

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
TB PARU DI RUANGAN SANTA LAURA RUMAH
SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN
TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR



Oleh:

Naomi Trinita Pangaribuan
NIM. 052024076

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



**ASUHAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN DENGAN TB PARU DI RUANGAN
SANTA LAURA RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH
MEDAN TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR

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



Oleh:
Naomi Trinita Pangaribuan
NIM. 052024076

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



LEMBAR PENGESAHAN

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
TANGGAL 17 MEI 2025

MENGESAHKAN



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

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



(Mestiana Bt. Karo, M.Kep., DNSc)



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 17 MEI 2025

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

Ketua : Lindawati F. Tampubolon, S. Kep., Ns., M.Kep 

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

Ance M. Siallagan, S.Kep., Ns., M.Kep 



LEMBAR PERSETUJUAN

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar
Ners (Ns)

Oleh:

(Naomi Trinita Pangaribuan)

Medan, 17 Mei 2025

Menyetujui,

Ketua Penguji

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

Anggota

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

(Ance M. Siallagan,S.Kep.,Ns.,M.Kep)



KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karna rahmat dan karunia-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini. Adapun judul karya ilmiah akhir ini adalah **"Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan TB Paru di Ruangan Santa Laura di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025"**.

Karya Ilmiah Akhir ini telah banyak mendapat bimbingan, perhatian dan kerja sama dari berbagai pihak. Oleh karena itu saya mengucapkan terimakasih kepada :

1. Mestiana Br.Karo S.Kep.,Ns.,M.Kep.,DNSc selaku ketua Sekolah Tinggi Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan dan menyediakan fasilitas untuk mengikuti serta menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.
2. Lindawati F. Tampubolon S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku ketua program studi Ners sekaligus pembimbing yang telah memberikan semangat, dukungan serta memberikan saran maupun masukan dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
3. Friska Sri Handayani Ginting S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji yang telah memberikan saran maupun masukan dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini.



4. Ance Siallagan S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen pengaji yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
5. Teristimewa kepada keluarga, orangtua tercinta serta saudara-saudari yang selalu memberi dukungan baik doa,kasih sayang,materi dan motivasi yang luar biasa diberikan selama ini.

Saya menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih jauh dari kata kesempurnaan, Baik dari isi maupun teknik penulisan. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati saya menerima kritik dan saran yang membangun untuk kesempurnaan karya ilmiah akhir ini. Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa memberikan berkat dan karunia-Nya kepada semua pihak yang telah membantu dalam penulisan karya ilmiah akhir ini.

Medan, 17 Mei 2025

Naomi Pangaribuan



SINOPSIS

Naomi Trinita Pangaribuan, 052024076

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan TB Paru Di Ruang Rawat Inap St. Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025

Program Studi Profesi Ners 2024

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan TB Paru

Tuberkulosis merupakan penyakit infeksi kronis menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis*. Penyakit tuberkulosis paru yang berlangsung pada saat daya tahan tubuh dalam kondisi menurun. 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. Kasus ini menarik untuk dibahas agar dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat dan menjadi pedoman dalam pencegahan terjadinya penyakit tersebut. Metode dalam karya ilmiah akhir ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan TB Paru di ruang St. Laura RS. Santa Elisabeth Medan. Hasil Tanda dan gejala yang timbul pada kasus TB Paru didapatkan semua sesuai dengan literature buku dan data yang ada di lapangan, selain itu penentuan diagnosa keperawatan juga disesuaikan dengan SDKI yang didapat. Selain itu, penentuan perencanaan yang diberikan pada klien dengan TB Paru berupa pemberian oksigen, pemberian terapi nebulizer, pemebrihan posisi *semi fowler*, pemberian kompres hangat dan pemberian Diet yang sesuai dengan kondisi pasien.



DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Identifikasi Masalah.....	2
1.3. Tujuan.....	3
1.3.1. Tujuan Umum.....	3
1.3.2. Tujuan Khusus.....	3
1.4. Manfaat.....	3
1.4.1. Manfaat Teoritis.....	4
1.4.2. Manfaat Praktis.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1. Konsep Dasar Penyakit Tb Paru.....	
2.1.1. Pengertian Tb Paru	
2.1.2. Etiologi.....	
2.1.3. Patofisiologi.....	
2.1.4. Pathways.....	
2.1.5. Manifestasi Klinis.....	
2.1.6. Penatalaksanaan Medis.....	
2.1.7. Komplikasi.....	



2.2. Konsep Dasar Keperawatan.....
2.2.1. Pengkajian.....
2.2.2. Diagnosa Keperawatan.....
2.2.3. Rencana Keperawatan.....
2.2.4. Implementasi Keperawatan.....
2.2.5. Evaluasi Keperawatan.....
BAB III ASUHAN KEPERAWATAN.....
3.1. Pengkajian
3.2. Diagnosa Keperawatan.....
3.3. Rencana Keperawatan.....
3.4. Implementasi Keperawatan.....
3.5. Evaluasi Keperawatan.....
BAB IV PEMBAHASAN.....
4.1. Pengkajian.....
4.2. Diagnosa Keperawatan.....
4.3. Rencana Keperawatan.....
4.4. Implementasi Keperawatan.....
4.5. Evaluasi Keperawatan.....
BAB V SIMPULAN DAN SARAN.....
5.1 Simpulan.....
5.2 Saran.....
DAFTAR PUSTAKA.....
DAFTAR LAMPIRAN.....



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Berdasarkan Permenkes No.1077/MENKES/PER/V/2011, beberapa penyakit menular seperti, penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), kanker paru, bronkhitis kronik, infeksi saluran pernapasan akut (ISPA), Tuberkulosis (TB) sering terjadi di lingkungan dan tempat dengan kualitas udara dalam ruang yang tidak baik. Tuberkulosis (TB), penyakit menular yang terutama menyerang parenkim paru, paling sering disebabkan oleh *Mycobacterium TBC*. Ini dapat menyebar ke hampir semua bagian tubuh, termasuk meninges, ginjal, tulang, dan kelenjar getah bening.

Tuberkulosis merupakan penyakit infeksi kronis menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberkulosis*. Penyakit tuberkulosis paru yang berlangsung pada saat daya tahan tubuh dalam kondisi menurun. 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).

Gejala utama pasien TB paru berupa batuk berdahak selama 2 minggu atau lebih, disertai dengan gejala tambahan batuk yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun,



malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, serta demam meriang lebih dari satu bulan (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2018).

WHO dalam Global Tuberkulosis Report 2019 menyatakan bahwa pada tahun 2018 diperkirakan terdapat 10 juta kasus baru tuberkulosis atau 120 kasus/100.000 populasi. Lima negara dengan insiden kasus yang tertinggi yaitu India, Indonesia, China, Philipina dan Pakistan. Sebagian besar estimasi insiden TB pada tahun 2018 terjadi di kawasan Asia Tenggara (45%) di mana Indonesia merupakan salah satu didalamnya dan 25% terjadi di kawasan Afrika (Sutriyawan et al., 2022).

Berdasarkan data yang dihimpun dari Dinas Kesehatan kota Makassar, penderita TB pada tahun 2019 mencapai 5.412, dengan angka kesembuhan 83%. Kemudian pada tahun 2020, kasus mengalami penurunan menjadi 3.250 dengan angka kesembuhan 85% dan pada tahun 2021 kembali melonjak menjadi 3.911 kasus (Nurlina & Hamsinah, 2022).

Pengobatan tuberkulosis (TBC) adalah dengan patuh minum obat selama jangka waktu yang dianjurkan oleh dokter. Jika pasien berhenti minum obat sebelum waktu yang disarankan, bakteri TBC berpotensi kebal terhadap obat yang biasa diberikan. Akibatnya, TBC menjadi lebih berbahaya dan akan lebih sulit diobati. Untuk itulah diperlukan pengetahuan yang baik tentang penyakit TBC agar terapi pengobatan bisa efektif dan efisien. Oleh karena itu dibutuhkan peran perawat dalam mendukung kesehatan pasien.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik mengangkat Karya Ilmiah Akhir (KIA) dalam bentuk “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Tuberkulosis Paru di Ruangan Santa Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.



1.2 Identifikasi Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pasien dengan TB Paru di ruangan Santa Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2025?

1.3 Tujuan Penulisan Karya Ilmiah

1.3.1 Tujuan Umum

Karya Ilmiah ini bertujuan untuk menggambarkan asuhan keperawatan pasien dengan TB Paru di ruangan Santa Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2025.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menggambarkan pengkajian keperawatan pasien dengan TB Paru di ruangan Santa Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025.
2. Menggambarkan diagnosa keperawatan pasien dengan TB Paru di ruangan Santa Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025.
3. Menggambarkan rencana keperawatan pasien dengan TB Paru di ruangan Santa Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025.
4. Menggambarkan implementasi keperawatan pasien dengan TB Paru di ruangan Santa Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025.
5. Menggambarkan evaluasi keperawatan pasien dengan TB Paru di ruangan Santa Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025.

