ativitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien dan keluarga mampu melakukan perawatan secara mandiri.

Kriteria Hasil:

* 1. Pasien dan keluarga mampu melakukan aktivitas mandiri
  2. Tanda-tanda vital dalam batas normal

TD : 120/80 mmHg – 130/90 mmHg N : 60 – 100x/menit

RR : 16 – 29x/menit S : 36,5 37,5°C

* 1. Tidak terasa sakit bila melakukan latihan
  2. Pasien menyatakan keinginannya untuk meningkatkan aktivitas
  3. Pasien mengatakan puas dengan setiap tingkat aktifitas yang baru dicapai Rencana:

1. Diskusikan dengan pasien tentang perlunya beraktivitas

R/ Mengkomunikasikan kepada pasien bahwa aktivitas akan meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikososial

1. Identifikasi aktivitas pasien yang diinginkan dan sangat berati baginya R/ Meningkatkan motivasi agar lebih aktif
2. Dorong pasien untuk membantu merencanakan kemajuan aktivitas

R/ Partisipasi pasien dalam perencanaan dapat membantu memperkuat keyakinan pasien

1. Ajarkan kepada pasien latihan yang dapat meningkatkan ketahanan dan kekuatan

R/ Dapat meningkatkan pernapasan dan secara bertahap meningkatkan aktifitas

1. Ajarkan kepada pasien cara menghemat energi ketika melakukan aktivitas sehari-hari, misal duduk di kursi ketika berpakaian

R/ Tindakan tersebut dapat menurunkan metabolisme seluler dan kebutuhan oksigen.

1. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melatih pasien berjalan mandiri ke kamar mandi atau berpakaian

R/ Meningkatkan pernapasan dan secara bertahap meningkatkan aktifitas

1. Diagnosa 6 : Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri.

Kriteria Hasil:

* 1. Pasien mampu melakukan aktivitas perawatan diri sesuai kemampuannya.
  2. Kebutuhan perawatan diri pasien terpenuhi
  3. Pasien tidak tergantung pada orang lain Rencana:

1. Kaji tingkat kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri

R/ Membantu dalam mengantisipasi atau merencanakan pemenuhan kebutuhan secara individual

1. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan dan keluhan mengenai defisit perawatan diri

R/ Membantu pasien mencapai tingkat fungsional tertinggi sesuai kemampuannya.

1. Pantau pencapaian mandi dan hygiene setiap hari

R/ Penguatan dan penghargaan akan mendorong pasien untuk terus berusaha

1. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melatih pasien berjalan mandiri ke kamar mandi atau berpakaian

R/ Meningkatkan kemandirian pasien dalam memenuhi kebutuhan perawatan dirinya

1. Ajarkan kepada pasien dan keluarga teknik mandi dan hygiene, minta kembali pasien atau keluarga untuk mempraktekkan ulang di bawah pengawasan

R/ Demonstrasi ulang dapat menjadi evaluasi kemampuan pasien dan keluarga

1. Bantu sebagian atau sepenuhnya saat mandi dan hygiene jika pasien mengalami kesulitan

R/ Meningkatkan kemandirian pasien

1. Sediakan alat bantu seperti sikat gigi bergagang panjang untuk mandi dan perawatan diri

R/ Alat bantu yang tepat akan meningkatkan kemandirian pasien

1. Diagnosa 7 : Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya mekanisme pertahanan diri

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan resiko infeksi tidak terjadi.

Kriteria Hasil:

* 1. Mengidentifikasi intervensi untuk mencegah atau menurunkan risiko penyebaran infeksi
  2. Menunjukkan teknik pola hidup untuk meningkatkan lingkungan yang aman

Rencana:

1. Kaji patologi penyakit yakni diseminasi infeksi melalui bronkus dan potensi penyebaran infeksi melalui droplet udara selama batuk, bersin

R/ Pemahaman bagaimana penyakit itu disebarkan dan kesadaran mengenai kemungkinan transmisi akan membantu pasien atau orang terdekat mencegah infeksi

1. Anjurkan pasien untuk menutup mulut dengan tisu atau masker ketika batuk atau bersin, ajarkan cara cuci tangan yang tepat

R/ Perilaku tersebut diperlukan untuk mencegah infeksi

1. Kaji tindakan kontrol infeksi sementara dan contoh penggunaan masker R/ Membantu menurunkan rasa terisolasi pasien dan membuang stigma sosial sehubungan dengan penyakit menular
2. Kolaborasi dengan dokter pemberian OAT

R/ Obat sekunder diperlukan bila kuman infeksi tidak toleran pada obat primer

# Tindakan Keperawatan

Selama tahap implementasi perawat melaksanakan rencana asuhan keperawatan. Instruksi keperawatan diimplementasikan untuk membantu pasien memenuhi kriteria hasil.

Komponen tahap implementasi yaitu:

1. Tindakan keperawatan mandiri

Tindakan keperawatan mandiri dilakukan tanpa pesanan dokter. Tindakan keperawatan mandiri ini ditetapkan dengan *Standar Praktik American Nurses*

*Association*, undang-undang praktik perawat negara bagian dan kebijakan institusi perawatan kesehatan.

1. Tindakan keperawatan kolaboratif

Tindakan keperawatan kolaboratif diimplementasikan bila perawat bekerja dengan anggota tim perawatan kesehatan yang lain dalam membuat keputusan bersama yang bertujuan untuk mengatasi masalaj-masalah pasien.

1. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon pasien terhadap asuhan keperawatan

Dokumentasi merupakan pernyataan dari kejadian atau aktivitas yang otentik dengan mempertahankan catatan-catatan yang tertulis.

# 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: Pasien memiliki pengetahuan yang cukup tentang penyakit Diagnosa 4: penyebaran infeksi dapat diminalkan atau ditiadakan Diagnosa 5: suhu tubuh pasien kembali nomal

Diagnosa 6: pasien mampu melakukan aktivitas merawat diri dalam batas yang dapat ditoleransi

Diagnosa 7: pasien tidak mengalami perdarahan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pencapaian kriteria hasil dapat terjadi di seluruh proses keperawatan. Faktor-faktor yang menghalagi kemajuan yaitu:

1. Tahap 1 : Kesenjangan informasi yang terjadi dalam pengkajian
2. Tahap 2 : Diagnosa keperawatan yang salah di identifikasi
3. Tahap 3 : Instruksi keperawatan tidak selaras dengan kriteria hasil
4. Tahap 4 :Kegagalan mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan
5. Tahap 5 : Kegagalan mengevaluasi kemajuan pasien.

# Kerangka Masalah

3 Mycobacterium t

**4**

**5**

**6**



Sembuh total

TB



Resiko tinggi infeksi

Hematogen

bronkogen

meluas

Droplet mengandung M.Tuberculosis

Produksi sekret berlebih

Hipertermi

Tuberkel

Sembuh dengan sarang Ghon

Panas

Sekret susah

Proses

Bersihan jalan nafas tidak efektif

Alveoli

Udara tercemar M. Tuberculosis

Masuk paru-

Terhirup lewat saluran pernafasan

Kurang pengetahuan

Kurang informasi



Gambar 2.5 Kerangka Masalah

**JH```````````**

7



Peritonium

Pleura

Mual, muntah, anoreksia

Infeksi primer dialveoli

Defisit perawatan diri

kelemahan

Gang. Nutrisi kurang dari keb. tubuh

Suplai Kurang

Pleuritis

perikarditis

As. lambung naik

Jantung

Perfusi & disfusi O2 terganggu

Terjadi perkejuan

Bakterimia

# BAB 3 TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. N dengan Tuberculosis Paru + Efusi Pleura Dextra, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 28 Januari 2020 sampai dengan 1 Februari 2020, dengan data pengkajian pada tanggal 28 Januari 2020 pukul 15.00 WIB. Pasien MRS pada tanggal 27 Januari 2020 pukul 11.50 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien sendiri dan file No. RM 64-XX-XX, sebagai berikut:

# Pengkajian

# Identitas

Pasien adalah seorang laki laki bernama “Tn. N” berumur 62 tahun, beragama islam, status pasien menikah dan dikaruniai 3 orang anak. Pasien tinggal di Surabaya, pendidikan terakhir pasien adalah SMP dan pekerjaan pasien saat ini adalah pedagang. Penanggung biaya pasien adalah dari BPJS Kesehatan.

# Riwayat Kesehatan

1. **Keluhan Utama**

Pasien mengeluh sesak nafas, batuk, kepala pusing, mual dan tidak nafsu makan.

# Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien merupakan rujukan dari RS Siti Khodijah Sepanjang dengan diagnosa medis dyspepsia + suspect TB paru. Pada tanggal 26 Januari 2020 di

RS Siti Khodijah Sepanjang pasien pernah dilakukan pemeriksaan Foto Thorax PA, dengan kesimpulan keradangan paru kanan basal dengan pleural efusion kanan. Karena keterbatasan peralatan, oleh pihak RS Siti Khodijah Sepanjang pasien dirujuk ke Rumkital Dr. Ramelan Surabaya. Pasien tiba di IGD Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 27 Januari 2020 pukul 10.00 WIB. Pasien mengatakan batuk berdahak sudah 1 bulan, sesak nafas mual, muntah, dan badan lemas sejak hari Minggu 26 Januari 2020. Pasien dilakukan pemeriksaan EKG dan laboratorium. Selama di IGD Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pasien mendapatkan terapi infus Ns 14 tpm, O2 nasal 3 lpm, injeksi ranitidin 50 mg (IV), injeksi ondancentron 8 mg (IV) dan injeksi antrain 500 mg (IV). Dari hasil pemeriksaan radiologi Photo Thoraks AP pasien disimpulkan TB Paru , Efusi Pleura kanan dan didiagnosa TB Paru + Effusi Pleura Dextra, dokter menyarankan pasien rawat inap di ruang paru paviliun IV lantai 1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya. Pasien tiba di ruang paru Paviliun IV Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pukul 11.50 WIB. Saat dilakukan pengkajian tanggal 28 Januari 2020 pukul 15.00 WIB, pasien mengeluh sesak nafas , batuk

, mual, muntah dan tidak nafsu makan. Didapatkan observasi tanda-tanda vital, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 94x/menit, RR 20x/menit, suhu 37,9°C, GCS 456, SPO2 97%, keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis.

# Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit TB Paru 2x, 10 th yang lalu pengobatan TB sampai tuntas, tahun 2016 tidak menjalani pengobatan. Pasien mengatakan bulan Oktober 2019 lalu pernah dilakukan penyedotan cairan di

paru – paru kanan ± 20 cc cairan warna merah kecoklatan, keruh di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

1. **Riwayat Penyakit Keluarga**

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang sakit seperti klien.

# Genogram Keluarga Tn. N



Keterangan :



Laki-laki Perempuan Pasien Meninggal

Tinggal serumah

# Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat atau makanan tertentu.

# Pengkajian Persistem

Keadaan umum pasien baik, kesadaran compos mentis, observasi tanda – tanda vital tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 94x/menit, RR 20x/menit, suhu 37,9°C, GCS 456, SPO2 97%, tinggi badan 165 cm, berat badan sebelum masuk rumah sakit 63 kg, berat badan setelah masuk rumah sakit 60 kg, indeks masa tubuh 22 kg/m2 (normal 18,5 – 22,9).

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

Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, tidak terdapat otot bantu nafas tambahan, irama nafas pasien reguler, sesak (+), pasien batuk, terdapat sputum, warna putih kekuningan , ekskresi kental , tidak ada sianosis, kemampuan aktivitas tidak terbatas. Pada pemeriksaan palpasi terdapat vocal premitus teraba di semua lapang paru. Pada pemeriksaan perkusi terdapat suara sonor. Pada pemeriksaan auskultasi terdapat suara nafas tambahan ronkhi, suara nafas vesikuler, RR: 20x/menit.

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

1. **B2 Sistem Kardiovaskuler *(Blood)***

Pada pemeriksaan inspeksi tidak terdapat oedema, tidak terdapat perdarahan. Pada pemeriksaan palpasi, ictus cordis teraba pada ICS 4-5 mid clavicula sinistra, tidak terdapat nyeri dada, irama jantung reguler, CRT < 2 detik, akral teraba hangat, kering, merah, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 94x/menit. Pada pemeriksaan

perkusi terdapat suara pekak. Pada pemeriksaan auskultasi terdapat bunyi jantung S1 S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

1. **B3 Sistem Persyarafan *(Brain)***

Pada pemeriksaan inspeksi keadaan umum pasien baik, kesadaran compos mentis, GCS 456, bentuk kepala bulat simetris dan tidak ada kelainan, tidak ada paralisis, bentuk hidung simetris, septum terletak di tengan, tidak ada polip, bentuk mata simetris dan tidak ada kelainan, reaksi pupil isokor, reflek cahaya +/+ , konjungtiva anemis, sklera ikterik, lapang pandang pasien baik, bentuk telinga simetris, tidak ada kelainan pada telinga, kebersihan telinga bersih, tidak ada alat bantu pendengaran, lidah tampak keputihan, tidak ada kesulitan menelan, cara berbicara pasien jelas dan lancar. Pada pemeriksaan palpasi kaku kuduk (-), brudziynki (-), babinzky (-), kerniks (-). Pada pemeriksaan perkusi triceps (+/+), bisep (+/+), patella (+/+), dan achilles (+/+).

