

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. K DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERNAPASAN EFUSI PLEURA
EC TUBERCULOSIS PARU DI RUANG ST. MELANIA
RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN**

KARYA ILMIAH AKHIR



Oleh:

ELFI SUSANTI SINAGA

NIM: 052024057

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2025**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. K DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERNAPASAN EFUSI PLEURA
EC TUBERCULOSIS PARU DI RUANG ST. MELANIA
RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN**

KARYA ILMIAH AKHIR

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Profesi Ners
Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



Oleh:

ELFI SUSANTI SINAGA
NIM. 052024057

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2025**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PENGESAHAN

**KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
TANGGAL, 02 MEI 2025**

MENGESAHKAN

Ketua Program Studi Profesi Ners



(Lindawati F. Tampubolon S. Kep., Ns., M.Kep)

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



(Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNsc)

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

CS Dipindai dengan CamScanner



LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN TIM
PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR PROGRAM STUDI
PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PADA TANGGAL,02 MEI 2025

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN:

Ketua : Murni Sari D.Simanullang, S.Kep., Ns., M.Kep

Anggota : Friska Handayani Ginting, S.Kep., Ns., M.Kep

: Samfriati Sinurat, S.Kep., Ns., MAN



LEMBAR PERSETUJUAN

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar

Ners (Ns)

Oleh :

ELFI SUSANTI SINAGA
052024057

Medan, 02 Mei 2025

Menyetujui

Ketua Penguji

(Murni Sari D. Simanullang, S.Kep., Ns., M.Kep)

Anggota I

(Friska Handayani Ginting, S.Kep., Ns., M. Kep)

Anggota II

(Samfriati Sinurat, S.Kep., Ns., MAN)



RINGKASAN/SINOPSIS KARYA ILMIAH AKHIR

Elfi susanti sinaga, 052024057

”Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dengan Sistem Pernapasan : Efusi pleura ec Tuberculosis Paru Pada Tn.K Di Ruang Rawat Inap Melania Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 2025”.

Program Studi Profesi Ners 2025

Kata kunci: asuhan keperawatan , Efusi pleura, tuberculosis paru

Efusi pleura merupakan akumulasi cairan yang berlebihan di rongga pleura yang disebabkan karena meningkatnya produksi atau berkurangnya absorpsi cairan. Efusi pleura merupakan manifestasi dari banyak penyakit. Tuberculosis (TB) juga penyebab utama dari efusi pleura. TB Paru merupakan penyakit infeksi yang menular secara langsung oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. *Mycobacterium Tuberculosis* menyerang organ paru, tetapi juga dapat mengenai organ lain dikarenakan bakteri ini bersifat aerob yang dapat hidup diberbagai organ dengan kadar oksigen yang tinggi. Untuk itu kasus ini menarik untuk dibahas agar dapat meningkatkan pengetahuan keluarga dan menjadi pedoman dalam pencegahan penyakit tersebut. Metode dalam karya ilmiah akhir ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan medical bedah dengan efusi pleura ec Tb Paru di ruangan St. Melania Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan. Pada teori ditemukan 4 diagnosa antara lain : bersihan jalan nafas ,defisit nutrisi pola nafas tidak efektif ,hipertermi. Sedangkan diagnosa yang ditemukan penulis pada kasus ini didapatkan 3 diagnosa yang dimana bersihan jalan nafas tidak efektif, defisit nutrisi dan, harga diri rendah situasional sesuai dengan data pengkajian dan hasil obersrvasi yang dilakukan penulis pada pasien.

Adapun intervensi yang telah dilakukan penulis pada pasien selama 3x 24 jam disesuaikan dengan landasan teori dan berdasarkan SIKI dan SLKI yang ada kaitannya dengan kondisi beberapa yang telah direncanakan dan sudah dijalankan seperti memberi oksigen 3L/menit, memberikan posisi semi fowler, melatih batuk efektif, melakukan fisioterapi dada , melakukan pemeriksaan laboratorium seperti



pemeriksaan sitology dan foto thorax, kemudian memberi dukungan keyakinan seperti memberikan harapan untuk kesembuhan .

Adapun evaluasi yang telah dilakukan penulis pada pasien yaitu: pasien mengatakan sesak nafas sudah mulai berkurang, frekuensi nafas membaik O₂: 3L/menit (k/p), batuk berdahak sudah bisa di keluarkan, wajah lebih tampak rileks, sehingga evaluasi bersihan jalan nafas teratasi Sebagian, bagian dari diagnosa defisit nutrisi ,makanan yang disajikan sudah habis ½ porsi, mual sudah berkurang, sehingga diagnose defisit nutrisi teratasi sebagian. Kemudian pada diagnosa harga diri rendah situasional ,pasien sudah mampu mengenal penyakitnya dan percaya penyakitnya akan sembuh. Sehingga evaluasi resiko harga diri rendah situasional sebagian teratasi.

Penulis menemukan kesenjangan antara teori dengan kasus. Pada kasus, terdapat diganosa keperawatan yang tidak ditemukan diteori yaitu harga diri rendah situasional ,dimana menurut asumsi peneliti, dengan usia pasien 21 tahun ,kategori dewasa muda ,mengenai konsep diri akan terganggu ,dimana pasien merasa menarik diri/merasa tidak berguna atau terpisah karena penyakit menular yang di alaminya .kemudian pada teori terdapat diagnosa hipertermi sedangkan pada kasus tidak diangkat. Menurut asumsi peneliti diagnosa hipertermi tidak diangkat karena pasien masih mampu minum 2 l/hari dan demam bisa teratasi dalam waktu 1x24 jam. Kemudian diagnosa pola nafas tidak diangkat penulis pada kasus , karena pasien dengan keluhan batuk berdahak yang mengakibatkan sumbatan pada jalan nafas dan irama nafas masih teratur. dan diagnosa intoleransi aktivitas pada kasus tidak di temukan karena Tn K masih mampu melakukan aktivitas seperti personal hyginene. kemudian diagnosa nyeri tidak diangkat pada kasus ,karena setelah di lakukan tindakan punksi pasien sudah lebih merasakan nyaman dan nyeri pada dada sudah berkurang



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena berkat pertolongan dan rahmatnya akhirnya panduan karya ilmiah akhir bagi program Studi Profesi Ners Tahun Ajaran 2024/2025, dapat terselesaikan dan tersusun dengan baik. Adapaun judul karya ilmiah akhir ini adalah **“Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Tn K Dengan Gangguan Sistem Pernafasan: Efusi Pleura ec Tuberkulosisi Paru di Rumah Sakit Elisabeth Medan Tahun 2025”**. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih jauh dari kata sempurna baik dari isi maupun bahasa yang digunakan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun sehingga dapat lebih baik lagi. Dalam penyusunan karya ilmiah akhir telah banyak mendapatkan bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Maka pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada:

1. Mestiana Br.Karo M.Kep.,DNSc selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan dan menyediakan fasilitas untuk mengikuti pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.



2. Direktur dr.Eddy Jefferson,SpOT (K) Sports Injury yang memberikan kesempatan bagi saya untuk melakukan asuhan keperawatan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.
3. Wadir keperawatan Sr.M.Aniseta S.Kep.,Ns yang memberikan kesempatan bagi saya untuk melakukan asuhan keperawatan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.
4. Lindawati F Tampubolon S.Kep., Ns.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan waktu dalam membimbing dan memberikan arahan dengan sangat baik selama penulis mengikuti profesi ners.
5. Murni Sari D. Simanullang S.Kep., Ns.,M.,Kep selaku dosen penguji I saya yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiahakhir ini.
6. Friska Handayani Ginting S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen penguji II saya yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
7. Samfriati Sinurat, S.Kep., Ns.,MAN selaku dosen penguji III saya yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
8. Teristimewa keluarga tercinta Ayahanda almarhum Adisman Sinaga dan Ibunda Nurli Simanihuruk, suami beserta anak saya yang tiada henti memberikan doa, dukungan moral dan motivasi yang luar biasa dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.



Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih belum sempurna baik isi maupun teknik penulisan. Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya ilmiah akhir ini. Akhir kata saya ucapkan terimakasih, semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa memberikan petunjuk bagi kita semua.

Medan, 29 April 2025

Penulis

(Elfi Susanti Sinaga)



DAFTAR ISI

| | |
|---|-------------|
| SAMPUL | i |
| PERSYARATAN GELAR | ii |
| LEMBAR PENGESAHAN | iii |
| LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI | iv |
| LEMBAR PERSETUJUAN | v |
| RINGKASAN/SINOPSIS KARYA ILMIAH AKHIR | vi |
| KATA PENGANTAR | viii |
| DAFTAR ISI | xi |
| | |
| BAB 1 PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Identifikasi Masalah | 5 |
| 1.3 Tujuan Karya Ilmiah Akhir | 6 |
| 1.3.1. Tujuan Umum | 6 |
| 1.3.2. Tujuan Khusus | 6 |
| 1.4 Manfaat Penelitian | 6 |
| 1.4.1 Manfaat teoritis | 6 |
| 1.4.2 Manfaat praktis | 7 |
| | |
| BAB 2. TINJAUAN TEORITIS | 8 |
| 2.1. Konsep Dasar Medis | 8 |
| 2.1.1. Defenisi TB Paru | 8 |
| 2.1.2. Etiologi Efusi Pleura | 10 |
| 2.1.3. Manifestasi Klinik | 12 |
| 2.1.4. Patofisiologi/Pathway | 13 |
| 2.1.5. Komplikasi | 17 |
| 2.1.6. Pemeriksaan penunjang | 18 |
| 2.1.7. Penatalaksanaan pada efusi pleura | 20 |
| 2.2. Konsep Dasar Medis | 21 |
| 2.2.1. Defenisi TB Paru | 21 |
| 2.2.2. Anatomi dan Fisiologi | 22 |
| 2.2.3. Etiologi | 26 |
| 2.2.4. Patofisiologi | 28 |
| 2.2.5. Manifestasi | 31 |
| 2.2.6. Pemeriksaan Diagnostik | 33 |
| 2.2.7. Penatalaksanaan Medis | 35 |
| 2.2.8 Komplikasi | 37 |



| | |
|--|------------|
| 2.3. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah | 39 |
| 2.3.1. Pengkajian Keperawatan | 39 |
| 2.3.2. Diagnosa Keperawatan | 43 |
| 2.3.3. Intervensi Keperawatan..... | 44 |
| 2.3.4. Implementasi Keperawatan | 48 |
| 2.3.5. Evaluasi Keperawatan | 49 |
| 2.3.6 Discharge planning/perencanaan pulang | 50 |
| BAB 3. TINJAUAN KASUS..... | 52 |
| 3.1. Pengkajian Keperawatan | 52 |
| 3.2. Analisa Data | 76 |
| 3.3. Diagnosa Keperawatan..... | 78 |
| 3.4. Rencana Keperawatan | 79 |
| 3.5. Implementasi Keperawatan | 82 |
| 3.6. Evaluasi Keperawatan | 88 |
| BAB 4. PEMBAHASAN | 94 |
| 4.1. Pengkajian Keperawatan..... | 94 |
| 4.2. Diagnosa Keperawatan | 96 |
| 4.3. Perencanaan Keperawatan | 97 |
| 4.4. Implementasi Keperawatan..... | 100 |
| 4.5. Evaluasi Keperawatan..... | 101 |
| BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN..... | 102 |
| 5.1. Kesimpulan | 102 |
| 5.2. Saran | 103 |
| DAFTAR PUSTAKA | 104 |
| LAMPIRAN..... | 106 |



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Efusi pleura merupakan akumulasi cairan yang berlebihan di rongga pleura yang disebabkan karena meningkatnya produksi atau berkurangnya absorpsi cairan. Efusi pleura merupakan manifestasi dari banyak penyakit. Tuberkulosis (TB) juga penyebab utama dari efusi pleura. TB Paru merupakan penyakit infeksi yang menular secara langsung oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. *Mycobacterium Tuberculosis* menyerang organ paru, tetapi juga dapat mengenai organ lain dikarenakan bakteri ini bersifat aerob yang dapat hidup diberbagai organ dengan kadar oksigen yang tinggi. Bakteri ini memiliki pertahanan diri yang kuat berupa kadar lemak sehingga bakteri ini tahan terhadap asam dan pertumbuhannya lebih lambat. Tetapi bakteri ini tidak dapat bertahan terhadap sinar ultraviolet sehingga penularannya cenderung pada malam hari (Ardhitya & Sofiana, 2022).

Dalam perspektif epidemiologi melihat peristiwa penyakit sebagai hasil interaksi antara 3 komponen host, pemicu/agent serta area environment. Pada sisi host, kerentanan terhadap infeksi kuman TB sangat dipengaruhi oleh daya tahan tubuh seorang. Penderita HIV (Human immunodeficiency Virus) ataupun orang dengan status gizi yang kurang baik lebih mudah terinfeksi Tb (Diantara et al., 2022). Faktor resiko terjadinya TB paru diantaranya dari sanitasi atau lingkungan pemukiman, hasil penelitian menunjukkan rumah dari partisipan yang terdapat bakteri *Mycobacterium tuberculosis* mempunyai resiko untuk terjadi TB paru 3



kali lebih besar dibanding rumah yang tidak terdapat bakteri TB (Wahyono & Afdholy, 2022).

Laporan TB dunia oleh World Health Organization (WHO) pada tahun 2021 Indonesia sebagai penyumbang TB terbesar nomor tiga di dunia setelah India dan Cina, diperkirakan ada 1 juta kasus TB baru pertahun ,dimana kasus TBC di Indonesia tahun 2022 lebih dari 724.000 kasus dan meningkat menjadi 809.000 kasus pada tahun 2023, kemudian DKI Jakarta sebanyak 9.516 orang. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Medan data 2022 data pasien yang terkena TBC di Kota Medan mencapai 10.100 orang (Dinas Kesehatan Kota Medan, 2022).

Menurut Ardiansyah (2021) adapun komplikasi yang terjadi pada penyakit TB paru yaitu, nyeri tulang belakang. Nyeri punggung dan kerusakan sendi. Tuberkulosis (TB) juga penyebab utama efusi pleura. Hal ini sesuai dengan hasil karya ilmiah Khan et al di Qatar dan Yovi di Pekanbaru yang menyatakan penyebab efusi pleura terbanyak adalah TB paru yaitu sebesar 32,5% dan 46,3%. Efusi pleura merupakan akumulasi cairan yang berlebihan di rongga pleura yang disebabkan karena meningkatnya produksi atau berkurangnya absorpsi cairan. Efusi pleura merupakan manifestasi dari banyak penyakit, mulai dari penyakit paru sampai inflamasi sistemik atau keganasan.

Kejadian tuberkulosis paru dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor pertama tuberkulosis paru adalah faktor umur karena insiden tertinggi penyakit tuberkulosis adalah pada usia dewasa muda di Indonesia diperkirakan 75% penderita tuberkulosis paru adalah pada kelompok usia produktif. Faktor yang



kedua adalah jenis kelamin yang lebih banyak menyerang laki-laki daripada wanita, karena sebagian besar mempunyai kebiasaan merokok. Faktor ketiga adalah kebiasaan merokok yang dapat menurunkan daya tahan tubuh, sehingga mudah untuk terserang penyakit terutama pada laki-laki yang mempunyai kebiasaan merokok. Faktor keempat adalah kepadatan hunian yang merupakan faktor lingkungan terutama pada penderita tuberculosis paru yaitu kuman tuberculosis paru dapat masuk pada rumah yang memiliki bangunan yang gelap dan tidak ada sinar matahari yang masuk. Faktor kelima adalah pekerjaan yang merupakan faktor risiko kontak langsung dengan penderita. Risiko penularan tuberculosis paru pada suatu pekerjaan adalah seorang tenaga kesehatan yang secara kontak langsung dengan pasien walaupun masih ada beberapa pekerjaan yang dapat menjadi faktor risiko yaitu seorang tenaga pabrik. Faktor keenam adalah status ekonomi yang merupakan faktor utama dalam keluarga masih banyak rendahnya suatu pendapatan yang rendah dapat menularkan pada penderita tuberculosis paru karena pendapatan yang kecil membuat orang tidak dapat layak memenuhi syarat kesehatan.

Kepatuhan pasien dalam meminum obat merupakan faktor yang sangat berpengaruh pada kesembuhan dan kualitas hidup pasien tuberculosis paru. Ketidakepatuhan pasien tuberculosis paru dalam minum OAT menyebabkan angka kesembuhan penderita rendah, angka kematian tinggi, dan kekambuhan meningkat. Jika kepatuhan minum obat tinggi maka kesembuhan pasien juga akan meningkat sehingga risiko untuk terjadi kasus tuberculosis paru dapat dicegah. Meminum obat sesuai dengan jenis, dosis, cara minum, waktu minum, dan jumlah



hari untuk meminum obat harus sesuai dengan pedoman nasional penanggulangan tuberculosis paru. Peningkatan pelayanan kesehatan pada pasien tuberculosis paru sangatlah penting untuk mengoptimalkan pengobatan pada pasien sehingga pasien tuntas dalam minum obat dan mencegah terjadinya kejadian tuberculosis paru berulang (Kemenkes RI, 2018).

Kegagalan pengobatan tuberculosis paru disebabkan beberapa hal. Seperti adanya stigma, kurangnya dukungan keluarga, dan kesulitan dalam mengakses fasilitas kesehatan akibat biaya, jarak, dan transportasi. Ketidaktahuan akan resistansi pengobatan tuberculosis paru akibat putus obat, ketakutan pasien akan penyakitnya dan persepsi negatif akan layanan kesehatan dapat menjadi faktor pasien enggan berobat. Tidak hanya itu, persepsi tenaga kesehatan akan penyakit tuberculosis paru juga mempengaruhi. Pengobatan tuberculosis paru aktif yang relatif lama (6-24 bulan) merupakan sebuah tantangan tersendiri untuk pasien pengobatan tuberculosis paru. Tidak hanya rasa bosan yang dirasakan, namun juga munculnya efek samping obat dapat mengakibatkan kejadian putus obat.

Upaya penanggulangan penyakit tuberculosis paru melalui program pemerintah yaitu melalui program DOTS (Directly Observed Treatment Short Course), dimana program DOTS ini merupakan suatu strategi pengobatan tuberculosis yang dilakukan pemerintah untuk menekankan pada pengawasan langsung pada pasien saat menelan obat dan untuk memastikan kepatuhan dan kesembuhan yang lebih baik.

Penyakit TB Paru bila tidak ditangani dengan benar akan menimbulkan komplikasi. Untuk mencegah komplikasi tersebut maka dibutuhkan peran dan fungsi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan yang benar meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative yang dilakukan secara komprehensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan . Peran perawat secara promotif dilakukan dengan cara memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit TB Paru kepada pasien, keluarga dan masyarakat sehingga dapat meningkatkan pengetahuan terkait penyakit TB Paru. Dalam upaya preventif perawat menganjurkan untuk menggunakan masker, memastikan rumah memiliki sirkulasi udara yang baik, menerapkan etika batuk, dan menerapkan pola hidup yang sehat seperti tidak merokok dan berolahraga, serta menerima vaksin BCG. Peran perawat dalam upaya kuratif yaitu menganjurkan pasien patuh dalam melakukan pengobatan rutin selama 6 bulan. Peran perawat dalam upaya rehabilitatif adalah menganjurkan pasien untuk melakukan evaluasi kondisi rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya.

Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada Tn.K dengan Efusi pleura ec Tuberculosis Paru di ruangan St. Melania Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2025

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, rumusan masalah dalam karya ilmiah ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Tn.K Dengan Gangguan Sistem Pernapasan efusi pleura ec Tuberculosis Paru Di Rs Santa Elisabeth Medan”



1.3 Tujuan Karya Ilmiah

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari karya ilmiah ini adalah untuk mengetahui pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn.K dengan gangguan sistem pernapasan efusi pleura ec tuberculosis paru di Rs Santa Elisabeth Medan

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan kepada pasien dengan efusi leura ec tuberculosis paru
2. Menegakkan diagnosis keperawatan kepada pasien dengan efusi pleura ec tuberculosis paru
3. Menyusun intervensi keperawatan kepada pasien dengan efusi pleura ec tuberculosis paru
4. Melaksanakan implemetasi keperawatan kepada pasien efusi pleura ec tuberculosis paru
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan kepada pasien dengan efusi pleura ec tuberculosis paru

1.4 Manfaat Karya Ilmiah

1.4.1 Bagi Penulis

Hasil karya ilmiah ini diharapkan penulis dapat melakukan pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan intervensi dengan tepat untuk klien dengan masalah keperawatan pada sistem respiratori, khususnya dengan klien dengan efusi pleura ec tuberculosis paru .