1.4 Manfaat Penulisan Karya Ilmiah



1.4.1 Manfaat Teoritis

Menambah wawasan dalam ilmu keperawatan mengenai peran perawat dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan TB Paru.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan TB Paru.
2. sebagai referensi untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan TB Paru dan meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit TB Paru

2.1.1 Pengertian TB Paru

Tuberkulosis adalah suatu penyakit menular yang menyebar melalui udara. Infeksi ini disebabkan oleh terhirupnya droplet yang mengandung bakteri tuberkulosis (*Mycobacterium tuberculosis*). Orang yang terinfeksi dapat menyebarluaskan partikel kecil di udara melalui batuk, bersin, atau berbicara. Kontak dekat dengan orang yang terkena akan meningkatkan kemungkinan penularan.

TB adalah masalah kesehatan masyarakat diseluruh dunia yang erat kaitannya dengan kemiskinan, makanan tidak seimbang, kepadatan penduduk, perumahan dibawah standart, dan tidak memadainya layanan kesehatan. Angka mortalitas dan morbiditas terus meningkat (Brunner & Suddarth, 2013).

TB ditularkan ketika seorang penderita penyakit paru aktif mengeluarkan organisme. Individu yang rentan menghirup droplet dan menjadi terinfeksi. Bakteri ditransmisikan ke alveoli dan memperbanyak diri. Reaksi inflamasi menghasilkan eksudat di alveoli dan bronkopneumonia, granuloma, dan jaringan fibrosa (Brunner & Suddarth, 2013)

2.1.2 Etiologi

Penyakit Tuberkulosa Paru disebabkan oleh *Mycobakterium Tuberkulosis*, yang mempunyai sifat: basil berbentuk batang, bersifat aerob, mudah mati pada air mendidih (5) menit pada suhu 80°C), mudah mati terkena sinar ultra violet



(matahari) serta tahan hidup berbulan-bulan pada suhu kamar dan ruangan yang lembab.

2.1.3 Patofisiologi

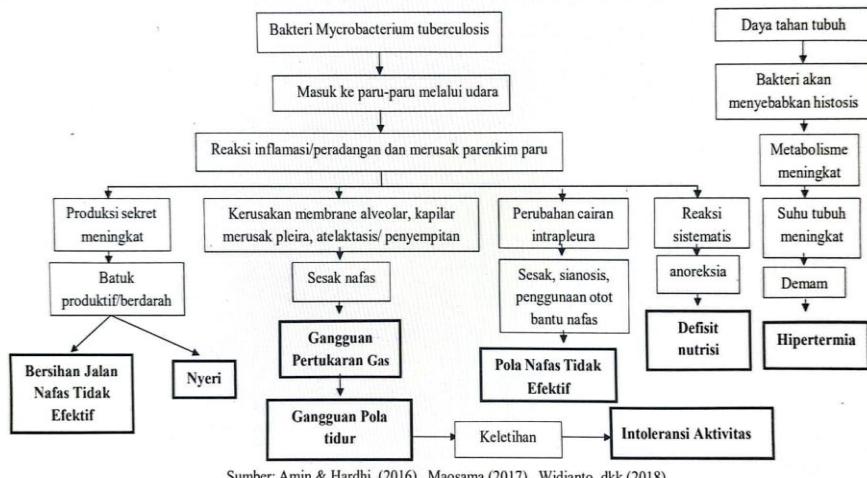
Setelah seseorang menghirup Mycobakterium Tuberkolosis, kemudian masuk melalui mukosiliar saluran pernafasan, akhirnya basil TBC sampai ke alveoli (paru), kuman mengalami multiplikasi di dalam paru-paru disebut dengan Focus Ghon, melalui kelenjar limfe basil mencapai kelenjar limfe hilus. Focus Ghon dan limfe denopati hilus membentuk Kompleks Primer. Melalui kompleks Primer inilah basil dapat menyebar melalui pembuluh darah samapi keseluruhan tubuh.

Perjalanan penyakit selanjutnya ditentukan oleh banyaknya basil TBC dan kemampuan daya tahan tubuh seseorang, kebanyakan respon imun tubuh dapat menghentikan multiplikasi kuman, namun sebagian kecil basil TBC menjadi kuman Dorman. Kemudian kuman tersebut menyebar kejaringan sekitar, penyebaran secara Bronchogen keparu-paru sebelahnya, penyebaran secara hematogen dan limfogen ke organ lain seperti; tulang, ginjal, otak.

Terjadi setelah periode beberapa bulan atau tahun setelah infeksi primer, reaktivasi kuman Dorman pada jaringan setelah mengalam multiplikasi terjadi akibat daya tahan tubuh yang menurun/lemah. Reinfeksi dapat terjadi apabila ada sumber infeksi, jumlah basil cukup, virulensi kuman tinggi dan daya tahan tubuh menurun.



2.1.4 Pathways

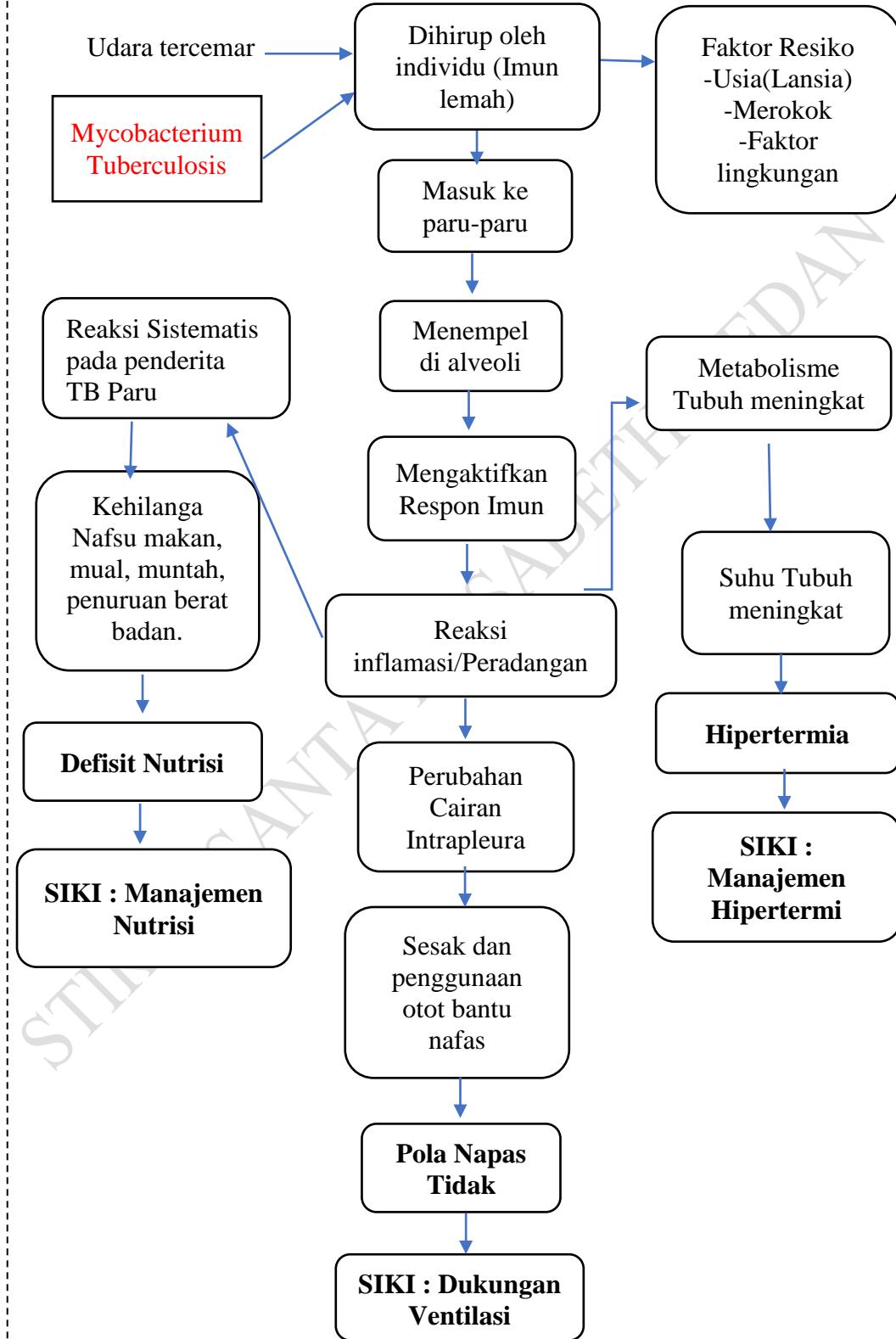


Dipindai dengan CamScanner

STIKES SANTA ELISABETH



Mind-Mapping





2.1.5 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala TB paru sebagian besar pasien mengalami demam ringan, batuk, keringat malam, kelelahan, dan penurunan berat badan. Batuk mungkin tidak produktif, atau dahak mukopurulen dapat dikeluarkan. Hemoptisis juga dapat terjadi. Keduanya telah hadir selama berminggu-minggu hingga berbulan-bulan. Pasien lanjut usia biasanya hadir dengan gejala yang kurang jelas dibandingkan pasien yang lebih muda (Brunner & Suddarth, 2013)

2.1.6 Penatalaksanaan Medis

Menurut Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2020) 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

Pengobatan 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 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 .