* 1. Nervus I (Olfaktorius)

Sifatnya sensorik mensarafi hidung membawa rangsangan aroma (bau-bauan) dari aroma rongga hidung ke otak. Pasien mampu mencium bau minyak kayu putih.

* 1. Nervus II (Optikus)

Sifatnya sensorik, mensarafi bola mata membawa rangsangan penglihatan ke otak. Pasien mampu membaca koran dengan jarak 30 cm.

* 1. Nervus III (Okulomotorius)

Sifatnya motorik, mensarafi otot-otot orbital (otot penggerak bola mata) atau sebagai pembuka bola mata. Pasien mampu menggerakkan bola mata ke kanan dan kiri.

* 1. Nervus IV (Trochlear)

Sifatnya motorik, mensarafi otot-otot orbital, sebagai pemutar bola mata. Pasien mampu menggerakkan bola mata ke atas dan bawah.

* 1. Nervus V (Trigeminus)

Sifatnya majemuk (sensorik-motorik) bertanggung jawab untuk pengunyah. Sensorik : Pasien mampu merasakan sentuhan tangan

Motorik : Pasien mampu menggertakkan gigi

* 1. Nervus VI (Abdusen)

Sifatnya motorik, sebagai pemutar bola mata ke arah luar. Pasien mampu melihat ke segala arah.

* 1. Nervus VII (Fasial)

Sifatnya majemuk (sensorik-motorik), sebagai mimik wajah dan menghantarkan rasa pengecap, asam, asin dan manis.

Sensorik : Pasien mampu merasakan rasa buah semangka. Motorik : Pasien mampu tersenyum dan mengerutkan dahi.

* 1. Nervus VIII (Vestibulokokhlearis)

Sifatnya sensorik, saraf kranial ini mempunyai dua bagian sensoris yaitu audiotori dan vestibular yang berperan sebagai penerjemah. Pasien mampu mendengar dengan baik.

* 1. Nervus IX (Glosofharyngeal)

Berperan dalam menelan dan respon sensori terhadap rasa pahit di lidah. Pasien mampu menelan.

* 1. Nervus X (Vagus)

Sifatnya majemuk (sensorik-motorik) mensarafi faring, laring dan palatum. Pasien mampu menelan.

* 1. Nervus XI (Asesoris)

Sifatnya motorik, saraf ini bekerja sama dengan vagus untuk memberi informasi ke otot laring dan faring. Otot bantu pernafasan sternokleidomastoideus tidak teraba dan terlihat.

* 1. Nervus XII (Hipoglosal)

Sifatnya motorik, mensarafi otot-otot lidah. Pasien mampu menjulurkan lidah.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

1. **B4 Sistem Perkemihan dan Genetalia *(bladder)***

Pada pemeriksaan inspeksi pasien tidak terpasang urine cateter, frekuensi urine sebelum masuk rumah sakit ± 6- 7x/hari, dengan jumlah urine ± 1500 cc dalam 24 jam, warna kuning. Sesudah masuk rumah sakit ± 4 -5x/hari, dengan jumlah urine ± 1000 cc dalam 24 jam, warna kuning. Pemeriksaan palpasi tidak ada distensi pada area kandung kemih.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

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

Pada pemeriksaan inspeksi, mulut tampak kurang bersih, membran mukosa kering, tidak terdapat gigi palsu, tidak ada kelainan pada faring. IMT

pasien (BB/TB(m2)) = 60/(165cm) = 60/(1,65)2 = 60/2,72= 22,1 kg/m2 (normal 18,5 – 22,9). Pola nutrisi SMRS: Pasien menyukai semua jenis makanan dan porsi makan habis 1 piring. Pola nutrisi MRS: diit nasi tim, lauk pauk dan sayur mayur sesuai indikasi tim gizi. Pasien mengalami penurunan nafsu makan, pasien mual dan muntah. Pasien makan 3x sehari, habis 2 sendok makan, minum air putih ± 1500 cc/hari, tidak ada nyeri telan, bentuk perut datar, tidak ada kelainan pada abdomen, tidak ada kelainan pada rectum dan anus. Pola eliminasi alvi SMRS: Pola BAB pasien 1x/hari dengan konsistensi lembek, warna kuning kecoklatan. Pola eliminasi alvi MRS : pasien belum BAB saat dikaji. Pasien tidak ada colostomi. Pada saat palpasi tidak teraba pembesaran pada hepar, tidak teraba pembesaran pada lien, tidak ada nyeri tekan abdomen. Perkusi timpani pada daerah lambung. Pada auskultasi bising usus 30x/menit (5-35x/menit).

**Masalah Keperawatan :** Resiko difisit nutrisi

# B6 Sistem Muskuluskeletal dan Integumen *(Bone)*

Pada pemeriksaan inspeksi rambut dan kulit kepala tampak bersih, warna kulit sawo matang, turgor kulit elastis. Tidak ada kelainan tulang dan tidak ada kelainan jaringan atau trauma, ROM bebas.

5555 5555

4444 4444

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

# Endokrin

* 1. Thyroid : Tidak teraba pembesaran kelenjar thyroid
  2. Hiperglikemia : Tidak ada hiperglikemia
  3. Hipoglikemia : Tidak ada hipoglikemia

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

# Kemampuan Perawatan Diri

Tabel 3.1 Kemampuan Perawatan diri

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kemampuan Perawatan Diri** |  | SMRS | MRS | Skor :   1. : Mandiri 2. : Alat bantu 3. :Dibantu orang lain dan alat   4:Tergantung/tidak mampu |
| Mandi | 1 | 3 |
| Berpakaian/dandan | 1 | 1 |
| Toileting/eliminasi | 1 | 3 |
| Mobilitas di tempat tidur | 1 | 1 |
| Berpindah | 1 | 3 |
| Berjalan | 1 | 3 |
| Naik tangga | 1 |  |
| Berbelanja | 1 |
| Memasak | 1 |
| Pemeliharaan rumah | 1 |
| Alat bantu berupa : | | |
| MASALAH :Defisit perawatan diri | | | |

**Masalah Keperawatan :** Defisit perawatan diri (mandi, toileting/eliminasi,

berpindah, berjalan)

# Personal Hygiene

SMRS pasien mandi 2 x sehari, keramas 1 x seminggu, ganti pakaian 2 x sehari, menyikat gigi 2 x sehari dan memotong kuku 1 x seminggu. Ketika MRS pasien mandi 1 x sehari, keramas 1 x seminggu, ganti pakaian 1 x sehari, menyikat gigi 1 x sehari dan memotong kuku 1 x seminggu.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

# Pola Istirahat Tidur

SMRS : Pasien tidur siang pukul 13.00 – 14.00, tidur malam pukul 22.00 –

05.00 jumlah ± 8 jam/hari. MRS : Pasien tidur siang pukul 11.00 – 13.00, tidur malam 22.00 – 03.00 jumlah ± 7 jam, pasien tidak memiliki kebiasaan sebelum tidur.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

# Pola Kognitif Perseptual – Psiko – Sosio – Spiritual

* 1. Persepsi terhadap sehat sakit

Menurut pasien sehat adalah kemampuan melakukan aktivitas dengan lancar, sedangkan sakit adalah keadaan tubuh lemas dan tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasa.

* 1. Konsep diri
     1. Gambaran diri : Pasien mengatakan keadaannya sekarang tidak sehat dan membutuhkan perawatan.
     2. Identitas diri : Pasien mengatakan berjenis kelamin laki – laki berumur 62 tahun.
     3. Peran diri : Pasien adalah seorang ayah yang memiliki 3 orang anak.
     4. Ideal diri : Pasien yakin sekali bisa sembuh dari penyakitnya dan bisa bersama istri dan anaknya.
     5. Harga diri : Pasien mengatakan tidak malu dengan penyakit yang dialaminya.

Kemampuan berbicara lancar, bahasa yang digunakan bahasa Jawa. Pasien mampu beradaptasi terhadap masalah dengan baik, pasien tidak ansietas. Selama di rumah sakit kegiatan pasien hanya tidur, berbicara dengan istri dan anak, selama di rumah sakit pasien tidak pernah berolah raga, dan kegiatan ibadah pasien selalu berdoa dan berdzikir meminta kesembuhan pada Allah.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

# Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

Tabel 3.2 Hasil Laboratorium

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jenis Pemeriksaan** | **Hasil** | **Unit** | **Nilai Normal** |
| **Pemeriksaan tanggal 27 Januari 2020**  **Darah Lengkap** | | | |
| Hemoglobin | 12,2 | g/dl | 13,2-17,3 |
| Leukosit | 16,27 | 10ʌ3/Ul | 4,0-10,0 |
| Hematokrit | 35,9 | % | 37,0-54,0 |
| Trombosit | 221 | 10ʌ3/Ul | 150-400 |
| **Kimia Klinik** | | | |
| Eritrosit | 3,95 | 10ʌ6/Ul | 3,50-5,50 |
| Urea Nitrogen | 15 | mg/dl | 8,0-24,0 |
| Creatinin | 0,8 | mg/dl | 0,5-1,3 |
| Natrium | 138,8 | mmol/L | 135,0-145,0 |
| Kalium | 3,61 | mmol/L | 3,50-5,00 |
| Glukosa | 130 | mg/dl | 70-100 |
| Clorida | 103.2 | mmol/L | 95,0-105,0 |
| **Pemeriksaan tanggal 28 Januari 2020**  **Kimia Klinik** | | | |
| SGPT | 44 | U/L | 0-50 |
| SGOT | 21 | U/L | 0-50 |
| Albumin | 3,51 | mg/dl | 3,40-4,80 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| T- Bil | 13,5 | mg/dl | 0,1-1,0 |
| D- Bil | 11,0 | mg/dl | 0,00 – 0,20 |
| Ind. Bil | 2,5 | mg/dl | 0,0-0,75 |
| **Pemeriksaan Mikrobiologi** | | | |
| Gram staining | | Ditemukan bakteri coccus gram positif dan  basil gram negatif | |
| Sputum BTA Pagi | | (-) Negatif | |
| Sputum Gram | | Ditemukan bakteri coccus gram positif dan  basil gram negatif | |
| TCM ( Tes Cepat Molekuler ) | | MTB Not Detected | |

1. Foto

Foto Thorax PA (27 Januari 2020)

Cor : Besar dan bentuk kesan normal, posisi tertarik ke kiri

Pulmo: Tampak Fibroifiltrat di Suprahilar – Parahilar kiri, tampak infiltrat di suprahilar dan paracardial kanan

Sinus Phrenicocostalis kanan tumpul, kiri tajam Trachea tertarik ke kiri

Tulang tak tampak kelainan. Kesimpulan : 1) TB Paru

2) Efusi pleura kanan : DD Efusi pleura kanan organisasi.

1. Indikator Skor Pasien

Tabel 3.3 Pemeriksaan Risiko Jatuh (Morse)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Faktor Risiko | Skala | Skor | Kesimpulan |
| Riwayat jatuh (dalam | Ya | 25 | Total: 30 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3 bulan) | Tidak | | | 0 | ( ) Risiko Tinggi = > 45  (v) Risiko sedang = 25-44  ( ) Risiko rendah = 0- 24 |
| Diagnosa medis > 2 | Ya | | | 15 |
|  | Tidak | | | 0 |
|  | Berpegangan pada perabot | | | 30 |
| Alat bantu | Tongkat/alat penopang | | | 15 |
| Tidak ada perawat/kursi roda/tirah | | | 0 |
|  | baring | | |  |
| Terpasang infus | Ya | | | 20 |
|  | Tidak | | | 0 |
|  | Kesulitan/terganggu | | | 20 |
| Gaya Berjalan | Lemah | | | 10 |
|  | Normal/immobilisasi | | | 0 |
|  | Sering | lupa | akan keterbatasan | 15 |
| Status mental | yang dimiliki | | |  |
|  | Sadar | akan | kemampuan diri | 0 |
|  | sendiri | | |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Parameter | Skala | Skor | Kesimpulan |
|  | Sangat buruk | 1 | Total: 18  ( ) Risiko tinggi = < 12 ( ) Risiko sedang = 12- 15  (v) Risiko kecil = 16-20 |
| Kondisi fisik | Buruk | 2 |
|  | Cukup | 3 |
|  | Baik | 4 |
|  | Stupor-koma | 1 |
| Kondisi mental | Konfus/Sopor | 2 |
|  | Apatis | 3 |
|  | Komposmentis | 4 |
|  | Tirah baring | 1 |
| Aktivitas | Kursi roda (hanya bisa duduk) | 2 |
|  | Dipapah (ambulan dengan bantuan) | 3 |
|  | Mandiri (Ambulan) | 4 |
|  | Sulit/tidak bergerak | 1 |
| Mobilisasi | Sangat terbatas | 2 |
|  | Sedikit terbatas | 3 |
|  | Penuh/bergerak bebas | 4 |
|  | Inkontinensia alvi dan urine | 1 |
| Inkontinensia | Sering inkontinensia urine | 2 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Kadang-kadang | 3 |  |
| Tidak ada | 4 |

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

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

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 |

Lingkari skor yang sesuai

Tabel 3.7 Pemeriksaan Glascow Coma Scale

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Respons | respon | Nilai | Kesimpulan |
|  | Secara spontan | 4 | Total: 15  (v) 13-15 ringan ( ) 9-12 sedang ( ) 3-8 berat |
| Mata terbuka | Terhadap suara bicara | 3 |
|  | Terhadap nyeri | 2 |
|  | Mata tidak terbuka | 1 |
|  | Orientasi | 5 |
|  | Kacau | 4 |
| Respons verbal terbalik |
| 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 |