1.4.2 Bagi Rumah Sakit dan Ruangan

Hasil karya ilmiah ini di harapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan dalam upaya pengembangan asuhan keperawatan khususnya asuhan keperawatan pada klien dengan efusi pleura ec tuberculosis paru .

1.4.3 Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil karya ilmiah ini diharapkan dapat menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan efusi pleura ec tuberculosis paru.

1.4.3 Bagi Pasien Dan Keluarga

Hasil karya ilmiah ini diharapkan menambah pengetahuan dan pemahaman tentang efusi pleura ec TB paru pada keluarga.



BAB 2 TINJAUAN TEORITIS

2.1. Konsep Dasar Medis Efusi pleura

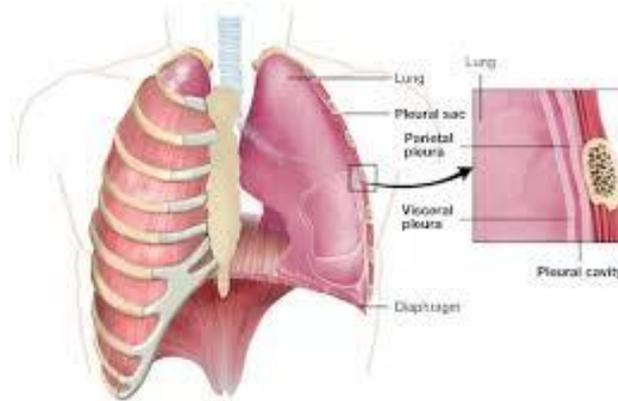
2.1.1 Definisi efusi pleura

Dalam Buku Ajar Paru, efusi pleura adalah adanya akumulasi cairan patologis di ruang pleura. Ruang pleura terdapat di antara pleura parietalis pada sisi dinding toraks dan pleura visceralis yang menyelimuti organ paru, pada kondisi normal terdapat beberapa mililiter cairan yang berfungsi sebagai pelumasan di antara dua permukaan. Tekanan pleura lebih rendah bila dibandingkan dengan tekanan atmosfer, untuk memastikan paru dapat mengembang. Pada kondisi normal, cairan bergerak dalam rongga pleura sesuai perbedaan tekanan dan menembus mesotelium (Marhana *et al.*, 2022).

Menurut Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah, Efusi pleura merupakan kumpulan cairan di rongga pleura paru – paru. Cairan biasanya berada di rongga pleura dan berfungsi sebagai pelumas agar membran pleura dapat saling bergeser saat kita bernafas. Cairan terus-menerus di tambahkan dan di serap kembali oleh kapiler dan pembuluh limfa di pleura. Jika proses daur ulang ini terganggu, efusi pleura dapat terjadi (Dr. Sukriyadi *et al.*, 2025).

Efusi pleura ditandai dengan penumpukan cairan berlebih di antara lapisan dinding dada dan lapisan paru-paru, yang dikenal sebagai rongga pleura. Biasanya, terdapat sedikit cairan di rongga pleura yang berfungsi sebagai pelumas untuk memudahkan pernapasan. Tingkat keparahan kondisi ini bergantung pada penyebab dan gejalanya. Penyebab umum efusi pleura meliputi infeksi,

pneumonia, gagal jantung kongestif, kanker, dan penyakit ginjal atau hati (Dr. Sukriyadi, Dr. Ismail and Muhammad Basri, 2025).



Pleura merupakan sebuah lapisan yang membungkus paru-paru dimana yang Membungkus antara pulmodextra dan pulmo sinistra yang dipisahkan oleh Media stinum plaura eksterna dan intrena dibagi menjadi 2 bagian yaitu :

1. plaura visceralis merupakan plaura yang melekat pada permukaan pulmo.
2. plaura parietalis merupakan bagian dari pleura yang melekat dengan dinding dinding thoraks

Lapisan pleura tersebut saling berhubungan dengan hilus pulmonalis yang berfungsi sebagai ligamen fullmonal atau disebut dengan pleura penghubung. Kedua lapisan ini terdapat sebuah rongga yang disebut cairan pleura, dalam rongga pleura ini terdapat sedikit cairan yang berfungsi agar tidak terjadi gesekan antar pleura saat terjadi proses pernafasan (Wijaya, A, S., & Putri, 2013).

Paru-paru terbagi atas 2 bagian yaitu paru kanan dan paru kiri. Paru kanan terdiri atas 3 lobus yaitu atas, tengah dan bawah. Paru kiri terhadap 2 lobus yaitu lobus atas dan bawah. Bagian atas disebut apeks yang menjorok pada arah leher

dan bagian bawah disebut dengan basah dari segi anatomis permukaan rongga; flora berbatasan dengan paru sehingga cairan pleura mudah bergerak ke rongga; lainnya. Keadaan normal tidak ada bagian yang kosong pada kedua pleura karena; sekitar 10 – 20 cc cairan merupakan lapisan putis yang bergerak secara teratur; Jumlah cairan di dalam rongga pleura cukup untuk memisahkan kedua ploura; Apabila berlebih maka cairan berlebih akan di pompa oleh pembuluh limpatik ke; mediastino. Rongga pleura disebut sebagai ruang potensial yang normalnya; sempit sehingga bukan merupakan ruang fisik yang jelas. (Muttaqin, 2012).

2.1.2 Etiologi efusi pleura

Adapun penyebab efusi pleura yaitu:

a. Infeksi

1. Tuberkulosis

Tuberkulosis menyebabkan timbulnya peradangan saluran getah bening; menuju hilus (limfangitis lokal) dan juga di ikuti dengan pembesaran; kelenjar getah bening hilus (limfangitis regional).

2. Pneumonia

Pneumonia menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler akibat; mediator inflamasi. Hal tersebut mengakibatkan lebih banyak protein dan; cairan yang masuk ke dalam rongga pleura

3. Abses paru

Menyebabkan pecahnya membran kapiler dan memungkinkan pengaliran; protein plasma dan cairan ke dalam rongga pleura secara cepat

b. Non Infeksi

1. Karsinoma paru

Menumpuknya sel tumor akan meningkatkan permeabilitas pleura terhadap air dan protein, adanya massa tumor mengakibatkan tersumbatnya aliran pembuluh darah vena dan getah bening sehingga rongga pleura gagal dalam memindahkan cairan dan protein.

2. Gagal jantung

Gagal jantung yang menyebabkan tekanan kapiler paru dan tekanan perifer menjadi sangat tinggi sehingga menimbulkan transudasi cairan yang berlebihan ke dalam rongga pleura.

3. Gagal hati

Gagal hati menyebabkan peningkatan tekanan osmotik koloid yang menyebabkan adanya transudat sehingga terjadi penimbunan cairan di dalam rongga pleura

4. Gagal ginjal

Gagal ginjal menyebabkan penurunan tekanan onkotik dalam sirkulasi mikrovaskuler karena hipoalbuminemia yang meningkatkan penumpukan cairan dalam rongga pleura.

c. Berdasarkan jenis cairan yang terbentuk yaitu:

1. Transudat dapat disebabkan oleh kegagalan jantung kongesif (gagal jantung kiri), gagal hari, gagal ginjal, karsinoma paru.

2. Eksudat disebabkan oleh infeksi, TB, pneumonia, abses paru.

3. Efusi hemoragi dapat disebabkan oleh adanya tumor, trauma, infark paru dan tuberculosis (Nurdiyantoro, 2020).

2.1.3 Manifestasi klinik

Menurut Adapun tanda dan gejala efusi pleura, yaitu pada efusi kecil kemungkinan tidak menunjukkan gejala dan hanya ditemukan melalui rontgen dada. Pada efusi besar dapat menyebabkan gejala seperti:

3. Penurunan ekspansi paru-paru
4. Dispnea
5. Batuk kering, tidak produktif
6. Fremitus taktil
7. Ortopnea
8. Takikardia

Menurut Nurdiyantoro (2020) tanda dan gejala yang ditimbulkan dari efusi pleura berdasarkan penyebabnya adalah:

1. Batuk
2. Sesak napas
3. Nyeri pleuritis
4. Rasa berat pada dada
5. Berat badan menurun
6. Adanya gejala-gejala penyakit penyebab seperti demam, menggigil, dan nyeri dada pleuritis (pneumonia), panas tinggi (kokus), subfebril (tuberkolosis) banyak keringat, batuk.

7. Deviasi trachea menjauhi tempat yang sakit dapat terjadi jika terjadi penumpukan cairan pleural yang signifikan.
8. Pada pemeriksaan fisik: Inflamasi dapat terjadi friction rub Atelektaksis kompresif (kolaps paru parsial) dapat menyebabkan bunyi napas bronkus. Pemeriksaan fisik dalam keadaan berbaring dan duduk akan berlainan karena cairan akan berpindah tempat. Bagian yang sakit akan kurang bergerak dalam pernapasan. Focal fremitus melemah pada perkusi didapati pekak, dalam keadaan duduk didapatkan permukaan cairan membentuk garis melengkung (garis ellis damoiesu).

2.1.4 Patofisiologis / *pathway*

Dalam keadaan normal tidak ada rongga kosong antara pleura parietalis dan pleura visceralis, karena di antara pleura tersebut terdapat cairan antara 10 cc dan 20 cc yang merupakan lapisan tipis serosa dan selalu bergerak teratur. Cairan yang sedikit ini merupakan pelumas antara kedua pleura, sehingga pleura tersebut mudah bergeser satu sama lain. Di ketahui bahwa cairan di produksi oleh pleura parietalis dan selanjutnya di absorpsi tersebut dapat terjadi karena adanya tekanan hidrostatik pada pleura parietalis dan tekanan osmotik koloid pada pleura visceralis. Cairan kebanyakan diabsorpsi oleh system limfatik dan hanyasebagian kecil diabsorpsi oleh system kapiler pulmonal. Hal yang memudahkan penyerapan cairan yang pada pleura visceralis adalah terdapatnya banyak mikrovili disekitar sel-sel mesofelial. Jumlah cairan dalam rongga pleura tetap karena adanya keseimbangan antara produksi dan absorpsi. Keadaan ini bisa terjadi karena



adanya tekanan hidrostatik dan tekanan osmotik koloid. Keseimbangan tersebut dapat terganggu oleh beberapa hal, salah satunya adalah infeksi tuberkulosa paru (Tika, 2020).

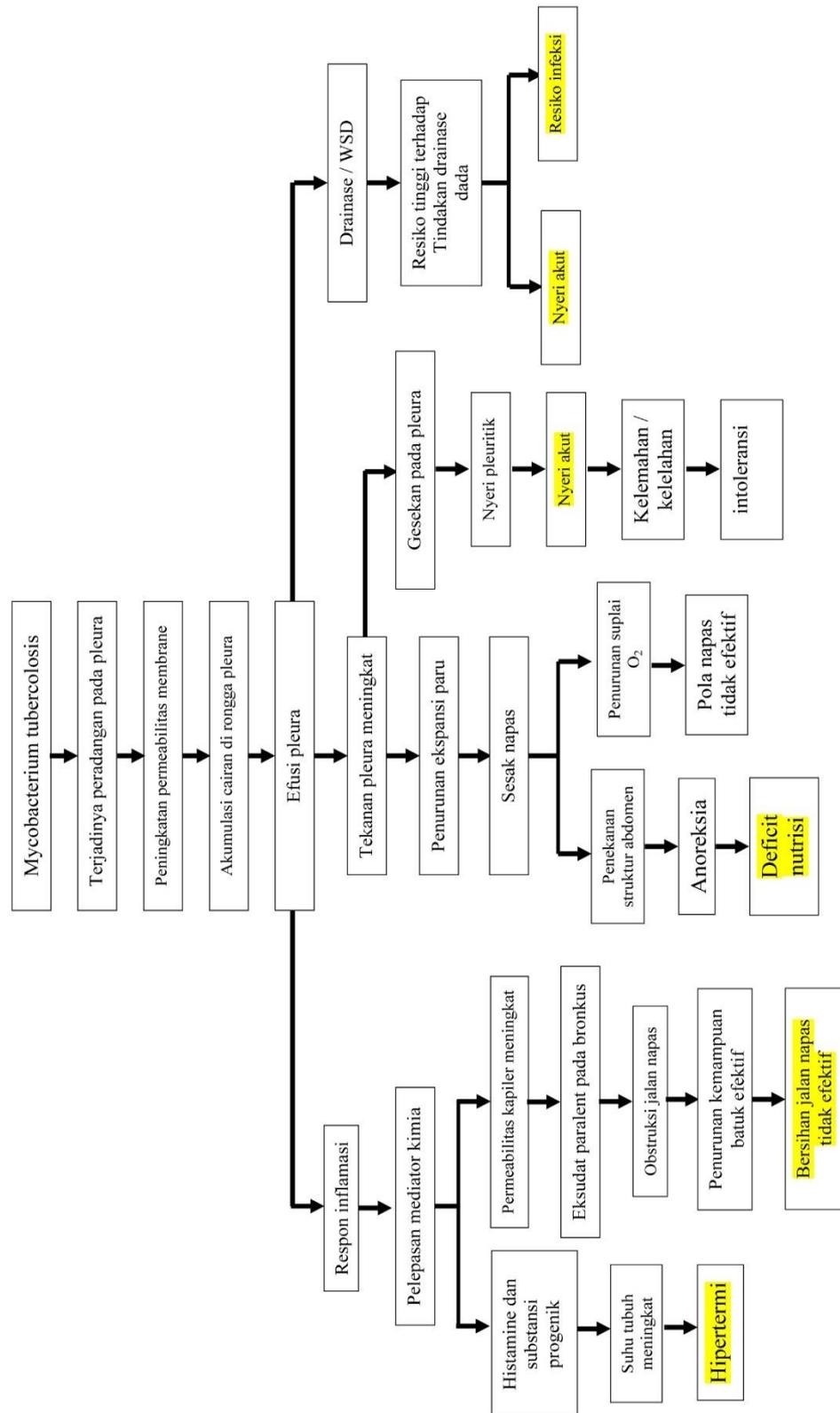
Terjadi infeksi tuberkulosa paru, yang pertama basil Mikobakterium tuberkulosa masuk melalui saluran nafas menuju alveoli, terjadilah infeksi primer. Dari infeksi primer ini akan timbul peradangan saluran getah bening menuju hilus (Limfangitis local) dan juga diikuti dengan pembesaran kelenjar getah bening hilus (limphadinitis regional). Peradangan pada saluran getah bening akan mempengaruhi permeabilitas membran. Permeabilitas membran akan meningkat yang akhirnya dapat menimbulkan akumulasi cairan dalam rongga pleura. Kebanyakan terjadinya efusi pleura akibat dari tuberkulosa paru melalui fokus subpleura yang robek atau melalui aliran getah bening. Sebab lain dapat juga dari robekkan kearah saluran getah bening yang menuju rongga pleura, iga atau columna vertebralis (Tika, 2020).

Adapun bentuk cairan efusi akibat tuberkulosa paru adalah merupakan eksudat, yaitu berisi protein yang terdapat pada cairan pleura tersebut karena kegagalan aliran protein getah bening. Cairan ini biasanya serous, kadang-kadang bisa juga hemoragik. Dalam setiap ml cairan pleura bias mengandung leukosit antara 500-2000. Mula-mula yang dominan adalah sel-sel polimorfonuklear, tapi kemudian sel limfosit, Cairan efusi sangat sedikit mengandung kuman tuberkulosa. Timbulnya cairan efusi bukanlah karena adanya bakteri tuberkulosis, tapi karena akibat adanya efusi pleura dapat menimbulkan beberapa perubahan fisik antara lain: Irama pernapasan tidak teratur, frekuensi pernapasan meningkat, pergerakan



dada asimetris, dada yang lebih cembung, fremitus raba melemah, perkusi redup. Selain hal hal diatas ada perubahan lain yang ditimbulkan oleh efusi pleura yang diakibatkan infeksi tuberkolosa paru yaitu peningkatan suhu, batuk dan berat badan menurun (Tika, 2020).

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



Gambar 2.2. Patway Efusi Pleura

2.1.5 Komplikasi

1. Fibrotoraks

Fusi pleura yang berupa eksudat yang tidak ditangani dengan drainase yang baik akan terjadi perlekatan fibrosa antara pleura parietalis dan pleura viseralis.

2. Atektasis

Atektasis adalah pengembangan paru yang tidak sempurna yang disebabkan oleh penekanan akibat efusi pleura.

3. Fibrosis paru

Fibrosis paru merupakan keadaan patologis dimana terdapat jaringan ikat paru dalam jumlah yang berlebihan. Fibrosis timbul akibat cara perbaikan jaringan sebagai kelanjutan suatu proses penyakit paru yang dapat menyebabkan penggantian jaringan paru yang terserang dengan jaringan fibrosis.

4. Kolaps paru

Pada efusi pleura, atelektasis tekanan yang diakibatkan oleh tekanan ekstrinsik pada sebagian/semua bagian paru akan mendorong udara keluar dan mengakibatkan kolaps paru.

5. Empiema

Empiema Kumpulan nanah dalam rongga antara paru-paru dan membran yang mengelilinginya (rongga pleura). Empiema disebabkan oleh infeksi yang menyebar dari paru-paru dan menyebabkan akumulasi nanah dalam rongga pleura. Cairan yang terinfeksi dapat mencapai satu

gelas bir atau lebih, yang menyebabkan tekanan pada paru-paru, sesak napas dan rasa sakit (Simanjuntak Omega, 2019).

2.1.6 Pemeriksaan penunjang

Menurut terdapat beberapa prosedur diagnostic efusi pleura:

a. Radiografi dada

Merupakan studi pencitraan pertama yang dilakukan ketika mengevaluasi efusi pleura. Foto *posteroanterior* umumnya akan menunjukkan adanya efusi pleura ketika ada sekitar 200 ml cairan pleura, dan foto lateral akan terinterpretasi abnormal ketika terdapat sekitar 50 ml cairan pleura.

b. Ultrasonografi thoraks

Karakteristik yang juga dapat dilihat pada USG dapat membantu menentukan apakah terjadi efusi sederhana atau kompleks. Efusi sederhana dapat diidentifikasi sebagai cairan dalam rongga pleura dengan echotexture homogen seperti yang terlihat pada sebagian besar 34 efusi transudatif, sedangkan efusi yang kompleks bersifat echogenic, sering terlihat septasi di dalam cairan, dan selalu eksudat. Bedside Ultrasound dianjurkan saat melakukan thoracentesis untuk meningkatkan akurasi dan keamanan procedural pleura melalui biopsi jalur perkutaneus. Komplikasi biopsi adalah pneumothoraks, hemothoraks, penyebaran infeksi dan tumor dinding dada.

c. Analisa cairan pleura

- 1) Warna cairan: Haemorrhagic pleural efusion, biasanya pada klien dengan adanya keganasan paru atau akibat infark paru terutama disebabkan oleh tuberkolosis. Yellow exudates pleural efusion, terutama terjadi pada keadaan gagal jantung kongestif, sindrom nefrotik, hipoalbuminemia, dan perikarditis restriktif. Clear transudate pleura efusion, sering terjadi pada klien dengan keganasan ekstrapulmoner.
- 2) Biokimia, untuk membedakan transudasi dan eksudasi.
- 3) Sitologi, pemeriksaan sitologi bila ditemukan patologis atau dominasi sel tertentu untuk melihat adanya keganasan
- 4) Bakteriologi Biasanya cairan pleura steril, tapi kadang-kadang dapat mengandung mikroorganisme, apalagi bila cairannya purulen. Efusi yang purulen dapat mengandung kuman-kuman yang aerob ataupun anaerob. Jenis kuman yang sering ditemukan adalah Pneumococcus, E.coli, Pseudomonas, Enterobacter. clebsiella,

d. CT Scan thoraks

Berperan penting dalam mendeteksi ketidaknormalan konfigurasi trakea serta cabang utama bronkus, menentukan lesi pada pleura dan secara umum mengungkapkan sifat serta derajat kelainan bayangan yang terdapat pada paru dan jaringan toraks lainnya.

2.1.7 Penatalaksanaan pada efusi pleura

1. Tirah baring

Tirah baring bertujuan untuk menurunkan kebutuhan oksigen karena peningkatan aktifitas akan meningkatkan kebutuhan oksigen sehingga dispneu akan semakin meningkat pula.

2. Thoraksentesis Drainase cairan

Jika efusi pleura menimbulkan gejala subjektif seperti nyeri, dispneu, dan lain lain. Cairan efusi sebanyak 1 – 1,5liter perlu dikeluarkan untuk mencegah meningkatnya edema paru. Jika jumlah cairan efusi pleura lebih banyak maka pengeluaran cairan berikutnya baru dapat dilakukan 1 jam kemudian.

