

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
TUBERKULOSIS PARU DI RUANGAN PARU
RSUP. DR. M. DJAMIL PADANG**



A'INIL MARDIYAH BASRI

223110241

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
KEMENKES POLTEKKES PADANG
TAHUN 2025**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
TUBERKULOSIS PARU DI RUANGAN PARU
RSUP. DR. M. DJAMIL PADANG**

Diajukan ke Program Studi Diploma 3 Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang
Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan



A'INIL MARDIYAH BASRI

223110241

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
KEMENKES POLTEKKES PADANG
TAHUN 2025**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Tuberkulosis Paru*
di RSUP Dr. M. Djamil Padang "

Disusun oleh

NAMA : A'INIL MARDIYAH BASRI

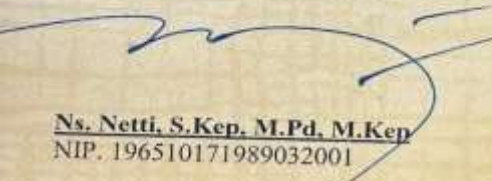
NIM : 223110241

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal :
4 Juni 2025

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,


Ns. Netti, S.Kep, M.Pd, M.Kep
NIP. 196510171989032001


Ns. Sila Dewi Anggreni, S.Pd, M.Kep, Sp.KMI
NIP. 197003271993032002

Padang, 4 Juni 2025
Ketua Prodi Diploma 3 Keperawatan Padang


Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep
NIP. 197501211999032005



HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

"Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Tuberkulosis Paru* di RSUP DR. M.Djamil Padang"

Disusun Oleh

NAMA : A'inil Mardiyah Bastri

NIM : 223110241

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji
Pada tanggal 11 Juni 2025

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,

Ns. Yudistira Afconneri, M.Kep

NIP : 19890121 201801 1 001

Anggota,

Ns. Yosi Suryarinisih, M.Kep, Sp.Kep.MB

NIP : 19750718 199803 2 003

Anggota,

Ns. Netti, S.Kep, M.Pd, M.Kep

NIP : 19651017 198903 2 001

Anggota,

Ns. Sila Dewi Anggreni, M.Kep Sp.KMB

NIP : 19700327 199303 2 002

Padang, 11 Juni 2025

Ketua Prodi Diploma 3 Keperawatan Padang

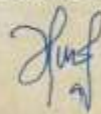

Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep
NIP. 197501211999032005

HALAMAN PERNYATAAN ORSINALITAS

Tugas akhir ini adalah hasil karya penulis sendiri, dan semua sumber yang dikutip maupun dirujuk telah penulis nyatakan dengan benar

Nama : A'inil Mardiyah Basri

NIM : 223110241

Tanda Tangan : 

Tanggal : 11 Juni 2025

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama Lengkap	: A'inil Mardiyah Basri
NIM	: 223110241
Tempat/Tanggal Lahir	: Padang/ 31 Maret 2004
Tahun Masuk	: 2022
Nama PA	: Hj. Murniati Muchtar, SKM.M.Biomed
Nama Pembimbing Utama	: Ns. Netti, S.Kep, M.Pd, M.Kep
Nama Pembimbing Pendamping	: Ns. Sila Dewi Anggreni, S.Pd, M.Kep.Sp.KMB

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan hasil Karya Tulis Ilmiah saya yang berjudul : **Asuhan Keperawatan pada Pasien TB Paru di Ruang Paru RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.**

Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar benarnya.

Padang, 11
Juni 2025



A'inil
Mardiyah
Basri
223110241



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : A'inil Mardiyah Basri
NIM : 223110241
Tempat/Tanggal : Padang 31 Maret 2004
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Kawin
Nama Orang Tua
Ayah : Basriruddin
Ibu : Yarni
Alamat : Komplek Perumahan bunga mas tahap 1 blok E/2

Riwayat Pendidikan

NO	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun
1.	TK	Al Hafiz	2009-2010
2.	SD	SD Negri 43 Padang	2010-2016
3.	SMP	SMP 29 Padang	2016-2019
4.	SMA	SMA 8 Padang	2019-2022
5.	D-III Keperawatan Padang	Poltekkes Kemenkes Padang	2022-2025

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN**

**Tugas akhir, Juni 2025
Ainil Mardiyah Basri**

**Asuhan Keperawatan pada Pasien Tuberkulosis Paru di Ruang Paru
RSUP. Dr. M. Djamil Padang**

Isi : xiii + 71 halaman + 1 bagan + 7 tabel + 10 lampiran

ABSTRAK

Dampak TB Paru secara fisik yaitu penurunan berat badan yang signifikan, kelemahan, kelelahan fisik serta kurangnya kemampuan aktivitas sehari-hari. Selain itu, tuberkulosis paru menyebabkan kerusakan jaringan paru yang mengakibatkan penurunan kapasitas paru secara permanen. Angka kejadian TB Paru di Sumatera Barat dengan jumlah 18.138 kasus berada pada urutan ke 10 (SKI 2023). Sedangkan angka kejadian TB Paru di RSUP Dr. M. Djamil padang tahun 2023 sebanyak 269 orang. Tujuan penelitian adalah mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien TB Paru di Ruangan Paru RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025.

Jenis penelitian adalah kualitatif yang bersifat deskriptif dengan desain penelitian studi kasus. Dilakukan di Ruangan Paru RSUP Dr. M. Djamil Padang. Waktu penelitian di mulai bulan Januari 2025 - Juni 2025. Populasi penelitian berjumlah 5 orang pasien TB Paru. Sampel penelitian 1 orang diambil dengan teknik *purposive sampling*. Metode pengumpulan data yang dilakukan adalah wawancara, pengukuran, observasi, dan dokumentasi.

Hasil penelitian didapatkan pasien sesak napas, batuk berdahak, demam, dan penurunan nafsu makan. Diagnosa keperawatan yang ditemukan yaitu Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d Sekresi yang tertahan, pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas, hipertermi b.d proses penyakit, defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme. Intervensi keperawatan yaitu latihan batuk efektif, fisioterapi dada, manajemen jalan nafas, kompres hangat, manajemen nutrisi. Evaluasi keperawatan pada diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif, pola nafas tidak efektif, hipertermi, defisit nutrisi teratasi sebagian pada hari ke 5.

Diharapkan kepada perawat ruangan dapat menggiatkan kembali intervensi batuk efektif.

Kata Kunci : Tuberkulosis Paru, Asuhan Keperawatan

Daftar Pustaka : 42 (2015-2024)
KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat- Nya, peneliti dapat menyelesaikan Tugas akhir ini. Penulisan Tugas akhir ini dilakukan sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi Diploma 3 Keperawatan Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang. Tugas akhir ini terwujud atas bimbingan dan pengarahan dari Ibu Ns. Netti, S.Kep, M.Pd, M.Kep selaku pembimbing utama dan Ibu Ns. Sila Dewi Anggreni, S.Pd, M.Kep.Sp.KMB selaku pembimbing pendamping serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu. Penulis pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Ibu Renidayati, M.Kep, Sp.Kep.Jiwa selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang yang telah membantu dalam usaha memperoleh data yang diperlukan.
2. Bapak Dr. dr. Dovy Djanas, SpOG, KFM, MARS selaku Direktur beserta staf rumah sakit RSUP.DR.M.Djamil Padang yang telah mengizinkan untuk pengambilan data dan melakukan survey awal.
3. Bapak Tasman, M.Kep, Sp, Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.
4. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang.
5. Bapak dan Ibu serta staff Jurusan Keperawatan yang telah membimbing dan membantu memberikan pengetahuan dan pengalaman selama perkuliahan.
6. Kedua orang tua yang telah banyak memberikan cinta, dukungan, serta motivasi penulis selama menyusun proposal tugas akhir hingga selesai dengan lancar dan baik.
7. Sahabat yang ikut memberi masukan dan motivasi dalam penyusunan tugas akhir.

Dalam penulisan Tugas akhir ini peneliti menyadari masih banyak terdapat kekurangan, sehingga penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari pembaca demi kesempurnaan Tugas akhir. Akhir kata, peneliti berharap berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Tugas akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Padang, Juni 2025

Peneliti

DAFTAR ISI

KARYA TULIS ILMIAH.....	i
PERSETUJUAN PEMBIMBING.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORSINALITAS.....	iv
PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT.....	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vi
ABSTRAK	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan	5
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Konsep Dasar Penyakit TB Paru.....	8
1. Pengertian	8
2. Etiologi.....	8
3. Klasifikasi	10
4. Menifestasi Klinis.....	13
6. WOC	18
7. Komplikasi.....	20
8. Pemeriksaan Penunjang	21
9. Penatalaksanaan Medis.....	23
B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien TB Paru.....	28
1. Pengkajian.....	28

2. Diagnosa Keperawatan	31
3. Perencanaan keperawatan	32
4. Implementasi keperawatan	39
5. Evaluasi keperawatan	40
BAB III METODE PENELITIAN	41
A. Desain Penelitian	41
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	41
C. Populasi dan Sampel.....	41
D. Alat dan Instrument Pengumpulan Data.....	42
E. Jenis-Jenis Data.....	43
f. Teknik Pengumpulan Data.....	43
G. Prosedur Pengambilan Data.....	45
H. Rencana Analisis	45
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	47
A. Hasil Penelitian	47
B. Deskripsi Kasus.....	47
C. Pembahasan Kasus	54
BAB V PENUTUP	68
A. Kesimpulan	68
B. Saran.....	69
DAFTAR PUSTAKA	71
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Dosis panduan OAT KDT Kategori 1 pada pasien TB dewasa	24
Tabel 2.2 dosis panduan OAT Kombipak kategori 1 pada TB dewasa.....	25
Tablet 2.3 Dosis Panduan OAT KDT Kategori 2 pada TB dewasa.....	26
Tabel 2.4 Dosis panduan OAT Kombipak kategori 2 pada TB dewasa.....	27
Tabel 2. 5 Efek samping Berat dan Penatalaksanaan	27
Efek Samping 2.6 Ringan dan Penatalaksanaan	28
Tabel 2.7 Intervensi Keperawatan	32

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Tugas akhir (Gantt Chart)

Lampiran 2 Lembar Konsultasi Proposal Pembimbing 1

Lampiran 3 Lembar Konsultasi Proposal Pembimbing 2

Lampiran 4 Surat Izin Survey Awal Pengambilan Data dari Institusi Poltekkes
Kemenkes Padang

Lampiran 5 Surat Izin Pengambilan Data Awal dari RSUP DR.M. Djamil Padang

Lampiran 6 Surat Persetujuan (*Informed Consent*)

Lampiran 7 Format Pengkajian Keperawatan TB Paru

Lampiran 8 Surat izin penelitian dari akademik

Lampiran 9 Surat izin penelitian dari rumah sakit

Lampiran 10 Daftar hadir penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkulosis paru atau TB paru merupakan penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini umumnya menyerang paru-paru, namun dapat menyebar ke bagian tubuh lainnya.¹ Tuberkulosis paru juga merupakan penyakit menular yang bertahan lama. Bakteri ini biasa dikenal Basil Tahan Asam (BTA) karena berbentuk batang dan tidak mengandung asam. Sebagian besar kuman TB paru menginfeksi parenkim paru dan menyebabkan TB paru. Namun, bakteri ini juga dapat menginfeksi pleura, kelenjar limfe, tulang, dan organ ekstra paru lainnya.²

Menurut WHO (*World Health Organization*) tahun 2023 Angka kejadian TB Paru pada tahun 2022 sekitar 724.000 didapatkan kasus baru . Pada tahun 2023 mengalami peningkatan sebanyak 809.000 kasus baru, dan mengalami kenaikan sekitar 11,7% dibandingkan dengan tahun 2022. Angka kematian pada tahun 2022 mencapai 50%. Pada tahun 2023 diperkirakan menjadi 1.060.000 kasus TB Paru nasional. Angka kesembuhan TB Paru baru sekitar 90%, dan angka kematian pada tahun 2023 mencapai 134.000 jiwa.³

Tuberkulosis masih menjadi salah satu penyebab utama kematian akibat penyakit menular di dunia.⁴ Faktor-faktor risiko yang dapat meningkatkan penularan penyakit TB Paru antara lain dipengaruhi oleh kebiasaan merokok, status gizi yang buruk, kontak dengan penderita TB Paru, kepadatan huniaan, serta ventilasi atau pencahayaan yang kurang baik.⁵ Gejala utama penderita TB Paru adalah batuk berdahak yang berlangsung selama dua minggu atau lebih. Batuk ini bisa disertai dengan gejala tambahan seperti dahak bercampur darah, sesak napas, tubuh lemah, penurunan nafsu makan dan berat badan, rasa tidak nyaman, berkeringat di

malam hari tanpa aktivitas fisik, serta demam ringan yang berlangsung lebih dari satu bulan.⁶ Sedangkan Berdasarkan Penelitian Kristini dan Hamidah (2020) dari 70 orang sampel 37 orang (52,9%) laki laki dan 33 orang (47,1%) Perempuan yang terduga TB Paru sebanyak 5 orang (7,1 %) gejala TB Paru diantaranya nafsu makan menurun sebanyak 1,4 %, batuk berdahak lebih lebih 2 minggu 7,1%, badan terasa lemas 1,4%.⁷

Dampak TB Paru ke kualitas hidup pasien TB Paru sangat berpengaruh. Dampak secara fisik yaitu, penurunan berat badan yang signifikan, nyeri, kelemahan dan kelelahan fisik serta kurangnya kemampuan aktivitas sehari hari, dan gangguan istirahat dan tidur. Selain itu, tuberkulosis paru-paru juga dapat menyebabkan kerusakan jaringan paru-paru, yang mengakibatkan penurunan kapasitas paru-paru secara permanen.⁸ Pasien TB Paru juga memiliki kondisi psikologis yang baik dan percaya bahwa penyakit mereka bisa disembuhkan asalkan rutin minum obat dan mengikuti arahan dokter.⁹

TB Paru juga dapat menyebabkan beberapa komplikasi, seperti batuk darah, pneumotoraks, efusi pleura, emfisema, lulu paru, dan penyebaran ke organ lain. Komplikasi ini lebih banyak terjadi pada pasien yang tidak diobati, namun beberapa dapat muncul selama atau setelah pengobatan.¹⁰

Pada tahun 2022, penyakit ini menyebabkan sekitar 1,30 juta kematian di seluruh dunia. Sekitar 85% kasus Tuberkulosis paru dapat disembuhkan. Pada tahun yang sama, terdapat 7,5 juta kasus baru *tuberculosis* paru yang terdiagnosis. Sebanyak 87% dari total kasus global berasal dari 30 negara dengan beban TB Paru tertinggi India (27%), Indonesia (10%) berada pada urutan kedua, dan yang paling rendah Republik Demokratik Kongo (3%). Di tahun yang sama, 55% pasien TB Paru adalah laki-laki, 33% perempuan, dan 12% anak-anak usia 0-14 tahun.¹¹

Menurut SKI (Survey Kesehatan Indonesia) tahun 2023 Prevalensi TB Paru di Indonesia sebanyak 877,531 kasus, Provinsi paling banyak yaitu Jawa Barat sebanyak 47% dengan jumlah 156.997 kasus , dan Sumatra barat dengan jumlah 18. 138 kasus berada pada urutan ke 10 , yang paling rendah yaitu Papua Selatan dengan jumlah 1.684 kasus. Ditahun 2023 hasil Riset Kementrian Kesehatan Indonesia, menyebutkan bahwa jumlah prevalensi jenis kelamin Laki-laki lebih tinggi dibanding perempuan sebanyak 443.261 kasus laki-laki dan Perempuan sebanyak 434.270 kasus.¹²