Nilai total dari kemungkinan respon terbaik adalah 15

# Terapi

Tabel 3.8 Daftar Terapi Pasien

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Terapi** | **Dosis** | **Indikasi** | **Kontraindikasi** | **Rute** |
| 1. | Injeksi Cefobactam | 3x1 gr | Antibiotik, mengobati infeksi yang disebabkan bakteri  atau virus | Hipersensitivitas terhadap antibiotik cephalosporin atau  sulbactam | IV |
| 2. | Injeksi Ranitidin | 3x50 mg | Mengurangi produksi asam lambung | Hipersensitivitas alergi terhadap ranitidin, ibu yang  sedang menyusui | IV |
| 3. | Ventolin | 3x1 ml / 8 jam | Bronkospasme pada asma bronkial, bronkitis kronis &  emfisema | Hipersensitivitas alergi terhadap zat aktif |  |
| 4. | Infus Futrolit  :Ns 2:1 | 1500 cc/24 jam  14 tpm | Ns untuk mengganti elektrolit dan cairan yang hilang di intravaskuler  Futrolit untuk membantu dehidrasi isotonik ( kondisi dimana tubuh kehilanagan banyak air dan juga natrium  dengar kadar yang sama ) |  | IV |

# Analisa Data

# Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.9 Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Data (Symptom)** | **Penyebab (Etiologi)** | **Masalah (Problem)** |
| 1. | DS: pasien mengatakan batuk terus menerus, keluar dahak, sesak dibuat tidur terlentang  DO: 1. K.U tampak lemah   1. TTV :   TD : 130/80 mmHg,  N: 94 x/mt,  S: 37.9 derajat, RR : 20 x / mn   1. pasien tampak batuk 2. terdapat suara nafas tambahan ronkhi | Hipersekresi sekret yang kental | Bersihan jalan nafas tidak efektif |
| 2. | DS: Pasien mengatakan badannya demam, kepala pusing  DO: TTV :  S : 37,9°C   1. Hasil laboratorium : Leukosit : 16,27( normal   4,0 – 10,0)   1. kulit tampak kemerahan | Proses penyakit  ( inflamasi paru ) | Hipertermia |
| 3. | DS: Klien mengeluh nafsu makan menurun, mual dan muntah  DO: 1.TTV  TD: 130/80 mmHg N : 94x/menit  S : 37,9°C  RR : 20x/menit  2. klien hanya menghabiskan 2 sendok makan dari 1 porsi | Ketidakmampuan menelan makanan ( mual  , muntah) | Risiko defisit nutrisi |
| 4. | DS: Pasien mengatakan tidak bisa ke kamar mandi sendiri dan harus dibantu istrinya  DO: 1. Pasien terpasang infus di tangan kanan  2. Untuk mengambil barang seperti obat atau makanan pasien masih tergantung pada  keluarga | Kelemahan | Defisit perawatan diri ( toileting/eliminasi, berpindah) |

# Prioritas Masalah

Tabel 3.10 Prioritas Masalah

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Diagnosa Keperawatan | Tanggal | | Nama  Perawat |
| Ditemukan | Teratasi |
| 1. | Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan  dengan hipersekresi ( sekret kental ) | 28 Januari 2020 | Belum Teratasi | *Wahyu A.* |
| 2. | Hipertermia berhubungan dengan penyakit (inflamasi pada paru) | 28 Januari 2020 | BelumTeratasi | *Wahyu A* |
| 3. | Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan ( mual , muntah) | 28 Januari 2020 | 30 Januari 2020 | *Wahyu A* |
| 4 | Defisit perawatan diri (toileting/eliminasi, berpindah) | 28 Januari 2020 | 28 Januari 2020 | *Wahyu A* |

# Rencana Keperawatan

Tabel 3.11 Rencana Keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1 | Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan  dengan hipersekresi ( sekret kental ) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas pasien kembali efektif Kriteria Hasil:   1. Pasien melaporkan sesak berkurang, 2. Ronkhi tidak ada, sputum berkurang atau tidak ada, 3. Klien dapat mempraktekkan batuk efektif 4. Frekuensi nafas normal ( RR: 16 - 20x/menit ) | 1. Monitor bunyi nafas tambahan ( ronkhi ) 2. Observasi produksi sputum ( jumlah , warna , konsistensi ) 3. Posisikan pasien posisi semi fowler 4. Anjurkan klien minum air hangat 5. Ajarkan teknik batuk efektif 6. Berikan hasil kolaborasi nebulizer ventolin ( 3 x 1 ) | 1. Untuk mengidentifikasi kelainan pernafasan berhubungan dengan obstruksi jalan nafas. 2. Adanya sputum yang kental, berdarah atau purulen diduga sebagai masalah sekunder yang memerlukan pengobatan. 3. Untuk meningkatkan ekspansi paru lebih optimal 4. Air hangat untuk mengencerkan sekret yang kental 5. Batuk efektif akan membantu dalam pengeluaran sekret sehinggga jalan nafas kembali efektif 6. Membantu membebaskan jalan   nafas secara kimiawi |
| 2 | Hipertermia berhubungan  dengan penyakit (inflamasi pada paru) | Setelah dilakukan tindakan  keperawatan selama 3x24 jam diharapkan hipertermia | 1. Observasi tanda – tanda vital ( TD, Suhu, Nadi, RR ) 2. Berikan kompres air hangat untuk | 1. Perubahan temperatur dapat terjadi pada proses infeksi akut 2. Mempercepat dalam penurunan |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | teratasi. Kriteria Hasil:  1. TTV dalam batas normal  TD: 120/80 - 130/90 mmHg S : 36,5 – 37,5°C  N : 60 - 100x/menit RR: 16 - 20x/menit   1. Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing 2. Pasien tidak lemas | di axila pasien   1. Edukasi pasien untuk sering minum air putih (1500-2000 cc/hari) 2. Anjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat dan tidak memakai selimut yang tebal 3. Berikan hasil kolaborasi injeksi antibiotik cefosubcatam 3 x 1 gr   (IV) dan cairan infus futrolit : Ns  1:1 (14 tpm) | produksi panas. Dengan vasodilatasi dapat meningkatkan penguapan yang mempercepat penurunan suhu tubuh   1. Peningkatan suhu tubuh mengakibatkan penguapan tubuh meningkat sehingga perlu diimbangi dengan asupan cairan yang banyak dan mencegah dehidrasi 2. Mempermudah penguapan panas tubuh 3. Mengganti cairan dan elektrolit yang hilang karena dehidrasi |
| 3 | Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan ( mual , muntah) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi klien terpenuhi  Kriteria Hasil:   1. Nafsu makan meningkat 2. Pasien tidak lagi mual dan muntah 3. TTV dalam batas normal | 1. Identifikasi jenis makanan yang disukai/tidak disukai oleh pasien 2. Monitor asupan makanan dan output secara periodik 3. Berikan pasien makanan tinggi kalori dan tinggi protein 4. Anjurkan pasien makan porsi   sedikit tapi sering | 1. Membantu intervensi kebutuhan yang spesifik, meningkatkan intake diet pasien 2. Mengukur keefektifan nutrisi dan cairan 3. Memaksimalkan intake nutrisi 4. Memenuhi asupan asupan nutrisi pasien |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | TD:120/80 mmHg S : 36,5 – 37,5°C  N : 60 - 100/menit RR:16 - 20x/menit   1. Mukosa bibir lembap 2. konjungtiva tidak anemis | 5.Berikan hasil kolaborasi Ranitidine Inj. ( 3 x 50 mg ) | 5.Ranitidin untuk mengurangi produksi asam lambung. |
| 4 | Defisit perawatan diri (toileting/eliminasi, berpindah) berhubungan dengan kelemahan | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pasien mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri. Kriteria Hasil:   1. Pasien mampu melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri sesuai kemampuannya. 2. Pasien tidak tergantung pada orang lain 3. Kebutuhan perawatan diri pasien terpenuhi | 1. Observasi tanda-tanda vital ( TD, suhu, nadi, RR ) 2. Kaji tingkat kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri 3. Motivasi pasien untuk mengungkapkan perasaan dan keluhan mengenai defisit perawatan diri 4. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melatih pasien berjalan mandiri ke kamar mandi atau berpakaian | 1. Perubahan tanda-tanda vital menunjukkan keabnormalan kondisi tubuh 2. Membantu dalam mengantisipasi atau merencanakan pemenuhan kebutuhan secara individual 3. Membantu pasien mencapai tingkat fungsional tertinggi sesuai kemampuannya 4. Meningkatkan kemandirian pasien dalam memenuhi kebutuhan perawatan dirinya |

# Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan

Tabel 3.12 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan

Diagnosa 1 Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi ( sekret kental )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **TINDAKAN** | **CATATAN PERKEMBANGAN** | **TT WAT** |
| Selasa 28 Januari 2020 | Dinas pagi   1. Mengobservasi status pernafasan :    1. Memberikan nebulizer Ventolin ( inh )    2. Menyarankan pasien untuk batuk efektif 2. Memberikan posisi semi fowler 300 pada pasien 3. Menganjurkan klien minum air hangat setelah batuk   3. Mengganti cairan infus pasien ( futrolit 14 tpm ) | S : Pasien mengatakan batuk , dahak susah keluar  O : TTV  TD: 110/80 mmHg N : 96x/menit  S : 37,9°C  RR : 20x/menit GCS: 456  SPO2: 99%  Pasien tampak lemah  Pasien tampak belum melakukan batuk efektif ketika batuk Terdapat ronkhi  Pasien tampak dalam posisi semi fowler 300  A: masalah belum teratasi  P: Lanjutkan intervensi 1, 2, 4, 5, 6   1. Monitor bunyi nafas tambahan ( ronkhi ) 2. Observasi produksi sputum (jumlah, warna , konsistensi ) 3. Anjurkan klien minum air hangat 4. Ajarkan teknik batuk efektif 5. Berikan hasil kolaborasi nebulzer ventolin 3 x1 | *wahyu* |
| Selasa 28 Januari 2020 | Dinas Sore   1. Menemani dokter visite 2. Mengobservasi tanda   – tanda vital pasien   1. Mengobservasi status pernafasan :    1. Mengajarkan   pasien untuk batuk | S : pasien mengeluhkan masih batuk  , dahak susah keluar O : TTV :  TD : 120/70 mmHg S : 37,5 °C  N : 88x/mnt RR : 22 x/mnt SPO2 : 98 %  Terdapat ronkhi  Pasien belum mempraktikkan batuk efektif | *wahyu* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | efektif  b. Memberikan nebullizer ventolin (inh)  4. Mengganti cairan infus pasien Nacl 0,9 % | Pasien dalam posisi semi fowler 35 0  A: Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan no 1, 2, 4,  5, 6   1. Monitor bunyi nafas tambahan ( ronkhi ) 2. Observasi produksi sputum ( jumlah, warna, konsistensi ) 3. Anjurkan klien minum air hangat 4. Ajarkan teknik batuk efektif 5. Berikan hasil kolaborasi nebulzer ventolin 3 x1 |  |
| 5. Memasukkan injeksi antibiotik cefobactam 3 x 1 gr |
| Selasa 28 Januari 2020 | Dinas malam   1. Mengobservasi tanda tanda vital pasien 2. Mengobservasi status pernafasan klien :    1. Memberikan nebullizer ventolin ( inh )    2. Mengobservasi suara nafas   tambahan   * 1. Menganjurkan klien batuk efektif   2. Memberikan posisi semi fowler 30-450 saat pasien sesak | S : Pasien mengatakan batuk, dahak keluar, kental  O : TTV :  TD : 120/70 mmHg S : 37,5 °C  N : 88x/mnt RR : 22 x/mnt SPO2 : 99%  Pasien tampak dalam posisi semi fowler  Suara nafas ronkhi  Pasien tampak melakukan batuk efektif secara mandiri  Sputum tampak kuning, dan kental  A : Masalah belum teratasi  P : intervensi dilanjutkan no 1, 2, 4,  5, 6 | *wahyu* |
|  |  | 1. Monitor bunyi nafas tambahan ( ronkhi ) 2. Observasi produksi sputum (jumlah , warna , konsistensi)   4. Anjurkan klien minum air hangat setelah batuk  6. Berikan hasil kolaborasi nebulzer ventolin 3 x1 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **TINDAKAN** | **CATATAN PERKEMBANGAN** | **TT WAT** |
| Rabu 29 Januari  2020 | Dinas pagi   1. Memberi salam dan menyapa klien 2. Mengobservasi tanda   – tanda vital ( TD, Suhu,Nadi,RR )   1. Mengobservasi status pernafasan klien :    1. Menganjurkan klie batuk efektif    2. Memberikan klien nebullizer ventolin    3. Mengobservasi suara nafas tambahan 2. Memberikan klien minum air hangat 3. Membantu klien posisi semi fowler 350 saat pasien sesak | S : Klien mengatakan batuk tidak berhenti – henti, keluar dahak sedikit  , kental O: TTV :  TD : 110/70 mmHg S : 37,2 °C  N : 95 x /mnt RR : 20 x / mnt  Keadaan umum cukup  Klien tampak mempraktikkan batuk efektif secara mandiri Suara nafas vesikuler, ronkhi berkurang  A : masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan   1. Monitor bunyi nafas tambahan ( ronkhi ) 2. Observasi produksi sputum ( jumlah, warna, konsistensi ) 3. Anjurkan klien minum air hangat 4. Berikan hasil kolaborasi nebulzer ventolin 3 x1 | *wahyu* |
| Rabu 29 Januari  2020 | Dinas sore   1. Menemani dokter visite 2. Mengobservasi tanda – tanda vital klien 3. Mengobservasi status pernafasan :    1. Suara nafas tambahan ( ronkhi )    2. Mengobservasi sputum klien ( warna, jumlah , konsistensi )    3. Memberikan nebulizer ventolin 4. Memberikan klien minum air hangat 5. Membantu klien | S : Klien mengatakan batuk tidak berhenti – henti, keluar dahak sedikit  , kental O: TTV :  TD : 110/70 mmHg S : 37,2 °C  N : 95 x /mnt RR : 20 x / mnt  Keadaan umum cukup  Klien tampak mempraktikkan batuk efektif secara mandiri Suara nafas vesikuler, ronkhi berkurang  Sputum tampak kental , kekuningan, ± 5 cc  A : masalah teratasi sebagian | *wahyu* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | posisi fowler 90 0 | P: intervensi dilanjutkan   1. Monitor bunyi nafas tambahan ( ronkhi ) 2. Observasi produksi sputum ( jumlah,warna, konsistensi ) 3. Anjurkan klien minum air hangat 4. Berikan hasil kolaborasi nebulzer ventolin 3 x1 |  |
| Rabu 29 Januari  2020 | Dinas malam   1. Mengobservasi tanda – tanda vital klien 2. Mengobaservasi status pernafasan klien    1. Mengobservasi suara nafas ronkhi    2. Memberikan nebulizer ventolin    3. Mengobservasi sputum klien, ( warna, konsistensi   , jumlah )   1. Membantu klien tidur dengan posisi semi fowler 2. Memberika bantal untuk menopang bagian belakang tubuh klien 3. Memberikan klien minum air hangat | S : Klien mengatakan batuk tidak berhenti – henti, keluar dahak sedikit  , kental O: TTV :  TD : 110/70 mmHg S : 37,2 °C  N : 95 x /mnt RR : 20 x / mnt  Keadaan umum cukup  Klien tampak mempraktikkan batuk efektif secara mandiri Suara nafas vesikuler, ronkhi berkurang  Sputum tampak kental , kekuningan, ± 5 cc  A : masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan   1. Monitor bunyi nafas tambahan ( ronkhi ) 2. Observasi produksi sputum ( jumlah, warna, konsistensi ) 3. Anjurkan klien minum air hangat 4. Berikan hasil kolaborasi nebulzer ventolin 3 x1 | *wahyu* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **TINDAKAN** | **CATATAN PERKEMBANGAN** | **TT WAT** |
| Kamis, 30 Januari 2020 | Dinas Pagi  1. Mengobservasi tanda – tanda vital | S : Klien mengatakan batuk sudah lumayan berkurang, dahak mudah  keluar | *wahyu* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | klien   1. Mengobservasi status pernafasan   klien :   * 1. Mengobservasi suara nafas   2. Memberikan nebul ventolin  1. Memberikan minum air hangat kepada klien | O: TTV :  TD : 120 / 70 mmHg S : 37 °C  N : 110 x /mnt RR : 18x / mnt  Keadaan umum cukup  Klien tampak mempraktikkan batuk efektif secara mandiri Suara nafas vesikuler,  Tidak terdapat ronkhi  Sputum tampak kental , kekuningan, ± 5 cc  A : masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan  5. Observasi produksi sputum ( jumlah , warna , konsistensi )  4. Anjurkan klien minum air hangat  6. berikan hasil kolaborasi (nebulizer ventolin 3 x 1 ) |  |
| Kamis, 30 Januari 2020 | Dinas Sore   1. Menemani dokter visite 2. Mengobservasi tanda – tanda vital klien 3. Mengobservasi sputum klien ( warna, konsistensi, jumlah) 4. Memberikan klien minum air hangat 5. Memberikan klien nebulizer ventolin | S : Klien mengatakan batuk sudah lumayan berkurang, dahak mudah keluar  O: TTV :  TD : 120 / 70 mmHg S : 37 °C  N : 110 x /mnt RR : 18x / mnt  Keadaan umum cukup  Klien tampak mempraktikkan batuk efektif secara mandiri Suara nafas vesikuler,  Tidak terdapat ronkhi  Sputum tampak kental , kekuningan, ± 5 cc  A : masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan   1. Observasi produksi sputum ( jumlah , warna , konsistensi ) 2. Anjurkan klien minum air hangat   6. berikan hasil kolaborasi  (nebulizer ventolin 3 x 1 | *wahyu* |
| Kamis, 30 Januari | Dinas Sore  1. Mengobservasi | S : Klien mengatakan batuk sudah  lumayan berkurang, dahak mudah |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2020 | tanda – tanda vital klien   1. Mengobservasi sputum klien ( warna, konsistensi, jumlah) 2. Memberikan klien minum air hangat 3. Memberikan klien nebulizer ventolin | keluar  O: TTV :  TD : 130 / 70 mmHg S : 37,3 °C  N : 89 x /mnt RR : 21x / mnt  Keadaan umum cukup  Klien tampak mempraktikkan batuk efektif secara mandiri Suara nafas vesikuler,  Tidak terdapat ronkhi  Sputum tampak kental , kekuningan, ± 5 cc  A : masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan   1. Observasi produksi sputum ( jumlah , warna , konsistensi ) 2. Anjurkan klien minum air hangat   6. Berikan hasil kolaborasi (nebulizer ventolin 3 x 1 |  |

Diagnosa 2 Hipertermi berhubungan dengan penyakit (inflamasi pada paru)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **TINDAKAN** | **CATATAN PERKEMBANGAN** | **TT WAT** |
| Selasa 28 Januari 2020 | Dinas Pagi   1. Mengobservasi tanda   – tanda vital pasien   1. Mengedukasi pasien untuk sering minum air putih (1500-2000 cc/hari) agar tubuh tidak dehidrasi karena peningkatan penguapan suhu tubuh 2. Mengganti cairan infus futrolit ( 14 tpm   )   1. Memberikan antibiotik   cefosulbactam 3 x 1gr (iv ) | S : Pasien mengatakan badannya masih panas  O: TTV  TD: 120/80 mmHg N : 96x/menit  S : 37,8°C  RR : 20x/menit GCS: 456  SPO2: 99%   1. Kulit tak tampak kemerahan 2. Keadaan umum lemah 3. Kesadaran compos mentis 4. Komplikasi seperti kejang tidak terjadi   A: Hipertermi teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5 | *wahyu* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Observasi tanda – tanda vital ( TD, suhu, Nadi, RR ) 2. Berikan kompres air hangat di axila pasien 3. Anjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat dan tidak memakai selimut yang tebal 4. Edukasi pasien untuk sering minum air putih (1500-2000 cc/hari) 5. Berikan Cefobactam 3 x 1 gr (IV)   Berikan cairan infus Futrolit:Ns : 1:1 (14 tpm) |  |
| Selasa 28 Januari 2020 | Dinas sore   1. Menemani dokter visite 2. Mengobservasi tanda – tanda vital pasien 3. Menganjurkan klien memakai pakaian yang tipis 4. Memberikan kompres air hangat di ketiak pasien 5. Memberikan injeksi antibiotik cefosubactam 3 x 1 gr 6. Mengganti cairan infus pasien NaCl 0,9 % ( 14 tpm ) | S : pasien mengatakan demam naik turun  O : TTV  TD : 115/70 mmHg N : 89x/menit  S : 37,8°C  RR : 19x/menit GCS: 456  SPO2: 97%  Kulit tak tampak kemerahan Keadaan umum lemah Tidak ada tanda kejang Kesadaran composmentis  Klien tampak mengenakan pakaian yang tipis  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5   1. Observasi tanda – tanda vital ( TD, suhu, Nadi, RR ) 2. Berikan kompres air hangat di axila pasien 3. Anjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis | *wahyu* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | dan menyerap keringat dan tidak memakai selimut yang tebal   1. Edukasi pasien untuk sering minum air putih (1500-2000 cc/hari) 2. Berikan Cefobactam 3 x 1 gr   (IV) dan cairan infus Futrolit:Ns : 1:1 (14 tpm) |  |
| Selasa 28 Januari 2020 | Dinas Malam   1. Mengobservasi tanda   – tanda vital klien   1. Menganjurkan klien sering minum air putih ( 1500 – 2000 ml.hari   )   1. Memberikan injeksi antibiotik cefosubactam 3 x 1 gr 2. Mengganti cairan infus pasien Futrolit ( 14 tpm ) | S : pasien mengatakan masim demam saat malam hari  O : TTV  TD : 110/70 mmHg N : 100x/menit  S : 37,9°C  RR : 22x/menit GCS: 456  SPO2: 98%  Kulit tak tampak kemerahan Keadaan umum lemah Tidak ada tanda kejang Kesadaran composmentis  Klien tampak mengenakan pakaian yang tipis  Klien minum habis 2 botol ( 600 ml )  A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan   1. Observasi tanda – tanda vital terutama suhu 3x/hari 2. Edukasi pasien untuk sering minum air putih (1500-2000 cc/hari) 3. Edukasi keluarga untuk memberikan kompres air hangat untuk pasien di daerah ketiak, lipatan paha, dahi atau perut 4. Anjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat dan tidak memakai selimut yang tebal 5. Berikan Cefobactam 3 x 1 gr (IV) 6. Berikan cairan infus Futrolit:Ns : 1:1 (14 tpm) | *wahyu* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **TINDAKAN** | **CATATAN PERKEMBANGAN** | **TT WAT** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rabu 29 Januari  2020 | Dinas Pagi   1. Mengobservasi tanda – tanda vital pasien ( TD, Suhu, Nadi, RR ) 2. Mengganti cairan infus NaCl 0,9 % ( 14 tpm ) 3. Memberikan antibiotik cefosulbactam 3 x 1gr (iv ) | S : Klien mengatakan tadi malam masih demam  O : TTV  TD : 120/70 mmHg S : 37,5 °C  N : 95 x / mnt RR : 20 x / mnt  Kulit tidak tampak kemerahan Terpasang infus di tangan kanan Kesadaran composmentis  Klien tampak memakai pakaian yang tipis dan mudah menyerap keringat  A : masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan   1. Observasi tanda – tanda vital terutama suhu 3x/hari 2. Edukasi pasien untuk sering minum air putih (1500-2000 cc/hari) 3. Edukasi keluarga untuk memberikan kompres air hangat untuk pasien di daerah ketiak, lipatan paha, dahi atau perut 4. Anjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat dan tidak memakai selimut yang tebal 5. Berikan Cefobactam 3 x 1 gr (IV) 6. Berikan cairan infus Futrolit:Ns   : 1:1 (14 tpm) | *wahyu* |
| Rabu 29 Januari  2020 | Dinas sore   1. Menemani dokter visite 2. Mengobservasi tanda   – tanda vital pasien(TD,suhu, nadi, RR )   1. Menganjurkan klien memakai pakaian yang tipis 2. Mengajarkan cara pemberian kompres air hangat di ketiak pasien 3. Memberikan injeksi antibiotik cefosubactam 3 x 1 gr 4. Mengganti cairan infus pasien NaCl 0,9   % ( 14 tpm ) | S : -  O : TTV  TD : 110/70 mmHg N : 100x/menit  S : 37,0°C  RR : 22x/menit GCS: 456  SPO2: 98%  Kulit tak tampak kemerahan Keadaan umum cukup Tidak ada tanda kejang Kesadaran composmentis  Klien tampak mengenakan pakaian yang tipis  Klien minum habis 2 botol ( 600 ml )  A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan   1. Observasi tanda – tanda vital (TD, Suhu,Nadi,RR) 2. Edukasi pasien untuk sering | *wahyu* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | minum air putih (1500-2000 cc/hari)   1. Berikan Cefobactam 3 x 1 gr (IV) 2. Berikan cairan infus Futrolit:Ns : 1:1 (14 tpm) |  |
| Rabu 29 Januari  2020 | Dinas malam   1. Mengobservasi tanda   – tanda vital klien terutama suhu tubuh klien   1. Menganjurkan klien minum air putih ( 1500-2000 ml ) per hari agar tubuh tidak dehidrasi karena peningkatan penguapan suhu tubuh 2. Memberikan injeksi antibiotik cefobactam 3 x 1 gr 3. Mengganti cairan infus Futrolit ( 14 tpm) | S : -  O : TTV  TD : 110/70 mmHg N : 100x/menit  S : 37,5°C  RR : 22x/menit GCS: 456  SPO2: 98%  Kulit tak tampak kemerahan Keadaan umum cukup Tidak ada tanda kejang Kesadaran composmentis  Klien tampak mengenakan pakaian yang tipis  Klien minum habis 1,5 botol ( 600 ml )  A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan   1. Observasi tanda – tanda vital terutama suhu 3x/hari 2. Edukasi pasien untuk sering minum air putih (1500-2000 cc/hari) 3. Berikan Cefobactam 3 x 1 gr (IV) 4. Berikan cairan infus Futrolit:Ns : 1:1 (14 tpm) | *wahyu* |
| Kamis, 30 Januari 2020 | Dinas pagi   1. Mengobservasi tanda – tanda vital klien terutama suhu tubuh klien 2. Menganjurkan klien minum air putih ( 1500- 2000 ml ) p er hari agar tubuh tidak dehidrasi karena peningkatan penguapan suhu tubuh 3. Memberikan injeksi antibiotik cefobactam 3 x 1 gr 4. Mengganti cairan infus NaCl 0,9 % ( 14 tpm) | S : klien mengatakan sudah tidak demam  O : TTV  TD : 110/70 mmHg N : 100x/menit  S : 37° C  RR : 18x/menit GCS: 456  SPO2: 98%  Kulit tak tampak kemerahan Keadaan umum cukup Tidak ada tanda kejang Kesadaran composmentis  Klien tampak mengenakan pakaian yang tipis  A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan | *wahyu* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Observasi tanda – tanda vital terutama suhu 3x/hari 2. Edukasi pasien untuk sering minum air putih (1500-2000 cc/hari) 3. Berikan Cefobactam 3 x 1 gr (IV) 4. Berikan cairan infus Futrolit:Ns : 1:1 (14 tpm) |  |
| Kamis, 30 Januari 2020 | Dinas Sore   1. Menemani dokter visite 2. Mengobservasi tanda – tanda vital klien ( TD, suhu, Nadi, RR) 3. Memberikan injeksi antibiotik cefobactam 3 x 1 gr 4. Mengganti cairan infus NaCl 0,9 % ( 14 tpm) | S : klien mengatakan sudah tidak demam  O : TTV  TD : 120/80 mmHg N : 110x/menit  S : 36,5° C  RR : 18x/menit GCS: 456  SPO2: 98%  Kulit tak tampak kemerahan Keadaan umum cukup Tidak ada tanda kejang Kesadaran composmentis  A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan   1. Berikan Cefobactam 3 x 1 gr (IV) 2. Berikan cairan infus Futrolit:Ns : 1:1 (14 tpm) | *wahyu* |
| Kamis, 30 Januari 2020 | Dinas Malam   1. Mengobservasi tanda – tanda vital klien ( TD, Suhu, Nadi, RR ) 2. Memberikan injeksi antibiotik cefobactam 3 x 1 gr 3. Mengganti cairan infus Futrolit ( 14 tpm) | S : -  O : TTV  TD : 110/80 mmHg N : 98x/menit  S : 36,2° C  RR : 18x/menit GCS: 456  SPO2: 98%  Kulit tak tampak kemerahan Keadaan umum cukup Tidak ada tanda kejang Kesadaran composmentis  A : Masalah teratasi  P : Intervensi dilanjutkan   1. Berikan Cefobactam 3 x 1 gr (IV) 2. Berikan cairan infus Futrolit:Ns : 1:1 (14 tpm) | *wahyu* |