3. Antibiotik

Pemberian antibiotik dilakukan apabila terbukti terdapat adanya infeksi. Antibiotik diberi sesuai hasil kultur kuman.

4. *Pleurodesis*

Pada efusi karena keganasan dan efusi rekuren lain, diberi obat melalui selang interkostalis untuk melekatkan kedua lapisan pleura dan mencegah cairan terakumulasi kembali.

5. *Water seal drainage (WSD)*

Water seal drainage (WSD) adalah suatu system drainase yang menggunakan water seal untuk mengalirkan udara atau cairan dari cavum pleura atau rongga pleura

6. Kimia darah

Pada pemeriksaan kimia darah konsentrasi glukosa dalam cairan pleura berbanding lurus dengan kelainan patologi pada cairan pleura. Asidosis cairan pleura (pH rendah berkorelasi dengan prognosis buruk dan memprediksi kegagalan pleurodesis. Pada dugaan infeksi pleura, pH kurang dari 7,20 harus diobati dengan drainase pleura. Amilase cairan pleura meningkat jika rasio cairan amilase terhadap serum pleura lebih besar dari 1,0 dan biasanya menunjukkan penyakit pankreas, ruptur esofagus, dan efusi yang ganas.

2.2. Konsep Medis Tuberculosis Paru

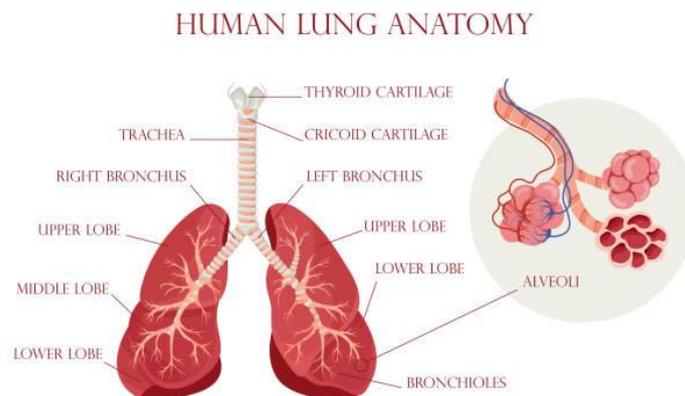
2.2.1 Pengertian Tuberculosis Paru

Tuberkulosis atau TBC adalah penyakit yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis* di paru. Kondisi ini, kadang disebut juga dengan TB paru. Bakteri tuberkulosis yang menyerang paru menyebabkan gangguan pernapasan, seperti batuk kronis dan sesak napas (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020). TB paru merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis* pada umumnya menyerang paru dan sebagian menyerang diluar paru, seperti kelenjar getah bening (kelenjar), kulit, tulang, selaput otak (Darmin, 2020). Tuberkulosis merupakan proses penyakit infeksi kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis* yang menyerang jaringan parenkim paru dan termasuk bakteri aerob yang sering menginfeksi jaringan yang memiliki kandungan oksigen tinggi (Faturrahman et

al., 2021). Dari pengertian diatas disimpulkan bahwa penyakit TB Paru adalah penyakit yang disebabkan oleh infeksi bakteri Mycobacterium Tuberculosis yang menyebabkan gangguan pernapasan, seperti batuk dan sesak. Dimana penularan TB Paru ini melalui udara ketika batuk dan berdahak.

Penularan tuberkulosis yaitu pasien TB BTA (bakteri tahan asam) positif melalui percik relik dahak yang dikeluarkan nya. TB dengan BTA negatif juga masih memiliki kemungkinan menularkan penyakit TB meskipun dengan tingkat penularan yang kecil (Kemenkes RI, 2020).

2.2.2. Anatomi dan Fisiologi



Gambar 2.3 Anatomi dan Fisiologis Paru-paru

a. Anatomi

1) Trakea

Trakea atau tenggorokan merupakan bagian paru-paru yang berfungsi menghubungkan laring dengan bronkus. Panjang trakea 9-11 cm dan dibelakang terdiri dari jaringan ikat yang dilapisi oleh otot polos. Trakea pada

manusia terdiri dari jaringan tulang rawan yang dilapisi oleh sel epitel bersilia yang menghasilkan lendir. Silia yang terdapat pada trakea iniberguna untuk menyaring udara yang akan masuk menjeratpartikel-partikel debu yang masuk ke dalam paru-paru. Hal ini bertujuan untuk membersihkan saluran pernapasan. Trakea terletak di depan saluran esofagus mengalami percabangan di bagian ujung menuju ke paru-paru yang memisahkan trakea dan bronkus kiri dan kanan.

2) Bronkus

Bronkus merupakan saluran yang terdapat pada rongga 8 dada, hasil dari percabangan trakea yang menghubungkan paru-paru bagian kiri dengan paru-paru bagian kanan. Bronkus bagian sebelah kanan bentuknya lebih lebar, pendek serta lebih lurus, sedangkan bronkus bagian sebelah kiri memiliki ukuran lebih besar yang panjangnya sekitar 5 cm jika dilihat dari asalnya bronkus dibagi menjadi dua, yaitu bronkus primer dan bronkus sekunder.

Berikut adalah organ percabangan dari bronkus yaitu:

- a) Bronkiolus merupakan cabang-cabang dari bronkus segmental. Bronkiolus mengandung kelenjar submukosa yang memproduksi lendir yang membentuk selimut tidak terputus untuk melapisi bagian dalam jalan napas.
- b) Bronkiolus terminalis merupakan percabangan dari bronkiolus. Bronkiolus terminalis mempunyai kelenjar lendir dan silia.
- c) Bronkiolus respiratori merupakan cabang dari bronkiolus terminalis. Bronkiolus respiratori dianggap sebagai saluran transisional antara lain jalan napas konduksi dan jalan udara pertukaran gas.



d) Duktus alveolar dan sakus alveolar. Bronkiolus respiratori kemudian mengarah ke dalam duktus alveolar dan sakus alveolar, kemudian menjadi alveoli.

3) Alveolus

Terdapat 150 juta alveolus di paru-paru orang dewasa. Alveolus dikelilingi oleh jaringan kapiler padat. Pertukaran gas di paru (respirasi eksternal) berlangsung di membran respiratorik. Surfaktan adalah cairan fosfolipid yang mencegah alveolus mengalami kolaps saat ekspirasi. Darah yang kaya karbondioksida dipompa dari seluruh tubuh masuk ke dalam pembuluh darah alveolaris, melalui proses difusi ia melepaskan karbondioksida dan menyerap oksigen (Bioladwiko et al., 2022).

4) Paru-paru

Terdapat dua paru-paru masing-masing terletak disamping garis medialis di rongga thoraks. Paru kanan dibagi menjadi 3 lobus yaitu superior, medialis, dan inferior. Paru kiri berukuran lebih kecil, lobus kiri terdiri dari 2 lobus yaitu superior dan inferior. Tiap lobus dibungkus oleh jaringan elastis yang mengandung pembuluh limfe, arteriola, venula, bronkial, venula, ductus alveolar dan alveoli.

5) Pleura

Pleura merupakan lapisan berupa membran yang melapisi paru-paru dan memisahkannya dengan dinding dada bagian dalam. Pada keadaan normal, cavum pleura ini hampa udara sehingga paru-paru kembang kempis dan juga terdapat sedikit cairan (eksudat) yang berguna untuk meminyaki permukaan

pleura, menghindari gesekan antara paru-paru dan dinding dada sewaktu ada gerakan napas. (Roswati et al., 2023).

b. Fisiologi

1) Transportasi Oksigen

Oksigen di edarkan ke seluruh tubuh melalui sirkulasi 10 darah dan menarik karbondioksida. Sel memiliki kapiler sehingga memungkinkan terjadinya pertukaran oksigen dan karbondioksida dengan mudah. Oksigen berdifusi dari kapiler melalui dinding kapiler ke cairan interstitial. Melalui titik ini ia berdifusi melalui membran sel jaringan, dimana ia digunakan oleh mitokondria untuk respirasi sel.

2) Proses Pernapasan (difusi)

Setelah terjadi pertukaran oksigen dan karbondioksida di jaringan kapiler darah memasuki vena sistemik (disebut darah vena) dan berjalan ke sirkulasi paru. Konsentrasi oksigen dalam darah di dalam kapiler paru-paru lebih rendah dari pada di kantung udara paru-paru (alveoli). Sehingga menyebabkan oksigen akan berdifusi dari alveoli ke darah. Pergerakan udara yang keluar dan masuk dari saluran udara (ventilasi) secara terus menerus mengisi kembali oksigen dan menghilangkan karbondioksida dari saluran udara di paru-paru. Seluruh pertukaran gas yang terjadi antara udara di alveoli dengan darah dan sel-sel tubuh disebut respirasi.

3) Perfusi Paru

Perfusi paru adalah aliran darah yang sebenarnya melalui sirkulasi paru. Darah akan di pompa ke paru-paru oleh ventrikel kanan melalui arteri

pulmonalis. Arteri pulmonalis ini akan membelah menjadi cabang kanan dan kiri untuk memasok semua bagian dari setiap paru. Sekitar 2% dari darah yang dipompa oleh ventrikel kanan tidak mengalir ke kapiler alveolar

2.2.3. Etiologi

Ada beberapa jenis bakteri yang berkaitan erat dengan infeksi tuberkulosis, misalnya *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium micoti* dan *Mycobacterium canneti*. *Mycobacterium tuberculosis* adalah bakteri yang paling sering ditemukan dan penyebab utama terjadinya penyakit tuberkulosis yang menular antara manusia melalui udara dengan droplet nucleus (1-5 micron) yang keluar ketika seseorang batuk, bersin atau bicara (Pradipta et al., 2022).

Kelompok *mycobacterium* selain *mycobacterium tuberculosis* yang menimbulkan gangguan pada saluran pernapasan dikenal dengan MOTT (*Mycobacterium other than Tuberculosis*) yang terkadang mengganggu penegakan diagnosis dan pengobatan tuberkulosis. Sifat kuman *Mycobacterium tuberculosis* menurut (Alhawaris & Tabri, 2020) adalah sebagai berikut:

- a. Berbentuk batang, panjang 1-10 mikron, lebar 0,2-0,6 mikron
- b. Bersifat tahan asam
- c. Tahan terhadap suhu 4°C-7°C
- d. Sangat peka terhadap panas, sinar matahari dan sinar ultra violet.
- e. Pada dahak dengan suhu 30-37°C akan mati dalam waktu kurang lebih 1 minggu.

f. Kuman dapat bersifat dormant.

Menurut (Sikumbang et al., 2022) ada beberapa faktor seperti pendukung/predisposisi dan faktor pencetus/presipitasi sebagai berikut:

a. Faktor predisposisi

1) Jenis kelamin

Berdasarkan jenis kelamin, jumlah kasus baru TB paru 12 tahun 2017 pada laki-laki 1,4 kali lebih besar daripada perempuan. Hal ini terjadi karena riwayat merokok dan minum alkohol dapat menurunkan sistem pertahanan tubuh, sehingga wajar jika perokok dan peminum alkohol sering disebut agen dari penyakit TB paru.

2) Umur

Umur menjadi salah satu faktor terjadinya peningkatan kasus TB. Hal ini karena semakin bertambahnya usia seseorang maka akan semakin rentan dan beresiko tertular TB paru, hal ini karena sistem imunologi seseorang akan menurun seiring bertambahnya usia. Pada usia juga terjadi proses degenerasi dan hal tersebut juga terjadi pada sistem imun tubuh yang mudah terjangkit penyakit.

b. Faktor presipitasi

1) Merokok

Seseorang yang memiliki kebiasaan merokok akan mengalami penurunan fungsi silia akibat dari zat yang beracun seperti karbon monoksida, nikoti dan tar serta toksin lainnya yang dihirup ke dalam sistem pertahanan

tubuh akan menjadi lemah sehingga hal inilah yang memudahkan bakteri tuberkulosis masuk ke dalam tubuh dan menginfeksi saluran pernapasan.

2) Lingkungan Bakteri

Penyebab tuberkulosis paru bisa hidup tahan lama di ruangan berkondisi gelap, lembab, dingin dan tidak memiliki ventilasi yang baik. Lingkungan seperti ini menjadi tempat berkembangbiak bakteri sehingga sangat memudahkan terjadinya infeksi.

3) Orang dengan HIV positif dan penyakit immuno lain

Seseorang dengan HIV positif akan mengalami 13 penurunan kekebalan tubuh akibat penurunan CD4+ sehingga lebih lemah terhadap adanya bakteri apapun, termasuk bakteri tuberkulosis.

4) Memiliki kontak erat dengan orang yang memiliki penyakit TB aktif yang infeksius.

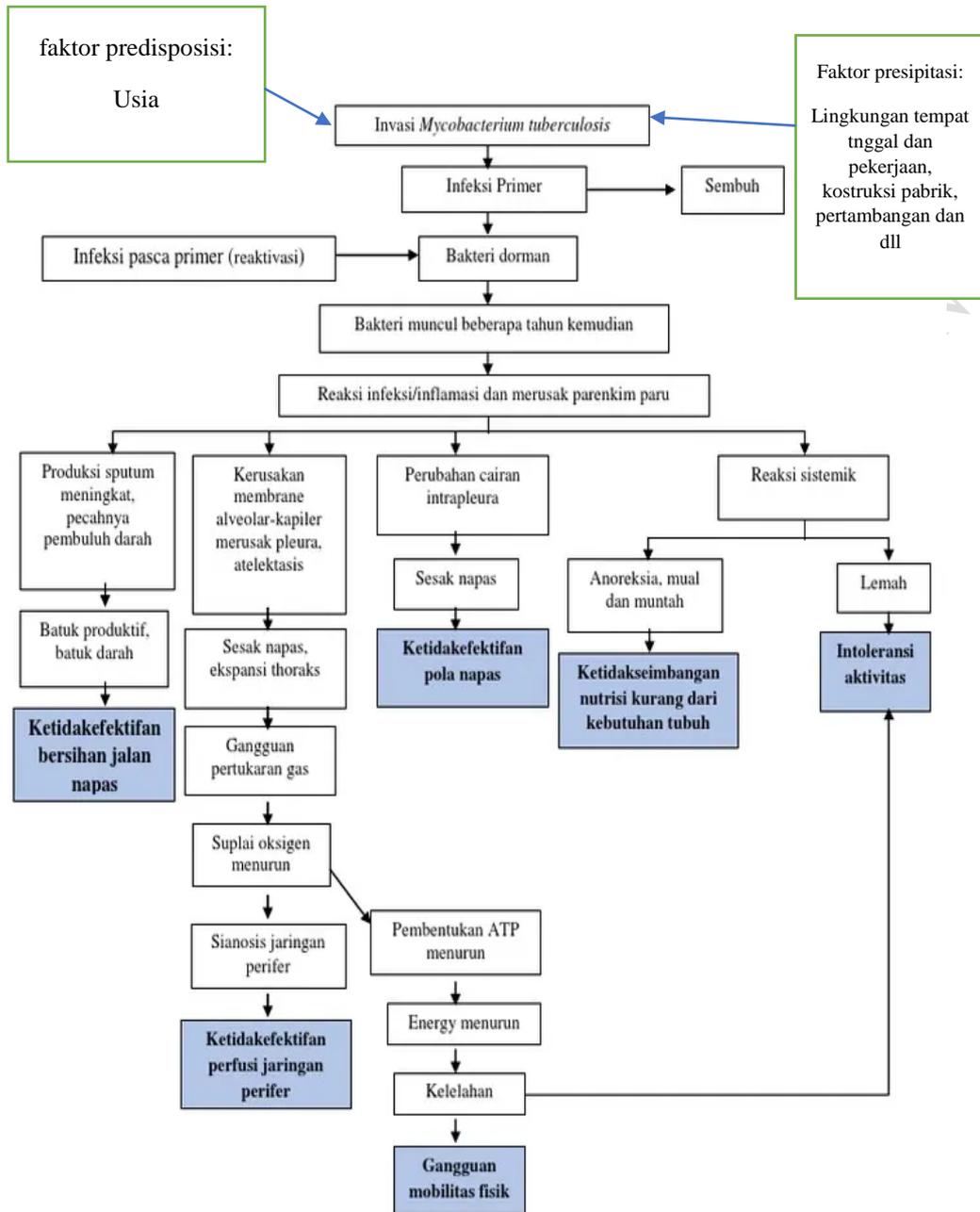
2.2.4. Patofisiologi

Kuman tuberkulosis paru yang masuk kedalam tubuh melalui udarapernapasan. Bakteri yang terhirup akan dipindahkan akan melalui jalan napas ke alveoli, tempat dimana mereka berkumpul dan memulai untuk memperbanyak diri. Sistem imun tubuh berespon dengan melakukan reaksi inflamasi. Ketika terjadi inflamasi akan mengakibatkan penumpukan eksudat dalam alveoli sehingga menyebabkan kerusakan dinding alveoli, kerusakan ini dapat menimbulkan terjadinya disfungsi pada pertukaran karbondioksida dan oksigen, sehingga menimbulkan masalah pola napas tidak efektif dan gangguan



pertukaran gas (Sari et al., 2020). Selain itu proses inflamasi dapat menimbulkan peningkatan produksi sputum sehingga mengakibatkan akumulasi mukus di jalan napas, hal ini membuat pasien lebih sering batuk dan menimbulkan masalah bersihan jalan napas tidak efektif. Peradangan yang terjadi juga mempengaruhi hormon leptin yang terlibat dalam pengaturan berat badan, hal ini akan berpengaruh pada penurunan nafsu makan yang terjadi melalui mekanisme peningkatan aktivitas sel akibat proses peradangan sehingga akan menyebabkan peningkatan metabolisme dan peningkatan sitokin pro inflamasi yang terjadi pada pasien dengan TB Paru. Pada penderita TB Paru terjadi peningkatan hormon leptin. Leptin merupakan hormon penekan nafsu makan pada keadaan ini pasien akan mengalami defisit nutrisi. Infeksi awal biasanya terjadi 2 sampai 10 minggu. Massa jaringan baru yang disebut granuloma merupakan gumpalan basil yang masih hidup dan 14 sudah mati dikelilingi oleh makrofag dan membentuk dinding protektif granuloma diubah menjadi jaringan fibrosa bagian sentral dari fibrosa ini disebut turbekel (Kurniawaty & Sunarmi, 2022). Setelah pemaparan dan infeksi awal individu dapat mengalami penyakit aktif karena tidak adekuatnya sistem imun tubuh. Turbekel memecah melepaskan bahan seperti keju ke dalam bronki. Turbekel yang pecah akan membentuk jaringan parut sehingga paru-paru yang terinfeksi menjadi lebih membengkak.

Pathway :



Sumber: Wijaya (2013)

Gambar 2.4 Pathway TB Paru

2.2.5. Manifestasi

Menurut Zulkifli Amin & Asril Bahar (2021), keluhan yang dirasakan pasien tuberkulosis dapat bermacam-macam atau malah banyak ditemukan pasien TB Paru tanpa keluhan sama sekali dalam pemeriksaan kesehatan. Keluhan yang terbanyak adalah :

1. Demam

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

2. Batuk

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

3. Sesak Napas

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

4. Nyeri Dada

Gejala ini agak jarang ditemukan. Nyeri dada timbul bila infiltrasi radang sudah sampai ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis. Terjadi gesekan kedua pleura sewaktu pasien menarik melepaskan napasnya.

5. Malaise

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

Menurut (Hasan et al., 2023). Tuberkolosis Paru secara klasik dibagi menjadi:

a. Tuberkolosis primer,

yaitu terjadi infeksi pada penderita yang sebelumnya belum pernah terpajan dengan Myobacterium Tuberkolosis Paru

b. Tuberkolosis Paru sekunder,

yaitu terjadi infeksi berulang pada penderita yang sebelumnya pernah terpajan dengan Myobacterium Tuberculosis Paru. Hal ini terjadi karena penurunan imunitas, misalnya karena malnutrisi, penggunaan alkohol,

penyakit maligna, diabetes hiv aids dan gagal ginjal. Tuberkulosis Paru adalah penyakit menular yang menyerang organ paru-paru, biasanya disebabkan 16 oleh Myobacterium Tuberkulosis Paru, bakteri ini juga dapat menyebar hampir ke setiap bagian tubuh lainnya.