Badan Pusat Statistik Provinsi Sumatera Barat (2023) di dapatkan prevelensi TB Paru tahun 2022 di Sumatra Barat yaitu paling tinggi di Bukittinggi sebanyak 60,9% Kasus, dan Kota Padang ditemukan sebanyak 59,9% kasus, dan yang paling rendah Kota Sawah Lunto Sebanyak 19,0% kasus, dengan rata-rata semua 47,8 % kasus. Sedangkan tahun 2023 Prevalensi TB Paru paling tinggi berada di kota Pariaman sebanyak 109 % kasus dan kota Padang 67 % kasus , yang paling rendah kota bukitinggi 11% kasus, dengan rata-rata semua sebanyak 61% kasus.¹³

Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan TB Paru, perawat perlu melakukan pemantauan yang cermat terhadap status kesehatan pasien, termasuk memeriksa gejala klinis seperti batuk, sesak napas, dan demam. Perawat juga bertanggung jawab untuk memastikan kepatuhan pasien terhadap pengobatan dengan mengedukasi pentingnya terapi jangka panjang dan menghindari penghentian obat secara tiba-tiba yang dapat menyebabkan resistensi. Selain itu, perawat juga memberikan asuhan keperawatan yaitu melakukan pengkajian, menegakan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.¹⁴

Konsep Asuhan keperawatan pada pasien TB Paru yang dilakukan Azwar 2021 tentang Ansietas Pasien TB Paru di dapatkan Masalah keperawatan

yang muncul adalah bersihan jalan nafas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, nyeri akut, dan hipertermia, dan intervensi keperawatan yang dilakukan mengajarkan batuk efektif, pemantauan respirasi, manajemen hipertermia dan manajemen nutrisi.¹⁵

Keluhan yang banyak ditemukan pada pasien TB Paru adalah batuk berdahak dan sesak nafas, dan demam Berdasarkan hasil penelitian (Azzahra 2024) tentang asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien *Tuberculosis Paru* di ruangan rawat inap Paru RSUP Dr. Mdjamil Padang permasalahan yang ditemukan yang ditemukan bersihan jalan nafas tidak efektif, gangguan pertukaran gas. Intervensi yang dilakukan Memanajem jalan nafas dan pemantauan respirasi.¹⁶ Sedangkan menurut Penelitian (Sucita 2023) tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Tuberkulosis Paru di ruang penyakit dalam Rumah Sakit Reaksodiryo Padang permasalahan yang muncul yaitu Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif, Hipertermia, Defisit Nutrisi, Hipovolemia, dan Intervensi yang dilakukan adalah Latihan batuk efektif, Manajemen jalan nafas, manajemen hipertermia dan manajemen nutrisi.¹⁷

Kota Padang memiliki beberapa rumah sakit yang memiliki layanan sebagai pengobatan pasien TB Paru, salah satu yaitu RSUP Dr. M. Djamil Padang. Berdasarkan data yang peneliti peroleh dari rekam medik RSUP Dr. M. Djamil Padang, angka kejadian TB Paru dari tahun 2022-2023, tercatat pada 2022 ada sebanyak 329 orang dirawat dengan TB Paru, pada tahun 2023 tercatat ada 269 orang yang dirawat dengan TB Paru. Berdasarkan data yang di dapat pada bulan September sampai November tahun 2024 tercatat pasien sebanyak 66 orang. Dari data yang diperoleh, dapat dilihat bahwa jumlah pasien dengan menderita TB Paru dari tahun ke tahun mengalami penurunan.

Berdasarkan Survey awal yang dilakukan pada tanggal 3 Desember 2024 di Ruang Rawat Inap Paru RSUP DR M.Djamil Padang, terdapat 6 orang pasien TB Paru, 2 orang TB MDR (*Multi Drug Resisten*), 2 TB Primer, dan 2 orang susp TB Paru. Pasien terdiri dari 4 Laki-Laki dan 2 Perempuan. Saat dilakukan wawancara pada salah satu pasien pasien mengeluh sesak nafas, Batuk, Badah terasa lemah, Pasien terpasang NRM 5L dan infus Nacl. Pasien mengatakan baru mengetahui terkena TB Paru ini sekitar 2 minggu, Pasien Rujukan dari RS dr. Reksodiwiryono Padang. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan dengan salah satu perawat masalah keperawatan yang diangkat yaitu, Bersihan Jalan Nafas dan Pola Nafas Tidak Efektif. Perawat juga mengatakan Tindakan keperawatan yang telah dilakukan yaitu Mengajarkan batuk efektif, menyarankan minum air panas, dan Memposisikan Pasien Fowler dan Semi fowler.

Berdasarkan uraian fenomena di atas maka peneliti telah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus *Tuberkulosis* Paru di ruangan Paru RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan pada pasien *Tuberkulosis* Paru di Ruang Paru RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025”

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Mendeskripsikan Asuhan Keperawatan pada pasien TB Paru di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan hasil pengkajian keperawatan dengan pasien TB Paru di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025.

- b. Mendeskripsikan rumusan diagnosis keperawatan pada pasien dengan TB Paru di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025.
- c. Mendeskripsikan intervensi keperawatan pada pasien dengan TB Paru di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025.
- d. Mendeskripsikan implementasi keperawatan pada pasien dengan TB Paru di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025.
- e. Mendeskripsikan hasil evaluasi keperawatan pada pasien dengan TB Paru di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025.

D. Manfaat Penelitian

1. Aplikatif

a. Bagi Peneliti

Dapat menambah pengetahuan dan wawasan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien *Tuberkulosis Paru* serta melatih kemampuan dalam melakukan penelitian keperawatan.

b. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini di harapkan dapat menjadi pembanding dan mendorong perawat dalam menerapkan kualitas pelayanan keperawatan terhadap kasus *Tuberkulosis Paru*.

c. Bagi Institusi Poltekkes Kemenkes Padang

Diharapkan dapat dijadikan sebagai pengembangan ilmu mahasiswa Prodi D III Keperawatan Padang pada Pasien dengan Tuberkulosis Paru penelitian selanjutnya.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian yang di peroleh ini dapat menjadi data dasar pada penelitian selanjutnya tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan *Tuberkulosis paru*

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit TB Paru

1. Pengertian

TB paru adalah infeksi kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yang menyerang jaringan parenkim paru. Bakteri aerob *Mycobacterium tuberculosis* sering menginfeksi jaringan yang memiliki kandungan oksigen tinggi. *Mycobacterium tuberculosis* adalah batang gram positif tahan asam yang dapat diidentifikasi melalui pewarnaan asam mikroskopis yang disebut Basil Tahan Asam (BTA). Di dalam dinding sel *Mycobacterium tuberculosis* terdapat banyak lipid dan lapisan peptidoglikan yang tebal mengandung asam mikolik. Akibatnya, pertumbuhan *Mycobacterium tuberculosis* menjadi lebih lambat. Sebaliknya, hal ini dapat menyebabkan *Mycobacterium tuberculosis* menjadi sangat resisten terhadap enzim lisosom host.¹⁸

Mycobakterium tuberculosis dikenal sebagai *tuberkulosis*, yang ditandai dengan pembentukan granuloma pada jaringan yang terinfeksi. *Mycobacterium tuberculosis* adalah kuman aerob yang dapat hidup di paru-paru dan bagian tubuh lainnya yang berada di bawah tekanan parsial tinggi.¹⁹

2. Etiologi

Penyakit tuberkulosis atau TB Paru adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri berbentuk basil yang disebut *Mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini dapat menyebar melalui ludah atau dahak pasien yang mengandung basil tuberkulosis paru. Penyakit TB Paru biasanya menular melalui udara yang tercemar oleh bakteri *Mikobakterium tuberkulosis* yang dilepas oleh orang yang batuk, dan

sumber infeksi pada anak-anak biasanya berasal dari penderita TB Paru dewasa. Infeksi *Mycobacterium tuberculosis* dapat menginfeksi hampir seluruh tubuh seperti paru-paru, otak, ginjal, saluran pencernaan, tulang, kelenjar getah bening, dan lain-lain. Namun, bakteri ini berkembang biak menjadi banyak jika sering masuk dan terkumpul di dalam paru-paru, terutama pada orang yang tidak memiliki daya tahan tubuh yang kuat.¹⁹

Mycobacterium tuberculosis adalah bakteri yang menyebabkan TB Paru menyebar dengan cara yang sama dengan flu: penderita batuk atau bersin dan orang lain menghirup droplet yang mengandung bakteri TB. Namun, penyakit ini tidak mudah menular. Tidak boleh terlibat dalam waktu beberapa jam dengan orang yang terinfeksi. Misalnya, infeksi TB Paru biasanya menyebar antar anggota keluarga. Jika seseorang berada di bus atau kereta api, sangat tidak mungkin mereka akan terinfeksi. Selain itu, tidak semua orang yang menderita tuberkulosis dapat menyebarkan infeksi. Anak-anak yang menderita tuberkulosis atau individu yang menderita tuberkulosis yang terjadi di luar paru-paru, juga dikenal sebagai tuberkulosis ekstrapulmoner, tidak dapat menyebarkan tuberkulosis kepada orang lain.¹

Faktor- faktor yang dapat meningkatkan resiko terjadinya TB Paru.²⁰ :

a. Kuman Penyebab TB :

- 1) Pasien TB dengan BTA positif lebih rentan terhadap penularan daripada pasien TB dengan BTA negatif.
- 2) Jumlah kuman yang ada dalam percikan dahak meningkatkan risiko penularan.
- 3) Risiko terpapar kuman meningkat seiring dengan lama dan sering terpapar dengan kuman.

b. Faktor individu yang bersangkutan :

Beberapa faktor individu yang dapat meningkatkan kemungkinan terkena tuberkulosis adalah sebagai berikut :

1) Faktor usia dan jenis kelamin :

- a) Kelompok usia dewasa muda, yang juga merupakan kelompok usia produktif, adalah kelompok yang paling rentan terhadap tuberkulosis.
- b) Menurut hasil survei prevalensi tuberkulosis, laki-laki lebih rentan terhadap tuberkulosis daripada wanita.

2) Daya tahan tubuh :

Jika daya tahan tubuh seseorang menurun karena berbagai alasan, seperti usia lanjut, ibu hamil, HIV/AIDS, diabetes mellitus, atau kekurangan gizi, maka lebih rentan terinfeksi *Mycobacterium tuberculosis*.

3) Perilaku :

- a) Batuk dan cara pembuangan dahak pada pasien TB Paru tidak sesuai etika maka akan meningkatkan penularan .
- b) Merokok meningkatkan resiko terkena TB Paru.
- c) Sikap dan perilaku pasien TB Paru tentang penularan dan bahaya, serta cara pengobatannya.

4) Status sosial ekonomi :

TB Paru biasanya banyak menyerang kelompok sosial ekonomi yang lemah .

c. Faktor lingkungan :

- 1) Lingkungan perumahan yang padat dan kumuh juga memudahkan penularan TB.
- 2) Ruang dengan sirkulasi udara yang kurang baik tanpa cahaya matahari juga akan meningkatkan penularan

3. Klasifikasi

Klasifikasi TB Paru terbagi atas beberapa bagian.⁶ :

Dua kategori utama kasus *tuberculosis* adalah sebagai berikut :

- a. Pasien tuberculosis terkonfirmasi bakteriologis: pasien tuberculosis dimana pemeriksaan bakteriologis menunjukkan bahwa ada infeksi kuman *tuberculosis*. Di antaranya adalah pasien
 - 1) *Tuberculosis* Paru yang memiliki hasil Basil Tahan Asam positif.
 - 2) Pasien TB paru hasil biakan *Mycobacterium tuberculosis* positif.
 - 3) Pasien *Tuberculosis* Paru yang memiliki hasil tes cepat *Mycobacterium tuberculosis* positif.
 - 4) Pasien *Tuberculosis* ekstra paru yang terkonfirmasi secara bakteriologis melalui Basil Tahan Asam, biakan, dan uji cepat dari contoh jaringan yang terkena.
 - 5) *Tuberculosis* pada anak-anak yang terdiagnosis melalui pemeriksaan bakteriologis.
- b. Pasien tuberculosis terdiagnosis secara klinis. Didalam klasifikasi ini termasuk :
 - 1) Pasien *Tuberculosis* Paru Basil Tahan Asam negatif dengan hasil foto toraks yang mendukung tuberculosis.
 - 2) Pasien *Tuberculosis* Paru Basil Tahan Asam negatif dengan tidak ada perbaikan klinis setelah diberikan antibiotika non-OAT.
 - 3) Pasien *Tuberculosis* ekstra paru yang terdiagnosis secara klinis maupun laboratoris dan histopatologis tanpa bukti bakteriologis.

- 4) Pasien *Tuberkulosis* anak yang terdiagnosis melalui sistem skoring.

Terdapat beberapa klasifikasi yang dapat digunakan untuk memudahkan komunikasi antara petugas kesehatan dan pencatatan data, berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis :

- a. Mereka diklasifikasikan berdasarkan tempat infeksi :
 - 1) TB paru : tuberkulosis yang terjadi di parenkim paru. TB milier dianggap sebagai TB paru karena melibatkan kerusakan pada jaringan paru. Pasien TB yang menderita tuberkulosis paru dan ekstraparu pada saat yang sama diklasifikasikan sebagai tuberkulosis paru.
 - 2) TB ekstra paru : Tuberkulosis ekstra paru dapat terjadi pada organ selain paru, seperti pleura, kelenjar limfatik, abdomen, saluran kencing, saluran cerna, kulit, meninges, dan tulang. Jika ada beberapa tuberkulosis ekstraparu yang terjadi pada beberapa organ yang berbeda, mereka diklasifikasikan dengan menyebutkan organ mana yang terkena dampak tuberkulosis terberat.
- b. Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya :
 - 1) Kasus baru TB :
kasus yang belum pernah mengonsumsi obat anti *tuberkulosis* (OAT) atau telah mengonsumsi OAT dalam jumlah total dosis dalam waktu kurang dari 28 hari.
 - 2) Kasus TB sebelumnya:
 - a) Kasus kambuh : kasus yang pernah sembuh atau menerima pengobatan lengkap tetapi saat ini didiagnosis kembali dengan TB.

- b) Kasus pengobatan gagal : kasus yang pernah menerima OAT dan mengalami kegagalan pada pengobatan terakhir.
 - c) Kasus putus obat : kasus yang telah berhenti mengonsumsi OAT selama minimal dua bulan berturut-turut.
 - d) Kasus lain : kasus yang pernah menerima OAT dan hasil pengobatan sebelumnya tidak diketahui.
- c. Hasil uji kepekaan obat diklasifikasikan menjadi kategori berikut:
 - 1) TB Sensitif Obat (TB-SO)
 - 2) TB Resistan Obat (TB-RO) :
 - a) *Monoresistan* : bakteri resisten terhadap salah satu jenis OAT lini pertama
 - b) *Resistan Rifampisin* (TB RR) : *Mycobacterium tuberculosis* resisten terhadap Rifampisin dengan atau tanpa resistensi terhadap OAT lain.
 - c) Poliresistan : bakteri resisten terhadap lebih dari satu jenis OAT lini pertama, namun tidak Isoniazid (H) dan Rifampisin (R) bersamaan.
 - d) *Multi drug resistant* (TB-MDR) : resisten terhadap Isoniazid (H) dan Rifampisin (R) secara bersamaan, dengan atau tanpa diikuti resistensi terhadap OAT lini pertama lainnya.
- d. TB dikategorikan menurut status HIV :
 - 1) TB positif
 - 2) TB negatif, atau
 - 3) TB yang status HIV nya tidak diketahui

4. Manifestasi Klinis

Pada sejumlah penderita gejala yang timbul tidak jelas sehingga diabaikan bahkan asimtomatik. Gambaran klinik tuberkulosis dapat dibagi menjadi 2 golongan gejala respiratorik dan gejala sistematis. Pada sejumlah penderita gejala yang timbul tidak jelas sehingga diabaikan bahkan asimtomatik. Gambaran klinik tuberkulosis dapat dibagi menjadi 2 golongan gejala respiratorik dan gejala sistematis.

a. Gejala Respiratorik

1) Batuk

Gejala batuk timbul paling dini dan gejala ini banyak ditemukan. Batuk terjadi karena adanya iritasi pada bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk-produk radang keluar. Sifat batuk dimulai dari batuk kering (nonproduktif) kemudian setelah timbul peradangan menjadi produktif (menghasilkan sputum), ini terjadi lebih dari tiga minggu.