Diagnosa 3 Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan ( mual , muntah)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **TINDAKAN** | **CATATAN PERKEMBANGAN** | **TT WAT** |
| Selasa 28 Januari 2020 | Dinas Pagi   1. Mengobservasi tanda tanda vital 2. Mengkaji frekuensi mual dan intake asupan makan pasien 3. Mengobservasi tanda tanda vital 4. Memberikan injeksi Ranitidin 50 mg (IV) 5. Mengkaji asupan intake pasien dan membantu pasien makan dengan cara menyuapi pasien | S : Pasien mengatakan mual ketika melihat nasi dan tidak nafsu makan  O: TTV  TD: 120/80 mmHg N : 96x/menit  S : 37,8°C  RR : 20x/menit GCS: 456  SPO2: 99%   1. Pasien makan habis 2 sendok makan 2. Mukosa bibir kering 3. Keadaan umum lemah A: Masalah belum teratasi   P: Lanjutkan intervensi   1. Observasi frekuensi mual dan asupan makan pasien 2. Observasi tanda-tanda vital pasien 3x/hari 3. Diskusikan dengan pasien untuk bisa makan dengan porsi sedikit tapi sering 4. Bantu pasien dalam menghabiskan 1 porsi makan dengan menyuapi pasien 5. Berikan obat hasil kolaborasi dengan dokter   pemberian terapi antiemetik Ranitidin 3x 50 mg (IV) | *wahyu* |
| Selasa 28 Januari 2020 | Dinas Sore   1. Mengobservasi tanda – tanda vital pasien 2. Menemani dokter visite , hasil : tambahan advis curcuma tablet 2 x 1 3. Memberikan injeksi antiemetik   ranitidine 50 mg | S : Pasien mengatakan mual ketika melihat nasi dan tidak nafsu makan  O: TTV  TD: 110/70 mmHg N : 87x/menit  S : 37,4°C  RR : 21x/menit GCS: 456  SPO2: 99%   1. Pasien makan habis 3 | *wahyu* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ( IV )   1. Menyajikan makanan klien selagi hangat 2. Membantu menyuapi klien makananya | sendok makan   1. Mukosa bibir kering 2. Keadaan umum lemah |  |
| A: Masalah belum teratasi |
| P: Lanjutkan intervensi   1. Observasi frekuensi mual dan asupan makan pasien 2. Observasi tanda-tanda vital pasien 3x/hari 3. Diskusikan dengan pasien untuk bisa makan dengan porsi sedikit tapi sering 4. Bantu pasien dalam menghabiskan 1 porsi makan dengan menyuapi pasien 5. Berikan obat hasil kolaborasi dengan dokter pemberian terapi antiemetik   Ranitidin 3x 50 mg (IV) |
| Selasa 28 Januari 2020 | Dinas Malam   1. Mengobservasi tanda – tanda vital pasien 2. Mengganti cairan infus klien Futrolit ( 14 tpm ) 3. Memberikan injeksi antiemetik   ranitidine 50 mg ( IV )   1. Menyajikan makanan klien selagi hangat 2. Membantu menyuapi klien makananya | S : pasien mengatakan enggan untuk makan  O: TTV  TD: 110/70 mmHg N : 87x/menit  S : 37,4°C  RR : 21x/menit GCS: 456  SPO2: 99%   1. Pasien tidak memakan makanannya 2. Mukosa bibir kering 3. Keadaan umum lemah 4. Pasien habis 1,5 botol ( 600 ml )   A: Masalah belum teratasi | *wahyu* |
|  |  | P: Lanjutkan intervensi   1. Observasi frekuensi mual dan asupan makan pasien 2. Observasi tanda-tanda vital pasien 3x/hari 3. Diskusikan dengan pasien untuk bisa makan dengan porsi sedikit tapi sering 4. Bantu pasien dalam   menghabiskan 1 porsi makan dengan menyuapi |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | pasien  5. Berikan obat hasil kolaborasi dengan dokter pemberian terapi antiemetik Ranitidin 3x  50 mg (IV) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **TINDAKAN** | **CATATAN**  **PERKEMBANGAN** | **TT WAT** |
| Rabu 29 Januari  2020 | Dinas Pagi   1. Mengobservasi tanda tanda vital 2. Mengkaji frekuensi mual dan intake asupan makan pasien 3. Mengobservasi   tanda tanda vital pasien   1. Mengkaji asupan intake pasien 2. Menghidangkan makanan pasien selagi hangat 3. Memberikan injeksi Ranitidin 50 mg (IV) | S : Pasien mengatakan mual ketika melihat nasi dan belum nafsu makan  O: TTV  TD: 120/80 mmHg N : 96x/menit  S : 37,8°C  RR : 20x/menit GCS: 456  SPO2: 99%  Pasien habis 2 sendok makanan  Mukosa bibir lembap Turgor kulit elastis Keadaan umum lemah  A: Masalah belum teratasi  P: Lanjutkan intervensi 2, 3, 4, 5   1. Observasi frekuensi mual dan asupan makan pasien 2. Observasi tanda-tanda vital pasien 3x/hari 3. Diskusikan dengan pasien untuk bisa makan dengan porsi sedikit tapi sering 4. Bantu pasien dalam menghabiskan 1 porsi makan dengan menyuapi pasien 5. Berikan obat hasil kolaborasi dengan dokter pemberian terapi antiemetik Ranitidin   3x 50 mg (IV) | *wahyu* |
| Rabu 29 Januari  2020 | Dinas sore   1. Mengobservasi tanda – tanda vital pasien 2. Menemani dokter visite 3. Menyajikan | S : Pasien mengatakan mual sudah berkurang  O: TTV  TD: 130/80 mmHg N : 95x/menit  S : 37,7°C | *wahyu* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | makanan klien selagi hangat   1. Membantu menyuapi klien makananya 2. Memberikan injeksi antiemetik ranitidine 50 mg ( IV ) | RR : 20x/menit GCS: 456  SPO2: 98%   1. Pasien makan habis 5 sendok makan 2. Mukosa bibir lembap |  |
| A: Masalah belum teratasi |
| P: Lanjutkan intervensi 2, 3, 4, 5   1. Observasi frekuensi mual dan asupan makan pasien 2. Observasi tanda-tanda vital pasien 3x/hari 3. Diskusikan dengan pasien untuk bisa makan dengan porsi sedikit tapi sering 4. Bantu pasien dalam menghabiskan 1 porsi makan dengan menyuapi pasien 5. Berikan obat hasil kolaborasi dengan dokter pemberian terapi antiemetik Ranitidin 3x 50   mg (IV) |
| Rabu 29 Januari  2020 | Dinas Malam   1. Mengganti cairan infus NaCl 14 tpm 2. Mengobservasi tanda tanda vital 3. Mengkaji frekuensi mual dan intake makan pasien 4. Memberikan 5. Ranitidin 50 mg (IV) 6. Mengkaji asupan intake pasien dan membantu pasien makan dengan cara   menyuapi pasien | S : Pasien mengatakan mual ketika melihat nasi dan belum nafsu makan  O: TTV  TD: 140/80 mmHg N : 98x/menit  S : 37,7°C  RR : 20x/menit GCS: 456  SPO2: 98%   1. Pasien makan habis ¼ sendok makan 2. Mukosa bibir lembap   A: Masalah belum teratasi | *wahyu* |
|  |  | P: Lanjutkan intervensi 2, 3, 4, 5   1. Observasi frekuensi mual dan asupan makan pasien 2. Observasi tanda-tanda vital pasien 3x/hari 3. Diskusikan dengan pasien untuk bisa makan dengan porsi sedikit tapi sering 4. Bantu pasien dalam menghabiskan 1 porsi |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | makan dengan menyuapi pasien  5. Berikan obat hasil kolaborasi dengan dokter pemberian terapi  antiemetik Ranitidin 3x 50 mg (IV) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **TINDAKAN** | **CATATAN PERKEMBANGAN** | **TT WAT** |
| Kamis, 30 Januari 2020 | Dinas Pagi   1. Mendiskusikan dengan pasien untuk bisa makan dengan porsi sedikit tapi sering 2. Mengkaji frekuensi mual, durasi dan tingkat keparahan. 3. Mengobservasi tanda tanda vital 4. Memberikan injeksi Ranitidin 50 mg (IV) 5. Mengganti cairan infus Futrolit ( 14 tpm) 6. Mengkaji asupan intake pasien dan membantu pasien makan dengan cara menyuapi pasien | S : Pasien mengatakan mual sudah berkurang  O: TTV  TD : 110/70 mmHg N : 100x/menit  S : 37° C  RR : 18x/menit GCS: 456  SPO2: 99%   1. Pasien makan habis ½ porsi makan 2. Mukosa bibir lembab   A: Masalah teratasi sebagian  P: Lanjutkan intervensi 2, 3, 4, 5   1. Observasi frekuensi mual dan asupan makan pasien 2. Observasi tanda-tanda vital pasien 3x/hari 3. Diskusikan dengan pasien untuk bisa makan dengan porsi sedikit tapi sering 4. Bantu pasien dalam menghabiskan 1 porsi makan dengan menyuapi pasien 5. Berikan obat hasil kolaborasi dengan dokter pemberian terapi antiemetik Ranitidin 3x 50   mg (IV) | *wahyu* |
| Kamis, 30 Januari 2020 | Dinas Sore   1. Menemani dokter visite 2. Mengganti cairan infus NaCl 0,9 % ( 14 tpm ) 3. Mengobservasi tanda tanda vital | S : Pasien mengatakan mual sudah berkurang  O: TTV  TD: 130/80 mmHg N : 94x/menit  S : 37,3°C  RR : 20x/menit | *wahyu* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1. Mendiskusikan dengan pasien untuk bisa makan dengan porsi sedikit tapi sering 2. Memberikan Ranitidin 50 mg (IV) 3. Mengkaji asupan intake pasien dan membantu pasien makan dengan cara menyuapi pasien | GCS: 456  SPO2: 99%   1. Pasien habis 1 porsi makan 2. Mukosa bibir lembab A: masalah teratasi sebagian   P: Lanjutkan intervensi 2, 3, 4, 5   1. Observasi frekuensi mual dan asupan makan pasien 2. Observasi tanda-tanda vital pasien 3x/hari 3. Diskusikan dengan pasien untuk bisa makan dengan porsi sedikit tapi sering 4. Bantu pasien dalam menghabiskan 1 porsi makan dengan menyuapi pasien 5. Berikan obat hasil kolaborasi dengan dokter pemberian terapi antiemetik Ranitidin 3x 50   mg (IV) |  |
| Kamis, 30 Januari 2020 | Dinas Malam   1. Mengobservasi tanda tanda vital 2. Memberikan injeksi Ranitidin 50 mg (IV) 3. Mengganti cairan infus Futrolit ( 14 tpm) | S : Pasien mengatakan sudah tidak mual  O: TTV  TD : 110/80 mmHg N : 98x/menit  S : 36,2° C  RR : 18x/menit GCS: 456  SPO2: 99%   1. Pasien habis 1 porsi makan 2. Mukosa bibir lembab A: masalah teratasi   P : Intervensi dihentikan | *wahyu* |