2.2.6. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan yang dilakukan pada penderita TB Paru adalah :

1. Pemeriksaan sputum

Pemeriksaan sputum sangat penting karena dengan di ketemuannya kuman BTA diagnosis tuberculosis sudah dapat di pastikan. Pemeriksaan dahak dilakukan 3 kali yaitu: dahak sewaktu datang, dahak pagi dan dahak sewaktu kunjungan kedua. Bila didapatkan hasil dua kali positif maka dikatakan mikroskopik BTA positif. Bila satu positif, dua kali negatif maka pemeriksaan perlu diulang kembali. Pada pemeriksaan ulang akan didapatkan satu kali positif maka dikatakan mikroskopik BTA negatif.

2. Ziehl-Neelsen (Pewarnaan terhadap sputum). Positif jika ditemukan bakteri tahan asam.

3. Skin test (PPD, Mantoux)

Hasil tes mantaoux dibagi menjadi :

- a. Indurasi 0-5 mm (diameternya) maka mantoux negative atau hasil negative
- b. Indurasi 6-9 mm (diameternya) maka hasil meragukan
- c. Indurasi 10- 15 mm yang artinya hasil mantoux positif



- d. Indurasi lebih dari 16 mm hasil mantoux positif kuat
 - e. Reaksi timbul 48- 72 jam setelah injeksi antigen intrakutan berupa indurasi kemerahan yang terdiri dari infiltrasi limfosit yakni persenyawaan antara antibody dan antigen tuberculin
4. Rontgen dada
- Menunjukkan adanya infiltrasi lesi pada paru-paru bagian atas, timbunan kalsium dari lesi primer atau penumpukan cairan. Perubahan yang menunjukkan perkembangan TB Paru meliputi adanya kavitas dan area fibrosa.
5. Pemeriksaan histology / kultur jaringan Positif bila terdapat Mikobakterium Tuberkulosis.
6. Biopsi jaringan paru : Menampakkan adanya sel-sel yang besar yang mengindikasikan terjadinya nekrosis.
7. Pemeriksaan elektrolit : Mungkin abnormal tergantung lokasi dan beratnya infeksi.
8. Analisa gas darah (AGD) : Mungkin abnormal tergantung lokasi, berat, dan adanya sisa kerusakan jaringan paru.
9. Pemeriksaan fungsi paru
- Turunnya kapasitas vital, meningkatnya ruang fungsi, meningkatnya rasio residu udara pada kapasitas total paru, dan menurunnya saturasi oksigen sebagai akibat infiltrasi parenkim / fibrosa, hilangnya jaringan paru, dan kelainan pleura (akibat dari tuberkulosis kronis)

2.2.7. Penatalaksanaan Medis

Menurut Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2022) penatalaksanaan medik TB paru adalah:

a. Tahap awal

Pengobatan diberikan setiap hari. Paduan pengobatan pada tahap ini adalah dimaksudkan untuk secara efektif menurunkan jumlah kuman yang ada dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh dari sebagian kecil kuman yang mungkin sudah resisten sejak sebelum pasien mendapatkan pengobatan. Pengobatan tahap awal pada semua pasien baru, harus diberikan selama 2 bulan. Pada umumnya dengan pengobatan secara teratur dan tanpa adanya penyulit, daya penularan sudah sangat menurun setelah pengobatan selama 2 minggu pertama.

b. Tahap lanjutan

Tahap lanjutan bertujuan membunuh sisa-sisa kuman yang masih ada dalam tubuh, khususnya kuman persisten sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan. Durasi tahap lanjutan selama 4 bulan. Pada fase lanjutan seharusnya obat diberikan setiap hari.

Pasien berusia diatas 60 tahun tidak mentoleransi lebih dari 500-700 mg perhari, beberapa pedoman merekomendasikan dosis mg/kg BB pada pasien dengan kelompok usia ini. Pasien dengan berat badan dibawah 50 kg tidak dapat mentoleransi dosis lebih dari 500-750 mg 19 perhari. Bila hasil sputum BTA positif pada bulan kelima atau pada akhir pengobatan menandakan pengobatan gagal dan perlu dilakukan diagnosis cepat TB MDR sesuai alur diagnosis TB MDR. Pada pencatatan, kartu TB 01 ditutup dan hasil pengobatan selanjutnya



dinyatakan sebagai tipe pasien “Gagal”. Pengobatan selanjutnya dinyatakan sebagai tipe pasien “Pengobatan setelah gagal”.

Bila seseorang pasien didapatkan TB dengan resistan obat maka pengobatan dinyatakan “Gagal” kapanpun waktunya. Pada pasien dengan sputum BTA negatif di awal pengobatan dan tetap negatif pada akhir bulan kedua pengobatan, maka tidak diperlukan lagi pemantauan dahak lebih lanjut. Pemantauan klinis dan berat badan merupakan indikator yang sangat berguna (Palele Beatris, 2022).

c. Pemantauan respon pengobatan

Semua pasien harus dipantau untuk menilai respons terapinya. Pemantauan reguler akan memfasilitasi pengobatan lengkap, identifikasi dan tata laksana reaksi obat yang tidak diinginkan. Semua pasien, PMO dan tenaga kesehatan sebaiknya diminta untuk melaporkan gejala TB yang menetap atau muncul kembali, gejala efek samping OAT atau terhentinya pengobatan. Berat badan pasien harus dipantau setiap bulan dan dosis OAT disesuaikan dengan perubahan berat badan. Respon pengobatan TB paru dipantau dengan sputum BTA. Perlu dibuat rekam medis tertulis yang berisi seluruh obat yang diberikan, respons terhadap pemeriksaan bakteriologis, resistensi obat dan reaksi yang tidak diinginkan untuk setiap pasien pada kartu berobat TB. WHO merekomendasikan pemeriksaan sputum BTA pada akhir fase intensif pengobatan untuk pasien yang diobati dengan OAT ini pertama baik kasus baru maupun 20 pengobatan ulang. Pemeriksaan sputum BTA dilakukan pada akhir bulan kedua untuk kasus baru dan akhir bulan ketiga untuk kasus pengobatan ulang. Rekomendasi ini juga berlaku untuk pasien dengan sputum BTA negatif (Nengsih et al., 2023).

Sputum BTA positif pada akhir fase intensif mengindikasikan beberapa hal berikut ini:

- a. Supervisi yang kurang baik pada fase inisial dan ketaatan pasien yang buruk
- b. Kualitas OAT yang buruk
- c. Dosis OAT dibawah kisaran yang direkomendasikan
- d. Resolusi lambat karena pasien memiliki kavitas besar dan jumlah kuman yang banyak
- e. Adanya penyakit komorbid yang mengganggu ketaatan pasien atau respons terapi
- e. Penyebab tuberkulosis pada pasien adalah M. Tuberculosis resisten obat yang tidak memberikan respons terhadap terapi OAT pertama.

2.2.8 Komplikasi

Adapun komplikasi dari Tuberculosis paru antara lain : Bronkopneumonia , Efusi pleura , Malnutrisi dan Anemia. (Tomastola et al., 2022). Efusi pleura adalah kondisi paru bila terdapat kehadiran dan peningkatan cairan yang luar biasa di antara ruang pleura. Pleura adalah selaput tipis yang melapisi permukaan paru-paru dan bagian dalam dinding dada di luar paru-paru. Di pleura, cairan terakumulasi di ruang antara lapisan pleura. Biasanya, jumlah cairan yang tidak terdeteksi hadir dalam ruang pleura yang memungkinkan paru-paru untuk bergerak dengan lancar dalam rongga dada selama pernapasan. Pada keadaan normal rongga pleura hanya mengandung cairan sebanyak 10- 20 ml (Tika, 2020).



Penyebab efusi pleura yaitu: Infeksi Tuberkulosis, Tuberkulosis menyebabkan timbulnya peradangan saluran getah bening menuju hilus (limfangitis lokal) dan juga diikuti dengan pembesaran kelenjar getah bening hilus (limfangitis regional). Peradangan pada saluran getah bening akan mempengaruhi permeabilitas membran. Permeabilitas membran akan meningkat dan akhirnya menimbulkan akumulasi cairan dalam rongga pleura. Adapun bentuk cairan efusi akibat tuberkulosa paru adalah merupakan eksudat, yaitu berisi protein yang terdapat pada cairan pleura tersebut karena kegagalan aliran protein getah bening. Cairan ini biasanya serous, kadang-kadang bisa juga hemarogik. Dalam setiap ml cairan pleura bias mengandung leukosit antara 500-2000. Timbulnya cairan efusi bukanlah karena adanya bakteri tubukolosis, tapi karena akibat adanya efusi pleura dapat menimbulkan beberapa perubahan fisik antara lain: Irama pernapasan tidak teratur, frekuensi pernapasan meningkat, pergerakan dada asimetris, dada yang lebih cembung, fremitus raba melemah, perkusi redup. Selain hal - hal diatas ada perubahan lain yang ditimbulkan oleh efusi pleura yang diakibatkan infeksi tuberkolosa paru yaitu peningkatan suhu, batuk dan berat badan menurun (Tika, 2020).

Salah satu tindakan untuk pasien dengan efusi pleura yaitu: Pungsi paru/Torakosintesis. Aspirasi dilakukan dibagian bawah sela iga garis aksilaris posterios dengan memamkai jarum abocath 14 atau 16 .pengeluaran cairan pleura sebaiknya tidak melebihi 1000-1500 cc setiap kali aspirasi.aspirasi lebih baik dilakukan berulang-ulang daripada satu kali aspirasi sekaligus dapat menimbulkan pleura shock (hipotensi) atau edema paru akut.

Adapun warna cairan pleura biasanya berwarna agak kekuningan (serous-santokrom) ,bila agak kemerah-merahan dapat terjadi infark paru, edema paru, keganasan atau aneurisma aorta., bila agak kuning kehijauan dan agak purulent ini menunjukkan adanya emfisema .bila merah coklat ini menunjukkan adanya abses karena amuba.

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah

2.3.1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Nursalam 2020).

Perawat mengkaji apakah pasien ada sesak nafas saat atau tidak beraktivitas? Apakah ada batuk berdahak/kering? Apakah ada penurunan berat badan secara drastis belakangan ini? Apakah ada diaphoresis berlebihan saat malam hari? Adakah demam? Apakah ada penurunan selera makan? Apabila pasien melaporkan ketidaknyamanan tersebut kemungkinan pasien terkena TB Paru.

Perawat mengumpulkan informasi lebih lanjut tentang riwayat keluarga pasien mengenai kanker dan penyakit jantung serta ginjal termasuk hipertensi. Apakah pasien mengalami penurunan berat badan, apakah pasien tampak pucat, dapatkah pasien turun dari tempat tidur dan kembali ke tempat tidur tanpa bantuan,



informasi tersebut dapat membantudalam menentukan seberapa cepat pasien akan kembali ke aktifitas normalnya setelah prostatectomi (Bunner&Suddard, 2001).

Pengkajian Menurut Muttaqin (2020 fokus pengkajian pada Tuberkulosis Paru berdasarkan sistem tubuh manusia adalah :

1. B1 Breathing/ Sistem Pernafasan
 - a. Inspeksi : Sesak nafas, peningkatan frekuensi nafas, dan menggunakan otot bantu pernafasan.
 - b. Palpasi : Vokal fremitus menurun
 - c. Perkusi : Bunyi redup
 - d. Auskultasi : Suara nafas ronchi
2. B2 Blood/ Sistem Kardiovaskuler
 - a. Inspeksi : Adanya paru dan kelemahan fisik
 - b. Palpasi : Denyut nadi perifer melemah
 - c. Perkusi : Batas jantung mengalami pergeseran pada Tuberkulosis Paru
 - d. Auskultasi : Tekanan darah biasanya normal

3. B3 Brain/ Sistem persarafan

Kesadaran biasanya compos mentis, adanya sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat

4. B4 Bladder/ Sistem perkemihan

Pengukuran volume output urine berhubungan dengan intake cairan. Klien diinformasikan agar terbiasa dengan urine yang berwarna jingga pekat dan berbau yang menandakan fungsi ginjal masih normal sebagai ekskresi karena meminum OAT terutama Rifampisin.



5. B5 Bowel/ Sistem pencernaan & Eliminasi

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

6. B6 Bone/ Sistem integument

Gejala yang muncul antara lain yaitu kelemahan, kelelahan, insomnia, pola hidup menetap, dan jadwal olahraga tidak teratur.

7. Riwayat Keperawatan

Pengkajian riwayat keperawatan pada pasien dengan kebutuhan oksigen meliputi : Ada atau tidaknya riwayat gangguan pernafasan seperti sinusitis, kondisi akibat polip, hipertropi tulang hidung, tumor, influenza, dan keadaan lain yang menyebabkan gangguan pernafasan. Hal – hal yang harus diperhatikan yaitu keadaan infeksi kronis dari hidung, nyeri pada sinus, otitis media, nyeri tenggorokan, suhu tubuh meningkat hingga 38,5 derajat celsius, nyeri kepala, lemah, dan adanya edema.

8. Pola Batuk dan Produksi Sputum

Tahap pengkajian pola batuk dilakukan dengan cara menilai apakah batuk termasuk batuk kering, keras, dan kuat dengan suara mendesing, berat, dan berubah-ubah seperti kondisi pasien yang mengalami penyakit kanker. Juga dilakukan pengkajian apakah pasien mengalami sakit pada bagian tenggorokan saat batuk kronis dan produktif serta saat pasien sedang makan, merokok, atau saat malam hari.



9. Sakit Dada

Pengkajian terhadap sakit dada untuk mengetahui bagian yang sakit, luas, intensitas, faktor yang menyebabkan rasa sakit, perubahan nyeri dada apabila posisi pasien berubah, serta apakah ada kelainan saat inspirasi dan ekspirasi.

10. Pengkajian Fisik

- a. Inspeksi : Apakah nafas spontan melalui nasal, oral dan selang endotrakeal atau tracheostomi, serta kebersihan dan adanya sekret, pendarahan, edema, dan obstruksi mekanik. Kemudian menghitung frekuensi pernafasan dan apakah pernafasan bradipnea, takhipnea. Apakah sifat pernafasan abdominal dan torakal, kemudian irama pernafasan apakah ada perbandingan antara inspirasi dan ekspirasi, pernafasan teratur atau tidak dan pernafasan cheyne stokes.
- b. Palpasi : adanya nyeri tekan, peradangan setempat, pleuritis, adanya edema, dan benjolan pada dada. Gerakan dinding dada apakah simetris atau tidak, jika ada kelainan paru adanya getaran suara atau fremitus vokal yang jelas mengeras atau melemah.
- c. Perkusi : untuk menilai suara perkusi paru normal (sonor) atau tidak normal (redup).
- d. Auskultasi : untuk menilai adanya suara nafas seperti bunyi nafas vesikuler dan bunyi nafas bronkhial. Bunyi nafas tambahan seperti bunyi ronkhi, suara wheezing dan sebagainya.

- e. Nutrisi : Pasien dengan TB paru pemenuhan nutrisinya harus tetap terpenuhi dengan memberikan makanan secara bertahap dimulai dari makanan lunak, makan sayur-sayuran untuk pemenuhan kebutuhan nutrisi, dan anjurkan pasien untuk banyak minum. Dalam pengkajian nutrisi pada pasien gastritis sebelum dan setelah sakit terdiri dari : frekuensi makan sehari, waktu makan, porsi makan yang dihabiskan, penggunaan alat bantu makan, makanan pantang/ yang tidak disukai, pembatasan makanan, jenis makanan yang dibatasi, konsumsi makanan berserat, nafsu makan, mual, hipersalivasi, sensasi asam pada mulut, muntah, perasaan cepat kenyang setelah makan, dan perasaan kembung
- f. Eliminasi : Meliputi berapa kali BAB, konsistensi, warna, dan bau. Untuk BAK berapa kali/hari, warna, dan bau.
- g. Sosialisasi : Pada data sosial ini dapat dilihat apakah pasien merasa terisolasi atau terpisah karena terganggunya komunikasi, adanya perubahan pada kebiasaan atau perubahan dalam kapasitas fisik untuk menentukan keputusan untuk beradaptasi dengan lingkungan sekitarnya pasien mungkin tampak sangat cemas dan ketakutan.
- h. Spiritual : Ibadah pasien di lakukan di RS

2.3.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah actual atau resiko dalam rangka mengidentifikasi dan

menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, dan mencegah masalah keperawatan klien yang ada pada tanggung jawabnya.

Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada pasien dengan Tuberkulosis

Paru, yaitu :

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0149)
- b. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keinginan untuk makan) (D.0019)
- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis(D.0077)
- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)

2.3.3 Intervensi Keperawatan

| No. | Diagnosa Keperawatan (SDKI) | Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI) | Intervensi (SIKI) |
|-----|---|---|--|
| 1. | Bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekresi yang tertahan | Dalam waktu 3x24 jam diharapkan Bersihan jalan nafas (L. 01001) teratasi dengan kriteria a. Gelisah berkurang b. Frekuensi nafas membaik c. Pola nafas membaik d. Produksi sputum berkurang | Manajemen jalan nafas (I.01011) 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, |



| | | | |
|----|---|---|--|
| | | <p>e. Dispnea berkurang</p> <p>f. Batuk efektif membaik</p> | <p>warna, aroma)</p> <p>4. Posisikan semi-Fowler atau Fowler</p> <p>5. Lakukan Fisioterapi dada, jika perlu</p> <p>6. Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>7. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p> |
| 2. | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis | <p>Dalam waktu 3x24 jam di harapkan tingkat nyeri (L.08066) berkurang dengan kriteria :</p> <p>a. Keluhan nyeri berkurang</p> <p>b. Tekanan darah membaik</p> <p>c. Focus membaik</p> <p>d. Ekspresi meringis berkurang</p> <p>e. Gelisah berkurang</p> | <p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2. Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</p> <p>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing,</p> |



| | | | |
|----|---|--|---|
| | | | <p>kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>7. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>8. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>9. Kolaborasi pemberian</p> <p>10. Analgetik, jika perlu</p> |
| 3. | Defisite nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keinginan untuk makan) | Dalam waktu 3x24 jam status nutrisi (L.03030) membaik dengan kriteria : a. Porsi makan yang di habiskan meningkat b. Nafsu makan membaik c. Berat badan meningkat d. Indeks Masa Tubuh (IMT) | Manajemen Nutrisi (I.03119) 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Monitor asupan makanan 5. Monitor berat badan 6. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 7. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 8. Anjurkan posisi duduk, jika mampu |



| | | | |
|----|---|--|---|
| | | | <p>9. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik) jika perlu</p> <p>10. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan</p> |
| 4. | Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit | setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan termoregulasi (D.0130) membaik dengan kriteria hasil: 1) Menggigil cukup menurun 2) Pucat menurun 3) Suhu tubuh membaik 4) Suhu kulit membaik | <p>Manajemen hipertermi</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi penyebab hipertermi</p> <p>2. Monitor suhu tubuh</p> <p>3. Monitor komplikasi akibat hipertermia</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Longgarkan atau lepaskan pakaian</p> <p>2. Basahi dan kipasi permukaan tubuh</p> <p>3. Berikan cairan oral</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan tirah baring</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu</p> |
| 5. | Intoleransi aktivitas | setelah dilakukan tindakan keperawatan | <p>Observasi:</p> <p>1. Monitor kelelahan fisik</p> |

| | | |
|--|--|---|
| berhubungan dengan keseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056) | 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: 1) Frekuensi nadi meningkat 2) Keluhan lelah menurun 3) Dispnea saat aktivitas menurun dispnea setelah aktivitas menurun | dan emosional 2. Monitor gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Terapeutik 3. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus(mis, cahaya, suara, kunjungan) 4. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau 5. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan Edukasi 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Kolaborasi 1. Kolaborasi tentang ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan |
|--|--|---|

2.3.4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah pemberian asuhan keperawatan secara nyata berupa serangkaian sistematis berdasarkan perencanaan untuk mencapai hasil yang optimal. Pada tahap ini perawat menggunakan segala kemampuan yang dimiliki

dalam melaksanakan tindakan keperawatan terhadap pasien baik secara umum, maupun secara khusus pada pasien ISPA pada pelaksanaan ini perawat melakukan fungsinya secara independen, interdependen, dan dependen. Pada fungsinya independen adalah mencakup dari setiap kegiatan yang diprakarsai oleh perawat itu sendiri sesuai dengan kemampuan dan keterampilan yang dimilikinya. Pada fungsi interdependen adalah dimana fungsi yang dilakukan dengan bekerjasama dengan profesi disiplin ilmu lain dalam keperawatan maupun pelayanan kesehatan, sedangkan fungsi dependen adalah fungsi yang dilakukan oleh perawat berdasarkan atas pesan orang lain (Jiptowiyono & Kristianasari, 2020)

2.3.5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Dermawan (2020) evaluasi adalah membandingkan suatu hasil/perbuatan dengan standar untuk tujuan pengambilan keputusan yang tepat sejauh mana tujuan tercapai. Tujuan evaluasi antara lain:

1. Untuk menentukan perkembangan kesehatan pasien
2. Untuk menilai efektivitas, efisiensi, dan produktifitas dari tindakan keperawatan yang diberikan
3. Untuk menilai pelaksanaan asuhan keperawatan
4. Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan
5. Untuk penentuan masalah teratasi, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Format evaluasi menggunakan:

- a. Subjective adalah informasi yang berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan diperbaiki
- b. Objektif adalah informasi yang didapat melalui hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan
- c. Analisa data adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi dan tidak tertasi.
- d. Planing adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

2.3.6 Discharge planning/perencanaan pulang

- a. Mengawasi pasien saat minum obat, keluarga tidak boleh pergi dari samping pasien sebelum minum obat
- b. Menganjurkan kepada keluarga atau penjenguk apabila ingin berkomunikasi dengan pasien sebaiknya menggunakan masker/ tidak secara langsung berhadapan dengan pasien
- c. Perawat menganjurkan pasien dan keluarga tentang prosedur pengendalian infeksi seperti mencuci tangan dan menggunakan masker, kontrol secara rutin
- d. Menganjurkan pasien untuk melakukan terapi obat-obatan secara teratur dan tuntas, hindari aktivitas berat



- e. Mengajarkan pasien agar menghilangkan kebiasaan seperti merokok dan minum beralkohol dan memperhatikan pola makan yang sehat serta gaya hidup sehat seperti berolahraga.