2) Batuk Darah

Ini terjadi karena terdapat pembuluh darah yang pecah. Darah yang dikeluarkan dalam dahak bervariasi, mungkin tampak berupa garis atau bercak-bercak darah, gumpalan darah atau darah segar dalam jumlah sangat banyak. Berat ringannya batuk darah tergantung dari besar kecilnya pembuluh darah yang pecah.

3) Sesak Nafas

Sesak nafas ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut, dimana infiltrasinya sudah setengah bagian dari paru-paru. Gejala ini ditemukan bila kerusakan parenkim paru sudah luas atau karena ada hal-hal yang menyertai seperti efusi pleura, pneumothoraks, dan lain-lain.

4) Nyeri Dada

Nyeri dada pada tuberculosis termasuk nyeri pleurik yang ringan. Gejala ini timbul apabila system persyarafan di pleura terkena.

b. Gejala Sistemik

1) Demam

Demamnya biasanya menyerupai influenza, tapi kadang panas bahkan dapat mencapai 40-41°C. Keadaan tersebut dapat dipengaruhi daya tahan tubuh penderita dan berat ringannya infeksi kuman tuberculosis yang masuk. Demam merupakan gejala yang sering dijumpai biasanya timbul pada sore dan malam hari, hilang timbul dan makin lama makin panjang serangannya.

2) Gejala Sistemik Lainnya

Gejala lainnya adalah keringat malam, anoreksia, penurunan berat badan serta malaise (gejala malaise sering ditemukan berupa tidak ada nafsu makan, sakit kepala, meriang, nyeri otot, dan lain-lain). Timbulnya gejala biasanya gradual dalam beberapa minggu-bulan, akan tetapi penampilan akut dengan batuk, panas, sesak nafas walaupun jarang dapat juga timbul menyerupai gejala pneumonia

5. Patofisiologi

Setelah seseorang menghirup *Mycobakterium Tuberkolosis*, bakteri ini kemudian menyebar melalui mukosiliar saluran pernafasan dan akhirnya sampai ke alveoli, atau paru-paru. Di dalam paru-paru, kuman disebut Focus Ghon berkembang biak di kelenjar limfe basil dan kemudian mencapai kelenjar limfe hilus. Di sana, kompleks primer terbentuk dari Focus Ghon dan limfe denopati hilus, yang memungkinkan basil untuk menyebar melalui pembuluh darah ke seluruh tubuh.

Karena gumpalan yang lebih besar cenderung tertahan di rongga hidung dan tidak menyebabkan penyakit, mikobakterium tuberkulosis yang mencapai permukaan alveoli biasanya diinhalasi sebagai unit yang terdiri dari satu sampai tiga basil. Bakteri *Mycobakterium Tuberkulosis* ini menyebabkan peradangan setelah berada di ruang alveolus di bagian bawah lobus atau di bagian atas lobus. Lekosit polimorfonuklear muncul di lokasi tersebut dan memfagosit bakteri, tetapi tidak membunuh organisme.

Sejak hari pertama, makrofag menggantikan lekosit. Alveoli yang terserang akan konsolidasi dan menunjukkan gejala pneumonia akut. Pneumonia seluler ini dapat sembuh dengan sendirinya tanpa merusak jaringan paru-paru. Selain itu, proses ini dapat berlanjut dan bakteri terus berkembang biak atau difagosit di dalam sel. Bakteri juga menyebar melalui kelenjar limfe di wilayah tersebut.

Makrofag yang terinfiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu untuk membentuk sel tuberkel epiteloid yang dikelilingi oleh limfosit. Reaksi biasanya berlangsung antara sepuluh dan dua puluh hari. Daerah yang mengalami nekrosis kaseosa dan jaringan granulasi di sekitarnya yang terdiri dari epilteloid dan fibroblast menunjukkan reaksi yang berbeda. Jaringan granulasi menjadi lebih fibrosa dan membentuk jaringan parut yang akhirnya membentuk kapsul di sekitar tuberkel.

Lesi primer paru : fokus ghon dan gabungan terserang kelenjar limfe regional dan lesi primer disebut komplek ghon. Komplek ghon yang mengalami perkapuran dapat dilihat pada orang sehat yang menjalani pemeriksaan radiogram rutin. Pencairan adalah respons tambahan pada daerah nekrosis, di mana cairan lepas ke bronkus dan menyebabkan kavitas.

Percabangan treakeobronkial menerima materi tuberkular yang dilepaskan dari dinding kavitas. Bakteri *Mycobakterium Tuberkolosis* dapat masuk ke laring, telinga tengah, atau usus, atau proses ini dapat terulang pada bagian lain dari paru-paru. Dengan sendirinya, kavitas kecil dapat menutup dan meninggalkan jaringan parut fibrosa. Setelah peradangan mereda, lumen bronkus dapat menyempit dan tertutup oleh jaringan parut yang terletak di dekat batas bronkus.

Bahan perkejuan dapat mengental sehingga tidak dapat mengalir melalui saluran yang ada. Lesi yang timbul seperti lesi berkapsul yang tidak terlepas. Keadaan ini tidak dapat menyebabkan gejala yang berkelanjutan atau membuat hubungan dengan bronkus dan menjadi lokasi peradangan yang aktif. Penyakit dapat menyebar melalui pembuluh darah atau saluran limfe, yang dikenal sebagai limfohematogen.

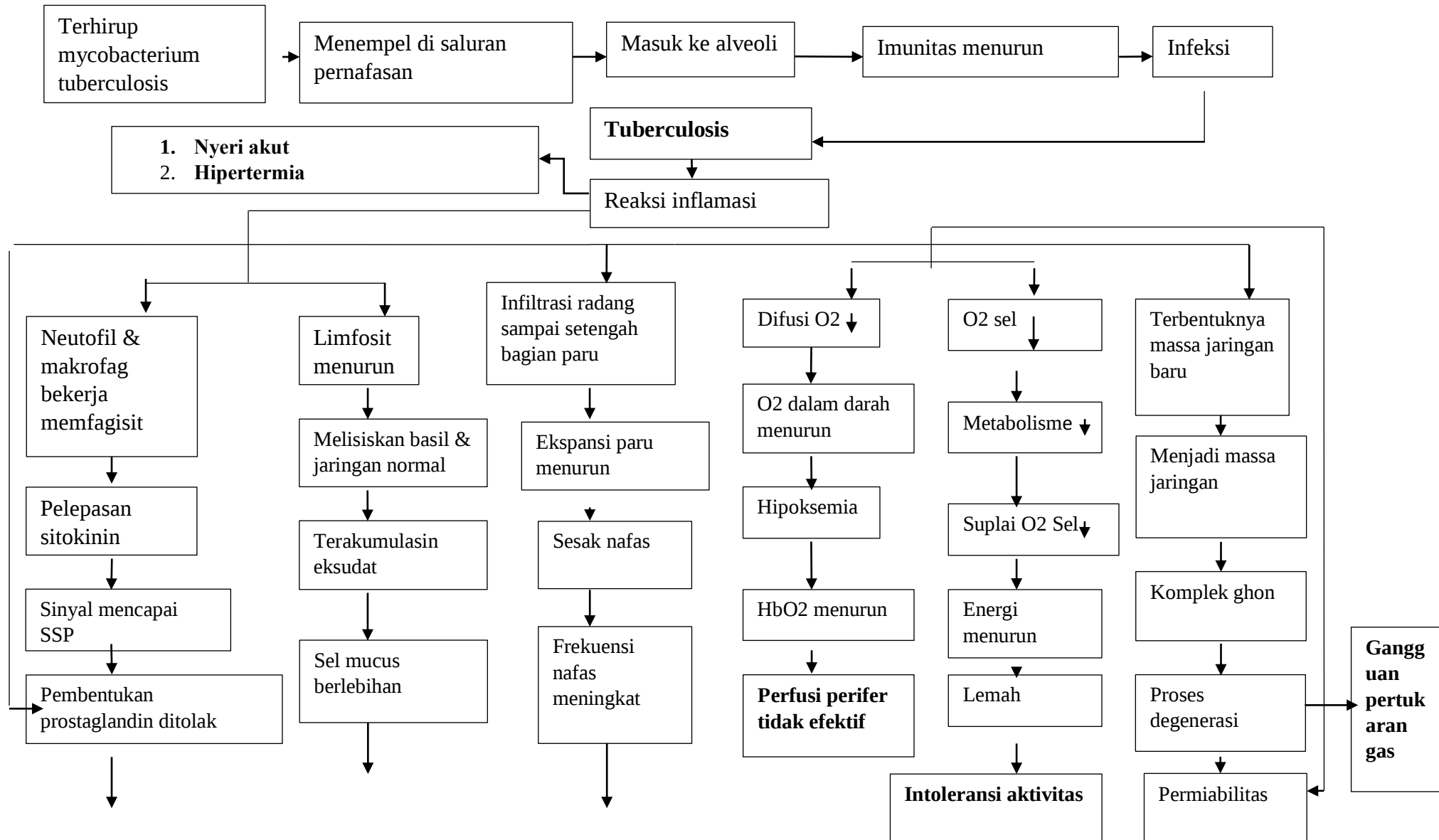
Setelah organisme keluar dari kelenjar limfe, ia dapat masuk ke aliran darah dalam jumlah yang lebih kecil, yang kadang-kadang dapat menyebabkan kerusakan pada berbagai organ lain (ekstrapulmoner). Penyebaran hematogen, suatu kondisi akut yang biasanya menyebabkan tuberkulosis milier, terjadi. Ini terjadi ketika fokus nekrotik merusak pembuluh darah, memungkinkan banyak organisme masuk ke dalam sistem vaskuler dan pergi ke organ tubuh.

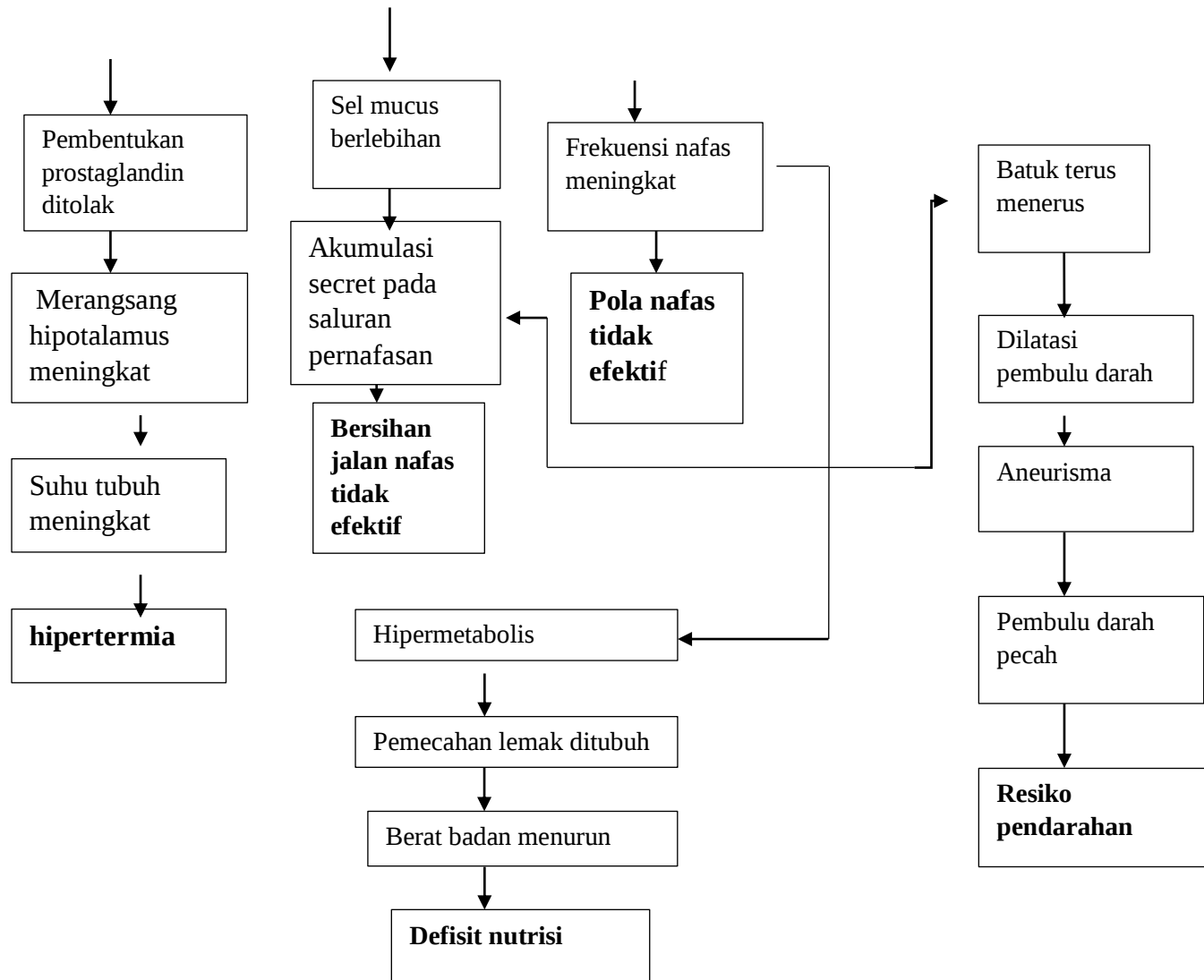
Perjalanan penyakit ditentukan oleh banyaknya basil TB Paru dan kemampuan daya tahan tubuh seseorang: sebagian besar respons imun tubuh dapat mencegah penyebaran kuman, tetapi beberapa basil TB Paru menjadi kuman Dorman. Kuman kemudian menyebar melalui jaringan sekitar, bronkogen ke paru-paru sebelahnya, dan hematogen dan limfogen ke organ lain seperti tulang, ginjal, dan otak.

Setelah beberapa bulan atau tahun setelah infeksi pertama, kuman Dorman kembali ke jaringan setelah mengalami multiplikasi. Ini terjadi karena daya tahan tubuh yang menurun atau lemah. Reinfeksi dapat terjadi jika ada sumber infeksi, jumlah basil yang cukup, virulensi kuman yang tinggi, dan daya tahan tubuh yang menurun.²¹

6. WOC

Sumber : (Fitriani & Rita D.P, 2020), (Tim Pokja SDKI PPNI, 2018)²²





7. Komplikasi

TB Paru dapat fatal jika tidak diobati. Penyakit aktif yang tidak diobati biasanya menyerang paru-paru, tetapi dapat menyebar melalui aliran darah ke bagian tubuh lain. Komplikasi tuberkulosis meliputi.¹:

- a. Nyeri tulang belakang : Nyeri punggung dan kekakuan adalah komplikasi yang umum.
- b. Kerusakan sendi : Pinggul dan lutut adalah bagian tubuh yang paling sering terkena *arthritis tuberkulosis*.
- c. Infeksi yang menyerang meningen, atau meningitis: Hal ini dapat menyebabkan sakit kepala yang berlangsung lama atau sakit kepala berminggu-minggu.
- d. Masalah dengan ginjal atau hati: Ginjal dan hati menyaring kotoran dan limbah dari aliran darah. Tuberkulosis hati atau ginjal mengganggu fungsi ini.
- e. Penyakit jantung : *Tuberkulosis* dapat menginfeksi jaringan yang mengelilingi jantung, menyebabkan pembengkakan dan tumpukan cairan, yang merupakan kondisi yang jarang terjadi. Akibatnya, jantung tidak dapat memompa dengan baik.