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 pengobatan ulang. Pemeriksaan sputum BTA dilakukan pada akhir bulan kedua untuk kasus baru dan akhir bulan ketiga untuk kasus pengobatan ulang.

2.1.7 Komplikasi

Jika diobati dengan tepat, TBC paru biasanya sembuh tanpa komplikasi, kecuali jaringan parut dan kavitas sisa di dalam paru-paru. Kerusakan paru yang signifikan, meskipun jarang terjadi, dapat terjadi pada pasien yang tidak diobati dengan baik atau yang tidak merespons pengobatan TBC.

TB milier adalah penyebaran mikobakterium secara luas. Bakteri menyebar melalui aliran darah ke beberapa organ yang jauh. Infeksi ini ditandai dengan sejumlah besar basil TB dan dapat berakibat fatal jika tidak diobati. Infeksi ini dapat terjadi dengan penyakit primer atau reaktivasi LTBL. Manifestasinya perlahan berkembang selama beberapa hari, minggu, atau bahkan bulan. Gejalanya bervariasi tergantung pada organ yang terkena. Demam, batuk, dan limfadenopati terjadi. Hepatomegali dan splenomegalia dapat terjadi.

TB pleura, jenis TB ekstra paru tertentu, dapat disebabkan oleh penyakit primer atau reaktivasi infeksi laten. Nyeri dada, demam, batuk, dan adanya efusi pleura unilateral merupakan hal yang umum terjadi. Efusi pleura disebabkan oleh



bakteri di rongga pleura, yang memicu reaksi inflamasi dan eksudat pleura berupa cairan kaya protein. Empiema lebih jarang terjadi daripada efusi tetapi dapat terjadi akibat sejumlah besar organisme tuberkulosis di rongga pleura. Diagnosis dipastikan dengan kultur AFB dan biopsi pleura.

Karena TB dapat menginfeksi organ di seluruh tubuh, berbagai komplikasi akut dan jangka panjang dapat terjadi. TB pada tulang belakang (penyakit Pott) dapat menyebabkan kerusakan pada diskus intervertebralis dan vertebra yang berdekatan. TB pada sistem saraf pusat (SSP) dapat menyebabkan infeksi bakteri meningitis yang parah. TB perut dapat menyebabkan peritonitis, terutama pada pasien HIV-positif. Ginjal, kelenjar adrenal, kelenjar getah bening, dan saluran urogenital dapat terpengaruh. (Lewis et al,2014)

2.2 Konsep Dasar Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Tanyakan kepada pasien mengenai riwayat TB sebelumnya, penyakit kronis, atau penyakit atau pengobatan imunosupresif apa pun. Dapatkan riwayat sosial dan pekerjaan untuk menentukan faktor risiko penularan TB. Kaji pasien untuk mengetahui adanya batuk berdahak, keringat malam, demam, penurunan berat badan, nyeri dada pleuritik, dan suara paru-paru yang tidak normal. Jika pasien mengalami batuk berdahak, pagi hari adalah waktu yang ideal untuk mengumpulkan spesimen dahak untuk pemeriksaan apusan AFB. (Lewis et al,2014)

2.2.2 Diagnosa Keperawatan



Menurut (Digilio & Keogh, n.d.) Berikut diagnosa terkait dengan penyakit tuberkulosis

- a. Gangguan pernapasan
- b. Gangguan bersihan jalan napas
- c. Resiko infeksi
- d. Kurangnya pengetahuan

2.2.3 Rencana Keperawatan

Adapun rencana keperawatan menurut (Lewis et al,2014)memiliki tujuan keseluruhan yaitu :

- 1. Agar pasien memiliki fungsi paru-paru normal
- 2. Mematuhi regimen terapi
- 3. Mengambil tindakan yang tepat untuk mencegah penyebaran penyakit
- 4. Agar penyakit yang dialami tidak kambuh lagi.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan pasien. Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan yang berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dimana tindakan dilakukan dan diselesaikan, sebagaimana digambarkan dalam rencana yang sudah dibuat diatas.

2.2.5 Evaluasi keperawatan



Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi, perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang ingin dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan dalam kriteria hasil

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

**BAB 3****ASUHAN KEPERAWATAN****PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

Nama Mahasiswa yang Mengkaji : Naomi Pangaribuan NIM: 052024076

Unit	:	Rawat inap	Tgl. Pengkajian	:	17 Feb 2025
Ruang/Kamar	:	Laura/19-2	Waktu Pengkajian	:	10:00 WIB
Tgl. Masuk RS	:	15 Feb 2025/10:52	Auto Anamnese	:	<input type="checkbox"/>
			Allo Anamnese	:	<input type="checkbox"/>

1. IDENTIFIKASI**a. KLIEN**

Nama Initial	:	Tn. H
Tempat/Tgl Lahir (umur)	:	83 tahun
Jenis Kelamin	:	<input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Status Perkawinan	:	Sudah menikah
Jumlah Anak	:	5
Agama/Suku	:	Kristen Protestan/Batak Karo
Warga Negara	:	<input checked="" type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Asing
Bahasa yang Digunakan	:	<input checked="" type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Daerah Bahasa Batak <input type="checkbox"/> Asing
Pendidikan	:	SD
Pekerjaan	:	-
Alamat Rumah	:	Medan

**b. PENANGGUNG JAWAB**

Nama : Ny. L
Alamat : Medan
Hubungan dengan klien : Anak

1.4. DATA MEDIK

- a. Dikirim oleh : UGD (namanya)
 Dokter praktek (namanya)
- b. Diagnosa Medik : TB Paru
- b.1. Saat Masuk : TB Paru
b.2. Saat Pengkajian : 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 Oksigen nasal kanul 3 liter / menit
Lain-lain : infus RL 20 tts/i

(*pilih sesuai kondisi pasien)

b. RIWAYAT KESEHATAN

- 1). Keluhan Utama :

Sesak nafas sudah 1 minggu ini dan memberat 1 hari sebelum masuk rumah sakit.

- 2). Riwayat kesehatan sekarang :

Pasien didiagnosa TB Paru sejak Februari 2025 dan saat ini sedang mengkonsumsi OAT . Keluhan sesak nafas, batuk , mudah lelah, disertai demam naik turun, nafsu makan menurun, mual, muntah, Nyeri di hulu hati ,mengalami penurunan berat badan dan banyak berkeringat di malam hari.

- 3). Riwayat kesehatan masa lalu :

Riwayat kesehatan hipertensi sejak tahun 2023.

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** : Pasien dalam keadaan sadar penuh

b. Flapping Tremor / Asterixis : Positif Negatif

c. Tekanan darah : 181/97 mm Hg

MAP : 125 mm Hg

Kesimpulan : Hipertensi (Tekanan darah tinggi)

d. Suhu : 38,3 °C Oral Axillar Rectal

e. Pernafasan : Frekuensi 26 X/menit

1). Irama : Irreguler, cepat dan dalam, serta menggunakan otot bantu napas diafragma

2). Jenis : Dada Perut

5. **PENGUKURAN**

Tinggi Badan : 165 Cm

Berat Badan : 48 kg

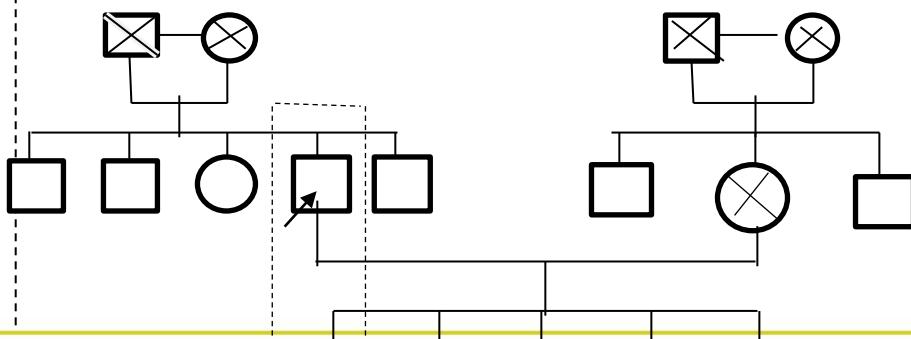
IMT : 17,6

Kesimpulan : Berat badan dibawah normal

Catatan : berat badan Tn. H mengalami penurunan dikarenakan penurunan nafsu

makan, mual dan muntah.

6. **GENOGRAM :** (3 generasi / keturunan)





Keterangan :

Tn. H merupakan anak ke 4 dari 5 bersaudara, kedua orangtua Tn. H sudah meninggal. Tn.H sudah menikah dan memiliki anak sebanyak 5 orang dan saat ini Tn. H tinggal serumah dengan anak pertamanya.

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
Hipertensi	2023	Tn. H memiliki riwayat hipertensi dan mengonsumsi obat hipertensi tetapi tidak teratur
-	-	-

2). Data Subyektif

Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi tetapi tidak rutin mengonsumsi obat hipertensi

3. Data Obyektif

- | | |
|---------------------------|--|
| - Kebersihan rambut | :Tidak ada ketombe atau lesi serta rambut berwarna keputihan ataupun sudah beruban |
| - Kulit kepala | : kulit kepala tampak bersih. |
| - Kebersihan kulit | : kulit tampak bersih |
| - Kebersihan rongga mulut | : gigi tampak bersih |
| - Kebersihan genitalia | : tidak dilakukan pengkajian |
| - Kebersihan anus | : tidak dilakukan pengkajian |

II. NUTRISI DAN METABOLIK

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn.H mengatakan pola makan sebelum sakit pola makan pasien teratur dan baik. Tn.H makan 3x dalam sehari (pagi,sore, dan malam). Dengan lauk pauk



serta sayur, dan komsumsi buah buahan.

b. Keadaan sejak sakit

Tn. H mengatakan semenjak diirnya sakit nafsu makan berkurang. Dan Tn. H mengatakan adanya penurunan berat badan ditandai dengan kurangnya Nafsu makan , mual dan muntah serta nyeri di ulu hati.

2). Data Obyektif

a). Pemeriksaan Fisik (Narasi)

- Keadaan nutrisi rambut : Rambut tampak bersih, dan sudah memulai putih

- Hidrasi kulit : Tampak crt kembali dalam 3 detik

- Palpebrae : Ada edema/anemis

- Conjungtiva : Tidak ada anemins

- Sclera : Tampak tidak ikterik

- Rongga mulut : Tampak bersih

- Gusi : Tidak terdapat peradangan

- Gigi Geligi :

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 : Tn. A mampu mengunyah keras

- Lidah : tampak bersih.

- Tonsil : Ada pembesaran

T

Tidak ada pembesaran

- Pharing :

- Kelenjar parotis : Ada pembesaran

Tidak ada pembesaran

- Kelenjar tyroid : Ada pembesaran



Tidak ada pembesaran

- Abdomen

= Inspeksi : Bentuk perut tampak datar

= Auskultasi : Peristaltik 12 X / menit

= Palpasi : -

* Massa tidak teraba

* Hidrasi kulit tidak ada masalah

* Nyeri tekan : R. Epigastrica

Titik Mc. Burney

R. Suprapubica

R. Illiaca

= Perkusi terdengar bunyi timpani.

* 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 ada tanda peradangan

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

.....

III. POLA ELIMINASI

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. H mengatakan untuk buang air besar lancar begitu juga dengan buang air kecil dengan rekuensi 4-5 kali sehari. Tn.H mengatakan tidak ada masalah dalam BAK BAB.



b. Keadaan sejak sakit

Tn. H mengatakan sejak sakit ia BAB dengan frekuensi 1x sehari dan BAK 2-3x dalam sehari.

2). Data Obyektif

a. Observasi

tampak buang air kecil 2-3x dalam sehari.

b. Pemeriksaan Fisik

- Palpasi Suprapubika :	Kandung kemih	<input checked="" type="checkbox"/>
	Penuh kosong	<input type="checkbox"/>
- Nyeri ketuk ginjal	:	
= Kiri	: <input checked="" type="checkbox"/> Negatif	<input type="checkbox"/> Positif
= Kanan	: <input type="checkbox"/> Negatif	<input type="checkbox"/> Positif
- Mulut Urethra	:	
- Anus	:	
= Peradangan	: <input checked="" type="checkbox"/> Negatif	<input type="checkbox"/> Positif
= Hemoroid	: <input checked="" type="checkbox"/> Negatif	<input type="checkbox"/> Positif
= Penemuan lain	:	

IV. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. H mengatakan sebelum sakit ia bekerja sebagai petani yang memiliki ladang sendiri, Tn. Mengatakan pada saat menyemprotkan pestisida beliau tidak pernah memakai masker dan itu sudah sering terjadi dan Tn.H perokok aktif.

b. Keadaan sejak sakit

Tn. H mengatakan semenjak dirinya sakit tidak dapat melakukan aktivitas dikarenakan gampang lelah dan pasien mengatakan saat berbaring juga bisa sesak

2). Data Obyektif

a). Observasi

b). Aktivitas Harian

- Makan	<input type="checkbox"/> 0
- Mandi	<input type="checkbox"/> 2
- Berpakaian	<input type="checkbox"/> 2

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



- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| - Kerapian | <input type="text" value="0"/> |
| - Buang air besar | <input type="text" value="2"/> |
| - Buang air kecil | <input type="text" value="3"/> |
| - Mobilisasi ditempat tidur | <input type="text" value="0"/> |
| - Ambulansi | <input type="text" value="2"/> |
| - Postur tubuh / gaya jalan | : Agak membungkuk |
| - Anggota gerak yang cacat | : Tidak ada |

c). Pemeriksaan Fisik

- Perfusi pembuluh perifer kuku : ... CTR < 2 detik
- Thorax dan Pernafasan
 - = Inspeksi : Bentuk Thorax : Simetris kanan dan kiri
 - * Stridor Negatif Positif
 - * Dyspnea d'effort Negatif Positif
 - * Sianosis Negatif Positif
 - Positif
- = Palpasi : Vocal Fremitus
 - = Perkusii : Sonor Redup Pekak
- Batas paru hepar : ICS 5 Tidak ada keluhan
 - Kesimpulan : Normal
- = Auskultasi :
 - Suara Napas : Sonor
 - Suara Ucapan : Jelas
 - Suara Tambahan : Ronchi
- Jantung
 - = Inspeksi : Ictus Cordis : Tidak terlihat
 - = Palpasi : Ictus Cordis : Teraba
 - Thrill: Negatif Postif
 - = Perkusii (dilakukan bila penderita tidak menggunakan alat bantu pada jantung)
 - Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis kanan
 - Batas kanan jantung : ICS IV linea sternalis kanan



Batas kiri jantung : ICS IV linea sternalis
= Auskultasi :
Bunyi Jantung II A : aorta irama reguler, tunggal
Bunyi Jantung II P : irama reguler, tunggal
Bunyi Jantung I T : trikuspidalis irama reguler
Bunyi Jantung I M : mitra irama reguler.

Bunyi Jantung III Irama Gallop : Negatif
 Positif

Murmur : Negatif

Positif : Tempat :
Grade :

HR : 98 X

- Lengan Dan Tungkai

= Atrofi otot : Negatif Positif, lokasi di :

= Rentang gerak :

* Mati sendi Ditemukan

Tidak ditemukan

* Kaku sendi Ditemukan Tidak 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

Negatif

= Clubing Jari-jari : Negatif Positif

= Varices Tungkai : Negatif Positif

- Columna Vertebralis

= Inspeksi : Tidak ditemukan kelainan



bentuk

- = Palpasi : Ditemukan kelainan bentuk
* Nyeri tekan : Negatif Positif
* N. VIII Rombeng Test :
 Negatif
Positif
 Tidak diperiksa, alasannya :
* Kaku duduk :

V. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn.H mengatakan sebelum dirinya sakit ia tidak ada masalah dalam pola tidur. Untuk jam tidur Tn. H cukup dan biasanya tidur pada jam 23:00

b. Keadaan sejak sakit

Tn. H mengatakan semenjak sakit jam tidur berkurang dan terkadang sulit untuk tidur.

2). Data Obyektif

a). Observasi :

- Expressi wajah mengantuk : Negatif
 Positif
- Palpebrae Inferior berwarna gelap : Negatif
 Positif

VI. POLA PERSEPSI KOGNITIF-PERSEPTUAL

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. A mengatakan tidak ada masalah dalam penglihatan

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit kurang berkomunikasi dengan orang

2). Data Obyektif

a). Observasi

Pasien tampak termenung dan tidak ceria

b). Pemeriksaan Fisik

- Penglihatan

= Cornea : Normal



- = Visus : Normal
- = Pupil : Normal
- = Lensa Mata : Normal
- = Tekanan Intra Ocular (TIO): sama antara kiri dan kanan

- **Pendengaran**

- = Pina : simetris antara kiri dan kanan
 - = Canalis : tampak ada sarumen
 - = Membran Tympani : tampak utuh dan memantulkan cahaya
 - = Tes Pendengaran : Normal
- Pengenalan rasa nyeri pada gerakan lengan dan tungkai :
Tn. H dapat merasakan rangsangan nyeri yang diberikan

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 akan cemas bila harus dirawat dirumah sakit. Tn.H mengatakan merasa bersyukur atas keadaan dirinya. Klien mengatakan ia adalah seorang anak, kakak dan adik bagi saudara nya.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan takut sakitnya tidak akan sembuh Tn. H mengatakan tetap merasa bersyukur atas keadaannya sekarang. Ia mengatakan bahwa apa yang terjadi sekarang adalah cobaan yang harus dihadapi.