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



BAB 3

ASUHAN KEPERAWATAN

3.1 Pengkajian Keperawatan

Unit : Rawat Inap

Tgl. Pengkajian : 29 juli 2024

Ruang/Kamar : St. Melania / 70-1

Waktu Pengkajian : 14.15

Tgl. Masuk RS : 29 juli 2024

Auto Anamnese :

Allo Anamnese :

1. IDENTIFIKASI

a. KLIEN

Nama Initial : Tn. K

Tempat/Tgl Lahir (umur) : Medan, 17 Juni 2004 (21 tahun)

Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan

Status Perkawinan : Belum Menikah

Jumlah Anak : -

Agama/Suku : Protestan/Batak Toba

Warga Negara : Indonesia Asing

Bahasa yang Digunakan : Indonesia

Daerah

Asing

Pendidikan : Mahasiswa

Pekerjaan : Magang

Alamat Rumah : Jalan Merica Raya No 67 Pancur Batu

**b. PENANGGUNG JAWAB**

Nama : Ny. T
Alamat : Jalan Merica Raya No 67 Pancur Batu
Hubungan dengan klien : Ibu

2. DATA MEDIK

a. Dikirim oleh : UGD (namanya).....
 Dokter praktek (namanya) Dr.Stephen Sp.P

b. Diagnosa Medik :

| |
|---------|
| TB Paru |
|---------|

b.1. Saat Masuk : Febris

b.2. Saat Pengkajian : Efusi pleura ec TB Paru

3. KEADAAN UMUM

a. **KEADAAN SAKIT** : Klien tampak sakit ringan* / **sedang*** / berat*

(*pilih sesuai kondisi pasien)

Alasan : Tak bereaksi* / baring lemah* / duduk* / aktif* / gelisah* /
posisi tubuh* / pucat* / Cyanosis */ **sesak napas*** /
penggunaan alat medik yang digunakan IVFD RL 20 tts/i
o2 Nasal 3L/i

Lain-lain :

(*pilih sesuai kondisi pasien)

b. RIWAYAT KESEHATAN**1). Keluhan Utama :**

Pasien mengatakan sesak nafas disertai batuk berdahak sudah dirasakan 1-2 minggu ini dan memberat 3 hari ini .



2). Riwayat kesehatan sekarang :

Pasien mengatakan sesak nafas dan batuk berdahak dirasakan 1-2 minggu ini, memberat 3 hari ini, batuk berdahak sulit di keluarkan, dahak kental berwarna kehijauan. Sesak terutama miring ke sebelah kiri, demam naik turun dan sering berkeringat di malam hari, ada mual dan tidak selera makan, perut terasa begah, pasien juga mengatakan berat badan menurun 5 kg. Observasi vital sign saat masuk: T:38,5 P:92x/menit RR: 26x/menit TD:130/85 mmhg, SO2:98%.

3). Riwayat kesehatan masa lalu :

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit.

4. TANDA-TANDA VITAL

a. Kesadaran :

- 1). Kualitatif : Compos mentis Somnolens Coma
 Apatis Soporocomatous

2). Kuantitatif :

Skala Coma Glasgow :
> Respon Motorik : 6
> Respon Bicara : 5
> Respon Membuka Mata: 4
> Jumlah : 15

3). Kesimpulan : Sadar Penuh

b. Flapping Tremor / Asterixis : Positif Negatif

c. Tekanan darah : 131/85mm Hg

MAP : 100 mm Hg

Kesimpulan : Normal

d. Suhu : 38.5 °C Oral Axillar Rectal

e. Pernafasan : Frekuensi 26 X/menit

- 1). Irama : Teratur Kusmuall Cheynes-Stokes
- 2). Jenis : Dada Perut

5. PENGUKURAN

Tinggi Badan : 157cm

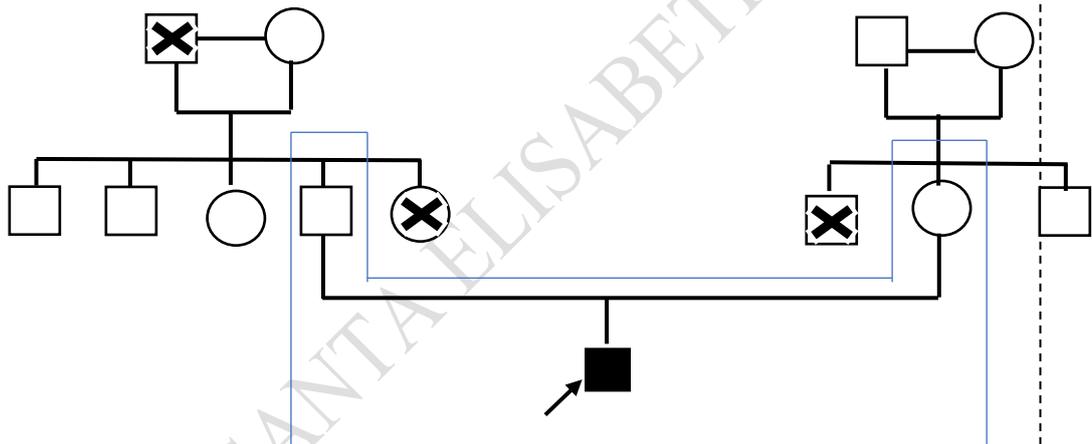
Berat Badan : 47 kg

IMT : 18,4

Kesimpulan : Indeks massa tubuh dibawah normal (kategori ringan)

Catatan : pasien kategori BB kurang

6. GENOGRAM : (3 generasi / keturunan)



Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- |— : Garis perkawinan
- |— : Garis keturunan
- ⊗ : Meninggal
- ➔ : Pasien
- |— (blue) : Tinggal bersama

Gambar 3.1 Genogram Keluarga Tn. K

7. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

I. PERSEPSI KESEHATAN – PEMELIHARAAN KESEHATAN

1). Riwayat Penyakit Yang Pernah Dialami :

(Sakit berat, dirawat, kecelakaan, operasi, gangguan kehamilan/persalinan, abortus, transfusi, reaksi alergi)

| Kapan | Catatan |
|--|----------------------|
| <input type="text" value="Tidak ada"/> | <input type="text"/> |

| Kapan | Catatan |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

2). Data Subyektif

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita TB Paru

3. Data Obyektif

- Kebersihan rambut : rambut berwarna hitam, bersih
- Kulit kepala : tidak ada lesi,
- Kebersihan kulit : kering
- Kebersihan rongga mulut : tidak ada peradangan, tidak ada stomatitis/jamur
- Kebersihan genitalia : tidak ada jamur
- Kebersihan anus : tidak ada hemoroid

II. NUTRISI DAN METABOLIK

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

pasien mengatakan sebelum sakit makan 3x sehari tetapi tidak teratur jam makannya. Makan dengan nasi putih, lauk, sayur, minum air putih ± 2000 ml/24 jam. BB sebelum sakit 52 kg



b. Keadaan sejak sakit

pasien mengatakan makan 3x sehari selama dirawat di RS, selera makan berkurang, diit habis hanya $\frac{1}{4}$ porsi akibat mual dan perut terasa penuh dan mudah kenyang. Minum air putih 4-5 gelas /hari

BB saat ini 47

2). Data Obyektif

a). Pemeriksaan Fisik (Narasi)

- Keadaan nutrisi rambut : rambut tidak rontok
- Hidrasi kulit : kering
- Palpebrae : tidak terdapat lingkaran hitam dibawah mata
- Conjunctiva : berwarna pink pucat
- Sclera : berwarna putih bersih
- Rongga mulut : kering ,bibir pecah-pecah ,mukosa pucat
- Gusi : tidak ada perdarahan gusi
- Gigi Geligi : utuh

Utuh

Tidak utuh 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 atas

(beri tanda pada gigi yang tanggal) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 bawah

- Gigi palsu :

Tidak ada

Ada gigi palsu 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 atas

(beri tanda pada gigi yang palsu) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 bawah



- Kemampuan mengunyah keras : mampu mengunyah keras

- Lidah : bersih

- Tonsil : Ada pembesaran T

Tidak ada pembesaran

- Pharing : tidak ada kelainan

- Kelenjar parotis : Ada pembesaran

Tidak ada pembesaran

- Kelenjar tyroid : Ada pembesaran

Tidak ada pembesaran

- Abdomen

= Inspeksi : Bentuk simetris

= Auskultasi : Peristaltik 28 X / menit

= Palpasi : Tanda nyeri umum tidak di
temukan

* Massa tidak di temukan

* Hidrasi kulit kering

* Nyeri tekan : R. Epigastrica

Titik Mc. Burney

R. Suprapubica

R. Illiaca

= Perkusi Thympani

* Ascites Negatif



Positif, Lingkar perut .../.../...Cm

- Kelenjar limfe inguinal

Teraba ada pembesaran

Tidak teraba pembesaran

- Kulit :

= Uremic frost Negatif Positif

= Edema Negatif Positif

= Icteric Negatif Positif

= Tanda-tanda radang tidak di temukan

= Lain-lain (yang ditemukan selain yang tetulis di atas)

III. POLA ELIMINASI

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

pasien mengatakan sebelum sakti BAB 1X sehari dengan konsistensi lunak dan berwarna kuning, BAK 6x sehari kuning jernih .

b. Keadaan sejak sakit

pasien mengatakan sebelum sakti BAB 2 hari sekali dengan konsistensi lunak dan berwarna kuning, BAK 8 x sehari dengan urine pekat .

2). Data Obyektif

a. Observasi

mobilisasi ke kamar mandi di dampingi oleh ibunya

**b. Pemeriksaan Fisik**

- Palpasi Suprapubika : Kandung kemih
 kosong
- Nyeri ketuk ginjal :
- = Kiri : Negatif Positif
- = Kanan : Negatif Positif
- Mulut Urethra : bersih
- Anus :
- = Peradangan : Negatif Positif
- = Hemoroid : Negatif Positif
- = Penemuan lain : tidak ada

IV. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN**1). Data Subyektif****a. Keadaan sebelum sakit**

Pasien mengatakan dirinya seorang mahasiswi S1 Teknik dan bekerja/magang di sebuah perusahaan di bagian IT , kuliah jam 08 s/d 13.00 wib dan berkerja mulai jam 15.00 sampai 22.00 dan selebihnya aktifitas di rumah dan di luar bersama dengan teman-teman.

b. Keadaan sejak sakit

pasien mengatakan sejak sakit hanya bisa duduk dan bermain hp , sesak semakin memberat jika tidur dan miring kiri.mobilisasi di antu ibunya .

**2). Data Obyektif****a). Observasi****b). Aktivitas Harian**

- Makan

- Mandi

- Berpakaian

- Kerapian

- Buang air besar

- Buang air kecil

- Mobilisasi ditempat tidur

- Ambulansi

- Postur tubuh / gaya jalan : membungkuk

- Anggota gerak yang cacat : tidak ada

c). Pemeriksaan Fisik

- Perfusi pembuluh perifer kuku : < 3 detik

- Thorax dan Pernafasan

= Inspeksi : Bentuk Thorax : asimetris. dimana ketinggalan bernafas dada sebelah kanan

* Stridor Negatif Positif

* Dyspnea d'effort Negatif Positif

* Sianosis Negatif Positif

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



= Palpasi : Vocal Fremitus: menurun

= Perkusi : Sonor Redup Pekak

Batas paru hepar : ICS 6 DEX

Kesimpulan : Normal

= Auskultasi :

Suara Napas : Ronchi

Suara Ucapan : bunyi nafas menurun,

Suara Tambahan : Ronchi

- Jantung

= Inspeksi : Ictus Cordis : Normal

= Palpasi : Ictus Cordis : Normal

Thrill: Negatif Postitif

= Perkusi (dilakukan bila penderita tidak menggunakan alat bantu pada jantung)

Batas atas jantung : ICS 3 linea parasternum dextra, sinistra

Batas kanan jantung : ICS 3 linea 1cs 5 linea parasternum dextra

Batas kiri jantung : ics 3 linea parasternum sinistra, ics ke 5 axilaris anterior sinistra

= Auskultasi :

Bunyi Jantung II A : LUP

Bunyi Jantung II P : LUP

Bunyi Jantung I T : DUP



Bunyi Jantung I M : DUP

Bunyi Jantung III Irama Gallop : Negatif
 Positif

Murmur : Negatif

Positif : Tempat : tidak ada

Grade :

HR : 92 X/i

- Lengan Dan Tungkai

= Atrofi otot : Negatif Positif, lokasi di :.....

= Rentang gerak :.....

* Mati sendi : Ditemukan

Tidak ditemukan

* Kaku sendi Ditemukan

Tidak ditemukan

= Uji kekuatan otot : Kiri

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

Kanan

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

= Reflex Fisiologik : Normal

= Reflex Patologik : Babinski,

* Kiri Negatif Positif

* Kanan Negatif Positif

= Clubing Jari-jari : Negatif Positif



= Varices Tungkai : Negatif Positif

- Columna Vertebralis

= Inspeksi : Tidak ditemukan kelainan bentuk

Ditemukan kelainan bentuk

= Palpasi :

* Nyeri tekan : Negatif Positif

* N. VIII Romberg Test :

Negatif

Positif

Tidak diperiksa, alasannya :

* Kaku duduk : tidak di temukan

V. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

pasien mengatakan sebelum sakit, tidur tidak teratur ,pasien sering begadang ,nongkrong dengan teman dan bermain game kadang sampai subuh. Tidur sekitar 4-5 jam perhari. Tidur malam kadang mulai pukul 02.00 dan bangun pagi pukul 08.00

b. Keadaan sejak sakit

pasien mengatakan sejak sakit, tidur tidak nyenyak ,pasien sesak dan kesakitan bila miring kesebelah kiri ,tidur hanya 4 jam per hari, berkeringat pada malam hari.

Setelah dilakukan tindakan punksi, pasien merasa sudah lebih nyenyak tidur terutama untuk miring ke kiri.

**2). Data Obyektif****a). Observasi :**

- Ekspresi wajah mengantuk : Negatif

Positif

- Palpebrae Inferior berwarna gelap : Negatif

Positif

VI. POLA PERSEPSI KOGNITIF-PERSEPTUAL**1). Data Subyektif****a. Keadaan sebelum sakit**

pasien mengatakan belum pernah menderita TB paru sebelumnya dan belum paham dengan penyakitnya.

b. Keadaan sejak sakit

pasien mengatakan sejak tahu mengenai penyakitnya ,pasien lebih banyak berdiam diri ,bicara seperlunya .

2). Data Obyektif**a). Observasi**

pasien tampak semangat untuk sembuh, pasien tampak menggunakan masker setiap saat.dan rutin minum obat .

b). Pemeriksaan Fisik**- Penglihatan**

= Cornea : normal

= Visus : dapat membaca tulisan

= Pupil : isokor

= Lensa Mata : okuler

= Tekanan Intra Ocular (TIO): normal dan tidak ada kelainan

- Pendengaran

= Pina : kuning kecoklatan

= Canalis : tidak ada peradangan atau benjolan

= Membran Tympani : tidak meradang

= Tes Pendengaran : normal, mampu mendengar dengan gesekan kertas

- Pengenalan rasa nyeri pada gerakan lengan dan tungkai :

Pasien dapat merasakan rangsangan yang di berikan perawat

VII. POLA PERSEPSI DIRI / KONSEP DIRI

(perasaan kecemasan, ketakutan, atau penilaian terhadap dirinya mulai dari peran, ideal diri, konsep diri, gambaran diri dan identitas dirinya)

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan dirinya sangat penting kepada orang tuanya pasien lebih terbuka kepada ibunya .

Sebelum sakit pasien sering bertanya dan cemas kepada dirinya ,dimana berat badanya yang semakin kurus.

b. Keadaan sejak sakit

pasien mengatakan sejak sakit merasa dirinya lemah dan cemas akan badannya yang semakin kurus, sering batuk-batuk, pasien juga takut dirinya akan di jauhi oleh teman-temannya. Karenanya penyakitnya yang menular, pasien juga merasa dirinya tidak berguna karena penyakitnya.

2). Data Obyektif**a). Observasi**

- Kontak mata saat bicara : fokus saat diajak berbicara
- Rentang perhatian : Perhatian penuh / fokus
: Mudah teralihkan
: Tidak ada perhatian/tidak fokus
- Suara dan cara bicara: bicara jelas tetapi pelan tidak bergairah.

b). Pemeriksaan Fisik

- Kelainan bawaan yang nyata: tidak ada
- Penggunaan proteksi : Tidak Ada
- Bila ada pada organ : Hidung Payudara
: Lengan Tungkai

VIII. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA

(berkaitan dengan pekerjaan klien, status pekerjaan, kemampuan bekerja, hubungan klien dengan keluarga, dan gangguan

peran yang dilakukan)

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

pasien mengatakan dia anak tunggal. Pasien memiliki hubungan dan interaksi yang baik dengan orang lain dan orang tuanya. pasien memiliki teman kerja rata-rata sudah dewasa tua dan kebanyakan merokok.

b. Keadaan sejak sakit

pasien mengatakan sejak sakit, pasien cuti dari kuliah dan pekerjaannya di Jakarta .dan untuk sementara masin menetap di medan bersama orangtuanya

2). Data Obyektif**Observasi**

Pasien tampak lebih bnyk berdiam diri, bicara serperlunya ,pasien hanya di jaga oleh ibunya

Pasien bicara pelan dan tidak ada bergairah.

IX. POLA REPRODUKSI – SEKSUALITAS

(masalah sexual yang berhubungan dengan penyakit yg dideritanya)

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

pasien mengatakan belum menikah

b. Keadaan sejak sakit

pasien mengatakan belum menikah dan masih berhubungan baik dengan keluarga

2). Data Obyektif

a. Observasi

tampak pasien di jaga oleh ibunya .

b. Pemeriksaan Fisik

Tidak di jumpai adanya kelainan pada area reproduksi

X. MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES**1). Data Subyektif**

a. Keadaan sebelum sakit

pasien mengatakan jika ada masalah selalu terbuka dan menceritakan kepada orang tua terutama ibunya.

b. Keadaan sejak sakit

pasien lebih bnyak berdiam diri,dan berharap penyakitnya dapat sembuh.dengan rutin minum obat

2). Data Obyektif**a). Observasi**

pasien rutin minum obat dan rutin menggunakan masker

b). Pemeriksaan Fisik

- Kulit : = Keringat dingin : tidak ada
= Basah : tidak ada

XI. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN / KEYAKINAN**1). Data Subyektif**

a. Keadaan sebelum sakit

pasien mengatakan beragama Kristen Protestan dan setiap minggu pergi beribadah, berdoa dan percaya tuhan adalah jalan kehidupan.

b. Keadaan sejak sakit

pasien mengatakan semenjak sakit, pasien tidak bergereja karena sakit, hanya berdoa di rumah sakit.