Diagnosa 4 Defisit perawatan diri ( mandi , toileting, berpindah, berjalan ) berhubungan dengan kelemahan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **TINDAKAN** | **CATATAN PERKEMBANGAN** | **TT WAT** |
| Selasa 28 | Dinas Pagi | S : Pasien mengatakan | *wahyu* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Januari 2020 | 1. Mengobservasi tanda tanda vital 2. Mengobservasi tanda tanda vital ( TD, Suhu, Nadi, RR ) 3. Mengaji tingkat kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri | mengetahui pentingnya perawatan diri dan personal hygiene. |  |
|  | O: TD: 130/80 mmHg  N : 94x/menit S : 37,9°C  RR : 20x/menit  1. Pasien perlu bantuan istri untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri |
|  | A: Defisit perawatan diri ( toileting/eliminasi, berpindah, berjalan) teratasi sebagian |
|  | P: Lanjutkan intervensi 2, 3, 4   1. Kaji tingkat kemampuan pasien 2. Motivasi pasien untuk mengungkapkan perasaan dan keluhan mengenai defisit perawatan diri 3. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melatih pasien berjalan mandiri ke kamar mandi atau berpakaian |
| Selasa 28 Januari 2020 | Dinas Sore   1. Mengobservasi tanda tanda vital 2. Mengajarkan pasien dan keluarga untuk melatih pasien berjalan mandiri ke kamar mandi atau cara berpakaian dengan kondisi   tangan terpasang infus | S : Pasien mengatakan mampu berjalan ke kamar mandi atau cara berpakaian dengan kondisi tangan terpasang infus dengan bantuan istri  O: TD: 120/80mmHg  N : 99x/menit S : 37,5°C  RR : 20x/menit GCS: 456   1. Pasien memahami cara berjalan ke kamar mandi atau cara berpakaian dengan kondisi tangan terpasang infus 2. Pasien dan keluarga mampu mempraktekkan cara mandi dan personal hygiene   A:Defisit perawatan diri (toileting/eliminasi, berpindah, berjalan) teratasi | *wahyu* |
|  |  | P: Lanjutkan intervensi 2, 3, 4 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Kaji tingkat kemampuan pasien 2. Motivasi pasien untuk mengungkapkan perasaan dan keluhan mengenai defisit perawatan diri 3. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melatih pasien berjalan mandiri ke kamar mandi atau berpakaian |  |
| Selasa 28 Januari 2020 | Dinas Malam   1. Mengobservasi tanda tanda vital 2. Mengajarkan pasien dan keluarga untuk melatih pasien berjalan mandiri ke kamar mandi atau cara berpakaian dengan kondisi   tangan terpasang infus | S : Pasien mengatakan mampu berjalan ke kamar mandi atau cara berpakaian dengan kondisi tangan terpasang infus dengan bantuan istri  O: TD: 130/80 mmHg  N : 110x/menit S : 37,8°C  RR : 21x/menit GCS: 456  SPO2: 98%   1. Pasien memahami cara berjalan ke kamar mandi atau cara berpakaian dengan kondisi tangan terpasang infus 2. Pasien dan keluarga mampu mempraktekkan cara mandi dan personal hygiene 3. Pasien mampu melakukan perawatan eliminasi, mandi dan berpakaian dengan dibantu istri   A: Defisit perawatan diri toileting/eliminasi, berpindah, berjalan) teratasi  P: Intervensi dihentikan | *wahyu* |

# BAB 4 PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada Tn. N dengan Tuberculosis Paru + Efusi Pleura + Pneumonia di Ruang Paru Paviliun 4 Lantai 1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 28 Januari 2020 sampai dengan 30 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.

# Pengkajian

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

# Identitas

Pada kasus Tn. N didapatkan pasien berjenis kelamin laki – laki dan berumur 62 tahun, pasien tinggal dilingkungan padat penduduk di wilayah Surabaya. Menurut teori (Wahid, 2013), Penyakit tuberculosis (TB) dapat menyerang manusia mulai dari usia anak sampai dewasa dengan perbandingan yang hampir sama antara laki-laki dan perempuan. Penyakit ini biasanya banyak ditemukan pada pasien yang tinggal di daerah dengan tingkat kepadatan tinggi sehingga masuknya cahaya matahari ke dalam rumah sangat minim. Pada kasus Tn. N terserang penyakit tuberkulosis ( TB

) pada usia lansia 62 tahun.

# Riwayat kesehatan

1. Keluhan Utama

Pasien mengeluh badannya panas malam hari, batuk tidak berhenti- henti ,mual, muntah dan tidak nafsu makan. Hal ini dijelaskan sesuai dengan teori) (Wahid, 2013) yaitu pada umumnya keluhan utama pada kasus Tuberculosis Paru + Efusi pleura adalah sesak napas, batuk, terdapat ronchi, mual dan tidak nafsu makan. Menurut (Ardiansyah, 2012) gejala demam pada TB paru hilang timbul dan semakin lama semakin panjang serangannya, sementara masa bebas serangan semakin pendek.

1. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada kasus yang dialami pasien sebelum masuk rumah sakit, pasien mengatakan mual, muntah, suhu badan panas naik turun dan lemas sejak 26 Januari 2020. Kemudian pasien datang di IGD Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 27 Januari 2020 pukul 10.00 WIB. Pasien dilakukan pemeriksaan EKG dan laboratorium. Selama di IGD Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pasien mendapatkan terapi infus Ns 14 tpm, injeksi ranitidin 50 mg (IV), injeksi ondancentron 8 mg (IV) dan injeksi antrain 500 mg (IV). Dari hasil pemeriksaan radiologi Photo Thoraks AP pasien disimpulkan TB Paru , Efusi Pleura kanan dan didiagnosa TB Paru + Effusi Pleura Dextra, dokter menyarankan pasien rawat inap di ruang paru paviliun IV Rumkital Dr. Ramelan Surabaya. Hal ini seperti yang dijelaskan pada teori bahwa pada penderita TB dan efusi pleura sering ditemukan sesak napas dan batuk kadang disertai sputum, demam tinggi, kesulitan tidur, BB menurun drastis, mual dan anoreksia.(Ardiansyah, 2012)

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan bahwa pasien memiliki riwayat penyakit TB Paru 2x, 10 th yang lalu pengobatan TB sampai tuntas, tahun 2016 tidak menjalani pengobatan. Pasien mengatakan bulan Oktober 2019 lalu pernah dilakukan penyedotan cairan di paru – paru kanan ± 20 cc cairan warna merah kecoklatan, keruh di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya. Menurut (Wahid, 2013) pada penderita TB biasanya memiliki riwayat batuk lebih dari 3 minggu disertai batuk darah atau tanpa darah, penyakit pneumonia, riwayat vaksinasi tidak teratur.

1. Riwayat Penyakit Keluarga

Data yang ditemukan pada kasus tersebut, pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki sakit seperti klien. Pada penderita TB biasanya ada anggota keluarga yang menderita TB paru atau batuk lama.

1. Riwayat Alergi

Data yang ditemukan pasien tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan atau obat tertentu. Menurut teori (Ardiansyah, 2012) pada pasien TB paru atau efusi pleura biasanya tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan, obat atau benda tertentu.

# Pengkajian Fisik

Pemeriksaan dilakukan berdasarkan persistem, (1) Sistem Pernafasan *(Breath)*, didapatkan keluhan badan lemas sesaak saat batuk ,tidak didapatkan adanya peningkatan frekuensi pernapasan, pasien sesak saat batuk saja dan dahak susah keluar, respirasi 22x/mnt, terdapat suara nafas tambahan ronkhi, pada sistem pernafasan ditemukan masalah keperawatan

bersihan jalan nafas tidak efektif; (2) Kardiovaskuler *(Blood),* didapatkan data tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, akral hangat, capilary refil time < 2 detik, tidak ada sianosis, tidak ada edema di ekstremitas, palpasi di nadi radialis 94x/menit, irama jantung regular S1 S2 tunggal, tidak ada mumur, tekanan darah 130/80 mmHg. Sedangkan pada teori biasanya ditemukan kelemahan fisik, sianosis akibat mengalami syok, denyut nadi perifer melemah, batas jantung mengalami pergeseran pada TB paru dengan efusi pleura condong kearah paru yang sehat, tekanan darah biasanya normal atau mengalami peningkatan, bunyi jantung tambahan tidak ditemukan. Pada sistem kardiovaskuler tidak ditemukan masalah keperawatan yang signifikan; (3) Sistem Persyarafan *(Brain),* didapatkan data kesadaran compos mentis, GCS E4 V5 M6, orientasi lingkungan baik, orientasi waktu, orang dan tempat baik, pupil isokor 3/3mm, tidak ada masalah pada reflek patologis, dan fisiologis, konjungtiva tidak anemis, lapang pandang baik, reflek cahaya (+), septum hidung ditengah, tidak ada polip, pendengaran baik, tidak ada kelainan, lidah bersih tidak ada kesulitan menelan , pemeriksaan nervus kranial tidak ada parese, tidak ada keluhan pusing, pada pemeriksaan nervus N I hingga N XII tidak ditemukan masalah keperawatan. Pada sistem persyarafan tidak ditemukan masalah keperawatan yang signifikan; (4) Sistem Perkemihan *(Bladder),* pengkajian pada Tn. N didapatkan data bahwa tidak ada distensi pada kandung kemih, dan tidak ada nyeri tekan, ada penggunaan alat bantu eliminasi pispot urin. Eliminasi urin/ BAK sebanyak sebanyak 4-5 x/hari (±1200 cc) setelah MRS, warna urine

kuning, jernih tidak keruh, tidak ada hematuria, aliran lancar, tidak ada sumbatan dan tidak ditemukan masalah keperawatan; (5) Sistem Pencernaan *(bowel),* hasil pengkajian pasien tampak lemah, mulut kurang bersih, membrane mukosa kering, tidak ada gigi palsu, BB SMRS: 63 kg dan BB MRS: 60 kg, sebelum MRS pasien makan 3x sehari dan menghabiskan 1 porsi yang disediakan, jenis makanan nasi, lauk pauk dan buah, nafsu makan baik, tidak ada mual/muntah, ketika MRS nafsu maka pasien menurun, tidak ada mual/muntah makan habis 2 sendok makan , bentuk perut datar/ supel, bising usus normal 18x/menit, tidak ada pembesaran hati, tidak ada kelainan pada abdomen, eliminasi alvi saat sebelum MRS 1x/hari dan eliminasi setelah MRS frekuensi 1x/hari dengan konsistensi padat, lembek dan berwarna kuning. Menurut (Ardiansyah, 2012) meningkatnya sputum pada saluran napas secara tidak langsung akan mempengaruhi system persarafan khususnya saluran cerna. pasien mungkin akan mengeluh tidak nafsu makan dikarenakan menurunnya keinginan untuk makan, disertai dengan batuk; (7) Sistem Muskuloskeletal *(Bone),* hasil pengkajian pada Tn. N didapatkan bahwa keadaan umum lemah, rambut berwarna hitam, kulit kepala bersih, tidak ada hematoma, warna kulit pasien berwarna sawo matang, turgor kulit elatis, kekuatan otot

5555 5555

4444 4444 tidak ada kelainan jaringan atau trauma. Aktivitas sehari

– hari seperti makan, mandi, bangun dari tempat tidur dibantu oleh perawat dan keluarga, pasien lebih banyak tiduran dan memejamkan mata . Pada

kasus Tn. N ditemukan keadaan kelemahan umum yang merupakan gejala dari penyakit TB Paru, hal ini sesuai dengan teori dan merupakan suatu masalah keperawatan yakni defisit Perawatan Diri berhubungan kelemahan.Endokrin berdasarkan hasil pengkajian pada Tn. N didapatkan bahwa tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada hiperglikemi, hasil, tidak ada hipoglikemi.

# Pemeriksaan Penunjuang

Ardiansyah (2012), Menjelaskan bahwa pada pemeriksaan pasien dengan TB Paru thoraks, sering didapatkan adanya suatu lesi sebelum ditemukan gejala subjektif awal. Pada Nn.D dipatkan tampak bercak- bercak milier di kedua lapangan paru. Dan disimpulakn bahwa Nn. D suspect TB paru. Pemeriksaan darah yang dapat menunjang diagnosis TB paru, walaupun kurang sensitive, adalah pemeriksaan laju endap darah (LED). Adanya peningkatan LED biasanya disebabkan peningkatan immunoglobulin, terutama IgG dan IgA (Loman 2001 dalam Ardiansyah 2012).