2). Data Obyektif

a). **Observasi**

- Kontak mata saat bicara : Fokus. Tampak kontak mata klien tertuju dengan perawat.
- Rentang perhatian : Perhatian penuh / fokus
 Mudah teralihkan
 Tidak ada perhatian/tidak fokus
- Suara dan cara bicara : Jelas

b). **Pemeriksaan Fisik**

- Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
- Penggunaan protesa : 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

Tn. H tinggal bersama anak serta cucunya. Ia berperan sebagai ayah dan sebagai kakek bagi cucu nya.

b. Keadaan sejak sakit

Tn. H mengatakan meskipun dirinya sakit hubungan dengan keluarganya tetap terjalin baik.

2). Data Obyektif Observasi

Tampak interaksi baik dengan keluarga dan temannya

IX. POLA REPRODUKSI – SEKSUALITAS

(masalah sexual yang berhubungan dengan penyakit yg dideritanya)

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

tidak ada gangguan atau perubahan pada system reproduksi

b. Keadaan sejak sakit

tidak ada gangguan atau perubahan pada system reproduksi

2). Data Obyektif

a. Observasi

tampak pasien bersikap layaknya laki laki

b. Pemeriksaan Fisik

tidak dikaji

X. MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. H mengatakan bila mengalami masalah klien mampu mengontrol diri



dan selalu mendiskusikan dengan keluarganya.

b. Keadaan sejak sakit

Tn. H mengatakan sejak sakit ia merasa cemas memikirkan penyakitnya dan hanya bisa berdoa.

2). Data Obyektif

a). **Observasi**

Tn. H tampak terlihat cemas.

b). **Pemeriksaan Fisik**

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

XI. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN / KEYAKINAN

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn.H mengatakan dirinya beragama Kristen. Tn.H berdoa sebelum dan sesudah makan, tidur

b. Keadaan sejak sakit

Tn. H tetap berdoa dan percaya akan sembuh.

2). Data Obyektif

Observasi

Pasien berdoa di tempat tidur sebelum dan sesudah tidur, sebelum dan sesudah makan

Nama dan Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji

(Naomi Pangaribuan)

**Daftar Obat/Terapi**

Obat/Tindakan	Golongan	Waktu Pemberian	Manfaat
Nebul salbutam	Golongan obat bronkodilator	2.5 ml/8 jam	Obat untuk meredakan batuk,sesak nafas pada penderita asma dan penyakit paru lainnya.
Inj.Cefotaxime	Golongan obat antibiotik	1 gr/12 jam IV	Obat untuk mengobati berbagai jenis infeksi bakteri
Inj.Omeprazole	Golongan obat resep	40 mg/12 jam IV	Obat untuk mengatasi asam lambung yang berlebihan
Drip paracetamol	Golongan obat demam/nyeri	1 gr/12 jam IV	Obat untuk mengatasi demam atau nyeri
Acetylcysteine	Golongan Mukolitik	3x200 mg	Obat untuk mengencerkan dahak dan mengatasi keracunan paracetamol
Ibuprofen	Golongan obat antiinflamasi nonsteroid	3x400mg	Obat untuk meredakan nyeri,demam,peradangan
Curcuma	Golongan obat suplemen	3x1	Obat untuk membantu memelihara kesehatan fungsi hati dan membantu memperbaiki nafsu makan
Sulcralfate	Obat golongan antiulcerant,antirefluks,dan antasida	4x10 ml	Obat untuk mengatasi gangguang radang lambung dan



			peningkatan asam lambung
Rebamipide	Golongan obat keras	3x100 mg	Obat ini juga dapat mengatasi gangguan lambung akibat asam lambung tinggi, seperti gastritis dan tukak lambung
Scopma	Obat golongan nyeri	3x100 mg	Obat untuk mengobati nyeri perut atau pencernaan yang tergolong dalam obat keras.

Diet yang diberikan :

Pada pasien diberikan Diet yang tinggi protein , vitamin dan mineral, tetapi membatasi garam dan natrium untuk mengontrol hipertensi.

Hasil Foto Thorax pada tanggal 18/2/2024 :

Pada kedua lapangan paru-paru tampak bayangan bercak-bercak yang tersebar. Jantung dalam batas normal. Kesan gambaran radiologis suspect bronchopneumonia. DD : proses TB Paru

Hasil Laboratorium :**Cek Darah Lengkap (16 Januari 2025)**

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Leucocyte (WBC)	9,4 H	$10^3/\text{mm}^3$	3.8 – 10.6
Hemoglobin (HB)	12,9 L	g/dL	13.2 – 17.3
Hematocrit (HCT)	37,3 L	%	40.0 – 52.0
Platelet (PLT)	332 H	$10^3/\text{mm}^3$	150 - 400
Lymphocyte (LYM)	13,4 L	%	25.0 – 40.0
Netrophyl	84 H	%	50.0 – 70.0
Eosinophil	1,0 L	%	2.0 – 4.0
Basophil	0,7	%	0.0-1.0

Hasil Cek Gula Darah Sewaktu (16 Februari 2024) :



Didapatkan hasil kadar glukosa darah sewaktu 224 mg/dL



PRODI NERS

PROGRAM STUDI NERS STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

Jln. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata Kec. Medan Selayang
-0618214020-0618225509

<http://stikeselisabethmedan.ac.id/>, email: stikes_elisabeth@yahoo.co.id

ANALISA DATA

Nama/Umur : Tn. H

Ruang/Kamar : Laura/19-1

D a t a		Etiologi	Masalah
Subyektif	Obyektif		
1. Pasien mengatakan napas sesak sudah lebih kurang 1 minggu.	1. Frekuensi napas 26 kali/menit, irreguler, pernapasan cepat dan dalam, serta menggunakan otot bantu pernapasan 2. Frekuensi nadi: 98 kali/menit 3. Wajah tampak kelelahan 4. SpO2: 93%, terpasang O2 dengan nasal canule 3 L/ menit.	Hambatan Upaya Napas	Pola Napas Tidak Efektif (D.0005)



1. Pasien mengatakan tidak selera makan dan berat badan turun selama sakit.	1. BB : 48 Kg, TB: 165 cm (IMT 17,6) Ket : Berat badan kurang 2. Mukosa bibir kering dan pucat 3. Pasien tampak lemah	Ketidakmampuan mencerna makanan	Defisit Nutrisi (D.0019)
2. Pasien mengatakan mual, muntah dan sakit di ulu hati sejak komsumsi obat OAT			



1. Pasien mengatakan demam naik turun	1. Pemeriksaan tanda-tanda vital TD : 181/97 mmHg Nadi : 98 kali/menit Suhu : 38,3 °C 2. Kulit teraba hangat 3. Hasil foto thorax didapatkan hasil pada kedua lapangan paru-paru terdapat bercak-bercak yang tersebar. Jantung dalam batas normal. Dugaan bronchopneumonia. DD Proses TB Paru.	Proses Infeksi TB Paru	Hipertermia (D.0130)
---------------------------------------	---	------------------------	----------------------



PROGRAM STUDI NERS STIKes SANTA ELISABETH

Jln. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata Kec. Medan Selayang -0618214020-0618225509

<http://stikeselisabethmedan.ac.id/>, email: stikes_elisabeth@yahoo.co.id

DIAGNOSA KEPERAWATAN



Nama/Umur : Tn. H / 83 Tahun

Ruang/Kamar : Laura / 19.1

No	Diagnosa Keperawatan	Nama Jelas
1	Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas ditandai dengan pasien mengatakan sesak napas sudah 1 minggu dan sesak semakin bertambah 1 hari sebelum masuk ke Rs, pasien juga mengatakan batuk. terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit, pasien bernafas menggunakan otot bantu pernapasan, irreguler, pernapasan cepat dan dalam.	Naomi
2	Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan ditandai dengan pasien mengatakan tidak selera makan, mual, muntah dan sakit di perut . Pasien juga mengatakan berat badan menurun sejak sakit, IMT didapatkan berat badan kurang.	Naomi
3	Hipertermia b.d Proses penyakit Tb Paru ditandai dengan pasien mengatakan demam naik turun, T : 38,3 °C , Kulit teraba hangat, pasien pucat dan lemas, didapatkan hasil foto thorax terdapat bercak-bercak di kedua lapangan paru-paru, dugaan bronchopneumonia DD proses TB paru	Naomi