**2). Data Obyektif****Observasi**

Pasien tampak sedang berdoa sebelum makan

(Nama dan Tanda Tangan siswa yang mengkaji)

Elfi Susyanti Sinaga



DAFTAR PEMBERIAN THERAPY PADA Tn K

| Obat | Tindakan/Golongan | Pemberian | Manfaat |
|------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Obat nebul salbutamol 2,5 ml | Golongan obat bronkodilator | Jam 08:00 16.00 24.00 wib | Untuk mengatasi sesak nafas akibat menyempitnya saluran pernafasan. |
| Obat nebul Budesma | Golongan obat kortikosteroid | Jam 10.00 22.00 wib | Untuk meringankan sesak napas |
| Injeksi Omeperazole | Golongan obat proton pump inhibitor | Jam 10.00 22.00 wib | Untuk mengatasi asam kambung berlebih |
| Injeksi Ceftriaxone 1 gr | Golongan antibiotik sefalosporin | Jam 10.00 22.00 wib | Untuk mengobati gonore, meningitis, saluran pernapasan bagian bawah dan infeksi berat termasuk infeksi ginjal (pielonefritis), sistem saluran kemih, dan sepsis. |
| Codein 20 mg | | Jam 08:00. 13.00, 19.0 wib | obat pereda nyeri golongan opioid yang digunakan untuk meredakan nyeri ringan hingga sedang dalam jangka pendek. |
| Injeksi ondansetron | Golongan antagonis reseptor serotonin | Jam 07:00 11.00 17.00 wib | Untuk Mencegah dan mengobati mual dan muntah |
| Acelistein 3x1 tab | Golongan Mukolitik (pengencer dahak) | Jam 08:00. 13.00, 19.0 wib | Untuk mengencerkan dahak. |
| curcuma | Golongan Suplemen mineral | Jam 08:00.13.00 .19.00 wib | suplemen yang mengandung ekstrak temulawak yang berfungsi untuk membantu memelihara kesehatan fungsi hati dan membantu memperbaiki nafsu makan. |



Hasil Radiologi pada Tn.K

| Item Name | Result |
|--------------------|--|
| Thorax tgl 22/7/24 | <p>Diaphragma dan sinus kanan normal, yang kiri berselubung. Pada seluruh lapangan paru-paru Kanan tampak bayangan bercak dengan perselubungan pada lapangan lateral dan bawah kanan. Jantung batas kanan obliterated.</p> <p>Kesan gambaran radiologis pleural effusion kanan suspect ec proses TB paru</p> |
| Thorax tgl 11/9/24 | <p>Pada lapangan atas paru-paru kiri tampak bercak dengan perselubungan lapangan bawah kanan. Jantung batas kanan obliterated.</p> <p>Kesan gambaran radiologis sisa pleural effusion kanan suspect proses TB paru.</p> |
| USG Thorax 29/7/24 | <p>Scan thorax posterior kanan tampak bayangan efusi pleura yang minimal, disertai penebalan pleura dan septa-septa. Volume efusi pleura estimasi 116 CC. Efusi pleura kanan (sudah diberi marker).</p> |



Hasil Darah Tn K Tanggal 29 Juli 2025

| Nama Pemeriksaan | Hasil | Nilai Normal | Satuan |
|--|--------------|---------------------|----------------------------------|
| Leucocyte (WBC) | 5,8 | 3.8 - 10.6 | 10 ³ /mm ³ |
| Erythrocyte (RBC) | 4.67 | 4.40 - 5.90 | 10 ⁶ /mm ³ |
| Hemoglobin (HB) | 12.5 | 13.2 - 17.3 | g/dL |
| Hematocrit (HCT) | 38.5 | 40.0 - 52.0 | % |
| Mean Corpuscular Volume (MCV) | 83 | 80 – 100 | um ³ |
| Mean Corpuscular Hemoglobin (MCH) | 27.2 | 26.0 - 34.0 | pg |
| Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration (MCHC) | 34.0 | 32.0 - 36.0 | mg/dL |
| Redcell Distribution Width (RDW) | 12.1 | 11.5 - 14.5 | % |
| Platelet (PLT) | 285 | 150 - 400 | 10 ³ /mm ³ |
| Mean Platelet Volume (MPV) | 6.5 | 6.0 - 10.0 | um ³ |
| Lymphocyte (LYM) | 14.8 | 25.0 - 40.0 | % |
| Monocyte (MON) | 7.0 | 2.0 - 8.0 | % |
| Netrophyl (NEU) | 70,8 | 50.0 - 70.0 | % |
| Eosinophil (EOS) | 0.2 | 2.0 - 4.0 | % |
| Basophil (BAS) | 0.2 | 0.0 - 1.0 | % |
| Absolute Lymphocyte Count (ALC) | 2.430 | | /uL |
| L E D | 18 | 0 – 10 | mm/Jam |
| Ureum (BUN) | 18 | 15 – 39 | mg/dL |
| Kreatinin | 0.80 | 0.80 - 1.30 | mg/dL |
| SGOT (AST) | 26 | 15 – 37 | U/L |
| SGPT (ALT) | 24 | 12 – 78 | U/L |
| ANTI HIV 3 METODE | Non reaktif | Non reaktif | - |
| Gula darah sewaktu | 75 | 80 – 200 | mg/dL |



Pemeriksaan Lab PK dan PA Tanggal 30 juli 2025

| Parent name | Item name | Result value |
|--|----------------------|--|
| Cairan (efusi, asites, pus, bilasan, urin dsb) | No PA | 704.07.2024 |
| Cairan (efusi, asites, pus, bilasan, urin dsb) | Keterangan klinis | Efusi pleura kanan NB: CAIRAN PLEURA |
| Cairan (efusi, asites, pus, bilasan, urin dsb) | Asal jaringan/lokasi | Paru |
| Cairan (efusi, asites, pus, bilasan, urin dsb) | Makroskopis | Diterima cairan pleura dengan volume 10cc, warna kuning kemerahan. |
| Cairan (efusi, asites, pus, bilasan, urin dsb) | Mikroskopis | Pada sediaan hapusan tampak banyak sel radang limfosit, limfoblast, makrofag dan satu-satu mesothel dalam batas normal. Tidak dijumpai tanda keganasan pada sediaan ini. |
| Cairan (efusi, asites, pus, bilasan, urin dsb) | Kesimpulan | C2 Benign Smear Kesan Chronic Inflammatory Smear. |



ANALISA DATA**Nama/Umur** : Tn. K / 21 tahun**Ruang/Kamar** : St. Melania / 70-2**Tabel 3.1 Analisa Data Tn. K dengan Efusi Pleura ec TB paru**

| Data | | Etiologi | Masalah |
|---|--|-----------------------|--|
| Subyektif | Obyektif | | |
| Pasien mengatakan sesak nafas 1-2 minggu dan memberat 3 hari ini ,batuk berdahak dan sulit di keluarkan | <ul style="list-style-type: none">▪ Pasien sesak nafas▪ RR:26 x/menit▪ Batuk berdahak sulit di keluarkan▪ Tampak dahak kental berwarna kehijauan▪ Terdengar suara nafas ronchi▪ Paru saat di inspeksi asimetris,dimana paru kanan ketinggalan saat bernafas▪ Pada saat palpasi :vocal premitus menurun▪ So2 :98%▪ Hasil pemeriksaan (USG thoraks) menunjukkan terdapat efusi (cairan) pada paru kanan ±116cc.▪ Hasil thorax foto:Efusi pleura | Sekresi yang tertahan | Bersihkan jalan nafas tidak efektif (D.0001) |



| | | | |
|---|--|--|--|
| | <p>kanan ec TB</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Hasil sitology cairan: kronik inflamatory dan sudah di berikan obat OAT 4 DFC 1x3 tab sebelum makan | | |
| <p>Pasien mengatakan, mual, tidak selera makan ,perut begah dan cepat kenyang</p> | <ul style="list-style-type: none">▪ Pasien tampak mual▪ Diet yang disajikan habis ¼ porsi▪ BB turun 5 kg dari 52 kg menjadi 47kg▪ Bising usus 28x/menit▪ Mulut kering▪ Bibir pecah-pecah▪ Mukosa pucat | <p>Ketidakmampuan mencerna makanan</p> | <p>Defisit Nutrisi (D.0019)</p> |
| <p>Pasien mengatakan dirinya tidak berguna karena penyakitnya sekarang .</p> | <ul style="list-style-type: none">▪ Pasien berbicara pelan▪ Pasien lebih banyak berdiam diri dan tidak bergairah | <p>Perubahan pada citra Tubuh</p> | <p>Harga diri rendah situasional. (D.0087)</p> |

3.2 Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.2 Diagnosa Keperawatan Tn. K dengan Efusi Pleura ec TB paru

| No | Diagnosa Keperawatan | Nama Jelas |
|----|--|-------------|
| 1. | Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan pasien mengatakan sesak nafas 1-2 minggu dan memberat 3 hari ini ,batuk berdahak dan sulit di keluarkan, RR:26 x/menit. tampak dahak kental berwarna kehijauan. Terdengar suara nafas ronchi pada paru kanan ,Paru saat di inspeksi asimetris,dimana paru kanan ketinggalan saat bernafas pada saat palpasi :vocal premitus menurun ,So2 :98%, hasil pemeriksaan (USG thoraks) menunjukkan terdapat efusi (cairan) pada paru kanan ±116 cc. Hasil thorax foto: Efusi pleura kanan ec TB. Hasil sitology cairan : kronik inflammatory dan sudah diberikan obat OAT 4 FDC 1x3 tab sebelum makan. | Elfi Sinaga |
| 2. | Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan ditandai dengan pasien mengatakan, mual, tidak selera makan ,perut begah dan cepat kenyang Pasien tampak mual. diet yang disajikan habis ¼ porsi . BB turun 5 kg dari 52 kg menjadi 47 kg. ditemukan bising usus 28 x/menit. Mulut kering, bibir pecah-pecah dan mukosa pucat. | Elfi Sinaga |
| 3. | Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh ditandai dengan pasien mengatakan dirinya tidak berguna karena penyakitnya sekarang. pasien berbicara pelan, pasien lebih banyak berdiam diri dan tidak bergairah. | Elfi Sinaga |

3.3 Intervensi Keperawatan
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan Tn.K dengan Efusi Pleura ec TB paru

| No. | Diagnosa Keperawatan (SDKI) | Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI) | Intervensi (SIKI) |
|-----|--|--|--|
| 1 | Bersihkan jalan nafas berhubungan dengan dahak sulit dikeluarkan (D.0001) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Bersihkan jalan nafas (L.01001) teratasi dengan kriteria hasil : 1. Frekuensi nafas membaik (5) 2. Pola nafas membaik (5) 3. Produksi dahak berkurang (5) 4. Dispnea berkurang (5) 5. Batuk efektif membaik (5) | <i>Manajemen jalan nafas (I.01011)</i> a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) b. Monitor bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering). c. Monitor dahak (jumlah, warna, aroma) d. Posisikan semi-Fowler atau Fowler e. Lakukan Fisioterapi dada, jika perlu f. Ajarkan teknik batuk efektif g. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu. |
| 2 | Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan | Setelah dilakukan tindakan | <i>Manajemen Nutrisi (I.03119)</i> |



| | | | |
|---|--|--|--|
| | mencerna makanan (D.0019) | keperawatan selama 3x24 jam Diharapkan masalah defisit nutrisi (<i>status nutrisi L.03030</i>) dapat teratasi dengan kriteria hasil: 1. Porsi makan yang di habiskan meningkat (5) 2. Nafsu makan membaik (5) 3. Berat badan meningkat (5) 4. Indeks massa tubuh meningkat (5) | a. Identifikasi status nutrisi b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan c. Identifikasi makanan yang disukai d. Monitor asupan makanan e. Monitor berat badan f. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu g. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai h. Anjurkan posisi duduk, jika mampu i. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik) jika perlu j. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan. |
| 3 | Harga diri rendah situasional berhubungan dengan | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama | Dukungan keyakinan (I.09259) a. Identifikasi masalah |



| | | |
|-------------------------------------|---|---|
| Perubahan pada citra Tubuh (D.0087) | 3x24 jam diharapkan masalah Harga diri situasional dapat teratasi dengan kriteria hasil: 1.pasien bicara percaya diri meningkat (5) 2.Perasaan malu menurun(5) 3.Perasaan tidak berguna menurun(5) | dan keyakinan b. Identifikasi kesemuhan jangka panjang, sesuai kondisi pasien c. Monitor kesehatan fisik dan mental pasien d. Berikan harapan realistis sesuai prognosis e. Fasilitasi pertemuan antara keluarga dan tim kesehatan f. Jelaskan bahaya atau resiko akibat keyakinan negatif |
|-------------------------------------|---|---|

3.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan Tn.K dengan Efusi Pleura ec TB paru

| No. DX | Tanggal | Waktu | Implementasi | Nama jelas |
|--------|-----------------|-------|--|-------------|
| 1 2 3 | 29 juli 2025 | 14:15 | <ul style="list-style-type: none"> Melakukan pengkajian kepada Tn. K dan memberikan posisi yang nyaman | Elfi sinaga |
| 1 | | 14.30 | <ul style="list-style-type: none"> Memonitor pola napas dan dahak yang dikeluarkan. Pasien tampak batuk dan dahak sulit di keluarkan. | |
| 1 2 3 | | 15:30 | <ul style="list-style-type: none"> Edukasi pasien latihan batuk efektif dalam posisi semifowler | |
| 1,2,3 | | 15:45 | <ul style="list-style-type: none"> Melakukan pengukuran vital sign:TD:128/95 mmHg T/P: 37°C/94x/i RR:26x/i, spo2:98-99%. pasien mengatakan sesak masih ada ,ekspresi wajah lesu dan tidak bergairah | |
| 1 2 | | 16:00 | <ul style="list-style-type: none"> Menyediakan lingkungan yang nyaman dan sejuk serta memberikan posisi yang nyaman bagi pasien | |
| 2 | | 16.00 | <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi pasien sebelum memberikan obat nebus combivent 1 fls, pulmicort 1 fls dalam posisi duduk. | |
| 2 | | 16.30 | <ul style="list-style-type: none"> Evaluasi pemberian nebus, pasien mengatakan sesak berkurang, dan dahak dapat di keluarkan .Edukasi pasien dan keluarga untuk latihan | |



| | | | | |
|-------|-----------------|-------|--|----------------|
| 2 | | 17.00 | <p>fisioterapi dada dengan tujuan untuk melancarkan dahak saat pasien batuk, keluarga dan pasien memahami.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Kolaborasi dalam pemberian medikasi antimetik, injeksi Ondansetron 4mg/8 jam. | |
| 2 | | 19.00 | <ul style="list-style-type: none">▪ Memonitor asupan makanan, tampak pasien menghabiskan diet ¼ porsi. Kolaborasi pemberian medikasi sesudah makan, curcuma 1 tab, acelistein 1 cap, codein 20 mg 1 tab | |
| 1 2 3 | 30 juli 2025 | 07:30 | <ul style="list-style-type: none">▪ Memonitor kondisi pasien, tampak berbaring lemah dengan posisi semi fowler terpasang IVFD RI 20tts/i dan O2 3L/i. | Elfi sinaga |
| 1 2 3 | | 08:00 | <ul style="list-style-type: none">▪ Kontrol diet , habis ½ porsi .pasien mengatakan mual masih ada tetapi sudah berkurang dari sebelumnya ,perut masih begah dan cepat kenyang .▪ Edukasi pasien dan keluarga untuk makan sedikit tapi sering, kemudian makan sesuai jenis makanan yang disukai dan makanan disajikan dengan menarik.▪ Kolaborasi pemberian medikasi | |



| | | | |
|--------|--|-------|--|
| 1.2.3 | | 08.05 | sesudah makan, curcuma 1 tab, acelistein 1 cap ,codein 20mg 1 tab dan nebus combivent 3x1 serta memberikan posisi semi fowler |
| 1 2 .3 | | 09.30 | sebelum pemberian nebulizer...pasien mengatakan mual sudah berkurang dan diet sudah habis ½ porsi |
| 1.2.3 | | 10:00 | <ul style="list-style-type: none">▪ Kolaborasi bersama dokter untuk melakukan tindakan pungksi, cairan yang ditarik sebanyak 10cc dari paru kanan. dengan warna kuning kemerahan dan ada di periksa cairan di laboratorium Elisabeth. |
| 1 2 3 | | 10:30 | <ul style="list-style-type: none">▪ Kolaborasi dalam pemberian medikasi ,injeksi Ceftriaxone 1 gr/12 jam dan injeksi Omeprazole 40mg/12 jam melalui intravena.▪ Memonitor pola napas dan dahak yang dikeluarkan serta melakukan pengukuran vital sign: TD:124/87 mmHg T/P: 36,8°C/74x/i RR:24x/i spo2: 98-99% |
| 2 | | 11:00 | <ul style="list-style-type: none">▪ Kolaborasi dalam pemberian inj Ondansetron 4mg/8 jam. Pasien mengatakan mual sudah berkurang dan makan sudah selera.▪ Memonitor asupan makanan, pasien menghabiskan 1/2 porsi |



| | | | | |
|-------|-----------------------|-------|---|----------------|
| 3 | | 13:00 | makanan dan kolaborasi pemberian obat oral sesudah makan, curcuma 1 tab, acelistein 1 cap ,codein 20 mg 1 cap | |
| 1, 2 | | 13.45 | ▪ Menyediakan lingkungan yang nyaman dan memberikan posisi yang nyaman bagi pasien | |
| 1,2,3 | | 14:00 | ▪ Momonitor pola napas pasien. Pasien mengatakan sesak sudah berkurang, batuk berdahak masih ada ,dahak sudah bisa di keluarkan ▪ Edukasi pasien untuk latihan batuk efektif dan fisioterapi dada. | |
| 1 2 3 | 01 agustus 2024 | 07:30 | ▪ Memonitor kondisi pasien, tampak posisi semi fowler terpasang IVFD Rl 20tts/i dan O2 3L/i (k/p) | Elfi Sinaga |
| 1.2.3 | | 08.00 | ▪ Kontrol diet , habis ½ porsi, pasien mengatakan mual sudah berkurang dan selera makan sudah ada. | |
| 1.2.3 | | 08.05 | ▪ Kolaborasi pemberian medikasi, nebus combivent 1 fls dan acetylcysteine 200mg/8 jam dengan prinsip 7 benar | |
| 1.2.3 | | 09:00 | ▪ Mengkaji keluhan pasien ,pasien mengatakan sesak dan mual sudah berkurang, pasien juga mengatakan cemas dan merasa tidak berguna karena penyakitnya yang sekarang. | |



| | | | |
|--------|--|-------|---|
| 1 2,3 | | 09.15 | <ul style="list-style-type: none">▪ Edukasi pasien untuk selalu berpikir positif, dimana penyakit TB bisa sembuh dengan usia yang masih muda dengan cara rutin minum obat dan menjaga pola hidup yang sehat .pasien tampak mengerti dan akan percaya penyakitnya akan sembuh. |
| 1 2 ,3 | | 10:00 | <ul style="list-style-type: none">▪ Melakukan penyuluhan tentang Tuberkulosis paru pada pasien dan orang tua pasien didampingi oleh perseptor klinik. |
| 1,2,3 | | 10:40 | <ul style="list-style-type: none">▪ Melakukan pengukuran vital sign: TD:118/77 mmHg T/P: 37°C/82x/i RR:24x/i SPO2:99% |
| 2 | | 11.00 | <ul style="list-style-type: none">▪ Kolaborasi pemberian medikasi, inj Ceftriaxone 1/12 jam dan Omeprazole 40mg/12 jam melalui intravena. |
| 2 | | 12.00 | <ul style="list-style-type: none">▪ Kolaborasi dalam pemberian inj. Ondansetron 4mg/8 jam dan menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas ringan supaya tidak merasa jenuh dan bosan |
| 2 | | 13:00 | <ul style="list-style-type: none">▪ Memonitor asupan makanan, pasien menghabiskan ½ porsi makanan dan kolaborasi pemberian obat oral, curcuma 1 cap, codein 20 mg 1 cap , acelistein 1 cap dengan prinsip 7 benar. |



| | | | |
|-------|--|-------|--|
| 1 2,3 | | 12:00 | <p>Momonitor pola napas, RR: 20x/i, terpasang O2 3l/I (k/p)</p> <p>Menganjurkan pasien latih tanpa oksigen bila sesak sudah berkurang. dan edukasi untuk tetap menggunakan masker dan latih batuk efektif .</p> <p>Pasien mengatakan sesak berkurang dan o2 di gunakan kalau perlu saja.</p> |
|-------|--|-------|--|