# Kemampuan Perawatan Diri

Hasil pengkajian pada Tn. N didapatkan bahwa kemampuan pasien dalam aktivitas mandi, toileting, dan berjalan dibantu oleh keluarga maupun perawat. Menurut (Ardiansyah, 2012) Biasanya pada pengkajian didapatkan gejala kelemahan, kelelahan, insomnia, pola hidup menetap, dan jadwal olahraga menjadi tak teratur. hal ini sesuai dengan teori dan merupakan suatu masalah keperawatan yakni Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

* + - 1. Personal Hyegine

Sebelum MRS pasien selalu mandi 3x sehari, keramas 2x dalam satu minggu, ganti pakaian sebanyak 2x/hari, menggosok gigi sebanyak 2x/hari, dan memotong kuku sebanyak 1 minggu sekali. Setelah MRS pasien mandi 2x/sehari pagi seko, menggosok gigi 2x/sehari keramas belum pernah, ganti pakaian sebanyak 1x/hari, menggosok gigi sebanyak 2x/hari.Tidak ada masalah keperawatan

* + - 1. Istirahat Tidur

Pasien sebelum MRS tidur selama 7 jam/hari dan tidak ada masalah dalam pola tidur pasien karena setelah MRS tidur selama 8 jam /hari. Sebelum MRS tidur malam pasien pada pukul 22.00 –

05.00 WIB dan pada siang hari pukul 13.00-14.00 WIB disaat setelah MRS pasien tidur malam pada pukul 22.00-03.00 WIB, pada siang hari pasien tidur pada pukul 11.00-13.00 WIB.Pada pengkajian biasanya ditemukan berupa anoreksia, nafsu makan dan berat badan menurun, sakit kepala, nyeri otot, serta berkeringat pada malam tanpa sebab, hal ini dapat menggangu pola tidur pasien (Ardiansyah, 2012). Pada kasus Tn.N tidak ditemukan tanda-tanda gangguan pola tidur karena pasien tidak mengalami perubahan perubahan jumlah jam tidur dan hal ini tidak dapat diangkat menjadi masalah keperawatan yang signifikan dengan teori yang disebutkan.

* + - 1. Kognitif persptual-psiko-sosio-spiritual

Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn. N didapatkan bahwa persepsi terhadap sehat sakit pasien tidak ada masalah terhadap

konsep dirinya dan kemapuan adaptasi dengan lingkungan sekitarnya karena pasien tabah dan ikhlas dalam menghadapi cobaan dari Allah SWT. Pada kasus Tn.N tidak ditemukan masalah keperawatan.

# Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada pasien TB Paru + Efusi Pleura Dextra + Pneumonia secara kajian teori menurut (Ardiansyah, 2012) ada tujuh yaitu:

1. Hipertermi berhubungan dengan proses peradangan
2. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan pembentukan sputum berlebih
3. Mual berhubungan dengan proses pengobatan OAT
4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah
5. Intoleransi ativitas berhubungan dengan kelemahan
6. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
7. Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya mekanisme pertahanan diri

Sedangkan diagnosis keperawatan yang muncul pada Tn.N dengan TB Paru + Efusi Pleura Dextra + Pneumonia ada empat diagnose keperawatan yaitu:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan pembentukan sputum berlebih

Wahid ( 2013 ) mengatakan adanya ketidaksimetrisan rongga dada, pelebaran ICS pada sisi yang sakit, sesak napas, peningkatan frekuensi napas, tampak penggunaan otot bantu pernapasan, terdapat batuk produktif yang disertai adanya peningkatan produksi secret yang

purulen, vocal fremitus melemah. Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn. N didapatkan bahwa pasien tampak batuk terus menerus, keluar dahak kental dan berwarna kuning, terdapat sesak napas, terdapat bunyi suara nafas tambahan, RR : 22 x/mnt.

1. Hipertermi berhubungan dengan proses peradangan

Pada penderita TB dan efusi pleura sering ditemukan sesak napas dan batuk kadang disertai sputum, demam tinggi, kesulitan tidur, BB menurun drastis, mual dan anoreksia.(Ardiansyah, 2012). Berdasarkan hasil pengkajian Tn. N didapatkan suhu pasien naik turun, malam hari pasien suhu tubuh pasien naik, dan turun saat siang hari, dari hasil photo thorax pasien tampak bercak – bercak putih yang menunjukan adanya peradangan di kedua lapang paru pasien.

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah

Menurut (Ardiansyah, 2012) meningkatnya sputum pada saluran napas secara tidak langsung akan mempengaruhi system persarafan khususnya saluran cerna. pasien mungkin akan mengeluh tidak nafsu makan dikarenakan menurunnya keinginan untuk makan, disertai dengan batuk. Berdasarkan hasil pengkajian Tn. N didapatkan pasien tampak lemah, mulut kurang bersih, membrane mukosa kering, tidak ada gigi palsu, BB SMRS: 63 kg dan BB MRS: 60 kg, sebelum MRS pasien makan 3x sehari dan menghabiskan 1 porsi yang disediakan, jenis makanan nasi, lauk pauk dan buah, nafsu makan baik, tidak ada mual/muntah, ketika MRS nafsu maka pasien menurun, tidak ada mual/muntah makan habis

2 sendok makan , bentuk perut datar/ supel, bising usus normal 18x/menit, tidak ada pembesaran hati, tidak ada kelainan pada abdomen.

1. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Pasien dengan TB Paru akan didapatkan gejala kelemahan, kelelahan, insomnia, pola hidup menetap, dan jadwal olahraga menjadi tak teratur. Pengkajian Nn A didapatkan bahwa pada data subyektif pasien mengatakan bahwa badannya terasa lemas dan pada data obyektifnya didapatkan bahwa aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga, pasien lebih banyak tiduran atau memejamkan mata, kekutan otot

5555 5555

4444 4444. Diagnosa ini diangkat karena pasien tampak lemah,

dan aktivitas pasien perlu dibantu oleh perawat dan keluarga.

# Perencanaan

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 ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namum masing-masing intervensi disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi pasien serta ruangan.

1. Diagnosa 1, Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan pembentukan sputum berlebih.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas pasien kembali efektif. Dengan kriteria hasil pasien dapat Pasien melaporkan sesak berkurang, ronkhi tidak ada, sputum berkurang atau tidak ada, klien dapat mempraktekkan batuk

efektif, frekuensi nafas normal ( RR: 16 - 20x/menit ). Pada kasus Tn.N dilakukan intervensi yaitu monitor bunyi nafas tambahan ronkhi untuk mengidentifikasi adanya obstruksi dijalan nafas,observasi produksi sputum pasien ( warna, konsistensi, jumlah), posisikan pasien semi fowler – fowler saat pasien sesak untuk meningkatkan ekspansi paru lebih optimal, anjurkan pasien minum air hangat untuk membantu mengencerkan dahal yang kental, ajarkan pasien Btuk efektif untuk membantu memudahkan dalam pengeluaran sekret, berikan hasil kolaborasi nebulizer ventolin 3 x 1untuk mengencerkan dahak agar mudah keluar.

1. Diagnosa 2, Hipertermi berhubungan dengan proses peradangan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan suhu tubuh pasien kembali normal. Dengan kriteria hasil anda – tanda vital pasien dalam batas normal, tidak ada perubahan warna kulit , pasien tidak ada tanda – tanda kejang. Pada kasus Tn.N dilakukan intervensi yaitu observasi tanda – tanda vital pasien ( TD, suhu, Nadi, RR ), berikan kompres air hangat di ketiak pasien saat panas , dengan vasodilatasi pembuluh darah dapat meningkatkan penguapan yang mempercepat penurunan suhu tubuh, edukasi pasien untuk sering minum air putih ± 1500 – 2000 cc/hari agar mencegah timbulnya dehidrasi , berikan hasil kolaborasi injeksi antibiotik cefosubactam 3 x 1 gr dan pemberian cairan lewat intravena NaCl 0,9 % : Futrolit 1 : 1 untuk mengganti cairan dan elektrolit tubuh yang hilang pada saat panas.

1. Diagnosa 3, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi klien terpenuhi. Dengan kriteria hasil tanda – tanda vital ( TD, Suhu, Nadi, RR ) pasien dalam rentang normal, mukosa bibir pasien lembap, nafsu makan pasien meningkat, klien tidak lagi mual dan muntah. Pada kasus Tn.N dilakukan intervensi yaitu identifikasi jenis makanan yang disukai.tidak disukai oleh pasien, observasi asupan nutrisi pasien untuk mengetahui zat gizi yang dikonsumsi dan suplemen yang diperlukan, anjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering agar kebutuhan nutrisi tetap terpenuhi, sajikan makan selagi hangat untuk menambah selera makan pasien, untuk mengurangi rasa mual dan muntah pasien diberikan injeksi Ranitidin 3 x 50 mg per IV.

1. Diagnosa 4, Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri. Dengan kriteria hasil pasien mampu melakukan aktivitas perawtan diri sesuai kemampuannya, kebutuhan perawatan pasien terpenuhi, adanya motivasi pasien untuk melakukan aktivitas. Pada kasus Tn.N dilakukan intervensi yaitu mengkaji tingkat kemampuan pasien untuk berpindah dari tempat tidur dan berdiri, pasien dilatih untuk belajar mandiri yakni belajar dengan inisiatif diri sendiri dengan atau tanpa bantuan orang lain, hal ini dilakukan untuk mengetahui tingkat kemampuan pasien untuk beraktifitas, mengkaji evaluasi motivasi dan

keinginan pasien untuk meningkatkan aktivitas hal ini dilakukan untuk mengetahui tingkat motivasi pasien pasien dalam meningkatkan aktivitasnya.

# Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan di direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian keperawatan. Pelaksanan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnose pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka,hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya. Hal – hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan antara lain adanya kerjasama dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya,tersedianya sarana dan prasarana di ruangan yang menunjang dan pelaksanan asuhana keperawatan,dan penerimaan adanya penulis.

1. Diagnosa 1, Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan pembentukan sputum berlebih.

Pada kasus Tn. N ditemukan data obyektif yaitu pasien batuk, dahak susah keluar, didapatkan bunyi suara nafas tambahan ronkhi, pasien belum mempraktikkan batuk efektif sehingga dilakukan tindakan keperawatan mengobservasi bunyi nafas tambahan ( ronkhi ), mengobservasi produkasi sputum ( jumlah, konsistensi, warna) dari sputum, menganjurkan pasien minum air hangat setelah batuk,

mengajarkan pasien teknik batuk efektif, memberikan hasil kolaborasi nebulizer ventolin 3 x 1 gram.

1. Diagnosa 2, Hipertermi berhubungan dengan proses peradangan.

Pada kasus Tn.N ditemukan data obyektif yaitu pasien suhu tubuh pasien 38,5 º C, kulit tidak tampak kemerahan, komplikasi seperti kejang tidak terjadi, keadaan umum klien lemah, sehingga dilakukan tindakan mengobervasi tanda – tanda vital pasien ( TD, Nadi, Suhu, RR ), menganjurkan pasien memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat saat pasien panas, memberikan kompres air hangat di ketiak pasien saat panas, memberikan hasil kolaborasi injeksi anti biotik cefo subactam 3 x 1 gr, memberikan cairan infus NaCl 0,9 % : Futrolit 1 : 1 ( 14 tpm )

1. Diagnosa 3, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah.

Pada kasus Tn.N ditemukan data obyektif yaitu pasien hanya menghabiskan 2 sendok makan , mukosa bibir kering , keadaan umum pasie lemah sehingga dilakukan tindakan keperawatan mengobservasi frekuensi mual dan muntah pasien, mengobservasi asupan nutrisi pasien untuk mengetahui zat gizi yang dikonsumsi, menyajikan makan selagi hangat untuk menambah selera makan pasien,menganjurkan pasien makan porsi sedikit tapi sering, untuk mngurangi rasa mual dan ingin muntah pasien diberikan injeksi Ranitidine 3 x 50 mg per intravena.

1. Diagnosa 4, Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

Pada kasus Tn.N ditemukan data obyektif bahwa aktivitas pasien

dibantu oleh perawat ataupun keluarga, pasien terpasang infus ditangan kanan sehingga dilakukan tindakan keperawatan yakni yang pertama dengan mengkaji tingkat kemampuan pasien untuk berpindah dari tempat tidur atau berdiri, memotivasi pasien untuk melakukan aktivitas sesuai kemampuan pasien.

# Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap terakhir proses keperawatan dengan cara menialai sejauh mana tujuan darirencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memeliki pengetahuan untuk memahami respons terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tjuan yang dicapai, serta kemmapuan dalam menghubungkan tindkaan keperawatan pada kriteria hasil. Tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan, yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan selama proses perawatan berlangsung atau menialai respons pasien, sedangkan evaluasi hasil dilakukan atas target tujuan yang diharapkan.

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dilaksanakan secara maksimal karena keterbatasan waktu. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluassi pasien dilakukan karena dapat diketahui secara langsung keadaan pasien. Dimana setelah dilakukan tindakan keperawatan dapat dievaluasi sebagai berikut :

1. Diagnosa 1, Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan

Pada waktu dilakukan evaluasi didapatkan hasil data objektif adalah : pasien masih terus batuk, dahak sudah mudah dikeluakan konsistensi kental, warna kuning, ± 5ml, masalah bersihan jalan nafas tidak efektis berhubungan dengan sekret berlebih terasi sebagian karena

pasien masih mengalami batuk berdahak dengan pengeluaran sputum berlebih sehingga pasien masih mendapat terapi nebulizer ventolin 3 x 1 atas advis dokter.