Sedangkan Menurut (Jainurakhna 2018) komplikasi TB Paru terdiri atas²³:

- a. *Pneumothrak* karna *fibrosis* pecah, empiema, pleuritis, dan efusi pleura
- b. *Experimental tuberculosis*
- c. *Broncogenik Karsinoma*
- d. *Pulmonal kor* (jantung kelainan berupa pembesaran jantung kanan akibat paru kelainan)

8. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Penunjang TB Paru terbagi atas²⁴ :

a). Pemeriksaan Laboratorium :

- 1) Kultur sputum menunjukkan adanya *Mycobacterium tuberculosis* pada tahap aktif penyakit.
- 2) *Ziehl-Neelsen*, yang dilakukan dengan cepat pada gelas kaca untuk usapan cairan darah: menunjukkan basil asam dengan cepat.
- 3) Tes kulit (*Mantoux, potongan Vollmer*) : reaksi positif (area indurasi 10 mm atau lebih besar, terjadi 48-72 jam setelah injeksi intradermal antigen), menunjukkan adanya infeksi masa lalu dan antibodi. Namun, hasil ini tidak selalu menunjuk Reaksi signifikan pada pasien yang secara klinis sakit menunjukkan bahwa tuberkulosis aktif disebabkan oleh berbagai mikobakterium.
- 4) Histologi atau kultur jaringan (termasuk biopsi kulit, pembersihan gaster, urine dan cairan serebrospinal): menunjukkan adanya *Mycobacterium tuberculosis*.
- 5) Biopsi jarum pada jaringan paru: menunjukkan granuloma TB; sel raksasa menunjukkan nekrosis.
- 6) Elektrolit : dapat tidak normal tergantung pada lokasi dan beratnya infeksi; contohnya, *tuberkulosis paru* kronis luas dapat mengalami hiponatremia karena retensi air yang tidak normal.
- 7) Periksa fungsi paru: kapasitas vital yang menurun, peningkatan kapasitas paru total dan rasio udara residu, dan penurunan saturasi oksigen sekunder terhadap *infiltrasi* parenkim atau fibrosis, kehilangan jaringan paru, dan penyakit pleural.

b). Pemeriksaan Radiologis :

- 1) Foto thorak: Ini dapat menunjukkan effusi cairan, infiltrasi lesi awal pada area paru atas, atau simpanan kalsium yang telah sembuh dari lesi pertama. Perubahan menunjukkan bahwa TB dapat mencakup rongga dan area fibrosa lebih luas.

b. Menurut Agustin tahun 2018 Pemeriksaan penunjang TB Paru terdiri atas²⁰ :

a). Pemeriksaan Dahak

1).Pemeriksaan dahak mikroskopis langsung:

Pemeriksaan dahak berfungsi untuk menegakkan diagnosis, menilai keberhasilan pengobatan dan menentukan potensi penularan. Pemeriksaan dahak untuk penegakan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 3 contoh uji dahak yang dikumpulkan dalam dua hari kunjungan yang berurutan berupa: Dahak Sewaktu-Pagi-Sewaktu (SPS) :

- a) S (Sewaktu) : dahak ditampung pada saat terduga pasien TB Paru datang berkunjung pertama kali ke fasyankes.
- b) (Pagi) : dahak ditampung dirumah pada pagi hari kedua segera setelah bangun tidur.
- c) S (Sewaktu) : dahak ditampung di faskes pada hari kedua saat menyerahkan dahak pagi.

2). Pemeriksaan biakan untuk identifikasi *Mycobacterium tuberculosis* dimaksudkan untuk menegakkan diagnosis pasti TB pada pasien tertentu, misal :

- a) Pasien TB ekstra paru.
- b) Pasien TB anak.

- c) Pasien TB dengan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis langsung BTA negatif.

b) Pemeriksaan Uji Kepekaan Obat :

Uji kepekaan obat bertujuan untuk menentukan ada tidaknya resistensi *Mycobacterium tuberculosis* terhadap OAT. Untuk menjamin kualitas hasil pemeriksaan, uji kepekaan obat tersebut harus dilakukan oleh laboratorium yang telah tersertifikasi.

9. Penatalaksanaan Medis

Menurut Anwar 2023 menjelaskan penatalaksanaan medis pada pasien paru Dalam pengobatan TB Paru dewasa, regimen biasanya terdiri dari obat lini pertama seperti isoniazid (INH), rifampisin (R), pirazinamid (Z), etambutol (E), dan streptomisin (S) selama dua bulan pertama, kemudian fase lanjutan dengan INH dan R selama empat bulan. Untuk pengobatan tuberkulosis pada kondisi tertentu, seperti tuberkulosis yang kebal obat secara ekstensif (XDR-TB) atau tuberkulosis yang resisten terhadap berbagai obat (MDR-TB), obat lini kedua berbeda dari obat lini pertama karena mungkin kurang efektif dibandingkan obat lini pertama (seperti asam aminosalisilat), memiliki efek samping toksik (seperti sikloserin), atau mungkin tidak tersedia di banyak negara berkembang¹⁵.

Panduan OAT yang digunakan di Indonesia adalah sebagai berikut.¹⁵ :

- a. Kategori 1: 2(HRZE)/ 4(HR)3 atau 2(HRZE)/4(HR)
- b. Kategori 2: 2(HRZE) S/(HRZE)/ 5(HR) 3E3 atau 2 (HRZE)S/ (HRZE)/ 5(HR) E
- c. Pasien TB yang resisten terhadap obat menggunakan OAT lini kedua, yang mencakup kanamisin, kapreomisin, levofloksasin, etionamide, sikloserin, moksifloksasin.

Panduan OAT lini pertama untuk pengobatan TB dapat diberikan dalam bentuk dosis harian atau dosis intermiten, yang diberikan tiga

kali seminggu. OAT lini pertama untuk dewasa adalah sebagai berikut³:

- a. Isoniazid, dengan dosis harian 4-6 mg/kgBB/hari maksimum 300 mg/hari, dengan dosis intermiten 8-12 mg/kgBB/minggu maksimum 900 mg/minggu.
- b. Rifampisin, dengan dosis harian 8-12 mg/kgBB/minggu maksimum 600 mg/minggu.
- c. Pirazinamid, dengan dosis harian 20-30 mg/kgBB/hari, dengan dosis intermiten 30-40 mg/kgBB/minggu.
- d. Etambutol, dengan dosis harian 15-20 mg/kgBB/hari. Dosis intermiten 25-35 mg/kgBB/Minggu
- e. Streptomisin. Dosis harian 12-18 mg/kgBB/hari. Dosis intermiten 12-18 mg/kgBB/Minggu

OAT kategori 1 diberikan kepada pasien baru seperti berikut :

- a. Pasien tuberkulosis paru yang terbukti bakteriologis,
- b. Pasien tuberkulosis paru yang terdiagnosis klinis, atau
- c. Pasien tuberkulosis tambahan di paru-paru.

OAT KDT tablet dewasa mengandung dua dan empat jenis obat dalam satu tablet. Dosis disesuaikan dengan berat badan pasien dan dikemas dalam satu paket untuk setiap pasien dan satu periode pengobatan (Tabel 2.1).

Tabel 2.1 Dosis panduan OAT KDT Kategori 1 pada pasien TB dewasa¹⁵

Berat Badan	Tahap intensif setiap hari RHZE (150/75/400/257)	Tahap lanjut setiap hari RH (150/75)*	Tahap lanjut 3 kali seminggu RH (150/150)
	Selama 56 hari	Selama 16 minggu	Selama 16 minggu
30-37 kg	2 tablet 4KDT	2 tablet 2KDT	2 tablet 2KDT

38-54 kg	3 tablet 4KDT	3 tablet 2KDT	3 tablet 2KDT
55-70 kg	4 tablet 4KDT	4 tablet 4KDT	4 tablet 4KDT
>71	5 tablet 4KDT	5 tablet 4KDT	5 tablet 4KDT

Paket OAT Kombipak dewasa kategori 1 adalah paket obat lepas yang dikemas dalam botol dan terdiri dari fase intensif isoniazid 300 mg, rifampisin 450 mg, pirazinamid 500 mg, dan etambutol 250 mg, serta fase lanjutan isoniazid 300 mg dan rifampisin 450 mg (Tabel 2.2) .

Tabel 2.2 dosis panduan OAT Kombipak kategori 1 pada TB dewasa¹⁵

Tahap Pengobatan	Lama Pengobatan	Dosis per hari /kali				Jumlah hari/kali menelan obat
		Tablet isoniazid	Tablet rifampicin	Tablet pirazinamid	Tablet etambutol	
Intensif	2 bulan	1	1	3	3	56
Lanjutan	4 bulan	2	1	-	-	48

Pasien OAT kategori 2 adalah pasien BTA positif yang pernah mendapatkan pengobatan ulang (pengobatan ulang), yaitu :

- Pasien yang kambuh
- Pasien yang gagal menerima pengobatan dengan paduan OAT kategori 1 sebelumnya
- Pasien yang diobati kembali setelah putus berobat (hilang untuk pengobatan ulang).

Dosis harian OAT kategori 2 adalah {2(HRZE)S / (HRZE) / 5(HRE)} seperti table 2.3

Tablet 2.3 Dosis Panduan OAT KDT Kategori 2 pada TB dewasa³

Berat badan	Tahap Intensif setiap hari RHZE (150/75/400/75) +S	Tahap lanjutan setiap hari RHE (150/75/275)		Tahap lanjutan 3x seminggu RH (150/50) + E (400)
	Selama 56 hari	Selama 28 hari	Selama 20 minggu	Selama 20 minggu
30–37 kg	2 tab 4KDT + 500 mg streptomisin injeksi	2 tab 4KDT	2 tablet	2 tab 2KDT + 2 tab etambutol
38-54 kg	3 tab 4KDT + 750 mg streptomisin injeksi	3 tab 4KDT	3 tablet	3 tab 2KDT + 3 tab etambutol
55-70 kg	4 tab 4KDT + 1000 mg streptomisin injeksi	4 tab 4KDT	4 tablet	4 tab 2KDT + 3 tab etambutol
71 kg	5 tab 4KDT + 1000 mg streptomisin injeksi	5 tab 4KDT (>dosis maksimal)	5 tablet	5 tab 2KDT + 5 tab etambutol

Dosis harian fase awal dan dosis intermiten fase lanjutan (2(HRZE) S/(HRZE) /5(HR)3 E3) seperti tabel 2.4 .

Tabel 2.4 Dosis panduan OAT Kombipak kategori 2 pada TB dewasa¹⁵

Tahap pengobatan	Lama pengobatan	Tablet isoniazid @300mg	Kaplet rifampisin @450mg	Tablet pirazinamid @500mg	Etambutol		Streptomisin Injeksi	Jumlah hari/ kali menelan obat
					Tablet @250 mg	Tablet @400 mg		
Tahap awal (dosis harian)	2 bulan	1	1	3	3	-	0,75 g	56
	1 bulan	1	1	3	3	-	-	28
Tahap lanjutan (dosis 3x seminggu)	5 bulan	2	1	-	1	2	-	60

Tabel 2. 5 Efek samping Berat dan Penatalaksanaan²⁵ :

Efek Samping	Penyebab	Penatalaksanaan
Tidak ada nafsu makan, mual, sakit perut	H, R, Z	OAT ditelan malam sebelum tidur. Apabila keluhan tetap ada, OAT ditelan dengan sedikit makanan . Apabila keluhan semakin hebat disertai muntah, waspada efek samping berat dan segera rujuk ke dokter
Nyeri sendi	Z	Beri Paracetamol atau obat anti radang non steroid
Kesemutan hingga rasa terbakar di telapak kaki atau tangan	H	Beri vitamin B6 (piridoxin) 50-75 mg per hari
Warna kemerahan pada air seni (urine)	R	Tidak membahayakan dan tidak perlu diberi obat
Demam, menggigil, lemas, sakit kepala, nyeri tulang	R dosis intermiten	Pemberi R dirubah dari intermiten menjadi setiap hari

Efek Samping 2.6 Ringan dan Penatalaksanaan²⁶

Efek Samping	Penyebab	Penatalaksanaan
Bercak kemerahan pada kulit (rash) dengan rasa gatal	H,R,Z,S	Ikuti petunjuk penatalaksanaan dibawah
Gangguan pendengaran	S	S dihentikan
Gangguan keseimbangan	S	S dihentikan
Gangguan penglihatan	E	E dihentikan
Gagal ginjal akut	R	R dihentikan
Penurunan produksi urin	S	S dihentikan

B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien TB Paru

1. Pengkajian

a. Data Pasien :

1) Identitas Pasien.

Identitas pasien meliputi nama, umur, jenis kelamin, tempat tanggal lahir, agama, pendidikan, pekerjaan, Alamat, tanggal masuk rumah sakit, nomor rekam medis, diagnosa medis

2) Identitas Penanggung Jawab.

Identitas penanggung jawab meliputi nama, umur, pekerjaan, jenis kelamin, agama, dan hubungan dengan klien

b. Riwayat Kesehatan :

1) Keluhan Utama.

Keluhan utama pasien TB paru umumnya yaitu batuk, batuk berdahak, sesak nafas, nyeri dada dan bisa disertai demam hilang timbul dan juga berkeringat pada malam hari tanpa kegiatan fisik

2) Riwayat Kesehatan Sekarang.

Apakah klien mengalami demam tinggi, batuk kurang lebih selama 3 minggu, nafas sesak, kurangnya nafsu makan, nyeri dada, dan keringat di malam hari tanpa aktivitas fisik.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu.

Apakah klien sering merokok, jenis gangguan kesehatan yang dialami sebelumnya, misalnya cedera dan pembedahan, pernah berobat tetapi tidak teratur, riwayat kontak dengan penderita TB paru, pernah batuk yang lama dan tidak sembuh sembuh, dan daya tahan tubuh yang menurun.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga.

Biasanya pada keluarga pasien ditemukan adanya keluarga yang menderita TB paru karena penyakit ini menular melalui droplet, bersin, dan batuk dari seorang penderita.

c. Pengkajian Psiko-Sosio-Spiritual¹:

Pengkajian psikologi klien meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku klien. Pada klien dengan TB paru sering mengalami kecemasan sesuai dengan keluhan yang dialaminya .

d. Pola Aktivitas Sehari-hari menurut²⁴ :

1) Pola Aktivitas.

Pola aktivitas pada pasien TB Paru mengalami penurunan karena sesak nafas, mudah lelah, jika melakukan aktivitas yang berat juga dapat menimbulkan sesak nafas

2) Pola makanan dan Cairan.

Biasanya Pasien TB Paru mengalami mual, BB turun dan nafsu makan berkurang, serta sulit dan sakit saat menelan

3) Pola Pernafasan.

Biasanya pasien mengalami peningkatan frekuensi pernapasan, bunyi nafas ronchi, kasar, dan naying, batuk produktif dengan sputum berwarna hijau/purulent.

4) Pola Eliminasi.

Biasanya pada Pasien TB Paru tidak ada masalah

5) Pola Istirahat dan Tidur.

Sulit tidur, Frekuensi tidur berkurang dari biasanya, dan juga sering berkeringat pada malam hari

e. Pemeriksaan Fisik :

1) Keadaan Umum.

Biasanya keadaan umum pasien lemah/malaise, mengalami penurunan berat badan, keringat pada malam hari, dan demam.

2) Tanda- tanda Vital.