3.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan Tn.k dengan TB Paru

| TGL | NO. DX | Evaluasi (SOAP) | Nama Jelas |
|--------------|--------|---|-------------|
| 29 juli 2024 | 1 | <p>S : Pasien mengatakan sesak nafas masih ada dan batuk berdahak sulit di keluarkan</p> <p>O :-Sesak nafas</p> <ul style="list-style-type: none">-Terpasang, O2 nasal 3 l/I posisi semifowler-Perkusi redup di paru kanan-RR:28x/I-SPO2:99%-Suara nafas ronchi-Paru saat di inspeksi asimetris, dimana paru kanan ketinggalan saat bernafas-Pada saat palpasi :vocal premitus menurun-Tampak batuk berdahak dan sulit di keluarkan-Hasil pemeriksaan (USG thoraks) menunjukkan terdapat efusi (cairan) pada paru kanan ±116cc.-Hasil thorax foto:Efusi pleura kanan ec TB-Hasil sitology cairan: kronik inflamatory dan sudah di berikan obat OAT 4 DFC 1x3 tab sebelum makan <p>A: Masalah bersihan jalan nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: - lanjutkan intervensi menejemen jalan nafas:</p> <ul style="list-style-type: none">- monitor pola nafas dan bunyi nafas | Elfi sinaga |



| | | | |
|--------------|---|---|-------------|
| | | <ul style="list-style-type: none">- Lakukan Fisioterapi dada.- Ajarkan batuk efektif- berikan posisi semi fowler- kolaborasi pemberian bronkodilator | |
| 29 juli 2024 | 2 | <p>S : Pasien mengatakan mual dan selera makan masih ada ,perut begah dan cepat kenyang</p> <p>O : -pasien tampak mual</p> <ul style="list-style-type: none">-Diet habis ¼ porsi-Mukosa mulut pucat dan bibir pecah-pecah <p>A: Masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi menejemen nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none">-Identifikasi status nutrisi-Identifikasi makanan yang disukai-Monitor asupan makanan-Monitor berat badan-Lakukan oral hyiene sebelum makan, jika perlu-Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai | Elfi sinaga |
| 30 juli 2024 | 1 | <p>S : Pasien mengatakan masih sesak sudah berkurang dari sebelum nya</p> <p>O : -sesak nafas sudah berkurang</p> <ul style="list-style-type: none">-Terpasang o2 nasal 3 l/I kalau perlu-Perkusi redup di paru kanan berkurang-di lakukan tindakan punksi kurang lebih 10 cc berwarna kuning kemerahan, dan di periksakan untuk sitology di Rse.-Hasil sitology :Chronik inflamatory | Elfi sinaga |



| | | | |
|--------------|---|--|-------------|
| | | <p>-Pasien di berikan Obat OAT 4FDC 1 x 3 tab ac pagi .</p> <p>-RR:21x/I SPO2:99%</p> <p>-Suara nafas ronchi sudah berkurang.</p> <p>-batu berdahak dan sudah di keluarkan</p> <p>A: Masalah bersihan jalan nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: - lanjutkan intervensi menejemen jalan nafas:</p> <ul style="list-style-type: none">- monitor pola nafas dan bunyi nafas- Lakukan Fisioterapi dada.- Ajarkan batuk efektif- berikan posisi semi fowler atau fowler- kolaborasi pemberian bronkodilator | |
| 30 juli 2024 | 2 | <p>S : Pasien mengatakan mual sudah berkurang</p> <p>O : -pasien tampak mual</p> <ul style="list-style-type: none">-Diet habis ½ porsi-Mukosa mulut pucat dan bibir pecah-pecah-Terapi inj ondasentron /8jam di berikan rutin <p>A: Masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi menejemen nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none">-Identifikasi status nutrisi-Identifikasi makanan yang disukai-Monitor asupan makanan-Monitor berat badan-Lakukan oral hyiene sebelum makan, jika perlu-Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai | Elfi sinaga |



| | | | |
|-----------------|---|--|-------------|
| 30 juli 2024 | 3 | <p>S : Pasien mengatakan cemas akan penyakitnya yang menular dan merasa tidak berguna</p> <p>O : pasien bicara pelan dan tidak bergairah</p> <p>Pasien lebih banyak berdiam diri</p> <p>A: Masalah harga diri rendah situasional belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi dukungan keyakinan</p> <ul style="list-style-type: none">-Identifikasi masalah dan keyakinan-Identifikasi kesemuhan jangka panjang, sesuai kondisi pasien-Monitor kesehatan fisik dan mental pasien-Berikan harapan realistis sesuai prognosis-Fasilitasi pertemuan antara keluarga dan tim kesehatan-Jelaskan bahaya atau resiko akibat keyakinan negatif | Elfi sinaga |
| 01 agustus 2024 | 1 | <p>S : Pasien mengatakan sesak nafa dan batuk berdahak sudah berkurang</p> <p>O : - sesak nafas sudah berkurang</p> <ul style="list-style-type: none">-terpasang O2 nasal 3 l/I kalau perlu-Perkusi redup di paru kanan berkurang setelah dilakukan tindakan punksi-RR:21x/I SPO2:99%-Suara nafas ronchi sudah berkurang.-Tampak batuk berdahak dan sudah bisa dikeluarkan-Hasil pemeriksaan (USG thoraks) menunjukkan terdapat efusi (cairan) pada paru kanan ±116cc. | Elfi sinaga |



| | | | |
|-----------------------|---|--|----------------|
| | | <p>-Hasil thorax foto:Efusi pleura kanan ec TB</p> <p>-Hasil sitology cairan: kronik inflamatory dan sudah di berikan obat OAT 4 DFC 1x3 tab sebelum makan.</p> <p>A: Masalah bersihan jalan nafas tidak efektif sebagian teratasi</p> <p>P: - lanjutkan intervensi menejemen jalan nafas:</p> <ul style="list-style-type: none">- monitor pola nafas dan bunyi nafas- Lakukan Fisioterapi dada.- Ajarkan batuk efektif- berikan posisi semi fowler- kolaborasi pemberian bronkodilator | |
| O1 agustus 2024 | 2 | <p>S : Pasien mengatakan mual sudah berkurang</p> <p>O : -pasien tampak sudah bias makan secara bertahap</p> <ul style="list-style-type: none">-Mual sudah berkurang- Diet habis ¼ porsi- Mukosa mulut pucat dan bibir pecah-pecah sudah berkurang- Terapi inj ondasentron /8jam sudah di berikan secara rutin <p>A: Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi menejemen nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none">-Identifikasi status nutrisi-Identifikasi makanan yang disukai-Monitor asupan makanan-Monitor berat badan-Lakukan oral hyiene sebelum makan, jika perlu | Elfi sinaga |



| | | | |
|-----------------------|---|---|----------------|
| | | - Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai | |
| O1 agustus 2024 | 3 | <p>S : Pasien mengatakan cemas akan penyakitnya yang menular dan merasa tidak berguna</p> <p>O : -Tampak pasien bicara jelas dan tegas</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak sudah mulai berinteraksi dengan orang sekitar dan selalu menggunakan masker <p>A: Masalah harga diri rendah situasional sebagian teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi dukungan keyakinan</p> <ul style="list-style-type: none">- Identifikasi masalah dan keyakinan- Identifikasi kesemuhan jangka panjang, sesuai kondisi pasien- Monitor kesehatan fisik dan mental pasien- Berikan harapan realistis sesuai prognosis- Fasilitasi pertemuan antara keluarga dan tim kesehatan- Jelaskan bahaya atau resiko akibat keyakinan negatif | Elfi sinaga |



BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis membahas hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. K dengan efusi pleura ec TB paru di ruangan St.Melania yang dilakukan pada tanggal 29 juli-1 agustus 2024. Pembahasan ini membandingkan antara teoritis yang ada dengan kenyataan yang ditemukan di lapangan sesuai dengan kondisi yang ada. Pembahasan ini disajikan dalam bentuk analisa data pada setiap proses keperawatan.

4.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan. Pada tahap ini semua data tentang klien dikumpulkan dan dianalisa untuk menentukan diagnosis keperawatan. Dalam tahap ini penulis tidak menemukan kesulitan dalam mengumpulkan data mengenai masalah kesehatan yang dialami oleh pasien. Dan selama melakukan pengkajian klien bersikap terbuka dan responsif.

Pengkajian Menurut Muttaqin (2019) fokus pengkajian pada Tuberkulosis Paru berdasarkan sistem tubuh manusia adalah :

1. B1 Breathing/ Sistem Pernafasan

- a. Inspeksi : pasien ditemukan Sesak nafas, peningkatan frekuensi nafas (26x/menit), dan asimetris, dimana paru kanan ketinggalan saat bernafas
- b. Palpasi : Vokal fremitus menurun
- c. Perkusi : Bunyi redup



- d. Auskultasi : Suara nafas ronkhi
2. B2 Blood/ Sistem Kardiovaskuler
Pada pasien ditemukan tekanan darah 131/85 mmhg
3. B3 Brain/ Sistem persarafan
Pasien kesadaran compos mentis
4. B4 Bladder/ Sistem perkemihan
Pasien minum 4-5 gelas /hari dan urine 24/jam 1200cc berwarna kuning pekat setelah pemberian obat OAT.
5. B5 Bowel/ Sistem pencernaan
Pada kasus penulis menemukan pasien mengeluh tidak selera makan, mual dan perut begah ,diet yang disajikan habis ¼ porsi ,BB turun 5 kg .
6. B6 Bone/ Sistem integument
Penulis menemukan pasien lemah ,tidur tidak teratur, karena sesak terutama pada saat miring kiri.
7. Riwayat Keperawatan
Pada pengkajian riwayat keperawatan pada pasien tidak memiliki riwayat penyakit.
8. Pola Batuk dan Produksi Sputum
Pasien ditemukan batuk berdahak dan sulit di keluarkan .psien sering berkeringat di malam hari
9. Sakit Dada
Penulis menemukan pasien nyeri dada terutama pada saat miring kiri

10. Pengkajian Fisik

- a. Inspeksi : Pasien bentuk thorax asimetris ,dimana paru kanan tertinggal saat bernafas. pernafasan tidak teratur (26x/menit)
- b. Palpasi : Pada kasus di temukan vocal pemitus menurun.
- c. Perkusi : Pada kasus penulis menemukan suara redup.
- d. Auskultasi : Pada kasus penulis menemukan Bunyi nafas tambahan ronkhi.
- e. Nutrisi : Pada nutrisi diet yang disajikan secara bertahap dimulai dari makanan lunak, dan makan sayur-sayuran .pasien makan hanya ¼ porsi
Pasien mengeluh mual ,tidak selera makan dan perut begah..
- f. Sosialisasi : Penulis menemukan pasien lebih banyak berdiam diri ,dan saat di kaji pasien merasa cemas dan malu akan penyakitnya sekarang .
- g. Spiritual: pasien terlihat berdoa saat mau makan dan tidur .

4.2. Diagnosa Keperawatan

Pada tahap ini, penulis menegakkan diganosa berdasarkan dari hasil pengkajian dan Analisa data. Di teori, diganosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan efusi pleura ec Tuberkulosis Paru, yaitu :

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif
- b. Pola napas tidak efektif
- c. Hipertermia
- d. Defisit nutrisi
- e. Intoleransi aktivitas

Sedangkan pada kasus Tn. K, diganosa yang ditemukan yaitu:

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif
- b. Defisit nutrisi
- c. Harga diri rendah situasional

Menurut asumsi peneliti ditemukan kesenjangan antara teori dengan kasus.

Pada kasus, terdapat diganosa keperawatan yang tidak ditemukan diteori yaitu Harga diri rendah situasional ,dimana menurut asumsi peneliti, dengan usia pasien 21 tahun ,kategori dewasa muda ,mengenai konsep diri akan terganggu ,dimana pasien merasa menarik diri/merasa tidak berguna atau terpisah karena penyakit menular yang di alaminya .kemudian pada teori terdapat diagnosa hipertermi sedangkan pada kasus tidak diangkat. Menurut asumsi peneliti diagnosa hipertermi tidak diangkat karena pasien masih mampu minum 2l/hari dan demam bisa tertasi dalam waktu 1x24 jam dan pola nafas tidak diangkat pada kasus , karena pasien dengan keluhan batuk berdahak yang mengakibatkan sumbatan pada jalan nafas dan kemudian irama nafas masih ditemukan teratur .dan diagnosa intoleransi aktivitas pada kasus tidak di temukan karena Tn K masih mampu melakukan aktivitas seperti personal hyginene.kemudian diagnosa nyeri tidak diangkat pada kasus ,karena setelah di lakukan tindakan punksi pasien sudah lebih merasakan nyaman dan nyeri pada dada sudah berkurang .

4.3 Perencanaan Keperawatan

Berdasarkan kasus efusi pleura ec tuberculosis penulis membuat intervensi keperawatan berdasarkan SIKI dan diagnosa yang di angkat adalah :

1. Bersihan jalan napas tidak berhubungan dengan sekresi yang tertahan dan dilakukan intervensi pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil : batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, frekuensi napas membaik, ronchi cukup menurun, dispnea cukup menurun. Serta intervensi manajemen jalan napas dengan monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering), berikan oksigen, *jika perlu*, ajarkan teknik batuk efektif, Kolaborasi pemberian ekspektoran atau mukolitik, *jika perlu*.

Hal ini sejalan dengan penelitian Ati Permata (2024) dalam mengatasi masalah gangguan bersihan jalan napas tidak efektif dilakukannya kolaborasi pemberian obat ekspektoran atau mukolitik melalui terapi nebulisasi dan penerapan latihan batuk efektif dapat mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif, karena dapat memberikan efek bronkodilatasi atau melebarkan lumen bronkus, dahak menjadi encer sehingga mempermudah dikeluarkan, dan menurunkan hiperaktifitas bronkus.

Kemudian tindakan selanjutnya memberikan posisi semifowler/fowler. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Prasetyowati & afni (2023), intervensi yang dapat dilakukan untuk mengurangi sesak napas pada pasien dengan tuberculosis paru adalah dengan memposisikan pasien posisi semi fowler yaitu posisi kepala 30 – 45 derajat. Posisi semi fowler mengandalkan gaya gravitasi untuk membantu perkembangan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen dan diafragma. Karena adanya saluran pernafasan dapat meningkatkan oksigen yang diinspirasi dan dihirup oleh pasien. Dengan meningkatnya kadar oksigen dalam tubuh maka hemoglobin

akan meningkat begitu juga dengan saturasi oksigen pasien. Oleh karena itu, pemberian posisi semi fowler dapat meningkatkan saturasi oksigen dalam darah.

2. Resiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, dengan intervensi status nutrisi dengan kriteria hasil : porsi makan yang dihabiskan meningkat, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik. Serta intervensi manajemen nutrisi dengan identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, monitor asupan makanan, lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, anjurkan posisi duduk jika mampu, dan ajarkan diet yang diprogramkan, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan.

Menurut Merdiarti et al (2024), intervensi nonfarmakologi yang dapat diberikan adalah mengajarkan personal hygiene yaitu oral hygiene sebelum makan. Intervensi yang dapat diberikan dengan memonitor berat badan, dan menghitung IMT serta berkolaborasi dengan ahli gizi.

3. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan Perubahan pada citra Tubuh dengan intervensi dukungan keyakinan dengan kriteria hasil pasien bicara percaya diri, kontak mata penuh, dan mampu menerima nilai positif tentang dirinya. Serta intervensi dukungan keyakinan dengan Identifikasi masalah dan keyakinan, Identifikasi kesembuhan jangka panjang, sesuai kondisi pasien Monitor kesehatan fisik dan mental pasien, Berikan harapan

realistis sesuai prognosis, Fasilitasi pertemuan antara keluarga dan tim kesehatan ,Jelaskan bahaya atau resiko akibat keyakinan negative. Hal ini sejalan dengan penelitian Yoga Anggriani utama et al (2020) dimana dukungan keluarga sangat berperan pada kepatuhan pasien tuberculosis paru dalam melaksanakan terapi pengobatannya karena keluarga adalah orang yang pertama memberikan dukungan berupa finansial dan jasa, memberikan cinta kasih, peduli, empati membrikan rasa nyaman, dan aman, membuat anggota keluarga yang sakit merasa lebih baik karena merasa dicintai, sehingga pasien mempunyai keyakinan untuk sembuh dari sakitnya.

4.4 Implementasi Keperawatan

Pada tahap proses implementasi penulis semaksimal mungkin untuk melakukan asuhan keperawatan sesuai kondisi yang telah disusun. terutama pada kasus ,berbagai macam muncul masalah hingga perawat memberikan tindakan antara lain, memberikan oksigen 3L/menit, memberikan posisi semi-fowler, melatih batuk efektif, melakukan fisioterapi dada, hasil pemeriksaan laboratorium dalam batas normal. Hasil foto thorax dan USG thorax menunjukkan terdapat volume efusi pleura estimasi 116 cc. kemudian kolaborasi Tindakan pungksi bersama dokter, cairan yang di tarik sebanyak 10 cc dengan warna kuning kemerahan dan sudah di lakukan pemeriksaan sitology di RSE, dengan hasil kronik inflammatory yang mengatakan pasien positif Tuberculosis paru dan di berikan obat OAT 4fdc 1x3 tablet . kemudian penulis juga menemukan kesenjangan pada kasus dengan teori, dimana di terori salah satu pemeriksaan diagnostik yaitu pemeriksaan sputum BTA , tetapi pada kasus tidak di temukan



karena pasien sudah dilakukan punksi pleura dan ada di periksakan cairan sputum di RSE dengan hasil kronik inflammatory yang mengatakan pasien positif Tuberculosis paru dan di berikan obat OAT 4 fdc 1x3 tablet.

4.5 Evaluasi

Ditahap evaluasi asuhan keperawatan pada Tn. K dengan gangguan pernapasan efusi pleura ec TB paru

1. Bersihan jalan napas sebagian teratasi
2. Defisit nutrisi sebagian teratasi
3. Harga diri rendah situasional berkurang



BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah mengemukakan dan menguraikan asuhan keperawatan pada Tn. K dengan gangguan pernapasan Efusi pleura ec TB paru maka disimpulkan sebagai berikut;

1. Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Tn. K dengan gangguan pernapasan efusi pleura ec TB paru dimulai dari pengkajian hingga evaluasi dari hasil tindakan tersebut berdasarkan literatur yang memuat tentang kondisi yang dialami pasien sendiri.
2. Pada masalah keperawatan ditemukan kesenjangan antara tinjauan kasus dan teoritis.
 - a. Pengkajian, penulis dapat melakukan pengkajian pada Tn. K dengan gangguan pernapasan efusi pleura ec TB paru ditemukan kesenjangan antara tinjauan kasus dan teoritis.
 - b. Diagnosa, pada konsep teori terdapat 5 diagnosa keperawatan sedangkan kasus ada 3 diagnosa keperawatan
 - c. Perencanaan, dalam penyusunan perencanaan tindakan penulis menyesuaikan dengan landasan teori dan berdasarkan SIKI dan SLKI yang ada kaitannya dengan kondisi
 - d. Implementasi, proses implementasi penulis semaksimal mungkin untuk melakukan asuhan keperawatan sesuai kondisi yang telah disusun.



- e. Evaluasi, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari, masalah keperawatan antara lain: bersihan jalan napas sebagian teratasi, defisit nutrisi sebagian teratasi dan Harga diri rendah situasional berkurang.

5.2 Saran

1. Hendaknya perawat menguasai teknik, prosedur keperawatan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian sampai evaluasi.
2. Hendaknya perawat menguasai tentang penyakit yang ada diruangan, khususnya efusi pleura ec TB paru
3. Adanya kesenjangan antara teori dan kasus hendaknya menjadi ilmu dan pengalaman bagi perawat diruangan.