PROGRAM STUDI NERS STIKes SANTA ELISABETH MEDAN-0618214020-0618225509

Jln. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata Kec. Medan Selayang

<http://stikeselisabethmedan.ac.id/>, email: stikes_elisabeth@yahoo.co.id

PRIORITAS MASALAH



Nama/Umur : Tn. H / 83 Tahun

Ruang/Kamar : Laura/ 19. 1

NO	TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	Nama jelas
1	17 Februari 2025	Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas ditandai dengan pasien mengatakan sesak napas sudah 1 minggu dan sesak semakin bertambah 1 hari sebelum masuk ke Rs, pasien juga mengatakan batuk. terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit, pasien bernafas menggunakan otot bantu pernapasan, irreguler, pernapasan cepat dan dalam.	Naomi
2	17 Februari 2025	Hipertermia b.d Proses Infeksi TB paru ditandai dengan pasien mengatakan demam naik turun, T : 38,3 °C , Kulit teraba hangat, pasien pucat dan lemas, didapatkan hasil foto thorax terdapat bercak-bercak di kedua lapangan paru-paru, dugaan bronchopneumonia DD proses TB paru	Naomi
3	17 Februari 2025	Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan ditandai dengan pasien mengatakan tidak selera makan, mual, muntah dan sakit di perut . Pasien juga mengatakan berat badan menurun sejak sakit, IMT didapatkan berat badan kurang	Naomi

RENCANA KEPERAWATAN

Nama/Umur :Tn H (83 Tahun)

Ruang/Kamar : Laura kmr. 19.1

No.	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	Rasional



1.	Pola Napas tidak efektif b.d Hambatan Upaya Napas	setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan pola nafas membaik dengan kriteria hasil: 1. frekuensi napas membaik 2. Kedalaman napas cukup membaik 3. Penggunaan otot bantu napas cukup menurun 4. Pemajangan fase ekspirasi cukup menurun 5. Pernafasan cuping hidung menurun	Dukungan Ventilasi (I.01002) Observasi 1. indentifikasi adanya kelelahan otot bantu napas 2. Indentifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernafasan 3. Monitor status respirasi dan oksigenasi (mis: frek & kedalaman nafas, penggunaan otot bantu nafas, bunyi nafas tambahan dan saturasi oksigen) Terapeutik 1. Pertahankan kepatenan jalan nafas 2. Berikan posisi semi fowler atau fowler fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin 3. Berikan oksigenasi kebutuhan Edukasi 1. Ajarkan teknik tari napas dalam 2. Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi 3. Kolaborasi pemberian bronchodilator jika perlu.	
2.	Hipertermia b.d Proses Penyakit	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 8 jam diharapkan hipertermia dapat teratasi dengan kriteria hasil : a. Menggil cukup menurun	Manajemen Hipertermi (I.05174) Observasi: - Identifikasi penyebab hipertermi - Monitor suhu tubuh - Monitor	



3	Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan	<p>b. Pucat menurun c. Suhu tubuh membaik d. Suhu kulit membaik e. tekanan darah membaik</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan defisit nutrisi membaik diharapkan status nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Porsi makanan yang dihabiskan2. Kekuatan otot menelan meningkat3. Berat badan membaik4. Nafsu makan membaik5. Verbalisasi	<p>komplikasi akibat hipertermi</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none">- Longgarkan atau lepaskan pakaian- Basahi atau kipasi permukaan tubuh- Berikan cairan oral <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu <p>Manajemen nutrisi(I03119)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Identifikasi status nutrisi- Identifikasi alergi dan intoleransi makanan- Identifikasi makanan yang disukai- Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien- identifikasi	
---	---	--	---	--



		<p>keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat</p> <p>6. Kekuatan otot mengunyah meningkat</p>	<p>perlunya penggunaan selang nasogastrik</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitor asupan makanan- Monitor berat badan- Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none">- Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu- Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis, piramida makanan)- Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai -Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi- Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein- Berikan suplemen makanan, jika perlu	
--	--	---	--	--



			<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Anjurkan posisi duduk, jika mampu Ajarkan diet yang diprogramkan.	
--	--	--	---	--

PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. H

Ruang/Kamar : K.19.1

Tgl/ Jam	No Dp	Implementasi	Respon	TT
17/2/ 2025 08.00	1.2.3,	Melakukan pengkajian kesadaran umum pada Tn.H dan melakukan bina hubungan saling percaya pada Tn.H Melakukan observasi vital sign pada Tn.H TD: 181/97 mmHg Nadi : 96 kali/mnt RR: 26 kali/mnt Suhu : 38,3 °C	-Tn.H mengatakan masih mengalami sesak -Tn.H mengatakan tidak selera makan, mual , muntah dan nyeri di epigastrium.	Naomi
08:10	1,3	-Memonitor frekuensi, irama kedalaman dan Upaya napas -Mengontrol makanan pasien	-Tn.H mengatakan masih sesak, - frekuensi pernapasan 26 kali/menit dengan pernapasan dada, terpasang oksigen nasal 3L/Mnt -Tn.H - mengatakan belum selera makan	Naomi
09.00	2	Memberikan PCT Drips pada pasien sebanyak 1 gr	-Tn. H mengatakan masih demam, lemas -Kulit Tn. H teraba hangat	Naomi
		Memonitor bunyi napas tambahan (mis: gurgling mengi/wheezing, ronchi)		



09:10	1		Pasien mengatakan sesak, terdapat suara napas tambahan berupa ronchi	Naomi
09:30	1	Memberikan posisi yang nyaman pada Tn.H yaitu semi fowler pada Tn.H dan mengajarkan cara batuk efektif yang benar	Pasien mengatakan sudah terasa nyaman dengan posisi yang diberikan oleh perawat Tn.H dapat melakukan yang diajarkan oleh perawat	Naomi
10 :10	1	memberikan obat pada Tn.H, lalu memberikan obat nebulizer Salbutamol 2,5 ml, memberikan intruksi pada Tn.H agar menghirup asap pada mesin nebulizer yang keluar	Tampak pernapasan Tn.H terbantu oleh terapi nebulizer yang diberikan	Naomi
11.20	1	Memonitor kembali keadaan Tn.H terpasang infus RL 20 tts/mnt dan menggunakan oksigen nasal canul 3 liter/mnt Memberikan posisi semi fowler pada Tn.H	Tn.H mengatakan sesak sedikit berkurang setelah diberikan posisi semi fowler	Naomi
11.45	3	Memberikan obat sebelum makan pada Tn.H sucralfate 4x10 ml Memberikan makanan siang pada Tn.H	Tn.H mampu menelan obat yang diberikan oleh perawat	Naomi



12.10 13:30	3 1,2,3	Memonitor kembali keadaan Tn.H, terpasang Infus RL 20tts/menit dan menggunakan O2 3L/Menit dan memberikan posisi nyaman. Memberikan lingkungan yang nyaman pada Tn.H, dan memberikan pada Tn.H edukasi untuk terapi musik	Tn.H tampak menghabiskan makanan ½ porsi makanan dan Tn.H tampak ber istirahat,	Naomi Naomi
18 /2/2025 08:10	1,2,3	Memonitor kondisi pasien, tampak pasien masih sesak terpasang oksigen menggunakan nasal 3L/menit, gterpasang infus RL 20tts/mnt, Menanyakan pola tidur pasien pada malam hari itu, dan bagaimana pola makan pasien.	Tn.H mengatakan sesak saat ini masih ada, Tn.H juga mengatakan tidur malam ini tidak nyenyak karena suka terbangun dimalam hari dan tidak dapat tidur lagi, Tn.H mengatakan untuk selera makan masih ada	Naomi
	1,3	memberikan injeksi cefofaxime dan omeprazole pada Tn.H memberikan PCT Drips	Tn.H tamapak bertanya obat yang diberikan	Naomi



09.00	2	dan mengompres dibagian ketiak pasien	Tn. H mengatakan masih demam dan kulit teraba hangat	Naomi
09:20	1	Memberikan posisi semi fowler pada Tn.H Mengajarkan Tn,H cara batuk efektif	Tn.H mengatakan terasa nyaman dengan posisi yang sudah diberikan Tn.H dapat melakukannya	Naomi
10.00	1,	Memberikan terapi nebulizer pada Tn.H	Tn.H tampak terbantu dengan terapi yang diberikan dan tampak pasien menghirup asap nebulizer	Naomi
10.10	1.	Melakukan pengukuran TTV pada Tn.H TD:178 /90 Nadi : 88 RR:26 x/i SPO2:95% T:38 c	Tn.H tampak bertanya berapa tekanan darah dan suhu tubuh nya	Naomi
10:20	2	Mengarahkan Tn.H untuk ber istirahat	Tampak terbaring diatas tempat tidur	Naomi
11:45	1,3	Memberikan Tn.H makan siang dan memberikan semangat pada pasien untuk bisa lebih dari porsi makanan dihabiskan, memberikan obat oral siang pada Tn.H dengan	Tn.H tampak menghabiskan makanan ½ porsi makanan,	Naomi



13:45	1	menggunakan 6 prinsip benar pemberian obat Memonitor kembali keadaan Tn.H terpasang Infus Rl 20tts/menit dan menggunakan Oksiden nasal canul 3L/Menit Memberikan Lingkungan nyaman dan hening	Tn.H mampu menelehan obat yang diberikan perawat Y Tn.H tampak sesak dan lemah berbaring ditempat tidur dengan posisi semi fowler, terpasang palang tempat tidur	Naomi
19/2/2025 14.50	1.2.3	Memonitor kondisi Tn.H. Tampak Tn.H sesak, terpasang infus Rl 20 tts/Menit, menggunakan oksigen nasal 3L/Menit	Tn.H mengatakan sesak saat ini masih ada, Tn.H juga mengatakan mual muntah masih ada dan demam sudah turun	Naomi
15.30	1	Memberikan terapi nebulizer salbutamol Tn.H	Tn.H tampak terbantu dengan terapi yang diberikan dan tampak pasien menghirup asap nebulizer	Naomi
16.45	1,2,3	Melakukan pengukuran TTV pada Tn.H TD: 170/90 RR:26	Tn H tampak terbaring ditempat tidur	Naomi



17.40	3	Nadi :85 SPO2:95% Mengarahkan pasien untuk makan malam dan memberikan obat pada Tn.H	Tn.H tampak menghabiskan makanan Tn.H mampu menelehan obat yang diberikan perawat P	Naomi
18.20	1,	Memantau kembali keadaan Tn.H Memonitor kembali keadan Tn.H terpasang Infus RI 20tts/menit dan menggunakan Oksigen nasal 3L/Menit	Tn.H tampak masih ada sesak berbaring ditempat tidur dengan posisi semi fowler, terpasang palang tempat tidur. Tampak bertanya obat apa yang diberikan	Naomi
19.00	1,3	Memberikan injeksi cefotaxime dan omeprazole		Naomi
20.40	1,2	memberikan posisi nyaman dan lingkungan yang nyaman pada Tn.	Tn.H tampak bisa tidur	Naomi



EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn.H/83 Tahun

Ruang/Kamar : Laura/19.1

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama Jelas
17 Feb 2025	<p>Diagnosa 1: Pola nafas tidak efektif S : pasien mengatakan masih terasa sesak saat bernapas</p> <p>O :<ul style="list-style-type: none">- RR 23 kali/menit, iregulerr, dan masih menggunakan otot bantu napas.- Terpasang oksigen nasal canule 3 L/menit.- SpO2 96%- Frekuensi nadi 96 kali/menit dan pasien tampak kelelahan.</p> <p>A : Pola napas belum efektif</p> <p>P :<ul style="list-style-type: none">- Pantau status pernapasan dan tanda-tanda vital- Atur posisi Semi Fowler- Lanjutkan pemberian obat-obatan dan terapi oksigen 3L/menit sesuai kolaborasi</p> <p>Diagnosa 2 : Hipertermia</p> <p>S : Pasien mengatakan demam naik turun</p> <p>O :<ul style="list-style-type: none">- Suhu 38 °C- Kulit teraba hangat- TD: 181/97 mmHg , Suhu : 38 °C , Nadi : 98 x/menit RR: 23x/menit Spo2 : 96%</p> <p>A : Suhu tubuh turun menjadi 38 °C .</p> <p>P :<ul style="list-style-type: none">- Pantau tanda-tanda vital seperti tekanan darah dan suhu tubuh pasien- Anjurkan pasien untuk banyak minum air hangat.</p>	Naomi



	<ul style="list-style-type: none">- Berikan antipiretik sesuai kolaborasi <p>Diagnos 3 : Defisit Nutrisi</p> <p>S : pasien mengeluh mual dan selera makan belum kembali</p> <p>O : Makan pagi dan siang hanya habis setengah porsi, tetapi pasien masih mengkonsumsi cemilan disela-sela makan utama.</p> <p>A : Kecukupan nutrisi belum terpenuhi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none">- monitoring asupan makanan- Anjurkan makan dalam porsi kecil tapi sering- Lanjutkan pemberian terapi omeprazole dan cucurcuma sesuai kolaborasi	
18/feb/2025	<p>Diagnosa 1: Pola nafas tidak efektif</p> <p>S : pasien mengatakan masih terasa sesak saat bernapas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- RR 23 kali/menit, iregulerr, dan masih menggunakan otot bantu napas.- Terpasang oksigen nasal canule 3 L/menit.- SpO2 96%- Frekuensi nadi 95 kali/menit dan pasien tampak kelelahan. <p>A : Pola napas belum efektif</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none">- Pantau status pernapasan dan tanda-tanda vital- Atur posisi Semi Fowler- Lanjutkan pemberian obat-obatan dan terapi oksigen 3L/menit sesuai kolaborasi <p>Diagnosa 2: Hipertermia</p> <p>S : Pasien mengatakan demam naik turun</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- Suhu 37,8°C- Kulit teraba hangat	Naomi



19/feb/2025	<p>- TD: 160/80 mmHg , Suhu : 37,8 °C , Nadi : 95 x/menit RR: 23x/menit Spo2 : 96%</p> <p>A : Suhu tubuh turun menjadi 37,8 °C.</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none">- Pantau tanda-tanda vital seperti tekanan darah dan suhu tubuh- Anjurkan pasien untuk banyak minum air hangat- Berikan antipiretik sesuai kolaborasi <p>Diagnosa 3 :Defisit Nutrisi</p> <p>S : pasien mengeluh mual dan selera makan belum kembali</p> <p>O : Makan pagi dan siang hanya habis setengah porsi.</p> <p>A : Kecukupan nutrisi belum terpenuhi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none">- monitoring asupan makanan- Anjurkan makan dalam porsi kecil tapi sering- Lanjutkan pemberian terapi omeprazole dan cucurcuma sesuai kolaborasi	Naomi
-------------	--	-------



	<p>Diagnosa 2: Hipertermia</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah tidak demam lagi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- Suhu 37,0 °C- TD: 170/80 mmHg , Suhu : 37,0 °C , Nadi : 97 x/menit RR: 23x/menit Spo2 : 95% <p>A : Suhu tubuh turun dan sudah mencapai rentang normal.</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none">- Tetap Pantau tanda-tanda vital	
--	--	--



BAB 4

PEMBAHASAN

Asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien Tn. H Dengan Tuberkulosis paru dengan tahap-tahap sebagai berikut :

Pada bab ini akan diuraikan tentang beberapa kesenjangan dan persamaan yang terjadi pada tinjauan Pustaka maupun kenyataan yang terjadi pada tinjauan kasus dalam memberikan asuhan keperawatan pada salah satu pasien penderita Tuberkulosis paru di Ruangan Laura Mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Menurut (Suddart's, 2009), pengkajian keperawatan sangat penting dalam mendeteksi TB Paru.

Penulis berasumsi bahwa pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan kasus TB Paru didapat data seperti sesak napas, Batuk , adanya suara napas tambahan ronchi, frekuensi napas cepat, dalam dan tidak teratur, demam, nyeri pada hulu hati ,mual, muntah, nafsu makan berkurang, BB menurun dan keringat di malam hari.

Hal ini sejalan dengan (Lewis, 2014) pada pengkajian hal pertama yang dilakukan adalah Tanyakan kepada pasien mengenai riwayat TB sebelumnya, penyakit kronis, atau penyakit atau pengobatan imunosupresif apa pun. Dapatkan riwayat sosial dan pekerjaan untuk menentukan faktor risiko penularan TB. Kaji pasien



untuk mengetahui adanya batuk berdahak, keringat malam, demam, penurunan berat badan, nyeri dada pleuritik, dan suara paru-paru yang tidak normal. Jika pasien mengalami batuk berdahak, pagi hari adalah waktu yang ideal untuk mengumpulkan spesimen dahak untuk pemeriksaan apusan AFB.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut (Suddart's, 2009) diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons manusia terhadap gangguan kesehatan atau proses kehidupan, atau kerentangan respons dari seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas.

Diagnosis keperawatan berdasarkan hasil analisa data yang dilakukan maka penulis menyusun diagnosis keperawatan pada Tn. H dengan kasus TB Paru. Penulis mengambil dari sumber buku terkait dengan penegakan diagnosis keperawatan yaitu diagnosi menurut Berikut diagnosa terkait dengan penyakit tuberkulosis

- a. Gangguan pernapasan
- b. Gangguan bersihan jalan napas
- c. Resiko infeksi
- d. Kurangnya pengetahuan

Penulis menyusun diagnosa keperawatan berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI P. S., 2018).

1. Pola napas tidak efektif b.d Hambatan Upaya napas ditandai dengan pasien mengatakan sesak napas sudah 1 minggu dan sesak semakin bertambah 1 hari



sebelum masuk ke Rs, pasien juga mengatakan batuk. Terpasang Oksigen nasal kanul 3 l/i.

2. Hipertermia b.d proses penyakit ditandai dengan pasien mengatakan demam naik turun, kulit teraba hangat, pucat dan suhu tubuh naik

Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan ditandai dengan pasien mengatakan tidak

selera makan. Pasien juga mengatakan berat badan menurun sejak sakit. Pasien tampak lemas.

3. Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan ditandai dengan pasien mengatakan tidak selera makan. Pasien juga mengatakan berat badan menurun sejak sakit. Pasien tampak lemas.

4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah langkah ketiga dalam proses keperawatan setelah dilakukan pengkajian dan penentuan diagnosis. Rencana keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (PPNI P. S., 2018).

Intervensi yang dilakukan oleh peneliti yaitu intervensi yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi. Intervensi keperawatan antara tinjauan teoritis dengan kasus pasien kelolaan sama (tidak terdapat kesenjangan) yang diamati dengan buku panduan SDKI,SLKI,SIKI sesuai dengan diagnosa (masalah) yang ditemui.



Pada diagnosa yang pertama yaitu Pola napas tidak efektif, didapatkan dari buku SIKI yang diambil adalah Dukungan Ventilasi (I.01002) dimana intervensi yang diberikan pada observasi ada 3 intervensi, pada terapeutik ada 3 intervensi dan edukasi ada 3 intervensi yang diterapkan pada pasien.

Pada diagnosa yang kedua yaitu Hipertermia, didapatkan dari buku SIKI yang diambil adalah Manajemen Hipertermi (I.05174) dimana intervensi yang diberikan pada observasi ada 3 intervensi, pada terapeutik ada 3 intervensi dan edukasi ada 1 intervensi yang diterapkan pada pasien.

Pada diagnosa yang ketiga yaitu Defisit Nutrisi, didapatkan dari buku SIKI yang diambil adalah Manajemen Nutrisi (I.013119) dimana intervensi yang diberikan pada observasi ada 7 intervensi, pada terapeutik ada 4 intervensi dan edukasi ada 1 intervensi yang diterapkan pada pasien.

4.4 Implementasi Keperawatan

Penulis telah melakukan tahap implementasi keperawatan yang telah ditetapkan pada intervensi sesuai waktu yang ditetapkan. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping. Penulis telah berhasil melakukan implementasi dengan baik kepada klien sesuai dengan intervensi ditetapkan.

Pada kasus ini penulis melakukan implementasi sesuai dengan diagnosa pasien, yaitu :

1. Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas, implementasi yang diberikan sesuai dengan intervensi keperawatan pada pasien dengan pola



napas tidak efektif. Pemberian terapi nebulizer selama 3 kali dalam waktu pagi hari selama 5-15 menit, siang hari diberikan pada saat pemberian obat dengan waktu 10 menit dan malam hari sebelum pasien beristirahat.

Hal ini didukung dari penelitian Aisyah Umayah & Windusari (2024) didapatkan hasil bahwa cara kerja nebulizer dengan cara memasukkan obat atau agen pelembab serupa bronkodilator atau mukolitik, dalam ukuran partikel mikroskopik dan menyebarkan ke paru. Bronkodilator dapat mencegah obstrusi dan sumbatan jalan napas dengan cara mengencerkan dahak sehingga saluran napas menjadi longgar dan dapat mengurangi sesak napas. Karena sputum sudah encer maka peradangan berkurang, ventilasi pada paru-paru meningkat dan kerja otot pernapasan dapat berelaksasi, saat sesak napas berkurang maka aktivitas fungsional pasien dapat meningkat.

Pemberian posisi semi fowler , hal ini didukung dari penelitian (Saputri et al., 2023) didapatkan hasil bahwa TB Paru merupakan penyakit gangguan pada sistem respirasi yang mengenai jaringan paru sehingga membutuhkan oksigen. Penderita dengan sesak napas, pernapasan cuping hidung, sianosis dapat dilakukan pemberian O₂ tambahan dan alat bantu napas dan dapat juga dilakukan tindakan pemberian posisi semi fowler. Posisi semi fowler yaitu mengangkat kepala dan tubuh dinaikkan dengan derajat kemiringan 30-45 derajat menggunakan gaya gravitasi untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen ke diafragma.



2. Hipertermia b.d Proses infeksi TB Paru, implementasi yang diberikan sesuai dengan intervensi keperawatan pada pasien dengan hipertermia. Seperti : Pemberian kompres air hangat dan terapi lainnya yang mendukung.
- Hal ini didukung dari penelitian Hasanah et al., (2023) didapatkan hasil bahwa Upaya yang dilakukan untuk mengatasi hipertermia yaitu dengan pemberian kompres hangat untuk menurunkan demam. Pemberian kompres hangat akan membantu menurunkan suhu tubuh dengan cara panas keluar dari pori-pori kulit melalui proses penguapan.
3. Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan mencerna makanan , implementasi yang diberikan sesuai dengan intervensi keperawatan pada pasien dengan hipertermia. Seperti : mengontrol makanan pasien, menganjurkan pasien untuk tetap makan walaupun dengan porsi sedikit.

4.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dengan kasus TB Paru ini adalah perlu nya pemantauan Pola napas pasien, suara napas tambahan, penggunaan otot bantu pernapasan, pemantauan makan pasien apakah pasien masih merasa mual muntah,pemantauan BB pasien, dan pemantauan suhu tubuh pasien.



BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

TBC adalah masalah kesehatan masyarakat di seluruh dunia permasalahan yang erat kaitannya dengan kemiskinan, gizi buruk, kepadatan penduduk, perumahan di bawah standar, dan kesehatan yang tidak memadai peduli. Angka kematian dan kesakitan terus meningkat.

Pengobatan tuberkulosis (TBC) adalah dengan patuh minum obat selama jangka waktu yang dianjurkan oleh dokter. Jika pasien berhenti minum obat sebelum waktu yang disarankan, bakteri TBC berpotensi kebal terhadap obat yang biasa diberikan. Akibatnya, TBC menjadi lebih berbahaya dan akan lebih sulit diobati. Untuk itulah diperlukan pengetahuan yang baik tentang penyakit TBC agar terapi pengobatan bisa efektif dan efisien.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Mahasiswa

Diharapkan asuhan keperawatan ini dapat dijadikan referensi dalam menyusun dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien terutama dengan kasus TB Paru

5.2.2 Bagi Institusi pendidikan

Diharapkan dengan adanya bimbingan dengan dosen, mahasiswa semakin mahir dalam penyusunan dan pemberian asuhan keperawatan pada pasien terutama kasus TB Paru.



5.2.3 Bagi Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan

Diharapkan Rumah Sakit dapat meningkatkan pelayanan dalam asuhan keperawatan serta meningkatkan edukasi kesehatan pada pasien terutama kasus TB Paru.

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

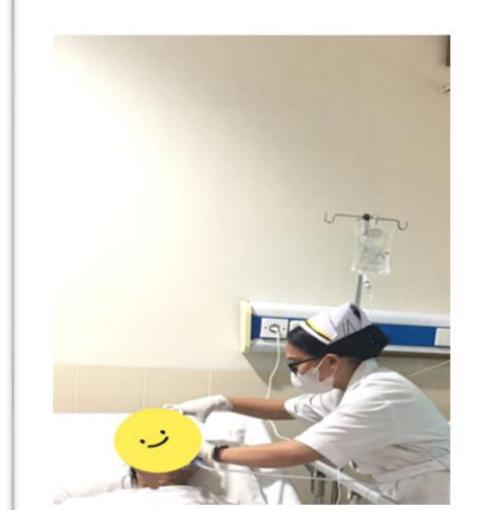


DAFTAR PUSTAKA

- Brunner, S. (2018). *Textbook Medical-Surgical*: Vol. (14).
- Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L. *Medical- Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems*. 9th ed. (Harding MM, ed.). Elsevier; 2014.
- Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. Vol 3. 14th ed. Julie K. Stegman; 2014.
- Harding MM. *Lewis 's Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*. 11th ed. (Kwong J, Roberts D, Hagler D, Reinisch C, eds.). Elsevier; 2017.
- Sutriyawan, A., Nofianti, N., & Halim, R. (2022). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Tuberkulosis Paru. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 4(1), 98–105. <https://doi.org/10.36590/jika.v4i1.228>
- Nurlina, N., & Hamsinah, H. (2022). Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tuberkulosis Paru Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Di Rsud L Labuang Baji Nakassar. *Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar*, 11(2), 66. <https://doi.org/10.32382/jmk.v11i2.1605>
- PPNI, P. S. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, P. S. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Suddart's, B. a. (2009). *Textbook of Medical Surgical Nursing. 9 Th Edition*.
- Aisyah Umayah, S., & Windusari, Y. (2024). Identifikasi Mikroplastik Pada Sedimen di Perairan Sungai Musi Wilayah Kabupaten Banyuasin. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 16(2), 276–285. <https://doi.org/10.37012/jik.v16i2.2309>
- Hasanah, P., Susyanti, D., Pratama, M. Y., Jundapri, K., Kesdam, A. K., Bukit, I. /, & Medan, B. (2023). *STUDI KASUS: HIPERTERMIA DENGAN KOMPRES HANGAT PADA PASIEN TUBERCULOSIS* (Vol. 2, Issue 5).
- Saputri, H., Saifudin, I., & Susanti, I. H. (2023). PERNERAPAN POSISI SEMI FOWLER PADA PASIEN TB PARU UNTUK MENGURANGI SESAK NAFAS DI RUANG IGD RST WIJAYAKUSUMA PURWOKERTO. In *Agustus* (Vol. 2, Issue 8)



DOKUMENTASI



STIKES SA
ELIS



STIKES SANTA ELISABETH MEDAN