Biasanya pada tekanan darah normal, nadi umumnya meningkat, terjadi peningkatan frekuensi nafas, suhu 37-37,9°C

3) Kepala :

- a) Muka: biasanya wajah tampak pucat, meringis
- b) Mata: biasanya konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik
- c) Hidung: biasanya terdapat pernapasan cuping hidung
- d) Mulut biasanya mukosa bibir kering dan tampak pucat

4) Telinga :

Biasanya tidak ada masalah pendengaran

5) Leher :

Biasanya tidak ada gangguan pada leher

6) Dada :

- a) Inspeksi : biasanya pernapasan meningkat, tarikan dinding dada, dan adanya penggunaan otot bantu nafas
- b) Palpasi : pergerakan dinding dada tidak simetris
- c) Perkusi : biasanya bila mengenai pleura terjadi efusi pleura maka perkusi memberikan suara pekak

d) Auskultasi biasanya ronchi basah, kasar dan nyaring akibat terjadinya peningkatan produksi sputum

7) Jantung :

- a) Inspeksi : biasanya iktus kordis tidak terlihat
- b) Palpasi : biasanya iktus kordis tidak teraba
- c) Perkusi : biasanya pekak
- d) Auskultasi biasanya tidak ada suara tambahan

8) Abdomen :

- a) Inspeksi : biasanya bentuk datar, tidak asites
- b) Palpasi : biasanya hepar tidak teraba
- c) Perkusi : biasanya tympani
- d) Auskultasi biasanya bising usus normal

9) Kulit :

Biasanya turgor kulit jelek, CRT > 2 detik, akral teraba dingin, kadang disertai dengan sianosis

10) Ekstermitas :

Biasanya pergerakan ekstermitas atas bawah normal, tidak ada edema

11) Genetalia :

Biasanya tidak ada masalah pada genetalia.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018) :

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001).
- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas (D.0005)
- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus kapiler (D.0003).
- d. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130).
- e. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencendera fisiologis (D.0077).
- f. Defisit Nutrsi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient (D.0019).

- g. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056).

3. Perencanaan keperawatan

Tabel 2.7 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001) Definisi : Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : (Tidak tersedia) Objektif : 1. Batuk tidak 2. Tidak mampu batuk 3. Sputum berlebih 4. Mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering 5. Mekonium di jalan napas (pada neonatus) Gejala dan Tanda	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5 x 24 jam. Diharapkan bersihkan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil: (SLKI: 18, L.01001) 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Mengi menurun 4. Dyspnea menurun 5. Sulit bicara menurun 6. Gelisah menurun	Latihan Batuk Efektif SIKI: 142, 1.01006) Observasi : 1. Identifikasi kemampuan batuk 2. Monitor adanya retensi sputum 3. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas Terapeutik 4. Atur posisi semi- Fowler atau Fowler 5. Buang secret pada tempat sputum Edukasi : 1. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif 2. Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik 3. Anjurkan mengulangi tarik nafas dalam hingga 3 kali 4. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam <i>Manajemen Jalan Napas</i> (SIKI: 187, 1.01011) Observasi :

	Minor Subjektif : 1. Dispnea 2. Sulit bicara 3. Ortopnea Objektif : 1. Gelisah 2. Sianosis 3. Bunyi nafas Menurun 4. Frekuensi nafas berubah 5. Pola nafas berubah		1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Monitor bunyi nafas tambahan (mis. mengi, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik : 1. Posisikan semi- fowler atau fowler 2. Berikan minuman hangat 3. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 4. Lakukan penghisapan 5. lendir kurang dari 15 detik 6. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi : 1. Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak kontraindikasi 2. Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
2	Pola Nafas Tidak Efektif (D.0005) Definisi : Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat Gejala dan Tanda	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5 x 24 jam. Diharapkan Pola Nafas membaik dengan kriteria hasil: (SLKI: 95, L.01004) 1. Ventilasi	<i>Pemantauan Respirasi</i> (SIKI : 247 , l. 010114) Observasi 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne-

	Mayor Subjektif : 1. Dispnea Objektif : 1. Penggunaan otot bantu pernapasan 2. Fase ekspirasi memanjang 3. Pola napas abnormal (mis. takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes) Gejala dan Tanda Minor Subjektif : 1. Ortopnea Objektif : 1. Pernapasan pursed-lip 2. Pernapasan cuping hidung 3. Diameter thoraks anterior-posterior meningkat 4. Ventilasi semenit merurun 5. Kapasitas vital menurun 6. Tekanan ekspirasi menurun 7. Tekanan inspirasi menurun 8. Ekskursi dada berubah	semenit meningkat 2. Tekanan ekspirasi meningkat 3. Dispnea menurun 4. Penggunaan otot bantu nafas menurun 5. Pernafasan cuping hidung menurun 6. Frekuensi nafas membaik	Stokes, Biot, ataksik) 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya produksi sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan napas 6. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 7. Auskultasi bunyi napas 8. Monitor saturasi oksigen 9. Monitor nilai AGD 10. Monitor hasil x-ray toraks Terapeutik 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
--	--	--	--

3	Gangguan Pertukaran Gas Berhubungan dengan perubahan membrane alveolus kapiler (D.0003) Definisi : Kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : 1. Dispnea Objektif : 1. PCO₂ meningkat/menurun 2. PO₂ menurun 3. Takikardia 4. pH arteri meningkat/menurun 5. Bunyi napas tambahan Gejala dan Tanda minor Subjektif : 1. Pusing 2. Penglihatan kabur Objektif : 1. Sianosis 2. Diaforesis 3. Gelisah 4. Napas cuping hidung 5. Pola napas	Setelah dilakukan asuhan keperawatan an selama 5 x 24 jam. maka diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil: (SLKI: 94, L.01003) 1. Tingkat meningkat kesadaran 2. Dyspnea menurun 3. Bunyi napas tambahan menurun 4. Gelisah menurun 5. Napas cuping hidung menurun 6. PCO₂ membaik 7. PO₂ membaik 8. Takikardi membaik 9. Pola napas membaik 10. Warna membaik	<i>Pemantauan</i> <i>Respirasi (SIKI: 247, 1.01014)</i> Observasi : 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas 2. Monitor napas bradipnea, pola (seperti takipnea, tilasi, kussmaul, cheyne-stokes, biot, ataksik) 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya produksi sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan nafas 6. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 7. Auskultasi bunyi napas 8. Monitor saturasi oksigen 9. Monitor AGD nilai 10. Monitor hasil x- ray toraks Terapeutik : 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi : 1. Jelaskan dan tujuan prosedur
---	--	--	---

	abnormal (cepat/lambat regular/iregular dalam/dangkal) 6. Warna kulit abnormal (mis. pucat, kebiruan) 7. Kesadaran menurun		
4	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (D.0130) Definisi : Suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : (Tidak tersedia) Objektif : 1. Suhu tubuh diatas normal Gejala dan Tanda Minor Subjektif : (Tidak tersedia) Objektif : 1. Kulit merah 2. Kejang 3. Takikardi 4. Takipnea 5. Kulit terasa hangat	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam. Maka diharapkan Termoregulasi membaik dengan kriteria hasil : 1. Mengigil meningkat 2. Kulit merah meningkat 3. Suhu tubuh membaik 4. Pengisian kapiler membaik 5. Ventilasi membaik 6. Tekanan darah membaik	<i>Manajemen Hipertermia</i> (SIKI 181 : I.15506) Observasi : 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urine 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik : 1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 4. Berikan cairan oral 5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) 6. Lakukan pendinginan oksternal (mis, selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) 7. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 8. Berikan oksigen, jika

			perlu Edukasi : 1. Anjurkan tirah baring Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
5	Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengamborsi nutrient (D.00119) Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : (Tidak tersedia) Objektif: Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal Gejala dan Tanda Minor Subjektif : 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/ nyeri abdomen 3. Nafsu makan menurun Objektif : 1. Bising usus hiperaktif	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam. Maka diharapkan Status Nutrisi membaik dengan kriteria hasil : SLKI 121 : L.03030 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Kekuatan otot pengunyah meningkat 3. Kekuatan otot menelan meningkat 4. Rambut rontok menurun 5. Berat badan membaik 6. Indeks massa tubuh membaik 7. Frekuensi makan membaik 8. Nafsu makan membaik	<i>Manajemen Nutrisi</i> SIKI : 200, I.03119 Observasi : 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan Jenis nutrien 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik : 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan, jika perlu

	- Otot pengunyah lemah - Otot menelan lemah - Membran mukosa pucat - Sariawan - Serum albumin turun - Rambut rontok berlebihan - Diare		- Hentikan pemberian makan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi : - Anjurkan posisi duduk, jika mampu - Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri, antilemetik), jika perlu - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan jika perlu
6	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056) Definisi : Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : - Mengeluh Lelah Objektif : - Frekuensi jantung	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam. Maka diharapkan Toleransi Aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : SLKI 149, L.05047 - Frekuensi nadi meningkat - Saturasi oksigen meningkat - Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat - Keluhan Lelah	<i>Manajemen Energi</i> SIKI : 176, I.05178 Observasi : - Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Memonitor kelelahan fisik - Memonitor pola dan jam tidur - Memonitor Lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik : - Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan) - Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif

	meningkat >20 % dari kondisi istirahat Gejala dan Tanda Minor Subjektif: 1. Dispnea saat/setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa lemah Objektif : 1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas 3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia 4. Sianosis	menurun 5. Perasaan lemah menurun 6. Frekuensi nafas membaik	3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi : 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat Jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
--	---	--	--

4. Implementasi keperawatan

Prosedur kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan mereka ke status kesehatan yang lebih baik dengan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan menjadi lebih baik dikenal sebagai implementasi keperawatan.²⁵ :

Berikut dapat digunakan untuk mencatat implementasi keperawatan :

- a. Deskripsikan tindakan yang telah dilakukan.

- b. Identifikasi alat dan bahan yang akan digunakan dalam mengimplementasikan tindakan keperawatan
- c. Catat waktu pelaksanaan serta orang yang melakukannya
- d. Catat semua informasi tentang klien

5. Evaluasi keperawatan

Setelah intervensi keperawatan, evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus yang dilakukan untuk mengevaluasi apakah rencana keperawatan bekerja dengan baik dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, diubah, atau dihentikan.²⁷

Panduan dalam mendokumentasikan evaluasi keperawatan adalah sebagai berikut.²⁵:

- a. Dokumentasikan semua hasil, baik yang sudah tercapai maupun belum tercapai.
- b. Menuliskan evaluasi diawali atau diakhiri dengan data pendukung. Misalnya "tidak ada sesak".
- c. Data pengkajian dan hasil yang diharapkan digunakan untuk mengukur perkembangan pasien.
- d. Gunakan evaluasi sumatif saat pasien pulang atau pindah.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif dengan pendekatan bentuk studi kasus. Studi kasus merupakan suatu penelitian intensif menggunakan berbagai sumber bukti terhadap suatu entitas tunggal oleh ruang dan waktu.²⁸ Hasil yang didapatkan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah memaparkan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan TB Paru di RSUP. Dr. M. Djamil Padang.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian akan dilakkan di Ruang Rawat Inap Paru RSUP. Dr. M.Djamil Padang. Waktu penelitian dimulai pada bulan Januari 2025 sampai pada bulan Juni 2025. Asuhan keperawatan akan dilakukan selama 5 hari.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi, juga disebut universe, adalah keseluruhan dari suatu subjek yang akan diteliti sesuai dengan standar yang telah ditentukan.²⁹ Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien *Tuberkulosis* Paru yang di ruangan rawat inap paru RSUP. Dr. M.Djamil Padang pada tahun 2025. Pada saat dilakukan penelitian populasi yang ditemukan 5 Orang pasien di ruangan Paru RSUP. Dr. M. Djamil Padang.

2. Sampel

Sebuah sample dapat didefinisikan sebagai bagian dari suatu populasi yang dianggap dapat mewakili semua karakteristik dan karakteristik populasi tersebut secara keseluruhan.²⁹ Pengambilan sampel yang dilakukan dengan cara teknik purposive sampling, purposive sampling adalah teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel yang ada

di populasi sesuai dengan tujuan penelitian, sehingga sampel dapat mewakili karakteristik yang diketahui sebelumnya.¹⁵ Sampel dari penelitian ini adalah 1 orang pasien TB Paru di Ruang Rawat Inap Paru RSUP. Dr. M. Djamil Padang, dengan Kriteria sampel dalam penelitian ini adalah :

a) Kriteria Inklusi :

Kriteria inklusi adalah atribut umum dari subjek penelitian yang terjangkau dan akan diteliti.³⁰ :

- 1) Pasien yang bersedia dilakukan asuhan keperawatan
- 2) Pasien yang kooperatif dan bisa berkomunikasi verbal dengan baik
- 3) Pasien dengan hari rawatan minimal 5 hari

b) Kriteria Eksklusi :

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab³⁰ :

- 1) Pasien yang mengalami penurunan kesadaran
- 2) Pasien dengan rencana pulang atau meninggal sebelum 5 hari penelitian

Saat melakukan penelitian, peneliti mendapatkan 3 dari 5 pasien yang memasuki kriteria inklusi dan eksklusi, dikarenakan 2 lainnya mengalami penurunan kesadaran, sehingga untuk mendapatkan 1 pasien peneliti melakukan teknik *random sampling* untuk mendapatkan 1 pasien sebagai responden.

D. Alat dan Instrument Pengumpulan Data

Alat dan instrumen pengumpulan data yaitu berupa format tahapan proses keperawatan dari pengkajian sampai evaluasi. Instrument yang digunakan dalam penelitian ini adalah format pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan dan alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari tensimeter,

stetoskop, thermometer, staturemeter (alat ukur tinggi), timbangan. Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi langsung, dan studi dokumentasi :

1. Format pengkajian keperawatan, terdiri dari identitas pasien, identitas penanggung jawab, riwayat kesehatan, kebutuhan dasar, pemeriksaan fisik, data psikologis, data sosial ekonomi, data spiritual, lingkungan tempat tinggal, pemeriksaan laboratorium dan pengobatan.
3. Format diagnosis keperawatan, terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, data, masalah dan etiologi.
4. Format analisa data, terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, tanggal dan ditemukannya masalah, serta tanggal dan paraf dipecahkannya masalah.
5. Format intervensi keperawatan, terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, diagnosis keperawatan, intervensi SIKI dan SLKI.
6. Format implementasi keperawatan, terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, implementasi keperawatan, dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan.

E. Jenis-Jenis Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan secara langsung oleh peneliti dari sumber data atau responden.³¹

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari hasil pengumpulan data lain untuk tujuan tertentu, dan dapat digunakan sebagian atau seluruhnya sebagai sumber data penelitian.³¹

f. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan

data dari sumber yang sama yaitu menggunakan teknik wawancara, pengukuran, wawancara dan dokumentasi:

1. Wawancara

Wawancara adalah pertemuan antara dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab, sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tertentu. Dalam penelitian ini wawancara dilakukan menggunakan pedoman wawancara bebas terpimpin. Wawancara yang dilakukan dengan mewawancarai identitas klien, identitas penanggung jawab, keluhan utama, Riwayat Kesehatan dahulu apakah pernah batuk selama 3 bulan, Riwayat Kesehatan sekarang, dan Riwayat Kesehatan. keluarga apakah ada keluarga yang menderita penyakit yang sama.

2. Pengukuran

Pengukuran yaitu melakukan pemantauan kondisi pasien dengan metoda mengukur dengan menggunakan alat ukur pemeriksaan, seperti melakukan pengukuran suhu, mengukur tanda-tanda vital yaitu tekanan darah dengan tensimeter, termometer untuk mengukur suhu, jam atau arloji untuk mengukur frekuensi pernafasan dan nadi.

3. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik merupakan cara pengumpulan data dengan melakukan pemeriksaan secara langsung kepada partisipan penelitian untuk mencari perubahan atau hal-hal yang tidak sesuai dengan keadaan normal. Dalam metode pemeriksaan fisik ini, peneliti melakukan pemeriksaan kepada pasien dari kepala sampai ujung kaki dengan teknik IPPA (Inspeksi, Palpasi, Perkusi dan Auskultasi) dan pengukuran tekanan darah, suhu, nadi dan lain-lainnya.

4. Studi Dokumentasi

Dokumentasi merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan dan gambar. Metode dokumentasi

berarti cara pengumpulan data dengan mencatat data-data yang sudah ada. Dalam penelitian ini menggunakan dokumen dari rumah sakit untuk menunjang penelitian yang akan dilakukan seperti hasil pemeriksaan labor sputum dan rontgen thorax.

G. Prosedur Pengambilan Data

1. Peneliti meminta surat izin untuk melakukan survei awal dari instansi asal peneliti yaitu Kemenkes Poltekkes Padang.
2. Peneliti mendatangi diklat RSUP Dr. M. Djamil Padang dan menyerahkan surat izin melakukan survei awal dari instansi.
3. Peneliti mendatangi Rekam Medis RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk mendapatkan data kejadian TB Paru.
4. Peneliti meminta izin kepada kepala instalasi IRNA Non Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk melakukan survei awal.
5. Peneliti meminta izin kepada kepala ruangan TB Paru RSUP Dr M. Djamil Padang untuk pengambilan data dan melakukan survei awal.
6. Peneliti melakukan pemilihan sampel sebanyak 1 orang pasien dengan diagnose TB Paru
7. Peneliti mendatangi keluarga pasien dan keluarga, lalu menjelaskan tujuan penelitian tentang asuhan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien
8. Peneliti memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya
9. Peneliti memberikan informed consent kepada pasien dan menandatangani untuk bersedia diberikan asuhan keperawatan oleh peneliti yang disaksikan oleh keluarga pasien
10. Peneliti membuat kesepakatan dengan responden untuk kontrak waktu melakukan asuhan keperawatan dan peretemuan selanjutnya.

H. Rencana Analisis

Data yang ditemukan saat pengkajian dilakukan dengan metode pengumpulan data dengan teknik wawancara. Analisa data dilakukan

berdasarkan data-data yang diperoleh kemudian dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, hasil Analisa data tersebut kemudian dirumuskan menjadi diagnosis keperawatan sesuai panduan Standar diagnosis keperawatan Indonesia.³² dilanjutkan dengan penyusunan rencana asuhan keperawatan. menggunakan standar intervensi keperawatan Indonesia. serta melakukan implementasi dan evaluasi keperawatan. Analisis selanjutnya membandingkan hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien dengan kriteria hasil dari standar luaran keperawatan Indonesia.³³ yang telah dibuat dan membandingkannya dengan konsep asuhan keperawatan dengan teori dan hasil penelitian ini dibandingkan dengan penelitian sebelumnya yang terkait dengan asuhan keperawatan pada pasien tuberkulosis paru.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang yang merupakan rumah sakit rujukan untuk wilayah Sumatra bagian tengah dan rumah sakit dengan tipe kelas A, bertempat diruangan rawat inap Paru RSUP. Dr. M. Djamil Padang. Ruangan rawat inap Paru dipimpin oleh seorang karu, dibantu oleh katim dan beberapa perawat pelaksana yang di bagi menjadi tiga shif yaitu pagi, sore, dan malam dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien.

B. Deskripsi Kasus

Penelitian ini dilakukan diruangan rawat inap Paru RSUP. dr. M. Djamil Padang dengan melibatkan 1 orang pasien yang akan dipaparkan dalam bentuk proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, penegakkan diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, serta evaluasi keperawatan. Penelitian dilakukan selama 5 hari mulai pada tanggal 14 Maret 2025- 18 Maret 2025.

1. Pengkajian

Hasil wawancara yang didapatkan peneliti melalui observasi, wawancara, dan studi dokumentasi yaitu pasien bernama Tn.R berusia 38 tahun, status kawin, agama islam, bekerja jualan pupuk dengan pendidikan terakhir SMA. Tinggal di Sapek kampung jambak Batipuh Panjang Koto Tengah, Kota Padang. Pasien merupakan rujukan dari RS Ibnu Sina. Pasien masuk melalui IGD pada tanggal 12 Maret 2025 dengan diagnosa medis TB Paru+ Anemia+ Sindrom Nefrotik. Klien ditemani oleh istrinya Ny.M, dan bekerja sebagai ibu rumah tangga.

Pasien masuk melalui IGD RSUP. DR. M.Djamil Padang pada tanggal 12 Maret 2025 pada pukul 15.00 WIB dengan keluhan batuk berdahak sejak 3 bulan yang lalu, meningkat sejak 2 minggu yang lalu, batuk

mengeluarkan dahak berwarna hijau pekat. Pasien juga mengatakan sesak nafas ketika batuk, pasien demam sejak 2 hari yang lalu, pasien juga mengatakan sering berkeringat malam, tidur pasien tidak nyenyak sering terbangun malam hari, makan pasien sering tidak habis hanya 4-5 sendok, pasien pucat, warna kulit kaki seperti bersisik. Hasil laboratorium menunjukkan Hb 7 gr/dl sebelum di rujuk dari RS Ibnu Sina Padang.

Keluhan Saat dilakukan Pengkajian pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 14 Maret 2025, jam 09.00 rawatan hari ke 2 pasien mengeluh batuk berdahak masih sering, pasien mengatakan dahaknya sulit dikeluarkan dan dahak bewarna hijau pekat, pasien mengatakan sesak nafasnya masih ada, pasien mengatakan masih demam dan masih berkeringat, nafsu makan menurun hanya menghabiskan 4-5 sendok makanan, berat badan penurunan dari 70 kg menjadi 48, pasien mengatakan badan terasa lemah dan lesu. Pasien diberikan diit TKTP RG (Tinggi Kalori Tinggi Protein) (Rendah Garam) 3x sehari. Pasien mengatakan sering terbangun malam hari karena batuk,

Pasien mengatakan pernah dirawat di RSUP. Dr. M. DJamil Padang dengan diagnosa sindrom nefrotik 3 bulan yang lalu, Pasien mengatakan pernah kontak langsung dengan pasien TB yaitu kakeknya. Pasien dulu merupakan Perokok berat namun sudah berhenti sejak 3 bulan yang lalu. pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit genetik seperti diabetes melitus dan hipertensi.

Hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien didapatkan Tekanan darah : 130/90 mmHg, nadi : 87x/menit, pernafasan : 28x/menit, suhu : 38,6 °C, Tinggi badan : 170 cm, Berat badan : 48 kg. mata : konjungtiva anemis, hidung : hidung bersih, terpasang oksigen nasal kanul 3L/menit, mulut : bibir tampak kering dan pucat, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid. Pada bagian thoraks tidak ada tarikan dinding dada, pergerakan dinding dada simetris kiri dan kanan, tidak ada nyeri dada, fremitus sama kiri dan kanan, dan ronkhi positif. Tidak

ada pembengkakan pada abdomen, bising usus normal (16x/menit). Akral teraba dingin, CRT < 2 detik .

Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien tanggal 14 Maret 2025 didapatkan Eritrosit $3,95 \times 10^6 / \mu\text{L}$ (, Hematokrit 36%, Hemoglobin 11,7 g/dL, Limfosit 5%, Neutrofil Batang 1%, Neutrofil Segmen 91%, RDW-CV 16,8 %. Pada pemeriksaan diagnostik dilakukan pemeriksaan radiologi yaitu rontgen thorax dengan hasil infiltrat pada kedua lapangan paru.

Pasien mendapatkan terapi berupa IVFD NaCl 0,9 %, N- Asetilsistein 3x 200 mg po, Paracetamol 3x 500 mg po, Metilprednisolon 12 mg, Omeprazole 20 mg, Simvastatin 20 mg, Kalsium Laktat 500mg, Asam Folfat 1mg, Vitamin B kompleks , OAT KDT/ FDC Dewasa kategori tahap 1 3x1, Piridoksin 25 mg, Ampicilin 4x 1,5 gr, PRC 2 unit.

2. Diagnosis Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian dan pengelompokan data, berdasarkan data subjektif dan objektif. Ditemukan diagnosis keperawatan yang berkaitan yaitu :

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan dengan data subjektif pasien mengatakan batuk berdahak, pasien mengatakan sesak nafas ketika batuk, dan dahak sulit dikeluarkan data objektif didapatkan terdengar bunyi ronki, pasien tampak tidak mampu melakukan batuk, RR: 28 X/Menit.
- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan Upaya nafas, dengan data subjektif pasien mengatakan nafas terasa sesak ketika batuk, pasien mengatakan merasa lemah, data objektif didapatkan pasien tampak sesak, ada nya suara tambahan yaitu ronki, pasien menggunakan nasal kanul 3 lpm, pasien tampak lemah.
- c. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit dengan data subjektif pasien mengatakan badan terasa demam, dan pasien

mengatakan demamnya hilang- hilang timbul data objektif didapatkan badan pasien terasa panas, Suhu : 36,8.

- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme, dengan data subjektif pasien mengatakan nafsu makan menurun, pasien mengatakan berat badan menurun, pasien mengatakan nasi tidak habis, data objektif didapatkan pasien tampak lemah dan lesu, mukosa bibir pasien pucat, Berat badan saat ini 48, berat badan sebelum sakit 70. Terjadi penurunan berat badan sebanyak 67%.

3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien, maka perawat harus melakukan rencana tindakan keperawatan. Rencana keperawatan diawali dengan menentukan tujuan, kriteria hasil dan rencana tindakan yang akan dilakukan. Berikut adalah rencana asuhan keperawatan pada pasien :

- a. bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan sekresi yang tertahan. Dengan tujuan bersihan jalan nafas meningkat dengan batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, dyspnea menurun, frekuensi nafas membaik dan pola nafas membaik. Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosa ini yaitu Latihan Batuk Efektif dan fisioterapi dada dengan tindakan atur posisi semi-Fowler atau Fowler, ajarkan teknik batuk efektif, buang sekret pada tempat sputum, identifikasi kemampuan batuk, mengidentifikasi indikasi dilakukannya fisioterapi dada, memonitor status pernafasan.
- b. Rencana keperawatan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan Upaya nafas,. Berdasarkan buku SLKI pola nafas membaik dengan kriteria hasil penggunaan otot bantu pernafasan menurun, frekuensi nafas membaik,. Sedangkan intervensi keperawatan yang akan dilakukan Manajemen Jalan Napas

meliputi : Posisikan semi-fowler atau fowler, berikan minuman hangat, berikan oksigen (nasal kanul), ajarkan teknik nafas dalam.

- c. Rencana keperawatan hipertermia berhubungan dengan proses penyakit berdasarkan buku SLKI adalah termoregulasi membaik dengan kriteria hasil yaitu suhu tubuh membaik, suhu kulit membaik, pengisian kapiler membaik, dan tekanan darah membaik. Sedangkan intervensi keperawatan yang akan dilakukan sesuai dengan SIKI yaitu manajemen hipertermia meliputi : Sediakan lingkungan yang dingin, longgarkan atau lepaskan pakaian, berikan cairan oral, ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami keringat berlebihan, lakukan pendinginan eksternal. Kompres hangat meliputi :Pilih metode kompres yang nyaman dan mudah didapat, pilih lokasi kompres seperti di dahi dan disetiap lipatan, jelaskan prosedur penggunaan kompres panas.
- d. Rencana keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien berdasarkan buku SLKI adalah status nutrisi membaik dengan kriteria hasil yaitu porsi makan yang dihabiskan meningkat, perasaan cepat kenyang menurun, berat badan membaik, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik, indeks massa tubuh membaik, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik,. Sedangkan intervensi keperawatan yang akan dilakukan sesuai dengan SIKI yaitu Manajemen Nutrisi meliputi sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, berikan makanan rendah serat, kolaborasi dengan ahli gizi dalam memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan Tindakan yang dilakukan pada pasien, sesuai dengan rencana tindakan yang telah dirumuskan yang dimulai pada tanggal 14 Maret 2025-18 Maret 2025.

- a. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada diagnosis bersihan jalan nafas tidak efektif yaitu, mengidentifikasi kemampuan batuk, memposisikan Fowler, mengajarkan teknik batuk efektif, menginstruksikan pasien cara melakukan batuk efektif, melakukan fisioterapi dada seperti clapping dan vibrating, mengajarkan pasien teknik nafas dalam untuk mengurangi sesak, berkolaborasi memberikan terapi dokter .
- b. Implementasi keperawatan yang kedua yang dilakukan pada diagnosis pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hampatan Upaya nafas yaitu Memonitor pola nafas, memonitor bunyi nafas tambahan, mengidentifikasi kemampuan batuk, memposisikan Fowler, menginstruksikan pasien cara melakukan batuk efektif dan vibrating, memberikan oksigen nasal kanul 3 liter, mengajarkan pasien teknik nafas dalam untuk mengurangi sesak.
- c. Untuk diagnosis yang ketiga hipertermia berhubungan dengan proses penyakit implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu melakukan pemantauan suhu tubuh, menganjurkan pasien mengenakan pakaian tipis dan menyerap keringat, melakukan kompres hangat di dahi dan area lipatan seperti paha dan aksila, melakukan kolaborasi pemberian paracetamol 500 gr, dan menganjurkan banyak minum air putih untuk menghindari dehidrasi.
- d. Untuk diagnosis yang keempat defisit nutrisi yaitu mengidentifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang

dimiliki pasien, berkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diet pasien (diit TKTP RG), menjelaskan kepada pasien mengenai kebutuhan diet, menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan, memonitor perubahan nafsu makan, menganjurkan pasien untuk makan dalam porsi sedikit tetapi sering.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan implementasi keperawatan, maka dapat dilakukan evaluasi keperawatan pada masalah keperawatan yang bertujuan untuk memonitor tingkat keberhasilan dari asuhan keperawatan yang sudah diberikan dengan kriteria hasil yang dicapai. Metode evaluasi keperawatan yang digunakan yaitu SOAP (Subyektif, Obyektif Analyse, dan Planning), dengan hasil yang diperoleh yaitu:

- a. Evaluasi pada diagnosis pertama bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan yaitu, pasien mengatakan sudah masih batuk sesekali, pasien tampak batuk tapi tidak sering, pasien sudah mampu melakukan batuk efektif.
- b. Pada evaluasi diagnosa kedua yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, pasien mengatakan sesak nafasnya sudah hilang, masalah sudah teratasi sebagian pada hari ke lima, dan pasien dibolehkan pulang.
- c. Evaluasi pada diagnosis ketiga hipertermia berhubungan dengan proses penyakit yaitu pasien mengatakan sudah tidak demam lagi, suhu tubuh 36,6^oC, suhu kulit tubuh sudah mulai normal, masalah teratasi sebagian pada hari kelima, dan intervensi dihentikan dengan menganjurkan pasien untuk banyak minum air putih.
- d. Evaluasi pada diagnosis ketiga defisit nutrisi yaitu, pasien mengatakan nafsu makannya sudah mulai membaik, makanan yang

disediakan habis oleh pasien, tampak tidak ada sisa makanan ditempat makan pasien, pasien mendapatkan diet TKTP RG, Masalah teratasi sebagian pada hari kelima, dan intervensi dihentikan.

C. Pembahasan Kasus

Setelah dilakukannya asuhan keperawatan pada Tn. R dengan Tuberkulosis Paru + Anemia + Sindrom Neufrotik diruangan Paru RSUP DR.M.Djamil Padang melalui proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan, maka pada bab ini peneliti akan membahas dan membandingkan tentang kesenjangan serta beberapa kesamaan antara teori dengan kenyataan yang dijumpai dalam perawatan kasus TB paru pada pasien yang pengkajiannya pada tanggal 14 Maret-18 Maret 2025 dan telah dilakukan asuhan keperawatan diruang Paru RSUP DR.M.Djamil Padang, yang dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Pengkajian

a. Keluhan utama

Berdasarkan hasil hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien didapatkan bahwa pasien mengeluhan batuk berdahak sejak 3 bulan yang lalu,dan meningkat sejak 2 minggu yang lalu, pasien mengeluh sesak nafas ketika batuk, batuk mengeluarkan dahak berwarna hijau pekat, dan dahak sulit dikeluarkan. Pasien juga mengatakan demam sejak 2 hari yang lalu, pasien juga mengatakan sering berkeringat malam, tidur pasien tidak nyenyak sering terbangun malam hari, pasien mengatakan makan sering tidak habis hanya 4-5 sendok, pasien pucat Hb 7 gr/dl, warna kulit kaki seperti bersisik.

Hasil pengkajian ini hampir sama dengan keluhan utama pada penelitian sucita (2023) tentang asuhan keperawatan pada pasien TB paru di RS TK.III Reksodiwiryio Padang keluhan utama pasien TB paru adalah keluhan yang muncul pada pasien yaitu nafas terasa sesak, batuk berdahak yang sudah dirasakan sejak 6 bulan yang lalu, nafsu makan menurun, berat badan menurun dan pasien juga mengalami diare.¹⁷

Sedangkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Delfa Mitra Fusfita (2022) tentang asuhan keperawatan pada pasien TB paru di RS TK.III Reksodiwiryio Padang keluhan utama pada pasien TB Paru adalah sesak nafas meningkat sejak 1 hari yang sebelum masuk rumah sakit, batuk berdahak sejak 2 bulan yang lalu dan terasa lemas serta mual dan sering berkeringat pada malam hari.³⁴

Teori yang ditemukan oleh Pebriyani dan Mala³⁵ (2021) menyebutkan bahwa keluhan utama pada pasien TB paru yaitu batuk berdahak selama lebih dari 2 minggu. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, dan demam meriang lebih dari satu bulan.

b. Riwayat Kesehatan sekarang

pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 14 Maret 2025, jam 09.00 WIB pasien mengeluh batuk berdahak masih sering, pasien mengatakan dahaknya sulit dikeluarkan dan dahak berwarna hijau pekat, pasien mengatakan sesak nafasnya ketika batuk, pasien mengatakan masih demam dan masih berkeringat, pasien mengatakan makan tidak habis hanya 4-5 sendok, dan berat badan penurunan dari 70 kg menjadi 48, pasien mengatakan badan terasa lemah dan lesu.

Hasil pengkajian tidak jauh berbeda dengan penelitian Sucita (2023) tentang asuhan keperawatan pada pasien TB paru di RS TK.III Reksodiwiryio Padang, riwayat kesehatan sekarang pasien TB paru tidak jauh berbeda dengan keluhan utamanya, yaitu pasien mengeluh sesak nafas, batuk berdahak, demam, serta diare.¹⁷

Menurut teori Anggraini dan Hutabarat (2024) Batuk merupakan gejala yang paling umum terjadi, pada awalnya batuk disertai dahak. Namun, dengan bertambahnya proses peradangan dan nekrosis jaringan, batuk dapat disertai dengan produksi sputum berlebih. Pada beberapa kasus, penderita TB Paru juga dapat mengalami batuk darah atau haemoptysis tetapi biasanya haemoptysis merupakan hasil dari penyakit sebelumnya dan bukan indikasi TB aktif.³⁶

c. Riwayat Kesehatan dahulu

Pasien mengatakan pernah dirawat di RSUP. Dr. M. DJamil Padang dengan sindrom nefrotik sejak 3 bulan ini, pasien bekerja berjualan pupuk, buang air kecil 7-8 kali sehari, minum 2 liter sehari, Pasien pernah kontak dengan pasien TB yaitu kakeknya, Pasien dulu merupakan Perokok berat yaitu 3 bungkus sehari.

Hasil pengkajian ini sedikit berbeda dengan hasil pengkajian dari penelitian Delfa Mitra Fufita (2022), Pada riwayat kesehatan dahulu pasien mempunyai riwayat merokok, tapi tidak pernah kontak dengan pasien TB Paru.³⁴ Sedangkan menurut jurnal kesehatan oleh Yasni, dkk (2024) menjelaskan Sel di dalam paru-paru perokok juga akan mengalami kerusakan akibat adanya bahan reaktif toksik yang dihasilkan dari interaksi langsung antara partikulat asap rokok dengan epitel sehingga dapat menyebabkan aktifnya respon imun dan respon inflamasi.³⁷

d. Riwayat Kesehatan keluarga

Pasien mengatakan adanya anggota keluarga memiliki riwayat penyakit TB Paru, pasien juga mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi dan DM

Menurut teori yang dijelaskan oleh Azhar,dkk 2023 TB Paru adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *mycobacterium tuberculosis*. TB Paru bukan penyakit keturunan. Penyakit ini dapat menyerang siapa saja, bakteri TB Paru dapat hidup dalam kondisi non-aktif (laten) seumur hidup dan menjadi aktif saat daya tahan tubuh melemah.³⁸

e. Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik ditemukan yang bermasalah yaitu keadaan umum lemah, konjungtiva anemis, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, mukosa bibir kering dan pucat, fremitus pada paru kanan, terdapat suara tambahan ronchi (+), suhu 38,3 °C, pernafasan 28x/menit, akral dingin, CRT < 2 detik dan penurunan berat badan dari 70 kg menjadi 48 kg. Menggunakan nasal kanul, kulit pasien tampak kering dan bersisik.

Hasil pemeriksaan fisik ini sesuai dengan hasil pemeriksaan fisik dari penelitian Delfa Mitra Fufita (2022), pasien tampak lemah, pucat, konjungtiva anemis, adanya pernafasan cuping hidung, mukosa bibir pucat, ronkhi +, akral dingin, turgor kulit menurun, BB 38 kg.³⁴ Sedangkan menurut teori yang disampaikan oleh Puspasari (2019), bahwa pasien TB paru ditemukan keadaan umumnya lemah, terdapat suara tambahan ronchi, menggunakan otot bantu pernafasan, wajah tampak pucat, mukosa bibir kering dan akral dingin.¹

f. Pemeriksaan diagnostic

Berdasarkan hasil pemeriksaan Laboratorium didapatkan bahwa

Hemoglobin : 11,7 g/dL, Leukosit : 8,89 μ L, Trombosit : 550.000 μ L, Hematocrit : 36 %, pemeriksaan diagnostik dilakukan pemeriksaan radiologi yaitu thorax :infiltrat pada kedua lapangan paru. Pasien mendapatkan terapi berupa IVFD NaCl 0,9 %, N- Asetilsistein 3x 200 mg po, paracetamol 3x 500 mg po, metilprednisolon 12 mg, omeprazole 20 mg, simvastatin 20 mg, kalsium laktat 500mg, asam folfat 1mg, vitamin B kompleks , OAT KDT/ FDC Dewasa kategori tahap 1 3x1, piridoksin 25 mg, ampivilin 4x 1,5 gr, PRC 2 unit.

Sedangkan pada hasil penelitian oleh Sucita (2023), hasil laboratorium yang didapatkan pada pasien TB paru yaitu hemoglobin, leukosit, trombosit, hematokrit, dan eritrosit dalam batas normal.

2. Diagnosis Keperawatan

Pada perumusan diagnosis yang didapatkan dari analisis data berdasarkan data subjektif dan data objektif, diagnosa yang ditemukan pada kasus ini yaitu : bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001), pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (D.0130), defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0032), Hasil ini sedikit berbeda dengan teori kemungkinan diagnosis keperawatan yang akan muncul pada pasien TB paru menurut (Fitriani & Rita.D.P, 2020) adalah :

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001)
- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas (sesak nafas) (D.0005)
- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus – kapiler (D.0003)

- d. Deficit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0019)
- e. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)
- f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)

Berdasarkan analisis data diagnosis pertama yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang terhatan, diagnosis ini diangkat karena didukung oleh data-data yang didapatkan seperti pasien mengeluh batuk berdahak dan sulit untuk dikeluarkan, suara nafas rochi, pasien juga mengeluh sesak nafas dengan frekuensi nafas 28x/menit. Hal ini sesuai dengan teori dalam SDKI (2017) yang menyatakan bahwa tanda dan gejala mayor pada diagnosa ini yaitu tidak mampu batuk, sputum berlebih, atau ronchi positif, dan didukung oleh tanda dan gejala minor yaitu objektifnya : gelisah, bunyi nafas menurun, frekuensi nafas berubah, pola nafas berubah.²²

Saat seseorang terinfeksi kuman tuberkulosis sistem kekebalan tubuh bereaksi terhadap hal ini dengan reaksi inflamasi. Fagosit (neutrophil dan makrofag) menelan banyak bakteri, limfosit spesifik tuberkulosis melisiskan (menghancurkan) basil dan jaringan normal. Reaksi jaringan ringan ini menyebabkan sekret menumpuk di alveoli dan menyebabkan bronkopneumonia. Infeksi pertama biasanya terjadi 2 sampai 10 minggu setelah paparan.³⁹

Pada diagnosis kedua Diagnosa kedua yaitu Pola nafas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas ,dengan data pendukung yang didapatkan pasien mengatakan sesak napas ketika batuk, pasien tampak sesak, RR : 28 x/menit, ada penggunaan otot bantu pernafasan, bunyi napas ronkhi dan Pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 l/menit.²²

Berdasarkan SDKI pola napas tidak efektif adalah inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Didalam SDKI ada beberapa tanda gejala mayor dan minor dengan diagnosa pola napas tidak efektif gejala dan tanda mayor dispnea, penggunaan otot bantu pernafasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal. Gejala dan tanda minor , ortopnea, pernapasan pursed-lip, pernapasan cuping hidung, diameter thoraks anterior posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, ekskursi dada berubah.²²

Pada diagnosis ketiga yaitu hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, diagnosis ini diangkat karena didukung oleh data – data yang didapatkan dari pasien seperti pasien mengeluh demam yang dirasakannya hilang timbul, suhu tubuh 38,6 °C, dan kulit tubuh terasa panas. Hal ini sesuai dengan teori dalam SDKI (2017) yang menyatakan bahwa tanda dan gejala mayor pada diagnosis ini yaitu , objektif : suhu tubuh diatas nilai normal.²²

Pada diagnosis keempat yaitu resiko defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme , diagnosis ini diangkat karena didukung oleh data-data yang didapatkan seperti data subjektif : pasien mengatakan tidak mampu menghabiskan makanan yang disediakan, pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan dari 70 kg menjadi 48 kg. data objektif : pasien tampak lesu, mukosa bibir tampak kering.²² Hasil ini sama dengan teori kemungkinan diagnosis keperawatan yang akan muncul pada pasien TB paru menurut menurut Fitriani & Rita.D.P (2020), yaitu defisit nutrisi.²¹

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan disusun berdasarkan diagnosis keperawatan

yang ditemukan pada kasus. Intervensi keperawatan terdiri dari *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (SLKI) dan *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (SIKI). Perencanaan tindakan keperawatan pada kasus pasien didasarkan pada tujuan intervensi masalah keperawatan yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001).

Pada diagnosis bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan menurut SLKI (2017) mempunyai tujuan untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten yang ditandai dengan batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, frekuensi nafas membaik dan. Rencana tindakan keperawatan meliputi memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, melakukan fisioterapi dada, menginstruksikan pasien bagaimana cara melakukan batuk efektif, membuang secret dengan memotivasi pasien melakukan batuk. Intervensi selanjutnya yaitu memonitor tanda-tanda vital dengan indicator memonitor tekanan darah, nadi, pernafasan, dan suhu.³³

Untuk tindakan batuk efektif, hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Febriyanti Puspitasari,dkk (2021) dengan judul penerapan batuk efektif untuk mengatasi masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif pada pasien tuberkulosis paru, yang mana hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah dilakukan penerapan batuk efektif selama 1 hari pasien menunjukkan bahwa pasien dapat mengeluarkan sputum, , namun masih terdapat suara nafas ronchi. Kesimpulannya penerapan teknik batuk efektif pada pasien dapat mengeluarkan sputum pada pasien TB paru.⁴⁰

Pada diagnosis kedua Diagnosa kedua yaitu Pola nafas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas , menurut SLKI (2017) Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam, maka

diharapkan pola nafas membaik dengan kriteria hasil: Penggunaan otot bantu nafas menurun, Frekuensi nafas membaik, Kedalaman nafas membaik. Rencana keperawatan yaitu Manajemen jalan nafas.³³

Pada diagnosis hipertermia berhubungan dengan proses penyakit menurut SLKI (2017), mempunyai tujuan untuk memperbaiki suhu tubuh agar tetap berada pada rentang normal, yang ditandai dengan suhu tubuh membaik, suhu kulit membaik, pengisian kapiler membaik, dan tekanan darah membaik. Rencana tindakan keperawatan antara lain manajemen hipertermia dengan mengatur suhu ruangan agar tetap dingin, dan kompres hangat.³³ Hasil ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Sucita (2023), dimana pada diagnosis hipertermia intervensi manajemen hipertermia yang dilakukannya yaitu kompres panas terhadap pasien.¹⁷ Menurut jurnal kesehatan oleh Marlina,dkk (2023) menjelaskan Terapi nonfarmakologi pada demam salah satunya melalui kompres. Beberapa tindakan kompres yang dapat dilakukan untuk menurunkan suhu tubuh antara lain kompres basah. Mekanisme penurunan suhu dengan kompres hangat yaitu pusat suhu akan menerima informasi bahwa suhu tubuh sedang hangat, maka suhu tubuh harus segera diturunkan. Kompres hangat akan membantu mengurangi rasa dingin ketika demam meskipun tubuh sebenarnya panas dan menjadikan tubuh terasa lebih nyaman.⁴¹

Pada diagnosis defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien menurut SLKI (2017), mempunyai tujuan untuk meningkatkan keadekuatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme, yang ditandai dengan porsi makan yang dihabiskan meningkat, verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat, pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat, perasaan cepat kenyang menurun, berat badan membaik, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik, bising

usus membaik, dan membran mukosa membaik. Rencana tindakan keperawatan antara lain manajemen nutrisi dengan menentukan status gizi pasien, identifikasi adanya alergi atau toleransi yang dimiliki pasien, menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan, monitor kecenderungan terjadinya penurunan berat badan. Selanjutnya dilakukan monitor adanya pucat, identifikasi perubahan nafsu makan, mengidentifikasi perubahan berat badan. Menurut analisa peneliti, asupan nutrisi harus terpenuhi untuk meningkatkan energi dan mempertahankan daya tahan tubuh pasien agar kondisi pasien cepat stabi.³³

Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Delfa Mitra Fufita (2022), intervensi yang dilakukan pada diagnosis resiko defisit nutrisi yaitu manajemen nutrisi.³⁴

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada diagnosis bersihan jalan nafas tidak efektif, pola nafas tidak efektif, hipertermia, dan resiko defisit nutrisi, yang dilakukan pada pasien sesuai dengan rencana yang sudah disusun pada tahap perencanaan keperawatan. Tindakan keperawatan diberikan selama 5 hari rawatan yang dilakukan mulai tanggal 14– 18 Maret 2025.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada diagnosis pertama Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif yaitu, mengidentifikasi kemampuan batuk, memposisikan Fowler, mengajarkan teknik batuk efektif, menginstruksikan pasien cara melakukan batuk efektif, melakukan fisioterapi dada seperti clapping dan vibrating.

Hasil penelitin ini sama dengan dengan penelitian Sucita tahun 2023, implementasi keperawatan yang sudah dilakukan pada pasien *Tuberkulosis Paru* yaitu mengajarkan batuk Latihan Batuk Efektif, Mengatur posisi fowler dan semi fowler, dan melakukan fisioterapi dada.

Menurut Jurnal Puspitasari, dkk (2021) Menjelaskan bahwa Batuk efektif merupakan latihan batuk untuk mengeluarkan sekret. Batuk efektif merupakan suatu metode batuk dengan benar, yaitu klien dapat menghemat energi sehingga tidak mudah lelah dan dapat mengeluarkan dahak secara maksimal. Latihan batuk efektif merupakan. Alasan pemberian teknik batuk efektif yaitu untuk membantu pasien yang mengalami bersihan jalan napas tidak efektif, tujuannya untuk membantu dalam pengeluaran sputum dan dapat mengatasi bersihan jalan napas tidak efektif. Hal ini menunjukkan bahwa tindakan teknik batuk efektif merupakan suatu metode batuk dengan benar, yaitu pasien dapat menghemat energi sehingga tidak mudah lelah dan dapat mengeluarkan maksimal.⁴⁰

Pada saat dilakukan wawancara dengan perawat tindakan batuk efektif memang tidak dilakukan. Sedangkan pada saat dilakukan penelitian, teknik batuk efektif ini dapat membantu pasien untuk batuk dan juga untuk mengeluarkan sekret. Hal ini sebaiknya menjadi pertimbangan untuk rencana lebih lanjut.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada diagnosis Kedua Pola Nafas Tidak Efektif yaitu Memonitor pola nafas, memonitor bunyi nafas tambahan memberikan oksigen nasal kanul 3 liter, mengajarkan pasien teknik nafas dalam untuk mengurangi sesak. Tindakan keperawatan yang dilakukan berkaitan diagnosis keperawatan.

Menurut penelitian Delfa (2022) Implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu mengkaji frekuensi nafas, mengkaji keluhan sesak nafas, mengkaji penggunaan otot bantu pernafasan, menghitung frekuensi nafas, mengkaji pernafasan cuping hidung, memberikan terapi oksigen.³⁴

Menurut analisa peneliti, implementasi yang dilakukan sama dengan teori yang telah dijelaskan seperti mengkaji frekuensi nafas, mengkaji penggunaan otot bantu pernafasan, memberikan terapi oksigen.

Hipertermia Berhubungan dengan Proses Penyakit yaitu melakukan pemantauan suhu tubuh, menganjurkan pasien mengenakan pakaian tipis dan menyerap keringat, melakukan kompres hangat, melakukan kolaborasi pemberian paracetamol, dan menganjurkan banyak minum air putih.

Hasil penelitian ini sama dengan Sucita (2023), implementasi yang dilakukan yaitu melakukan kompres hangat, pemantauan suhu tubuh, menganjurkan pasien menggunakan pakaian tipis dan menyerap keringat, melakukan kolaborasi pemberian paracetamol, dan menganjurkan banyak minum air putih.

Menurut teori (Rahmawati, 2020), kompres hangat bertujuan untuk menurunkan suhu tubuh. Kompres hangat bekerja dengan cara mempelebar pembuluh darah, pembuluh darah yang melebar akibat suhu hangat dapat mempermudah pengeluaran panas dari tubuh.⁴²

Untuk diagnosis yang keempat Defisit Nutrisi yaitu mengidentifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien, berkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diet pasien (diit TKTP RG), menjelaskan kepada pasien mengenai kebutuhan diet, menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan, memonitor turgor kulit, memonitor perubahan nafsu makan, menganjurkan pasien untuk makan dalam porsi sedikit tetapi sering.

Hasil implementasi ini sama dengan penelitian sucita (2023) menganjurkan makanan ringan yang padat gizi, kolaborasai dengan ahli gizi dalam pemberian diit pasien, menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkomsusi makanan, menganjurkan makan sedikit tapi sering, memonitor kecendrungan berat badan dan mengidentifikasi adanya alergi pada makanan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi masalah keperawatan berkaitan dengan diagnosis bersihan

jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, masalah teratasi sebagian pada hari kelima dengan status pernafasan : kepatenan jalan nafas dengan kriteria hasil frekuensi nafas 20x/menit, pasien mengatakan mampu mengeluarkan secret dengan batuk efektif, pasien mengatakan sudah tidak batuk lagi, pada hari pertama diajarkan batuk efektif, secret yang pasien keluarkan pada saat diajarkan batuk efektif sedikit, sedangkan pada hari ke 3 secret yang pasien keluarkan sudah banyak, sedangkan pada hari ke 5 pasien sudah tidak batuk lagi, intervensi dihentikan pada hari ke lima dan pasien dibolehkan pulang, dan pasien dianjurkan minum air putih yang banyak.

Pada diagnosis kedua yaitu evaluasi pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas. Pola nafas membaik yang ditandai dengan pasien sesak nafas tidak ada, frekuensi nafas membaik. Pada saat hari pertama pasien tampak sesak dengan RR 28X/ Menit, pasien diberikan nasal kanul 3 liter, sedangkan pada pada hari ketiga sesak nafas pasien masih ada, namun sudah berkurang, dan juga mengatur posisi fowler kepada pasien, sedangkan pada hari ke lima pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi, RR 20 X/ Menit Tindakan berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi sebagian pada hari kelima, intervensi dihentikan dan pasien diperbolehkan pulang.

Evaluasi masalah keperawatan berkaitan dengan hipertermi berhubungan dengan proses penyakit, dengan kriteria hasil termoregulasi membaik, pada hari pertama suhu tubuh pasien 38°C, menganjurkan pasien melakukan kompres hangat, sedangkan pada hari ke lima suhu tubuh pasien 36,6°C, pasien sudah tidak demam lagi, masalah teratasi sebagian pada hari ke kelima, intervensi dihentikan.

Evaluasi masalah keperawatan berkaitan dengan defisit nutrisi dibuktikan dengan Peningkatan Kebutuhan Metabolisme, dengan kriteria hasil nafsu makan pasien sudah mulai membaik, pada hari pertama pasien hanya menghabiskan seperempat porsi makanan, sedangkan pada hari ke tiga pasien sudah nafsu makan, namun makanan yang dihabiskan masih setengah porsi, sedangkan pada hari ke lima pasien mampu menghabiskan makanan, masalah teratasi sebagian, intervensi dihentikan dan pasien diperbolehkan pulang, dan menganjurkan kepada pasien makan dengan porsi sedikit tapi sering.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian terhadap penerapan asuhan keperawatan pada pasien TB Paru di ruang Paru di RSUP DR M.Djamil Padang yang dilakukan pada tanggal 14 Maret- 18 Maret 2025, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien TB paru didapatkan data pasien mengeluh sesak nafas, batuk berdahak sejak 3 bulan yang lalu, batuk meingkat 2 minggu yang lalu, dan dahak susah untuk dikeluarkan, pasien mengatakan merasakan demam yang hilang timbul, pasien mengatakan nafasnya akan semakin sesak jika banyak bergerak dan bicara dan nafsu makan menurun. Terlihat konjungtiva anemis, mukosa bibir kering dan pucat, pernafasan meningkat, suhu tubuh 38,6^oC dan terdengar suara ronchi positif, akral teraba dingin, dan CRT < 2 detik. Pada pemeriksaan laboratorium menunjukan Hb dibawah normal.
2. Diagnosis keperawatan yang muncul pada saat dilakukan penelitian pada pasien TB paru ada 4 masalah yaitu, bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, Pola nafas berhubungan dengan hambatan Upaya nafas , defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme, Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit.
3. Intervensi keperawatan disusun tergantung pada masalah keperawatan yang ditemukan yaitu sesuai dengan teori yang telah ada, berdasarkan dengan SDKI, SLKI dan SIKI, diantaranya latihan batuk efektif, manajemen jalan nafas, manajemen nutrisi , manajemen hipertermia, kompres panas.
4. Implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan rencana tindakan yang telah disusun. Implementasi yang dilakukan diantaranya mengajarkan cara batuk efektif yang benar , mengajarkan teknik

nafas dalam, memantau serta berkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diet pasien, memberikan kompres panas, memantau serta berkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diet pasien.

5. Hasil evaluasi yang dilakukan selama 5 hari penelitian dituangkan dalam bentuk SOAP. Pada diagnosis Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan teratasi pada hari ke lima. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas sudah teratasi pada hari ke lima. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit teratasi pada hari ke tiga. Defisit Nutrisi dibuktikan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme teratasi pada hari ke lima.

B. Saran

a. Bagi Penulis

Diharapkan penulis bisa mengaplikasikan perencanaan yang telah disusun secara maksimal dan memberikan asuhan keperawatan dengan baik dan benar sesuai standar operasional yang telah ditetapkan.

b. Bagi RSUP. Dr. M. Djamil Padang

Studi kasus yang peneliti lakukan tentang asuhan keperawatan pada pasien Tuberkulosis paru di Ruang Paru PSUP. Dr. M. Djamil Padang perawat dapat menggiatkan kembali latihan batuk efektif pada pasien TB Paru dan menjadi rutinitas setiap hari .

c. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi dan bahan bacaan bagi mahasiswa prodi D-III Keperawatan Padang dan berguna sebagai pedoman bagi penelitian selanjutnya tentang asuhan keperawatan pada pasien TB Paru.

d. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan peneliti dapat melakukan pengkajian secara tepat dan mengambil diagnosa secara tepat menurut pengkajian yang didapatkan dan dalam melakukan tindakan keperawatan harus terlebih dahulu

memahami masalah dengan baik, serta mendokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan benar. Diharapkan peneliti dapat menggunakan dan memanfaatkan waktu seefektif mungkin, sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan yang baik pada pasien dengan TB paru

DAFTAR PUSTAKA

1. Puspasari SFA. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sitem Pernfasan*. PT PUSTAKA BARU; 2019.
2. Surati, Priyatno P, Auliya QA, Duri LD. Edukasi Tuberkulosis. Published online 2023.
3. WHO. Global Tuberkulosis Report. Published online 2024.
4. Kemenkes RI. Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024. *Pertem Konsolidasi Nas Penyusunan STRANAS TB*. Published online 2020:135.
5. Salsabila DS, R. Azizah. Faktor Risiko Kejadian Tuberkulosis Paru di Indonesia. *Media Publ Promosi Kesehat Indones*. 2022;5(9):1054-1062.
<https://jurnal.unismuhpalu.ac.id/index.php/MPPKI/article/view/2622/2309>
6. Perhimpunan Dokter Paru Indonesia. *Tuberkulosis Pedoman Diagnosis Dan Penatalaksanaan Di Indonesia*. Vol 001.; 2021.
7. Kristini T, Hamidah R. Potensi Penularan Tuberculosis Paru pada Anggota Keluarga Penderita. *J Kesehat Masy Indones*. 2020;15(1):24. doi:10.26714/jkmi.15.1.2020.24-28
8. Kausar LIE, Nursasi AY. Kesehatan Fisik pada Klien Tuberkulosis Paru dan Program Rehabilitasi: Kajian Literatur. *Dunia Keperawatan J Keperawatan dan Kesehat*. 2020;8(2):162. doi:10.20527/dk.v8i2.8200
9. Roslaini, Suriani. Stigma Factors in Pulmonary TB Patients In North Aceh District Tuberculosis (TB) is an infectious disease and has become a public health Faktor Stigma Pada Pasien TB Paru Di Kabupaten Aceh Utara. *Akimal, J Kesehat*. 2023;2(01):8-15.
10. Nurrasyidah I. Komplikasi TB Paru. *Media Inf RSUD Ulin Banjarmasin*. Published online 2018:16-17.
11. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Peringatan Hari Tuberkulosis Sedunia 2024: Gerakan Indonesia Akhiri Tuberkulosis (GIAT). *Kemenkes RI*. Published online 2024:216769.
12. Survey Kesehatan Indonesia. *Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan*.; 2023.
13. Badan Pusat Statistik Provinsi Sumatera Barat. Kasus Penyakit Menurut

Kabupaten/Kota dan Jenis Penyakit di Provinsi Sumatera Barat 2023.

14. Sulistyono RE. Asuhan Keperawatan Tuberkulosis. *J Ilm Kesehat*. Published online 2017.
15. Anwar S. *Deteksi Awal Dan Penatalaksanaan Penyakit Tuberkulosis*. Deepublish Digital; 2023.
16. Azzahra D. *Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Oksigenasi Pada Pasien Tuberkulosis Paru Di Ruangan Rawat Inap Paru RSUP DR.M.Djamil Padang*. Kemenkes Poltekkes Padang; 2024.
17. Sucita GA. *Asuhan Keperawatan Pasa Pasien Dengan Tuberkulosis Paru Di Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit TK.III Reaksodiwiryio Padang*. Kemenkes Poltekkes Padang; 2023.
18. Dewi B dian novita. *Diabetes Mellitus & Infeksi Tuberkulosis*. Penerbit Andi Anggota IKAPI; 2019.
19. Parlaungan J. *Faktor Yang Mempengaruhi Penderita TB Paru Drop Out Minum Obat Anti Tuberkulosis*. Yayasan Penerbit Muhammad Zaini Anggota IKAPI; 2021.
20. Agustin RA. *Tuberkulosis*. Penerbit Deepublish; 2018.
21. Fitriani D, Pratiwi RD. *Buku Ajar TBC Askep Dan Pengawasan Minum Obat Dengan Media Telepon*. Stikes Widya Dharma Husada Tangerang; 2020.
22. Tim Pokja SDKI DPP Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*. DPP; 2018. <https://snars.web.id/sdki/>
23. Jainurakhma J. *Asuhan Keperawatan Sistem Respiratory Dengan Pendekatan Klinis*. Deepublish Publisher; 2018.
24. Azwar. *Ansietas Pasien TB Paru*. Pustaka Taman Ilmu; 2021.
25. Siregar D. *Pengantar Proses Keperawatan : Konsep Teori dan Aplikasi*. Published online 2021.
26. Alisjahbana B, Hadisoemarto P, Wiem B, Afifah N. *Diagnosis dan Pengelolaan Tuberkulosis untuk Dokter Praktik Swasta*. Published online 2020.
27. Juwita. *Ilmu Keperawatan Dasar*. Published online 2022.

28. Suharman. Modul Bahan Ajar Cetak Farmasi : Metodologi Penelitian. Published online 2016.
29. Pamungkas RA, Usman AM. *Metodologi Riset Keperawatn.*; 2017.
30. Nursalam. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika; 2020.
31. Wirawan S. *Metodologi Penelitian Untuk Tenaga Kesehatan*. Thema Publishing; 2023.
32. Tim Pokja SDKI DPP Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.*; 2018.
https://repository.unair.ac.id/81796/3/JURNAL_Fis.P.06_19_Naf_d.pdf
33. Tim Pokja SDKI DPP Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. DPP; 2018.
34. Fusfita DM. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tuberculosis Paru Di Ruang Paru RS TK III Dr. Reksodiwiryo Padang. *Karya Tulis Ilm*. Published online 2022.
35. Yanni P, Mela. tuberkulosis. Published online 2021.
36. Anggraini, Budiadtri. tuberkulosis paru. Published online 2024.
37. Yasni H, Rasima, Raisah P. Aktor resiko merokok terhadap tuberkulosis studi kasus di wilayah kerja puskesmas ladang tuha Aceh Selatan. 2024;6.
38. Azhar YK, Wahyudi, Siregar PA, Adilah R, Pranata S, Sembiring. Penanggulangan TB Paru Anak Melalui Pemberdayaan Kader Cilik Toss TB. Published online 2023.
39. Suddarth's B&. Buku Ajar Medikal Bedah Edisi 8. Published online 2015.
40. Febriyanti P. Penerapan Teknik Batuk Efektif untuk Mengatasi Masalah Keperawatan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif pada Pasien Tuberculosis Paru. Published online 2021.
41. Marlina L, Immawati, Nurhayati S. Penerapan Pemberian Kompres Hangat Pada Dahi Dan Axilla Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Anak Usia Prasekolah (3-6 Tahun) Yang Mengalami Demam Di Wilayah Kerja Puskesmas Metro. *J Cendekia Muda*. 2023;3(September):402-406.
42. Rahmawati I. Efektivitas Kompres Dingin Terhadap Perubahan Suhu Tubuh. Published online 2020.

LAMPIRAN

Lampiran 12 Hasil Cek Plagiarisme (Turnitin)



Page 1 of 90 - Cover Page

Submission ID trn:oid::1:3269132716

Galuh Putri

new AINIL MARDIYAH BASRI.docx

- KTI an. Ainil Mardiyah Basri
- Karya Ilmiah Mahasiswa Tahun 2025
- Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang

Document Details

Submission ID
trn:oid::1:3269132716

84 Pages

Submission Date
Jun 5, 2025, 2:21 PM GMT+7

14,726 Words

Download Date
Jun 5, 2025, 2:28 PM GMT+7

100,767 Characters

File Name
new_AINIL_MARDIYAH_BASRI.docx

File Size
1.2 MB



Page 1 of 90 - Cover Page

Submission ID trn:oid::1:3269132716

8% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- Bibliography
- Quoted Text

Exclusions

- 10 Excluded Sources

Top Sources

- 8%  Internet sources
- 2%  Publications
- 1%  Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.