DAFTAR PUSTAKA

- Ayu Ashari, M. S. (2019). Gambaran Pengetahuan Keluarga Tentang Pencegahan, Penularan Penyakit Tb Paru Di Puskesmas Temindung Samarinda. *Kesehatan Pasak Bumi Kalimantan*, 1(2).
- Brunner, Suddarth. 2015. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, edisi 8 vol.3, EGC. Jakarta.
- Dermawan, D. (2019). *Proses Keperawatan Perencanaan Konsep Dan Kerangka Kerja*. Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Evi Supriatun, U. I. (2021). Intervensi Health Coaching Dalam Meningkatkan Pengetahuan Dan Sikap Pencegahan Penularan Tuberkulosis. *Keperawatan Silampari*, 4(2), 383–396.
- Hudoyo, A. (2019). *Tuberculosis mudah diobati*. EGC.
- Indonesia, K. K. R. (2022). *Tahun ini, Kemenkes Rencanakan Skrining TBC Besar-besaran. (22 Maret 2022)*
<https://www.kemkes.go.id/article/view/22032300001/tahun-ini-kemenkes-rencanakan-skrining-tbc-besar-besaran.html>
- Isbaniah, F et al., P. D. P. I. (2021). Tuberkulosis Pedoman Diagnosis dan Penatalaksanaan di Indonesia. In *Perhimpunan Dokter Paru Indonesia* (Vol. 001, Issue 2014).
- Jitowiyono, A., & Kristianasara, W. (2020). *Penatalaksanaan Asuhan Keperawatan Dengan Pendekatan NANDA NIC NOC*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Juliaty, L. (2020). *Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Perilaku Pencegahan Penularan Dan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Tb Paru Berbasis Teori Health Belief Model Di Wilayah Puskesmas Surabaya*. Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga. 94–121.
- Kesehatan, K. kesehatan D. J. P. (2022). *TBC*.
https://yankes.keiawmkes.go.id/v_artikel/1375/tbc
- Muhadi, A. nawas. (2015). *Konsensus Pengelolaan Tuberkulosis dan Diabetes mellitus (TB-DM) di Indonesia* (p. 51). p. 51.
- Marhana, I.A. et al. (2022) *Buku Ajar Paru 2022*. Airlangga University Press. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=tG6dEAAAQBAJ>.



- Nurdiyantoro, R. (2020). Studi dokumentasi ketidakefektifan bersih jalan nafas pada pasien Ny. Y dengan efusi pleura. *Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta*. <http://repository.akperkykjogja.ac.id/id/eprint/267>.
- Primasasti, A. (2022). *Yuk Cegah TBC Untuk Mengurangi Penyebarannya. Pemerintah Kota Surakarta (2022 Maret 26)*. Surakarta. <https://surakarta.go.id/?p=23759>
- Sembiring, S. P. K. (2019). *Indonesia Bebas Tuberkulosis* (A. Resa, Ed.). Bandung: CV Jejak, anggota IKAPI.
- Sumut, B. P. S. (2021). *Jumlah Kasus Penyakit Menurut Kabupaten/Kota dan Jenis Penyakit di Provinsi Sumatera Utara, 2020*. <https://sumut.bps.go.id/statictable/2021/04/21/2219/jumlah-%09kasus-penyakit-menurut-kabupaten-kota-dan-jenis-penyakit-di-provinsi-sumatera-utara-2020.html>
- Tamzil, E., & Kamsul. (2021). Effectiveness of Giving Health Education About Healthy Houses as Effort of Prevention of Pulmonary Tuberculosis in the Pelabuhan Dalam Village in the Pemulutan Community Health Center of Ogan Iir District 2019. *Proceedings of the First International Conference on Health, Social Sciences and Technology (ICoHSST 2020)*, 521(ICoHSST 2020), 160–164. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.210415.035>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Tim Pokja SDKI DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Tim Pokja SIKI DPP PPNI.
- Tuberkulosis Pedoman Diagnosis Dan Penatalaksanaan Di Indonesia. (Edisi revisi 2). Jakarta. (2021). In *Perhimpunan Dokter Paru Indonesia*. (Issue 2012). <https://medium.com/@arifwicaksanaa/pengertian-use-case-a7e576e1b6bf>
- WHO/ Sout East Asia. (2021). *WHO Tuberculosis in Soutl-East Asia Region, 2021*. <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/tuberculosis>
- WHO | Global TB Report. (2021). *WHO. World Health Organization; (2021 Oct 14)*. https://www.who.int/health-topics/tuberculosis#tab=tab_3
- Yani, D. I., Hidayat, Y. F., & Amrullah, A. A. (2020). Erratum To: Knowledge, Attitude, and Practice of Cough Etiquette in Patients With Tuberculosis in the Community Health Centers. *Belitung Nursing Journal*, 6(5), 186. <https://doi.org/10.33546/bnj.115>



Satuan Acara Penyuluhan (SAP)

| | |
|------------------|--|
| Topik Penyuluhan | : TB Paru |
| Sasaran | : Penderita Tuberkulosis Paru dan Keluarga |
| Waktu | : 30 Menit |
| Hari/Tanggal | : 30 – 07 -2024 |
| Tempat | : Ruang Melania |
| Penyuluh | : Elfi sinaga |

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah dilakukan penyuluhan diharapkan penderita dapat meningkatkan Pengetahuan tentang TB Paru

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah diberikan penyuluhan pasien dan keluarga mampu:

- Menjelaskan Tuberkulosis Paru
- Menjelaskan Cara Penularan Tuberkulosis Paru
- Menjelaskan Faktor Resiko Terjadinya Tuberkulosis Paru
- Mengetahui Cara Pengobatan Tuberkulosis Paru
- Mengetahui Manfaat dan Efek Samping Penggunaan Obat Tuberkulosis

3. Strategi Pelaksanaan

- Metode :
 - Tanya Jawab
- Media:
 - Leaflet
- Materi :
 - Pengertian Tuberkulosis Paru
 - Penularan Tuberkulosis Paru
 - Faktor Resiko Tuberkulosis Paru



- d. Strategi Meningkatkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
- e. Cara Pengobatan Tuberkulosis Paru
- f. Manfaat dan Efek Samping Pengobatan Tuberkulosis Paru

4. Kegiatan Penyuluhan

| NO | Waktu | Kegiatan Penyuluhan | Kegiatan Peserta |
|----|----------|---|--|
| 1 | 5 Menit | <ul style="list-style-type: none">➤ Membuka kegiatan Dengan mengucapkan Salam➤ Menjelaskan tujuan dari penyuluhan➤ Menyebutkan materi yang akan diberikan | <ul style="list-style-type: none">1. Menjawab salam2. Memperhatikan3. Mendengarkan |
| 2 | 10 Menit | Menjelaskan materi meliputi <ul style="list-style-type: none">➤ Menjelaskan Pengertian tuberkulosis paru➤ Menjelaskan cara penularan tuberkulosis paru➤ Menjelaskan faktor resiko tuberkulosis paru➤ Menjelaskan tentang Pengobatan tuberkulosis paru. | Memperhatikan |
| 3 | 10 Menit | <ul style="list-style-type: none">➤ Membuka sesi tanya jawab➤ Memberikan kesimpulan materi | <ul style="list-style-type: none">➤ Bertanya➤ Menjawab pertanyaan dari pemateri |
| 4 | 5Menit | <ul style="list-style-type: none">➤ Mengucapkan terimakasih atas perhatiannya.➤ Menutup kegiatan dengan salam | <ul style="list-style-type: none">➤ Mendengarkan➤ Menjawab salam |

5) Evaluasi

a. Struktural

- 1) Penyuluhan dilaksanakan di ruang lura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.
- 2) Peserta atau klien mengikuti penyuluhan sampai selesai.

b. Proses

- 1) Penyuluh bekerja sesuai dengan tugasnya.
- 2) Peserta atau klien antusias dengan materi penyuluhan.

c. Hasil Peserta memahami penjelasan yang diberikan oleh penyuluh yaitu tentang :

- 1) Pengertian tuberkulosis paru.
- 2) Cara penularan tuberkulosis paru.
- 3) Faktor resiko terjadinya tuberkulosis paru.
- 4) Pengobatan tuberkulosis paru.
- 5) Manfaat dan efek samping obat anti tuberculosis

Lampiran Materi

1. Pengertian Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis merupakan penyakit gangguan pernapasan kronis yang bersifat menular disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, penyakit ini biasanya menyerang organ tubuh yaitu paru-paru

2. Penularan Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis paru merupakan penyakit menular, infeksi ini dapat ditularkan melalui droplet pada saat penderita tuberkulosis paru batuk atau bersin, dalam sekali batuk penderita berarti memercikkan sekitar 3000 dahak di udara.

3. Faktor Resiko Terjadinya Tuberkulosis Paru

a. Faktor lingkungan :

- 1) Ventilasi ruangan tidak baik
- 2) Tinggal di tempat yang padat penduduk

- 3) Sinar matahari tidak mampu masuk ke ruangan
- b. Faktor Usia dan Jenis Kelamin
- 1) Kelompok paling rentan tertular TB adalah kelompok usia dewasa muda yang juga merupakan kelompok usia produktif
 - 2) Menurut hasil survei prevalensi Tb, laki-laki lebih banyak daripada perempuan
- c. Faktor Perilaku
- 1) Batuk dan cara membuang dahak pasien TB yang tidak tepat akan meningkatkan paparan kuman dan risiko penularan.
 - 2) Merokok meningkatkan risiko terkena TB paru sebanyak 2,2 kali
- 4. Strategi Meningkatkan Perilaku Hidup, Bersih dan Sehat**
- a. Upayakan sinar matahari bisa masuk ke dalam ruangan
 - b. Upayakan aliran udara yang masuk ruangan merupakan udara segar, terbebas dari polusi
 - c. Pisahkan ruang tidur untuk sementara waktu untuk meminimalisir penularan
- 5. Pengobatan Tuberkulosis Paru**
- Pemberian OAT adalah komponen terpenting dalam penanganan tuberkulosis dan merupakan cara yang paling efisien dalam mencegah transmisi TB Paru. Prinsip pengobatan TB Paru yang adekuat meliputi:
1. Pengobatan diberikan dalam bentuk paduan obat yang meliputi minimal empat macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi terhadap OAT.
 2. OAT diberikan dalam dosis yang tepat.
 3. OAT ditelan secara teratur dan diawasi oleh pengawas menelan obat (PMO) hingga masa pengobatan selesai.

4. OAT harus diberikan dalam jangka waktu yang cukup, meliputi tahap awal/ fase intensif dan tahap lanjutan. Pada umumnya lama pengobatan TB Paru tanpa komplikasi dan komorbid adalah 6 bulan. Pada TB ekstraparu dan TB dengan komorbid, pengobatan dapat membutuhkan waktu lebih dari 6 bulan.

6. Manfaat dan Efek Samping Pengobatan

Manfaat OAT :

- a. Menyembuhkan pasien dan memperbaiki produktivitas serta kualitas hidup
- b. Mencegah terjadinya kematian akibat tuberkulosis paru
- c. Mencegah terjadinya kekambuhan tuberkulosis paru
- d. Menurunkan penularan

Efek Samping Pengobatan OAT :

- a. Nafsu makan menurun, mual, sakit perut
- b. Nyeri sendi
- c. Kesemutan
- d. Demam, sakit kepala



| STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) FISIOTERAPI DADA DAN BATUK EFEKTIF | |
|--|--|
| PENGERTIAN | Tindakan untuk melepaskan secret dari saluran nafas bagian bawah |
| TUJUAN | <ol style="list-style-type: none">1. Membebaskan jalan napas dari akumulasi secret2. Mengurangi sesak napas akibat akumulasi sekret |
| KEBIJAKAN | Klien dengan akumulasi secret pada saluran nafas bagian bawah |
| PETUGAS | Perawat |
| PERALATAN | <ol style="list-style-type: none">1. Kertas tissue2. Bengkok3. Perlak / alas4. Sputum pot berisi desinfektan5. Air minum hangat |
| PROSEDUR PELAKSANAAN | <p>A. Tahap Prainteraksi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mengecek program terapi2. Mencuci tangan3. Menyiapkan alat <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Memberikan salam dan sapa nama pasien2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan3. Menanyakan persetujuan / kesiapan pasien <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none">1. Menjaga privacy pasien2. Mengatur posisi sesuai daerah gangguan paru3. Memasang perlak / alas dan bengkok (di pangkuan pasien bila duduk atau di dekat mulut) |



| | | |
|--|--|--|
| | <p>bila tidur miring)</p> <ol style="list-style-type: none">Melakukan <i>clapping</i> dengan cara tangan perawat menepuk punggung pasien secara bergantianMenganjurkan pasien inspirasi dalam, tahan sebentar, kedua tangan perawat di punggung pasienMeminta pasien untuk melakukan ekspirasi, pada saat yang bersamaan tangan perawat melakukan vibrasiMeminta pasien menarik nafas, menahan nafas, dan membatukkan dengan kuatMenampung lendir dalam sputum potMelakukan auskultasi paruMenunjukkan sikap hati-hati dan memperhatikan respon pasien <p>D. Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none">Melakukan evaluasi tindakanBerpamitan dengan klienMembereskan alatMencuci tanganMencatat kegiatan dalam lembar catatan Keperawatan | |
|--|--|--|

Leaflet TB Paru

APA ITU TUBERKULOSIS?



TB atau Tuberkulosis adalah suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* yang dapat menular melalui percikan dahak. Sebagian besar kuman TB menyerang paru tetapi bisa juga organ tubuh lainnya.



PENYEBAB TUBERKULOSIS (TB)

infeksi bakteri yang menyebabkan TB antara lain: *Mycobacterium tuberculosis*,



GEJALA AWAL TB

Batuk \geq 2 minggu



Batuk berdahak dapat bercampur darah



Berkeringat di malam hari



Sesak napas disertai nyeri dada



Demam dan menggigil



BAGAIMANA PENCEGAHANNYA?

- 1 Tutup mulut menggunakan masker. Gunakan masker untuk menutup mulut kapan saja ini merupakan langkah pencegahan TB secara efektif. Jangan lupa untuk membuang masker secara teratur.
- 2 Meludah hendaknya pada tempat tertentu atau jangan memudahkan sembarangan.
- 3 Cuci tangan dengan menggunakan sabun dan air.
- 4 Usahakan sinar matahari dan udara segar masuk secukupnya ke dalam tempat tidur.
- 5 Makan makanan yang bergizi.



Leaflet diet untuk penderita TB paru



Diet untuk penderita TB Paru



STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

TUBERCULOSIS

adalah penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri mycobacterium tuberculosis. Tuberkulosis dapat menyerang hampir semua organ tubuh, namun bakteri tuberkulosis lebih sering menyerang organ paru

TERAPI DIET BAGI PENDERITA TUBERKULOSIS PARU

Asupan bagi penderita TB paru harus memenuhi kebutuhan energi dan protein, berkaitan dengan kebutuhannya yang meningkat untuk proses penyembuhan.

TERAPI DIET TPTK

Diet Tinggi Kalori Tinggi Protein (TKTP) bagi penderita TB paru adalah diet yang mengandung energi dan protein di atas kebutuhan normal. Diet yang diberikan berupa makanan dengan sumber protein tinggi dan sumber energi tinggi



Diet ini umumnya diberikan dengan penambahan makanan yang mengandung energi tinggi dan protein tinggi tanpa meningkatkan volume makanan menjadi terlalu besar, seperti susu, daging, margarin, makanan enteral, dan sebagainya

BAHAN MAKANAN YANG DIANJURKAN

| | | |
|-----------------------|--|---|
| SUMBER KARBOHIDRAT | Nasi, roti, makroni dan hasil olahan tepung seperti cake, farcis, puding, pastry dan dodol, ubi karbohidrat sederhana seperti gula pasir |  |
| SUMBER PROTEIN | Daging sapi, ayam, ikan, telur, susu dan hasil olahan seperti keju dan yogurt. |  |
| SUMBER PROTEIN HAYATI | Semua jenis kacang-kacang dan hasil olahannya seperti tempe dan keju |  |
| SAYURAN | Semua jenis sayuran seperti: bayam, buncis, daun singkong, kacang panjang, labu siam dan wortel direbus, ditumis dan kukus |  |
| BUAH-BUAHAN | Semua jenis segar seperti: pepaya, semangka, melon, pisang, buah kaleng, buah kering dan jus buah |  |
| MINYAK | Soft drink, madu, sirup, teh dan kopi encer |  |
| MINYAK DAN LEMAK | Minyak goreng, mentega, margarin, santan encer, salad. |  |
| MINYAK | Bumbu tidak tajam seperti bawang merah, bawang putih, laos, gula dan kecap |  |

BAHAN MAKANAN YANG TIDAK DIANJURKAN

 **bahan makanan yang dimasak dengan banyak minyak kelapa atau santan kental**

 **Minuman rendah kalori**

 **Santan kental**

 **Bumbu yang tajam seperti cabe dan lada**



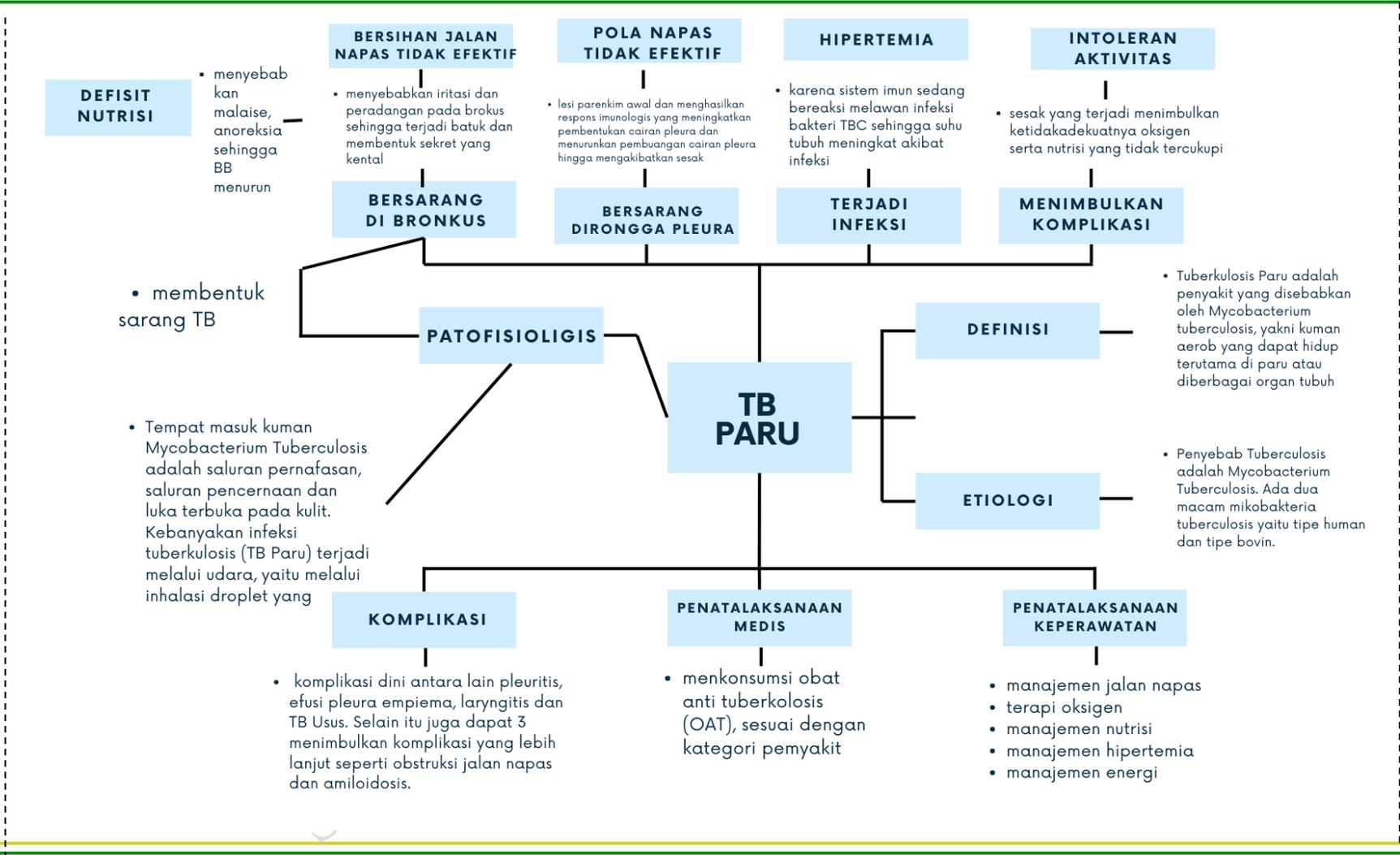
Diet ini diberikan untuk mengatasi masalah dan risiko malnutrisi pada pasien akibat kekurangan energi dan protein karena kebutuhan yang meningkat sebagai dampak dari peningkatan stres metabolik, penurunan daya tahan tubuh, faktor penyakit, inflamasi dan sebagainya.

Protein sangat penting untuk pertumbuhan, perbaikan dan pemeliharaan jaringan dalam tubuh, dan pasien TB memerlukan lebih banyak protein untuk membantu pemulihan. Mengonsumsi makanan kaya protein dapat membantu mencegah hilangnya otot, mempercepat penyembuhan, dan memperkuat sistem kekebalan tubuh. Mengonsumsi makanan berkalori tinggi dapat memberikan energi yang diperlukan.

TERIMA KASIH



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan





Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan





Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