1. Diagnosa 2, Hipertermi berhubungan dengan proses peradangan.

Pada waktu dilakukan evaluasi didapatkan hasil data objektif : suhu tubuh pasien 37,5 º C, tubuh pasien tidak tampak kemerahan, pasien tampak lemah , pasien minum ± 1600 – 2500 ml air putih, tidak tanpak tanda – tanda kejang. Masalah hipertemi teratasi sebagian karena suhu tubuh pasien masih naik turun berhbungan dengan adanya inflamasi paru. Hasil kolaborasi injeksi cefosubactam 3 x 1 gr dilanjutkan dan pemberian cairan infus Ns : Futrolit 1:1 ( 14pm).

1. Diagnosa 3, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah.

Pada waktu dilakukan evaluasi didapatkan hasil data objektif yaitu : pasien tampak habis 1 porsi makanan, mukosa bibir lembap, keadaan umum pasien baik, masalah Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah teratasi, dan intervensi dihentikan.

1. Diagnosa 4, Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

Pada waktu dilakukan evaluasi didapatkan hasil dari data objektif yaitu : bahwa pasien mengatakan tubuh sudah lumayan bertenaga dan bisa berdiri sendiri walupun cuma sebentar, pasien mampu melakukan perawatan eliminasi, mandi dan berpakaian sesuai kemampuan dengan dibantu oleh istri. Masalah keperawatan defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan teratasi, dan intervensi dihentikan.

# BAB 5 PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa TB Paru + Efusi Pleura Dextra + Pneumonia di Ruang Paru Rumkital Dr. Ramelan Surababaya, maka penulis bisa menarik kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

# Simpulan

1. Pada pengkajian pasien TB Paru + Efusi Pleura + Pneumonia ditemukan data pasien mengeluh sesak saat batuk, mual dan nafsu makan menurun mengerti tentang penyakitnya dan pengobatnnya karena pasien mempunyai riwayat penyakit yang sama sebelumnya kondisi pasien lemah,mukosa bibir kering dan aktivitas dibantu oleh keluarga ataupun perawat, pasien lebih banyak tiduran dan memejamkan mata, pasien menggunakan masker akan tetapi keluarga tidak menggunakan masker.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien TB Paru + Efusi Pleura + Pneumonia antara lain adalah (a) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi berlebih (b)Hipertermia berhubungan dengan inflamsi paru;(c) Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (mual, muntah); (d) Defisit perawatan diri ( toileting/eliminasi, berpindah )berhubungan dengan kelemahan.
3. Perencanaan pada pasien TB Paru + Efusi Pleura + Pneumonia pada tujuan keperawatan yaitu bersihan jalan nafas pasien kembali efektif, hipertermia dapat teratasi, kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi, pasien mampu memenuhi kebutuhan perawtan diri secara mandiri.
4. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien TB Paru + Efusi Pleura + Pneumonia adalah mengobservasi status pernafasan klien dan produksi sputum , mengkaji tanda tanda vital pasien, mengobservasi asupan nutrisi pasien mengkaji tingkat kemampuan pasien untuk beraktivitas, mengkaji dan memberi motivasi untuk meningkatkan aktivitas kehidupan sehari-hari.
5. Evaluasi pasien TB Paru + Efusi Pleura + Pneumonia, pasien mengatakan batuk sudah berkurang dan dahak mudah dikeluarkan, pasien mengatakan sudah tidak panas pada malam hari, pasien mengatakan makan habis satu porsi, pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri.

Dari data tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa pada masalah pasien ada dua masalah belum teratasi dan dua masalah sudah teratasi, masalah keperawatan yang belum teratasi bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi berlebih dan pasien masih mendapat terapi dari dokter, dan hipertermia berhubungan dengan inflamasi paru dan pasien masih dilanjutkan untuk pemberian terapi dari dokter.

# Saran

Bertolak dari simpulan di atas penulis memberikan saran sebagai berikut :

* + 1. Bagi pasien dan keluarga

Untuk mencegah penularan ke orang lain saat dirumah alat-alat makan pasien disendirikan, kasur pasien harus sering dijemur, kamar pasien harus terkena sinar matahari langsung, harus menggunakan masker saat berbicara, pasien harus patuh minum obat dan keluarga harus mengawasi. Keluarga harus mendukung pengobatan pasien dengan cara rutin

mengontrolkan anaknya ke pelayanan kesehatan.

* + 1. Bagi penulis selanjutnya

Untuk lebih mengembangkan dan meningkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif dengan harapan perawat mempunyai respon yang tinggi terhadap keluhan pasien sehingga intervensi yang diberikan dapat membantu menyelesaikan masalah

* + 1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terutama dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien TB Paru dengan baik dan benar sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang ada. Perawat menjadi lebih sering memantau keadaan pasien, rumah sakit menyediakan harus menambah ruangan isolasi karena ruangan yang sekarang ada masih kurang dan alat-alat seperti pot sputum harus di lengkapi.

* + 1. Bagi institusi pendidikan

Untuk kiranya lebih meningkatkan mutu pendidikan dengan cara menambah literatur untuk kelengkapan perkuliahan.

# DAFTAR PUSTAKA

Anggarsari, Yuyun, S., & Akhmad, R. (2018). Studi Kasus Gangguan Pola Napas Tidak Efektif Pada Pasien Efusi Pleura. *Jurnal Keperawatan*, *7*(2), 168–179.

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

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

Somantri, Irman.2008.*Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernafasan.*Jakarta:Salemba Medika.

Fadilah, L. (2016). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Penderita TB Paru Dengan Ketidakefektifanbersihan Jalan Nafas Di RSUD dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto. *Keperawatan*, 1–10.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2011). Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis-Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 364. *Jurnal ICT*, (Pengendalian Tuberkulosis), 110.

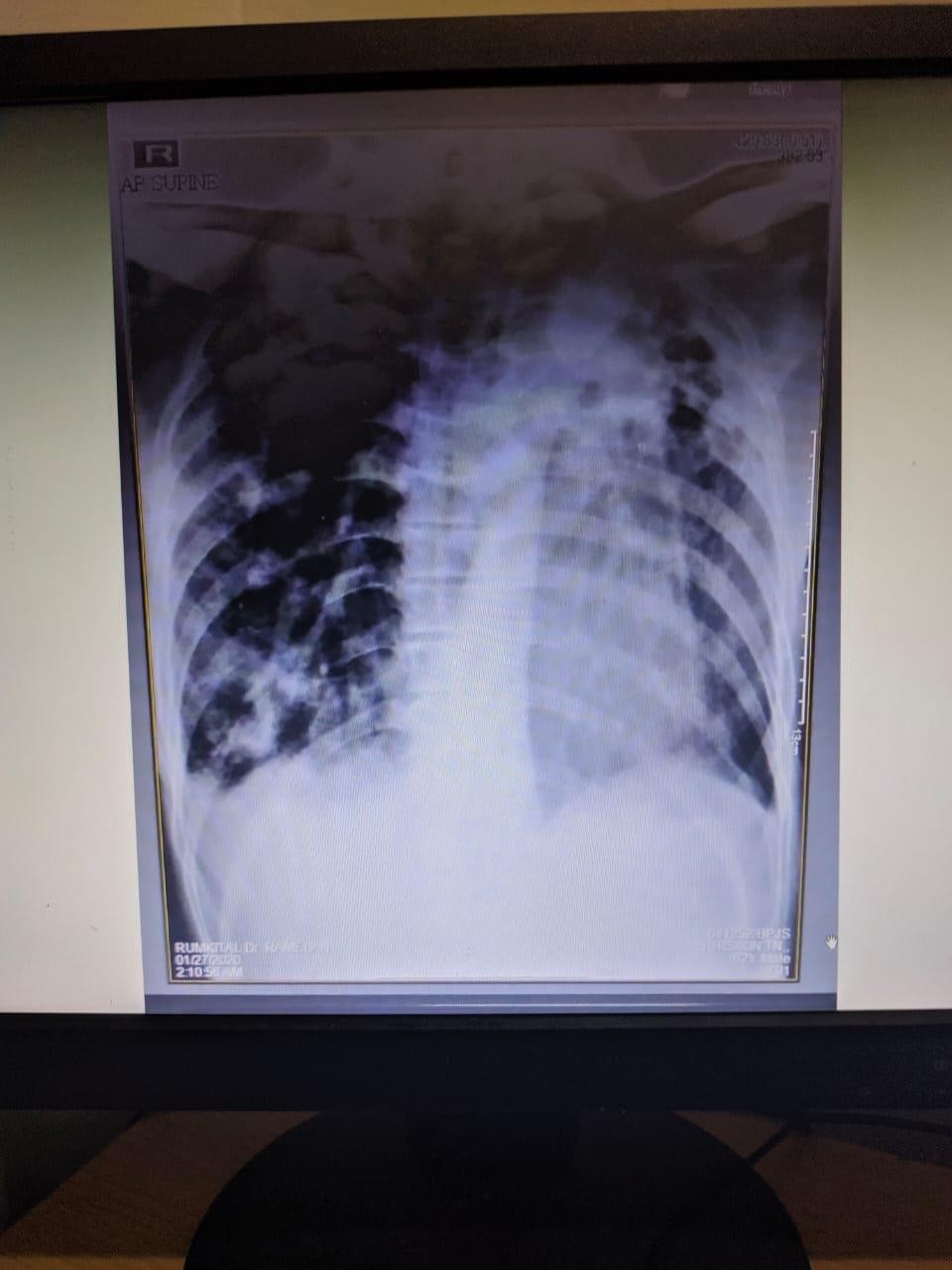
Nurarif, Amin & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA Edisi revisi*. Retrieved from [http://ucs.sulsellib.net//index.php?p=show\_detail&id=152200](http://ucs.sulsellib.net//index.php?p=show_detail&amp;id=152200)

Padila. (2012). *Buku Ajar : Keperawatan Medikal Bedah* (Cetakan I). Yogyakarta: Nuha Medika.

Somantri, I. (2008). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernafasan*. Jakarta: Salemba Medika.

Wahid, A. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah : Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Respirasi*. jakarta: CV Trans Info Media.

Lampiran 1 : Foto Thorak



# Lampiran 2

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)**

**PEMBERIAN OBAT MELALUI SLANG INTRAVENA (IV)**

1. **Pengertian**

Pemberian obat yang diberikan melalui selang intravena (IV)

# Alat dan Bahan

* 1. Spuit dan jarum sesuai ukuran
  2. Obat dalam tempatnya
  3. Slang IV
  4. Kapas alkohol
  5. Bengkok
  6. Perlak

# Prosedur Kerja

* 1. Jelaskan prosedur yang akan dilaksanakan
  2. Cuci tangan
  3. Periksa identitas pasien
  4. Ambil obat dan masukkan ke dalam spuit sesuai dosis
  5. Cari tempat penyuntikan obat pada slang IV
  6. Lakukan desinfeksi dengan kapas alkohol pada daerah tempat penyuntikan
  7. Lakukan penyuntikan dengan menusukkan jarum spuit dan masukkan obat perlahan ke dalam intravena
  8. Setelah selesai tarik spuit
  9. Lakukan observasi terhadap reaksi obat
  10. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan
  11. Catat prosedur yang dilakukan (nama obat, dosis, waktu dan cara) (Hidayat, 2013)

# STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) BATUK EFEKTIF

1. PENGERTIAN

Latihan mengeluarkan sekret yang terakumulasi dan mengganggu di saluran nafas dengan cara dibatukkan

1. TUJUAN
2. Membebaskan jalan nafas dari akumulasi sekret
3. Mengeluarkan sputum untuk pemeriksaan diagnostik laborat
4. Mengurangi sesak nafas akibat akumulasi sekret
5. KEBIJAKAN
6. Klien dengan gangguan saluran nafas akibat akumulasi secret
7. Pemeriksaan diagnostik sputum di laboratorium
8. PETUGAS Perawat
9. PERALATAN
10. Kertas tissue
11. Bengkok
12. Perlak/alas
13. Sputum pot berisi desinfektan
14. Air minum hangat
15. PROSEDUR PELAKSANAAN
    1. Tahap PraInteraksi
16. Mengecek program terapi
17. Mencuci tangan
18. Menyiapkan alat
    1. Tahap Orientasi
       1. Memberikan salam dan sapa nama pasien
       2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan
       3. Menanyakan persetujuan/kesiapan pasien
    2. Tahap Kerja
       1. Menjaga privacy pasien
       2. Mempersiapkan pasien
       3. Meminta pasien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di abdomen
       4. Melatih pasien melakukan nafas perut (menarik nafas dalam melalui hidung hingga 3 hitungan, jaga mulut tetap tertutup)
       5. Meminta pasien merasakan mengembangnya abdomen (cegah lengkung pada punggung)
       6. Meminta pasien menahan nafas hingga 3 hitungan
       7. Meminta menghembuskan nafas perlahan dalam 3 hitungan (lewat mulut, bibir seperti meniup)
       8. Meminta pasien merasakan mengempisnya abdomen dan kontraksi dari otot
       9. Memasang perlak/alas dan bengkok (di pangkuan pasien bila duduk atau di dekat mulut bila tidur miring)
       10. Meminta pasien untuk melakukan nafas dalam 2 kali , yang ke-3: inspirasi, tahan nafas dan batukkan dengan kuat
       11. Menampung lender dalam sputum pot
       12. Merapikan pasien
    3. Tahap Terminasi
       1. Melakukan evaluasi tindakan
       2. Berpamitan dengan klien
       3. Mencuci tangan
       4. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan