

## **BAB IV**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Studi Kasus**

##### **1 Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus**

Studi kasus dilakukan di RSUD Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah yang berada di Jl. Prof. Dr. W.Z.Yohanes. Adapun wilayah batas RSUD Ende sebagai berikut: Sebelah Utara berbatasan dengan: Jalan Samratulangi, Sebelah Timur berbatasan dengan: Pemukiman penduduk, Sebelah Barat berbatasan dengan: Kali/Sungai kering, Sebelah Selatan berbatasan dengan: Jl. Prof. Dr. W.Z.Yohanes. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah Ruang Perawatan Khusus dimana ruangan ini merupakan ruangan isolasi yang merawat pasien berpenyakit menular yang ditularkan lewat udara, percikan ludah, droplet (airbone). Ruang Perawatan Khusus terdiri dari 4 ruangan dengan kapasitas bed 12 yang terdiri dari ruangan Flamboyan A jumlah 3 bed, ruangan Flamboyan B 3 bed dan ruangan Flamboyan C 3 bed dan Flamboyan D 3 bed, dengan kebutuhan tenaga perawat 12 orang yang terdiri dari Diploma 3 berjumlah 8 orang, Strata Satu (S1) Keperawatan Ners berjumlah 4 orang dengan struktur organisasi tertinggi adalah kepala ruangan.

## 2 Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 01 Mei 2025, pukul 08:00 WITA di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende.

### a Pengumpulan Data

#### 1) Identitas

##### a) Identitas Pasien

Pasien berinisial Ny. Y. M berusia 76 tahun, jenis kelamin perempuan beragama Khatolik, dengan status sudah menikah, pendidikan tidak sekolah, pekerjaan petani, berasal dari Noabosi-Embutheru, Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 29 April 2025, tanggal pengkajian 01 Mei 2025, No. rekam medis 160835 dengan diagnosa medis Tuberkulosis Paru.

##### b) Identitas Penanggung Jawab

Penanggung jawab Pasien Ny. M. S.A. berumur 36 tahun, Pekerjaan IRT, alamat Noabosi-Embutheru, hub. dengan Pasien yaitu menantu.

#### 2) Status Kesehatan

##### a) Status kesehatan Saat Ini

##### (1) Keluhan Utama

Pasien mengeluh batuk disertai dahak yang menggumpal berwarna putih, sesak napas, lemas, lelah dan sesak napas saat beraktivitas, kadang-kadang mual, sering mengantuk dan batuk berdahak ± 1 bulan belakangan.

## (2) Riwayat keluhan Utama

Pasien mengatakan batuk sejak satu bulan yang lalu, disertai dahak. Keluarga pasien mengatakan bahwa Pasien sempat batuk berdarah pada tanggal 09 April 2025, namun tidak banyak. Kemudian pasien batuk berdarah kembali pada tanggal 11 April 2025 dengan jumlah yang banyak. Keluarga sempat mengantar Pasien ke Puskesmas Nodetundora untuk dilakukan pemeriksaan, Pasien dirawat 3 hari 2 malam di Puskesmas Ndetundora. Setelah keluar dari puskesmas, Pasien dianjurkan untuk melakukan rontgen di RSUD Ende. Tepat tanggal 22 April 2025 kemarin, pasien didampingi keluarga untuk rontgen, dan hasilnya ada infeksi di paru-paru dan diminta ambil obat (OAT) Puskesmas Ndetundora, untuk diminum selama 6 bulan. Keluarga mengatakan pasien selalu minum OAT setiap hari. Kemarin Tanggal 29 April 2025 pasien tiba-tiba sesak disertai batuk berlendir secara terus menerus. Di ruangan Perawatan khusus (RPK) pasien mengeluh masih ada dahak yang tertahan dan belum bisa dikeluarkan, pasien mengeluh lemah, lemas, kadang-kadang mual, muntah. Saat pasien batuk dan mengeluarkan dahak, nampak dahak berwarna putih kental, dahak dibuang di ember kecil dengan tisu, kemudian dikuburkan di rumah,

sementara saat di rumah biasanya lendir pasien dibungkus juga dalam plastik kemudian dikuburkan.

### (3) Alasan Masuk Rumah Sakit dan Perjalanan Penyakit

Keluarga pasien mengatakan alasan pasien dibawa ke rumah sakit, karena sesak napas sejak sore tgl 29 April 2025, disertai batuk berdahak secara terus menerus, dan tepat pada malam Jam 18.30 pasien sesak dan lemas. Karena tidak tahu harus berbuat apa, keluarga langsung membawa pasien ke Rumah Sakit Umum Daerah Ende (RSUD). Tiba di UGD pada tanggal 29 April 2025 Jam 19.00, kemudian dipindahkan ke Ruangan Perawatan khusus (RPK) Jam 00.00 WITA.

### (4) Upaya Yang Dilakukan Untuk Mengatasinya

Keluarga pasien mengatakan selama di rumah ketika Pasien batuk keluarga biasanya beri air minum hangat ke pasien. Namun karena pasien sesak keluarga langsung membawa ke Rumah Sakit Umum Daerah Ende (RSUD). Keluarga juga mengatakan selama pasien dirawat di rumah keluarga tidak menggunakan masker, ketika pasien batuk disertai dahak, keluarga membuang dahak dengan menyimpan dalam plastik kemudian dikuburkan.

## b) Status Kesehatan Masa Lalu

### (1) Penyakit Yang Pernah Dialami

Pasien dan keluarga mengatakan bahwa pasien ada riwayat Hipertensi sejak satu tahun belakangan dan sudah diberi obat minum yaitu Katopril untuk diminum setiap hari selama satu bulan dan setelah diberi obat pasien selalu minum obat tersebut. Keluarga juga mengatakan pada tanggal 22 April 2025 kemarin setelah rontgen pasien dinyatakan ada infeksi di paru-paru.

### (2) Pernah Dirawat

Keluarga pasien mengatakan sebelumnya pasien pernah dirawat di Puskesmas Ndetundora selama 3 hari 2 malam pada tanggal 11 April - 13 April 2025. Alasan pasien dibawa ke Puskesmas karena pasien batuk disertai darah yang cukup banyak. Setelah keluar dari Puskesmas, pada tanggal 22 April 2025 kemarin pasien sempat datang rontgen dan hasilnya pasien ada Infeksi di paru-paru. Dari puskesmas Pasien diberi obat OAT untuk diminum selama 6 bulan.

### (3) Alergi

Keluarga dan Pasien mengatakan tidak ada alergi obat, ataupun cuaca. Namun, Pasien tidak bisa makanan yang bergetah seperti buah pepaya, mangga, karena bisa memicu tenggorokan gatal dan batuk terus-menerus.

(4) Kebiasaan (Merokok, kopi, Alkohol)

Keluarga mengatakan pasien tidak ada kebiasaan merokok. minum alkohol dan minum kopi. Akan tetapi pasien sering menghirup asap rokok di rumah karena anaknya seorang perokok aktif.

3) Riwayat Penyakit keluarga

Pasien dan keluarga mengatakan di keluarga tidak ada riwayat penyakit Tuberkulosis Paru (TB) ataupun penyakit lain.

4) Diagnosa Medis dan Therapy Yang dapat Sebelumnya

Pasien mengatakan satu tahun belakangan pasien pernah didiagnosis Hipertensi dan diberi obat untuk diminum selama 1 bulan, dan dilanjutkan bulan-bulan selanjutnya. Pada tgl 22 Mei 2025, pasien juga didiagnosa TB Paru dan diminta mengkonsumsi obat OAT selama 6 bulan.

5) Pola Kebutuhan Dasar (Daka Bio-psiko- Sosto-kultural)

a) Pola Pengepsi dan Manajemen kesehatan

Pasien dan keluarga mengatakan kalau sakit biasanya langsung ke Fasilitas kesehatan terdekat, namun jika hanya batuk pilek, biasanya hanya resep obat di apotik. Namun ketika sakitnya lama dan parah biasanya langsung antar ke Faskes terdekat. Keluarga pasien juga mengatakan, setelah pasien rontgen dan dinyatakan sakit TB paru, keluarga di rumah tidak menggunakan masker ketika kontak atau merawat Pasien dan

biasanya ketika pasien batuk disertai dahak, keluarga biasanya membuang dahak dengan menaruh dalam plastik, kemudian dikuburkan. Keluarga mengatakan tahu bahwa penyakit TB adalah pengakit menular.

b) Pola Nutrisi – Metabolik

(1) Sebelum Sakit: Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan 3 kali sehari. Biasanya 1 porsi kadang dihabiskan, kadang tidak, makanan dilengkapi nasi yang agak lembek, sayur, lauk (ikan, telur, daging sesekali), kadang-kadang makan buah-buahan, pasien tidak pantang makanan apapun sebelumnya. Pasien mengatakan sesekali mual karena ada sakit lambung. Pasien Juga minum air banyak, 7-8 gelas/hari. Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui BB pasien sebelum sakit.

(2) Saak Sakit: Keluarga pasien mengatakan saat pasien sakit  $\pm$  1 bulan belakangan makan masih 3 kali sehari, namun makan kadang dihabiskan kadang makan hanya  $\frac{1}{2}$  dari 1 porsi karena pasien mual. Pasien mual tidak setiap hari dan selama di Rumah sakitpun pasien makan hanya  $\frac{1}{2}$  kadang  $\frac{1}{4}$  dari 1 porsi. pasien mengeluh lemah, lemas, kadang-kadang mual, muntah. Pasien makanya nasi, daging, sayur, buah pisang. Biasanya keluarga campurkan nasi pasien dengan air agar bisa ditelan. Pasien kadang-kadang mual

karena menu makanan yang sama terus. Pasien juga sering minum susu dancow 2 kali/hari dan minum air hangat 5-6 gelas /hari. Keluarga mengatakan sekarang pasien nampak lebih kurus dibandingkan sebelum sakit. BB sekarang cuma 41 kg. Pasien tidak mau makan makanan bergetah seperti pepaya. karena tenggorokan akan gatal dan tambah batuk.

c) Pola Eliminasi

(1) BAB

(a) Sebelum Sakit: Pasien mengatakan selama di rumah sebelum sakit pasien BAB 1-2 kali sehari, Feses normal berbentuk lunak, berwarna kuning kecoklatan. dan berbau khas Feses. Dan 1 bulan belakangan pasien BAB 1 kali/hari, kadang juga tidak BAB.

(b) Saat Sakit: Keluarga mengatakan selama di RS, sejak skemarin tgl 30/04/2025 pasien belum pernah BAB sama sekali, terakhir BAB yaitu pagi sebelum diantar ke rumah sakit. Selama di rumah sakit Pasien menggunakan diapers.

(2) BAK

(a) Sebelum Sakit: Pasien mengatakan biasanya BAK 4-5 kali sehari, berwarna kuning jernih, berbau khas urine.

Pasien mengatakan biasanya BAK 4-5 kali sehari berwarna kuning jernih, berbau khas urine

- (b) Saat Sakit: Keluarga mengatakan saak sakik belum tau berapa kali pasren BAK karena menggunakan diapers. Namun Setiap kali ganti diapers pada pagi, sore dan malam hari diapers pasien selalu penuh dengan urin, berwarna kuning jernih, berban khas urine.

d) Pola Aktivitas dan Latihan

(1) Aktivitas

| Kemampuan Perawatan Diri | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------------------|---|---|---|---|---|
| Makan dan Minum          | ✓ |   |   |   |   |
| Mandi                    |   |   | ✓ |   |   |
| Toileting                |   |   |   | ✓ |   |
| Berpakaian               |   |   | ✓ |   |   |
| Berpindah                |   |   | ✓ |   |   |

**Keterangan:**

0: Mandiri

3: Dibantu orang lain dan alat

1: Alat Bantu

4: Ketergantungan Total

2: Dibantu Orang lain

(2) Latihan

- (a) Sebelum Sakit: Pasien dan keluarga mengatakan sebelum sakit biasanya ke kebun, main dengan cucu. Sebelumnya juga pasien sering ke pasar untuk menjual hasil panen hasil kebunya, kadang cuci baju dan masak.

(b) Saat Sakit: Saat sakit pasien hanya baring dan kadang-kadang duduk. Semua latihan yang dilakukan pasien dibantu keluarga karena pasien lemah, sesak napas. nilai keadaan fungsi otot ekstermitas atas dan bawah 3 (ada pergerakan hanya dapat mengatasi gaya gravitasi)

e) Pola kognitif dan Persepsi

Pasien nampak merespon lama ketika ditanya, dan harus menggunakan nada bicara yang keras karena pendengaran pasien sedikit terganggu. Ketika ada keluarga yang datang jenguk, pasien tidak langsung mengenali, tunggu keluarga mendekati pasien dan mengajak pasien bicara. Pasien mengalami gangguan sedikit di mata sehingga tidak bisa melihat orang dengan jarak >1 meter.

f) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pasien mengatakan dirinya adalah seorang lansia yang kadang sakit. Pasien menerima diri apa adanya, selalu bersyukur. Pasien ingin cepat sembuh dan bisa pulang.

g) Pola Tidur dan Istirahat

(1) Sebelum Sakit: Pasien mengatakan biasanya tidur di Jam 20.00/21.00 malam, dan biasanya bangun pagi jam 05.00/06.00. tidur malam biasa 7-8 Jam. Pasien juga kadang-kadang tidur siang.

(2) Saat Sakit: Pasien dan keluarga mengatakan semenjak batuk  $\pm$  1 bulan pasien kadang terbangun pada malam hari karena batuk, tidur hanya 4-5 jam. Sementara saat di RS pasien sering terbangun pada malam hari karena batuk dan sesak napas, sehingga waktu tidur malam pasien hanya 3-4 jam saja. Pasien nampak pucat, lemas, sering menguap, mengeluh ngantuk pada pagi dan siang hari. Pasien juga kadang-kadang tidur lagi pagi atau siang hari untuk mengganti waktu tidur malam yang belum tercukupi. Pasien juga mengatakan sering tidur pagi karena mengeluh ngantuk.

h) Pola Peran Hubungan

Pasien dan keluarga mengatakan pasien berhubungan baik dengan keluarga, dan masyarakat sekitar. Buktinya saat pasien sakit banyak anggota keluarga dan tetangga yang datang jenguk dan memberikan penguatan ke pasien. Namun keluarga datang jenguk ada yang tidak menggunakan masker.

i) Pola Toleransi Stres koping

Pasien mengatakan jika ada masalah pasien biasanya pendam sendiri, tidak diceritakan ke siapapun.

j) Pola Nilai kepercayaan

Pasien dan keluarga mengatakan sebelum sakit pasien kadang-kadang ke gereja dan selama di rumah sakit kadang pasien berdoa sendiri sebelum tidur.

6) Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum lemah, Pucat, batuk berdahak, Kesadaran composmentis, GCS:15. E: 4 (membuka mata spontan), V:5 (respon verbal spontan), M:6 (respon motorik mengikuti perintah). Tanda-tanda Vital: Tekanan darah: 110/80 mmHg, Nadi: 79/m, Suhu: 36.8 °C, RR: 23/m, SpO<sub>2</sub>: 97%, Berat badan saat ini : 41 kg, Tinggi badan: 152 kg, IMT: 17.7 kg.

a) Kepala

Bentuk kepala normal /simetris dari sisi kiri dan kanan, kulit kepala nampak bersih, rambut berwarna hitam campur putih (uban), tampak berminyak, tidak rontok, tidak ada edema atau nyeri tekan.

b) Mata

Konjunktiva nampak anemis, sklera tidak ikterik, bentuk kedua mata simetris, tidak ada alat bantu melihat, Pupil isokor dan kantong mata nampak sedikit hitam (mata panda)

c) Hidung

Bentuk simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, terpasang O<sub>2</sub> nasal kanul 3 lpm, tidak ada lesi atau nyeri tekan.

d) Mulut

Mukosa bibir kering, lidah sedikit kotor, gigi tersisa 8 geraham kanan kiri.

e) Leher

Terdapat benjolan dileher bagian kanan, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan tidak ada nyeri tekan.

f) Dada

(1) Paru:

**Inspeksi** : Nampak simetris, frekuensi napas 23 x/m tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, adanya retraksi dinding dada

**Palpasi** : Tidak ada nyeri tekan, vokal fremitus paru kiri lebih bergetar, pengembangan paru kiri dan kanan sama

**Perkusi** : Saat diperkusi terdengar bunyi pekak di paru kiri dan kanan di sela-sela intrakosta

**Auskultasi**: Terdengar bunyi ronchy di paru kiri dan kanan, namun lebih besar di paru kiri.

g) Payudara

Kedua payudara nampak kendur, simetris tidak ada benjolan dan nyeri tekan

h) Abdomen

**Inspeksi** : Tidak ada benjolan atau luka

**Auskultasi** : Terdengar suara bising usus 13 x/m

**Perkusi** : Terdengar bunyi tympani

**Palpasi** : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar dan lien.

i) Integument

Kulit nampak kering, keriput, tidak ada nyeri tekan, kulit teraba hangat, suhu: 36,0° C.

j) Ekstermitas

(1) Atas

**Kiri:** Inspeksi tidak ada luka, nampak terpasang infus NaCl 0,9 % 20 tpm, tidak ada edema, jari tangan lengkap dan CRT<3 detik. Ketika diminta melakukan fleksi ekstensi pasien mampu melakukan, namun ketika diberi tahanan ekstermitas pasien nampak gemetar dan tidak mampu melakukannya dengan nilai kekuatan otot 3 (Dapat melakukan ROM secara penuh dengan melawan gravitasi tetapi tidak dapat melawan tekanan)

(2) **Kanan:** Inspeksi tidak ada luka, tidak ada edema, jari tangan lengkap dan CRT<3 detik. Ketika diminta melakukan fleksi ekstensi pasien mampu melakukan, namun ketika diberi tahanan ekstermitas pasien nampak

lemas namun masih mampu melakukannya dengan nilai keadaan fungsi otot 4 (Dapat melakukan ROM secara penuh dan dapat melawan tahanan yang sedang)

(3) Bawah

**Kiri:** Inspeksi tidak ada luka, edema, jari-jari lengkap, tidak ada nyeri tekan, tidak ada kelainan. Ketika dilakukan gerakan fleksi, ekstensi pasien mampu melakukannya, namun ketika diberi tahanan pasien tidak mampu melakukannya. Nilai kekuatan otot 3 (ada pergerakan hanya dapat mengatasi gaya gravitasi). Pasien tidak mampu berdiri sendiri, tanpa ada yang memegangnya. Kaki pasien nampak gemetar ketika berdiri.

**Kanan:** Inspeksi tidak ada luka, edema, jari-jari lengkap, tidak ada nyeri tekan, tidak ada kelainan. Ketika dilakukan gerakan fleksi, ekstensi pasien mampu melakukannya, namun ketika diberi tahanan pasien tidak mampu melakukannya. Nilai kekuatan otot 3 (ada pergerakan hanya dapat mengatasi gaya gravitasi). Pasien tidak mampu berdiri sendiri, tanpa ada yang memegangnya. Kaki pasien nampak gemetar ketika berdiri.

7) Neurogis:

a) Status mental dan Emosional

Pasien mengatakan menerima kondisi diri apa adanya.

b) Pengkajian Saraf Kranial

- (1) Saraf olfaktori: Pasien mengatakan indra penciuman tidak ada masalah
- (2) Saraf optik: Pasien mengatakan tidak mampu melihat dengan jelas dalam jarak ya jaung karena rabun, pasien hanya mampu melihat dengan jelas dalam Jarak >1 meter.
- (3) Saraf Okumolator: Pasien dapat menggerakkan bola mata berkedip dan memfokuskan penglihatan pada satu objek
- (4) Saraf Fasialis: Berfungsi dengan baik, Pasien nampak bisa tersenyum, terkawa dan mengunyah makanan.
- (5) Saraf Vessibubkoklear: Ketika komunikasi dangan pasien harus dengan nada yang keras, karena ada sedikit penurunan fungsi pendengaran.
- (6) Saraf Assesoris: Pasien mampu menggerakkan kepala, leher dan bahu
- (7) Saraf Hipoglosus: Pasien mampu menggerakkan lidah dengan baik, bisa berbicara dengan jelas dan menelan makanan

8) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Darah

Selasa, 29 April 2025      Jam:19.08

| No | Jenis Pemeriksaan | Nilai Normal | Hasil    |
|----|-------------------|--------------|----------|
| 1  | HCT (Hematok)     | 30,2 - 42,3  | 25,9 %   |
| 2  | HGB (Hemoglob)    | 11,7 - 15,5  | 9,0 g/dl |
| 3  | MCV               | 78,6 - 102,2 | 68,7 fL  |
| 4  | MCH               | 25,2 - 37,7  | 23,9 Pg  |

b) Pemeriksaan Laboratorium

Selasa, 29 April 2025 jam :21.51

| No | Jenis Pemeriksaan  | Nilai Normal | Hasil      |
|----|--------------------|--------------|------------|
| 1  | CREATININ          | 0,51 – 0,95  | 0,40 mg/dl |
| 2  | GLUKOSA<br>SEWAKTU | 70 – 140     | 119/dl     |

c) Pemeriksaan Rontgen

Rabu, 30 April 2025

**Pemeriksaan foto thorax proyeksi AP:**

Telah dilakukan pemeriksaan foto thorax AP view, posisi supine, simetris, inspirasi dan kondisi cukup.

Hasil:

- (1) Tampak opasitas homogen pada hemithorax dextra yang menumpulkan sudut costophrenicus dextra
- (2) Tampak opasitas homogen di lobus inferior pulmo dextra
- (3) Tampak infiltrat pada proyeksi apex pulmo sinistra, perihiler dan paracardial pulmo dextra
- (4) Diafragma sinistra licin dan tak mendatar
- (5) Cor CTR <0.56
- (6) Sistema tulang yang tervisualisasi intact, tak tampak lesi litik maupun sklerotik
- (7) Tampak opasitas homogen di regio colli dextra sampai di hemithorax dextra aspek superior yang mendeviasi trakhea ke arah sinistra

## 7) Penatalaksanaan Pengobatan

| No | Nama Obat     | Dosis & Cara Pemberian | Indikasi  | Kontraindikasi   |
|----|---------------|------------------------|---|--|
| 1. | Cefriaksone   | 1 gr/ lv               | Antibiotik yang digunakan untuk mengobati berbagai jenis infeksi bakteri seperti pneumonia, meningitis, infeksi saluran kemih, dan infeksi kulit. | Alergi terhadap ceftriaxone atau antibiotik sejenis: (cephalosporin ) Ceftriaxone harus digunakan dengan hati-hati pada pasien dengan gangguan hati atau ginjal. |
| 2. | Paracetamol   | 1 gr/iv infus          | Pengobatan nyeri sedang-berat, dan Pengobatan demam   | Gangguan hati parah atau penyakit hati kronis. Dan alergi terhadap parasetamol   |
| 3. | Ranitidin HCL | 25 mg/ml/ lv           | untuk mengobati kondisi yang terkait dengan produksi asam lambung yang berlebihan.  | Alergi terhadap ranitidin atau komponen lainnya, gangguan ginjal dan gangguan hati:.   |
| 4. | Amlodipin     | 10 mg/ Oral            | Hipertensi dan angina pectoris (nyeri dada) dengan cara meningkatkan aliran darah ke jantung.   | Alergi terhadap amlodipine atau komponen lainnya, gangguan hati dan stenosis aorta dapat memperburuk kondisi.  |
| 5. | OAT           | 156-300 mg/Ora l       | Digunakan untuk mengobati TB aktif, baik TB   | Alergi terhadap komponen OAT, gangguan hati  |

|    |                                   |                        |   |
|----|-----------------------------------|------------------------|---|
|    |                                   |                        | paru maupun dan gangguan<br>TB ekstra-paru, ginjal<br>TB laten.   |
| 6. | CTM<br>(Chlorpheni<br>ram<br>ine) | 4 gr/<br>oral          | Digunakan<br>untuk<br>mengobati<br>gejala alergi<br>seperti bersin,<br>hidung berair,<br>dan gatal-gatal.<br>Mengobati<br>rhinitis alergi,<br>baik musiman<br>maupun<br>perennial.                                      |
|    |                                   |                        | Riwayat alergi<br>terhadap CTM,<br>Digunakan<br>dengan hati-hati”<br>pada pasien<br>dengan<br>glaukoma,<br>hipertrofi<br>prostat, dan<br>penyakit<br>kardiovaskular<br>.  |
| 7. | NAL<br>(Naloxone)                 | 3x1<br>Tablet/<br>Oral | Digunakan<br>untuk<br>mengobati<br>overdosis<br>opioid, seperti<br>heroin atau<br>resep opioid.<br>dapat<br>membalikkan<br>efek opioid,<br>termasuk<br>depresi<br>pernapasan dan<br>sedasi.                             |
|    |                                   |                        | Riwayat<br>hipersensitivita<br>s terhadap<br>Naloxone tidak<br>boleh<br>menggunakan<br>obat ini.<br>Gangguan<br>kardiovaskular<br>, karena dapat<br>menyebabkan<br>perubahan<br>tekanan darah<br>dan denyut<br>jantung. |
| 8. | Dexametha<br>sone                 | 5<br>mg/1/v            | 1 inflamasi<br>seperti arthritis,<br>bursitis, dan<br>tendinitis,<br>mengobati<br>reaksi alergi<br>parah dan<br>inflamasi mata,<br>kulit, dan<br>saluran<br>pernapasan.   |
|    |                                   |                        | infeksi<br>sistemik<br>menyebabkan<br>efek<br>sampingan<br>seperti<br>osteoporosis,<br>glaukoma, dan<br>penekanan<br>adrenal,<br>diabetes,<br>mempengaruhi<br>kontrol gula<br>darah,                                    |

|     |            |                        |  |  |
|-----|------------|------------------------|--|--|
| 9.  | Salbutamol | 3x1<br>Tablet/<br>Oral | Mengobati gejala asma, seperti wheezing, batuk, dan sesak napas dan Bronkospasme: seperti bronkitis kronis dan emfisema. | efek sampingan seperti tremor, palpitasi, dan hipokalemia. Dan Kondisi kardiovaskular :hipertensi dan aritmia.   |
| 10. | Furosemide | 40<br>mg/Ora<br>1      | Mengobati edemaseperti gagal jantung, sirosis hati, dan penyakit ginjal, dan Hipertens                                   | tidak boleh digunakan pada pasien dengan anuria (ketidakmampuan ginjal untuk memproduksi urin) dan Dehidrasi. Hipersensitivitas                                      |
| 11  | NaCl       | 0,9%/1<br>v infus      | Digunakan untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang akibat dehidrasi, diare, atau muntah.                              | Gangguan keseimbangan elektrolit, Gagal jantung: meningkatkan volume cairan dalam tubuh, sehingga perlu digunakan dengan hati-hati pada pasien dengan gagal jantung. |

#### b Tabulasi Data

Pasien mengeluh batuk disertai dahak selama  $\pm$  1 bulan, dahak berwarna putih kental, pasien mengeluh sesak napas, kadang-kadang mengeluh mual, makan yang dihabiskan hanya  $\frac{1}{2}$  dari 1 porsi, mengeluh lemas dan sesak ketika beaktivitas, nilai keadaan fungsi otote

ekstermitas atas dan bawah 3 (ada pergerakan hanya dapat mengatasi gaya gravitasi), pasien nampak pucat, lemas, konjungtiva anemis, mukosa bibir kering, terdapat benjolan di leher bagian kanan, terdapat retraksi dinding dada, bunyi napas ronchy di paru kiri dan kanan, namun lebih besar di paru kiri, Saat diperkus terdengar bunyi pekak di paru kiri dan kanan di sela-sela intrakosta, aktivitas sebagian dibantu keluarga, mengeluh sering terbangun pada malam hari karena batuk sejak  $\pm 1$  bulan yang lalu dan sesak napas sejak kemarin saat masuk rumah sakit, tidur hanya 4-5 jam, nampak sering menguap, mengeluh ngantuk pada pagi dan siang hari, kantong mata nampak sedikit hitam (mata panda),  $\pm 1$  hari belum BAB, terpasang infus NaCl 0,9 % 20 TPM, O<sub>2</sub> nasal kanul 3 ml, dan perpasang diapers, keluarga mengatakan sekarang pasien nampak lebih kurus dibandingkan sebelum sakit, Kesadaran composmentis, GCS: 15, E: 4, M: 6, V:5, BB: 41 kg, TB: 152 cm, dengan TTV: Tekanan darah: 110/80 MmHg, Nadi: 79 x/m, Pernapasan: 23 x/m, SpO<sub>2</sub>: 97 x/m, Suhu: 36,0 °C. Pemeriksaan penunjang HCT (Hematok): (25,9%), HCB (Hemoglobin): (9,0 g/dl), MCU: (68,7 fL), MCH : (23,9 Pg), CREATININ : (0,40 mg/dl), dan GLUKOSA SEWAKTU: (119 mg/dl).

a Klasifikasi Data

**DS:** Pasien mengeluh batuk disertai dahak selama  $\pm 1$  bulan, dahak berwarna putih kental, pasien mengeluh sesak napas, kadang-kadang mengeluh mual, makan yang dihabiskan hanya  $\frac{1}{2}$  dari 1

porsi, mengeluh lemas dan sesak ketika beaktivitas, Keluarga mengatakan sekarang pasien nampak lebih kurus dibandingkan sebelum sakit, mengeluh sering terbangun pada malam hari karena batuk sejak  $\pm$  1 bulan yang lalu dan sesak napas sejak kemarin saat masuk rumah sakit, tidur hanya 4-5 jam, mengeluh ngantuk pada pagi dan siang hari, dan  $\pm$  1 hari belum BAB.

**DO:** Pasien nampak pucat, lemas, konjungtiva anemis, mukosa bibir kering, nampak sering menguap, kantong mata nampak sedikit hitam (mata panda), terdapat benjolan di leher bagian kanan, terdapat retraksi dinding dada, bunyi napas ronchy di paru kiri dan kanan, namun lebih besar di paru kiri, Saat diperkus terdengar bunyi pekak di paru kiri dan kanan di sela-sela intrakosta, aktivitas sebagian dibantu keluarga, nilai kekuatan tonus otot ekstermitas atas kiri 3 (dapat melakukan ROM secara penuh dengan melawan gravitasi tetapi tidak melawan tekanan), kekuatan tonus otot atas kanan nialinya 4 (Dapat melakukan ROM secara penuh dan dapat melawan tahanan ang sedang), kekuatan tonus otot ekstermitas bawa kiri dan kanan nilainya 3 (dapat melakukan ROM secara penuh dengan melawan gravitasi tetapi tidak melawan tekanan), terpasang infus NaCl 0,9 % 20 TPM, O<sub>2</sub> nasal kanul 3 ml, dan perpasang diapers, Kesadaran composmentis, GCS: 15, E: 4, M: 6, V: 5, BB: 41 kg, TB: 152 cm, dengan TTV: Tekanan darah: 110/80 MmHg, Nadi: 79 x/m, Pernapasan: 23 x/m, SpO<sub>2</sub>:

97 x/m, Suhu :36,0°C. Pemeriksaan penunjang HCT (Hematok): (25,9 %), HCB (Hemoglob): (9,0 g/dl), MCU: (68,7 fL), MCH : (23,9 Pg), CREATININ : (0,40 mg/dl), dan GLUKOSA SEWAKTU: (119 mg/dl)

c Analisa Data

| Sign/Syptom   | Etiologi                 | Problem                             |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| <p><b>DS:</b> Pasien mengeluh batuk berdahak selama satu bulan, mengeluh sesak napas, dahak masih tertahan di jalan napas.</p> <p><b>DO:</b> Pasien nampak batuk disertai dahak berwarna putih kental, terdapat retraksi dinding dada, bunyi napas ronchy di paru kiri dan kanan, namun lebih besar di paru kiri, dan Saat diperkus terdengar bunyi pekak di paru kiri dan kanan di sela-sela intrakosta,</p> <p>dengan TTV: Tekanan darah: 110/80 MmHg, Nadi: 79 x/m, Pernapasan: 23 x/m, SpO2: 97 x/m, Suhu: 36,0 °C.</p> | Hipersekresi Jalan Napas | Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif |
| <p><b>DS:</b> Pasien mengeluh kadang-kadang mual, Keluarga mengatakan sekarang pasien nampak lebih kurus dibandingkan sebelum sakit</p> <p><b>DO:</b> Pasien Nampak lemah, pucat, makan yang dihabiskan hanya ½ dari 1 porsi, BB: 41 kg, TB: 152 cm IMT: 17.7 (Berat badan kurang)</p>  | Keengganan Untuk Makan   | Defisit Nutrisi                     |
| <p><b>DS:</b> Pasien mengeluh sering terbangun pada malam hari karena batuk sejak ± 1 bulan yang lalu dan sesak napas sejak kemarin saat masuk rumah sakit, tidur hanya 4-5 jam, mengeluh ngantuk pada pagi dan siang hari.</p>   | Kurang kontrol tidur     | Gangguan Pola Tidur                 |

|   |  |                           |
|---|--|---------------------------|
| <b>DO:</b> Pasien nampak lemah, kantong mata nampak sedikit hitam (mata panda), sering menguap, pucat, mukosa bibir kering.   |  |                           |
| <b>DS:</b> Pasien mengeluh lemah dan sesak napas saat beraktivitas, kebutuhan dibantu keluarga<br><b>DO:</b> Pasien nampak lemah dan sesak napas beraktivitas, Aktivitas mandi, berpakaian, toileting dan berpindah dibantu keluarga. nilai keadaan fungsi otot ekstermitas atas dan bawah 3 (ada pergerakan hanya dapat mengatasi gaya gravitasi), | Kelemahan dan Sesak Napas                        | Intoleransi Aktivitas     |
| <b>DS:</b> Keluarga mengatakan selama pasien dirawat di rumah keluarga tidak menggunakan masker, ketika pasien batuk disertai dahak, keluarga membuang dahak dengan menyimpan dalam plastik kemudian dikuburkan.<br><b>DO:</b> Keluarga dan pasien tidak menggunakan masker.  | Peningkatan Paparan Organisme Patogen Lingkungan | Risiko Penyebaran Infeksi |

### 3 Diagnosa Keperawatan

Hasil studi kasus pada Ny. Y. M dengan medis Tuberkulosis Paru diruang Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende. Diagnosa keperawatan yang ditemukan adalah sebagai berikut:

- a Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hipersekresi Jalan Napas dibuktikan dengan  
**DS:** Pasien mengeluh bauk berdahak selama satu bulan, mengeluh sesak napas, dahak masih tertahan di jalan napas.

**DO:** Pasien nampak batuk disertai dahak berwarna putih kental, terdapat retraksi dinding dada, bunyi napas ronchy di paru kiri dan kanan, namun lebih besar di paru kiri, dan saat diperkus terdengar bunyi pekak di paru kiri dan kanan di sela-sela intrakosta, dengan TTV: Tekanan darah: 110/80 MmHg, Nadi: 79 x/m, Pernapasan: 23 x/m, SpO2: 97 x/m, Suhu : 36,0 °C.

- b Defisit Nutrisi berhubungan dengan Keengganan Untuk Makan dibuktikan dengan:

**DS:** Pasien mengeluh kadang-kadang mual, keluarga mengatakan sekarang pasien nampak lebih kurus dibandingkan sebelum sakit.

**DO:** Pasien Nampak lemah, pucat, makan yang dihabiskan hanya ½ dari 1 porsi, BB: 41 kg, TB: 152 cm IMT: 17.7 (Berat badan kurang)

- c Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang kontrol tidur, dibuktikan dengan:

**DS:** Pasien mengeluh sering terbangun pada malam hari karena batuk sejak ± 1 bulan yang lalu dan sesak napas sejak kemarin saat masuk rumah sakit, tidur hanya 4-5 jam, mengeluh ngantuk pada pagi dan siang hari, dan ± 1 hari.

**DO:** Pasien nampak sering menguap, kantong mata nampak sedikit hitam (mata panda), pucat, mukosa bibir kering.

- d Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan dan Sesak Napas dibuktikan dengan:

**DS:** Pasien mengeluh lemah dan sesak napas saat beraktivitas, kebutuhan dibantu keluarga

**DO:** Pasien nampak lemah dan sesak napas beraktivitas, Aktivitas mandi, berpakaian, toileting dan berpindah dibantu keluarga. nilai keadaan fungsi otot ekstermitas atas dan bawah 3 (ada pergerakan hanya dapat mengatasi gaya gravitasi),

- e Risiko Penyebaran Infeksi berhubungan dengan Peningkatan Paparan Organisme Patogen Lingkungan dibuktikan dengan:

**DS:** Keluarga mengatakan selama pasien dirawat di rumah keluarga tidak menggunakan masker, ketika pasien batuk disertai dahak, keluarga membuang dahak dengan menyimpan dalam plastik kemudian dikuburkan.

**DO:** Keluarga dan pasien tidak menggunakan masker.

#### 4 Intervensi Keperawatan

- a Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil :

- 1) Batuk efektif meningkat (5)
- 2) Ronchy Menurun (5)
- 3) Dispnea Menurun (5)
- 4) Frekuensi napas membaik (5)

## 5) Pola napas membaik (5)

Intervensi Utama : Latihan Batuk Efektif

### **Observasi**

#### 1) Identifikasi kemampuan batuk

**Rasional:** Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam mengeluarkan sputum secara mandiri.

#### 2) Monitor adanya retensi sputum

**Rasioanal:** Mengetahui ada tidaknya produksi sputum yang berlebihan yang dapat mengakibatkan obstruksi jalan napas.

### **Terapiutik**

#### 3) Atur posisi semi-fowler atau fowler

**Rasional:** Posisi semi-fowler atau fowler memberikan kesempatan paru-paru berkembang secara maksimal akibat diafragma turun ke bawah

#### 4) Buang sekret pada tempat sputum/ /pada wadah yang sudah diisi dengan disinfektan agar kuman mati,kemudiang buang di kloset.

**Rasional:** zat lendir yang dihasilkan saluran pernapasan, harus dibuang ketempat yang tepat karena mengandung bakteri yang berbahaya.

### **Edukasi**

#### 5) Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif

**Rasional:** Pasien dapat memahami tentang tujuan dan prosedur dari batuk efektif .

6) Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik.

**Rasional:** Merelaksasikan otot-otot pernapasan pada saat melakukan teknik napas dalam.

7) Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3

**Rasional:** Batuk efektif mempermudah ekspektorasi mukus

#### **Kolaborasi**

8) Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu

**Rasional:** Berfungsi mengencerkan dahak dan meningkatkan/memperlebar saluran udara.

b Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis: keengganan untuk makan

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat (5)
- 2) Berat badan membaik (5)
- 3) Nafsu makan membaik (5)
- 4) Membran mukosa membaik (5)

Intervensi Utama: Manajemen Nutrisi

## **Observasi**

- 1) Identifikasi status nutrisi

**Rasional:** Dapat mengetahui status nutrisi pasien sehingga dapat melakukan intervensi yang tepat.

- 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

**Rasional:** Untuk mengetahui alergi dan pantangan makanan sebelum pemberian terapi diet

- 3) Identifikasi makanan yang disukai

**Rasional:** meningkatkan keinginan untuk makan

- 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient

**Rasional:** Mencukupi kalori sesuai kebutuhan pasien dapat membantu proses penyembuhan dan menghindari terjadinya komplikasi

- 5) Monitor asupan makanan

**Rasional:** Membantu mengidentifikasi anoreksia dan kelemahan yang dapat mengakibatkan penurunan berat badan yang serius

- 6) Monitor berat badan

**Rasional:** Membantu mengidentifikasi malnutrisi protein dan kalori pasien. Khususnya bila berat badan kurang dari normal

## **Terapeutik**

- 7) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu

**Rasional:** Mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan

- 8) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai

**Rasional:** Makanan yang menarik yang tersaji dalam keadaan hangat akan meningkatkan keinginan untuk makan

- 9) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi

**Rasional:** Memenuhi kebutuhan nutrisi makanan tinggi kalori dan rendah protei.

### **Edukasi**

- 10) Ajarkan diet yang diprogramkan

**Rasional:** Meningkatkan rasa keterlibatannya, memberikan informasi kepada keluarga untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien.

### **Kolaborasi**

- 11) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

**Rasional:** Sangat penting dan bermanfaat dalam perhitungan dan penyesuaian nutrisi pasien dilakukan oleh tenaga profesional yang tepat

- c Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang kontrol tidur (Batuk dan Sesak napas)

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik, dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan sering terjaga menurun
- 2) Keluhan tidak puas tidur menurun
- 3) Keluhan istirahat tidak cukup menurun

## Intervensi Utama: Dukungan Tidur

### Observasi

- 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur

**Rasional:** Dengan mengetahui aktivitas tidur dapat membantu perawat untuk mengetahui penyebab gangguan pola tidur yang dialami pasien.

- 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)

**Rasional:** Dengan mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dapat membantu perawat untuk mengatasi gangguan pola tidur. .

- 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)

**Rasional:** Dengan mengidentifikasi dan menghindari makanan dan minuman yang dapat mengganggu tidur, Anda dapat meningkatkan kualitas tidur dan merasa lebih segar di pagi hari.

### Terapeutik

- 4) Batasi waktu tidur siang, jika perlu

**Rasional:** Dengan membatasi waktu tidur siang, Anda dapat meningkatkan kualitas tidur dan merasa lebih baik secara keseluruhan.

### Edukasi

- 5) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.

**Rasional:** Dengan tidur cukup selama sakit, Anda dapat membantu tubuh pulih dan memulihkan diri lebih cepat.

- 6) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur.

**Rasional:** Dengan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur. Anda dapat meningkatkan kualitas tidur dan merasa lebih segar di pagi hari.

- d Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil:

Intervensi Utama : manajemen energi

**Observasi :**

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

**Rasional:** Mengetahui gangguan fungsi tubuh yang dialami pasien sehingga memudahkan untuk merumuskan intervensi atau tindakan keperawatan

- 2) Monitor kelelahan fisik

**Rasional:** Menilai tingkat kelelahan fisik dan emosional pasien.

**Terapeutik :**

- 3) Lakukan latihan rentan gerak pasif dan aktif.

**Rasional:** Membantu meningkatkan rentan gerak klien dalam beraktivitas.

- 4) Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

**Rasional:** melatih anggota gerak mobilisasi selama dirawat

**Edukasi :**

5) Anjurkan tirah baring

**Rasional:** Mencegah terjadinya komplikasi akibat aktivitas yang dilakukan dan tidak memberatkan kondisi pasien

6) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

**Rasional:** mencegah terjadinya kelelahan

7) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

**Rasional:** Agar perawat bisa segera mengkaji dan merencanakan kembali tindakan keperawatan yang bisa diberikan

e Risiko Penyebaran Infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder :Supresi respon inflamasi

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil:

1) Demam menurun (5)

2) Kadar sel darah putih membaik (5)

Intervensi Utama: Pencegahan Infeksi

**Observasi**

1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

**Rasional:** Mengetahui adanya gejala awal dari proses infeksi

**Terapeutik**

2) Batasi jumlah pengunjung

**Rasional:** Mencegah penularan

- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

**Rasional:** Agar bakteri, kuman atau virus yang terdapat ditangan dapat hilang dan dapat mencegah terjadinya infeksi pada klien yang dilakukan perawatan)

- 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

**Rasional:** Untuk mencegah penyebaran mikroorganisme penyebab infeksi

**Edukasi**

- 5) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

**Rasional:** agar pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi

- 6) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar dan etika batuk

**Rasional:** Supaya pasien mampu mencuci tangan yang benar dan etika batuk sehingga dapat mencegah terjadinya infeksi

- 7) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

**Rasional :** untuk membantu proses penyembuhan

## 5 Implementasi Keperawatan

Implementasi pada Ny. Y. M. dilakukan selama 3 hari pada tanggal 01-03 Juli 2025. Implementasi pada Ny. Y. M. dilakukan sesuai dengan masing-masing diagnosa keperawatan:

**a Diagnosa 1: Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas**

**1) Hari pertama, Kamis, 01 Mei 2025**

Jam 07.30 Mengobservasi tanda-tanda vital Ny. Y. M. Hasil: Tekanan Darah: 110/80 MmHg, Nadi: 79 x/m, Suhu: 36,0 °C, RR: 23 x/m, SpO<sub>2</sub>: 97 %, Jam 07.35 Mengidentifikasi kemampuan batuk, Hasil: Pasien mengeluh batuk secara terus-menerus disertai dahak berwarna putih menggumpal, mengeluh masih ada dahak yang tertahan di jalan napas, pasien nampak masih batuk, Jam 07.40 Memonitor sputum, Hasil: sputum yang dikeluarkan banyak, nampak berwarna putih kental, Pasien mengatakan masih ada sputum yang tertahan di tenggorokan. Jam 07.50 Membantu mengatur posisi semi fowler ke pasien dengan meletakkan 3 bantal di belakang pasien, Hasil: Pasien mengatakan akan merasa sesak ketika dalam posisi tidur namun akan merasa lebih nyaman ketika dalam posisi semi fowler. Jam 08.40 memberikan pasien terapi Nebulizer combivent 1 tube. Hasil: Pasien nampak batuk berdahak setelah Nebulizer dan merasa dahak keluar sedikit-sedikit pasien merasa sedikit legah. Jam 09.00 Mengajarkan pasien cara batuk efektif untuk mengeluarkan sputum yaitu tarik napas melalui hidung kemudian tahan selama 3 detik dan tarikan yang ketika segera batuk dan melakukan Clapping vibrasi yaitu menepuk-

nepuk dinding dada bagian depan dan belakang. Hasil: pasien berusaha mengikuti arahan dan pasien batuk kemudian lendir yang dikeluarkan banyak dan menggumpal. Jam 09.05 Menganjurkan pasien dan keluarga untuk membuang dahak di wadah yang sudah tercampur disinfektan kemudian dibuang di kloset. Hasil: Keluarga mengatakan masih bingung karena disinfektan belum ada. Jam 09.10 Melayani injeksi Ceftriaxone 1 gram/ lv dan paracitamol 1 gr/lv infus, Menganjurkan pasien untuk sering-sering minum air hangat. Hasil: Pasien mengatakan selalu minum air hangat sebanyak 1 gelas (200 ml) sebanyak 6 sampai 7 kali sehari. Jam 09.15 Menganjurkan pasien untuk minum air yang banyak minimal 8 gelas per hari, Hasil: pasien mengatakan setiap pagi selalu minum air hangat dan pada saat batuk sehari minum air sebanyak 6 sampai 7 gelas.

## **2) Hari Kedua, Jum'at, 02 Mei 2025**

Jam 08.00 Mengobservasi tanda-tanda vital, Hasil: Tekanan darah: 140/80 mmhg nadi: 76 x/m, SpO<sub>2</sub>: 99%, suhu: 36,2°C, RR: 22 x/m. Jam 08.01 Mengidentifikasi kemampuan batuk, Hasil: Pasien mengatakan masih batuk disertai dahak, namun tidak sesering pada malam hari batuknya tidak separah kemarin. Jam 08.20 Memonitor sputum, Hasil: Sputum nampak berwarna putih kental namun hanya sedikit, pasien mengatakan sputum paling banyak dikeluarkan ketika malam hari. Pasien juga masih ada sputum yang

sulit dikeluarkan dari jalan nafas. Jam 08.23 Mengatur posisi semi fowler pada pasien dengan meletakkan kembali tiga bantal di belakang pasien. Hasil: Pasien dalam posisi semi fowler. pasien juga mengatakan merasa lebih nyaman, sesak berkurang. Jam 08.24 Memberikan terapi nebulizer combivent 1 tube pada pasien. Hasil: Pasien nampak batuk berlendir ketika masih nebulizer. Pasien mengatakan merasa sedikit legah, namun lendir masih tertahan di jalan nafas dan bunyi nafas terdengar ronchy, namun sedikit berkurang. Jam 08.35 Mengajarkan kembali pasien untuk batuk efektif, Hasil: Pasien melakukan teknik batuk efektif dan mengeluarkan dahak berwarna putih kental tapi sedikit saja. Jam 08.36 Mengingatkan kembali pasien untuk banyak minum air hangat agar bisa mengencerkan dahak sambil melakukan Clapping vibrasi pada pasien untuk membantu mengeluarkan dahak, Hasil: Pasien minum air hangat hanya 2-3 gelas pada siang hari, dan paling banyak diminum pada malam hari bisa dari 4 sampai 5 gelas karena batuk paling sering pada malam hari. selain minum air hangat pasien juga sering minum susu hangat pada pagi dan sore hari. Jam 09.00 Melayani injeksi Ceftriaxson 1 gram. Jam 12.00 mengatur posisi semi fowler pada pasien dengan meletakkan 3 bantal di belakang pasien dan injeksi Dexamethasone 5 mg/Iv

### 3) Catatan Perkembangan: Sabtu, 03 Mei 2025

Jam 08.00 **S:** Pasien mengatakan masih batuk disertai dahak namun berkurang, tidak sesering pada malam hari. Mengeluh masih merasa sesak ketika O<sub>2</sub> dilepas. **O:** Pasien nampak batuk namun sesekali saja, sputum yang dikeluarkan banyak, berwarna putih kental, bunyi napas masih terdengar ronchy namun sedikit berkurang, nampak terpasang O<sub>2</sub> nasal kanu 3 lpm, tanda-tanda vital: Tekanan Darah: 130/80 MmHg, Nadi: 86 x/m, RR: 22 x/m, SpO<sub>2</sub>: 96%, Suhu: 36,0 °C. **A:** Masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan. **I:** Membantu pasien dalam posisi semi fowler dengan meletakkan 3 bantal di belakang pasien, Melayani pemberian terapi nebulizer combivent 1 tube, Membantu memberikan minum air hangat ke pasien ketika masih batuk, Menganjurkan pasien untuk batuk efektif dan melakukan Cleaping Vibrasi pada pasien agar dahak yang tertahan bisa dikeluarkan, **E:** Keadaan umum, Pasien berusaha batuk untuk mengeluarkan dahak, namun dahak yang dikeluarkan banyak dan pasien mengatakan sedikit legah. tanda-tanda vital: Tekanan darah: 130/80 mmHg, nadi: 79 x/m, SpO<sub>2</sub>: 99%, suhu: 36,5 °C, RR: 21 x/m.

**b Diagnosa 2: Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis:keengganan untuk makan.**

**1) Hari pertama, Kamis, 01 Mei 2025**

Jam 07.45 Mngidentifikasi status nutrisi pasien, Hasi: Keluarga pasien mengatakan bera badan pasien sekarang 41 kg keluarga tidak tahu berapa berat badan pasien sebelumnya namun keluarga mengatakan sebelum sakit pasien gemuk namun selama pasien sakit pasien nampak kelihatan lebih kurus, tinggi badan: 152 cm, LMT: 17,7 (Berat badan kurang), Gula Darah Sewaktu : 119 mg/dl.

Jam 08.10 Mengidentifikasi nakanan yang disukai dan tidak disukai. Hasil: Pasien mengatakan menyukai semua makanan, asalkan nasi jangan terlalu keras tapi harus lembek. pasien tidak menyukai buah-buahan yang bergetah, seperti pepaya dan mangga karena bisa memicu rasa gatal di tenggorokan pasien dan menyebabkan pasien batuk terus-menerus. Jam 08.11 Memonitor asupan makanan, Hasil: Keluarga mengatakan pagi tadi pasien hanya menghabiskan 1/2 atau 4-5 sendok makan saja, karena agak mual dan nasinya kasar susah untuk ditelan padahal keluarga sudah campurkan nasi dengan air namun pasien tidak mau makan. Pasien mengatakan sudah minum air sebanyak 3 gelas (600 ml) dan NaCl 0,9 % 20 tpm. Jam 08.12 Menganjurkan pasien untuk oral hygiene sebelum makan untuk meningkatkan nafsu makan hasil pasien menyikat gigi walaupun gigi hanya sisa 8. Jam 08.04

Menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering. Hasil: Pasien paham dengan apa yang disampaikan dan akan mencoba menerapkannya. Jam 08.15 Mengajarkan pasien untuk makan makanan TKTP (telur, daging, ikan, tempe, tahu, sayuran hijau buah-buahan dan bubur). Jam 09.20 melayani injeksi ranitidin 50 mg per lv. 12.00 Mengantar makan siang ke pasien, Hasil: Makanan masih dalam kondisi hangat. Jam 12.10 Memonitor asupan maanan pasien, Hasil: Pasien makan ½ dari satu porsi dan isi makanan yaitu bubur, telur, daging, sayur dan buah pisang.

## **2) Hari Kedua, Jum'at, 02 Mei 2025**

Jam 08.02 Mengidentifikasi status nutrisi pasien, Hasil: Pasien mengatakan badan semakin kurus. Jam 08.03 memonitor asupan makanan pasien, Hasil: keluarga pasien mengatakan tadi pagi pasien hanya menghabiskan seperdua dari satu porsi makanan pasien mengatakan masih sedikit mual. Jam 08.04 mengingatkan kembali pasien dan keluarga agar menyikat gigi sebelum makan, Hasil:Keluarga mengatakan sebelum makan pasien hanya kumur saja. Jam 08.05 Mengingatkan pasien untuk tetap makan walaupun sedikit tapi sering, Hasil: pasien mengatakan sudah mengikuti arahan tetapi masih sedikit mual. Jam 08.10 melayani injeksi ranitidin 5 mg/iv. Jam 12.05 Mengantar makan siang pasien, Hasil: Makanan dalam keadaan masih hangat. Jam 12.05 Menganjurkan pasien untuk makan makanan yang disediakan dari rumah sakit

karena sudah dilengkapi TKTP seperti telur, daging, ikan, tempe, dan sudah diatur oleh ahli gizi, Hasil: Pasien paham dan mulai makan. Jam 12.40 Memonitor asupan makanan pasien, Hasil: Pasien mengatakan mual berkurang satu porsi makan dihabiskan.

### **3) Catatan Perkembangan: Sabtu, 03 Mei 2025**

Jam 08.06 **S:** Pasien mengatakan tidak mual, nafsu makan membaik. Keluarga pasien mengatakan tadi pagi pasien menghabiskan satu porsi makanan yang disediakan dari rumah sakit. Pasien juga mengatakan sudah minum air sebanyak 600 ml atau 3 gelas **O:** Keadaan umum pasien baik, tidak pucat, ombreng pasien nampak kosong, masih nampak kurus, BB: 41 kg, Tinggi badan: 152 cm, IMT: 17,7 (Berat Badan Kurang), **A:** Masalah defisit nutrisi teratasi sebagian, **P:** Intervensi dipertahankan **I:** Jam 12.00 melayani injeksi ranitidin 5 mg/iv, Jam 12.05 Mengantar makan siang pasien. Jam 12.06 Menganjurkan pasien untuk makan makanan yang disediakan dari rumah sakit dengan TKTP dan menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering.. Jam 12.20 Memonitor asupan makanan pasien. **E:** Pasien mengatakan nafsu makan membaik, satu porsi makan dihabiskan, ombreng pasien nampak kosong Pasien juga mengatakan sudah minum air sebanyak 2 botol aqua besar 9 (3000 ml), tanda-tanda vital: Tekanan darah: 130/80 mmHg, nadi: 79 x/m, SpO2: 99%, suhu: 36,5 °C, RR: 21 x/m.

**c Diagnos 3: Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur**

**1) Hari Pertama, Kamis, 1 Mei 2025**

Jam 07.32 Mengidentifikasi keadaan umum pasien, Hasil: Pasien nampak pucat, kantong mata nampak sedikit hitam (mata panda), lemas, sering menguap. Jam 07.32 Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, Hasil: Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena batuk sejak  $\pm$  1 bulan yang lalu dan sesak napas sejak kemarin saat masuk rumah sakit, tidur hanya 4-5 jam, mengeluh ngantuk pada pagi dan siang hari, selama di rumah sakit juga pasien sering terbangun pada malam hari karena batuk dan sesak napas. Jam 07.33 Mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi tidur, Hasil: Pasien mengatakan sulit tidur karena batuk dan esak napas, apalagi kalau tidur tidak dalam posisi semi fowler. Jam 07.35 mengidentifikasi makanan atau minuman yang mengganggu tidur, Hasil: keluarga dan pasien mengatakan pada malam hari pasien sering minum air hangat karena batuk tujuannya agar lendir bisa keluar. Jam 07.36 menganjurkan pasien untuk menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur seperti minum kopi, Hasil: Pasien mengatakan tidak pernah minum kopi sebelum tidur bahkan pasien tidak pernah minum kopi selama di rumah sakit.

## **2) Hari Kedua, Jum'at, 02 Mei 2025**

Jam 08.11 Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, Hasil: Pasien mengatakan malam hari masih sering terbangun karena batuk dan kadang-kadang sesak nafas tidur hanya 3-4 jam. Jam 08.12 mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi tidur hasil: pasien mengatakan sering terbangun karena batuk dan sesak nafas ketika posisi tidur yang salah. Jam 08.15 Mengidentifikasi faktor makanan atau minuman yang mempengaruhi tidur, Hasil: Pasien mengatakan walaupun malam hari pasien minum air banyak, tapi itu tidak mempengaruhi tidurnya karena kalau pengen BAK bisa BAK di diapers. Jam 08.20 mengajarkan pasien jika mengantuk pada pagi atau siang hari usahakan untuk tidur, untuk mengganti waktu tidur pada malam hari agar tidak pusing namun tidurnya jangan terlalu lama karena bisa memicu sulit tidur pada malam hari. Hasil: Pasien mengatakan sering tidur pada pagi hari dan siang hari.

## **3) Catatan Perkembangan, Sabtu, 03 Mei 2025**

Jam 08.20, **S:** Pasien mengeleluh masih megantuk, karena tadi malam waktu tidur belum cukup karena batuk, tidur hanya 5-6 jam. **O:** Keadaan umum baik, pucat berkurang, masih sering menguap, kantong mata nampak masih sedikit hitam (mata panda). **A:** Masalah Gangguan Pola Tidur belum Teratasi, **P:** Intervensi Dipertahankan. **I:** Jam 08.30 Menganjurkan pasien untuk tidur siang jika mengantuk untuk memenuhi waktu tidur malam tidak

belum tercukupi, namun jangan terlalu lama karena bisa mempengaruhi waktu tidur malam hari. 08.32 Membantu membersihkan dan merapikan tempat tidur pasien agar pasien merasa nyaman. 08.35 Membantu mengatur posisi semi fowler dengan meletakkan 3 bantal di belakang pasien agar bisa tidur dengan nyenyak dan mengurangi sesak napas. **E:** Pasien mengatakan sudah tidak mengantuk lagi karena tadi sudah sempat tidur, pasien nampak tidak pucat, tidak menguap lagi, kantong mata nampak masih sedikit hitam (mata panda).

**d Diagnosa 4: intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dan sesak napas.**

**1) Hari Pertama, Kamis, 1 Mei 2025**

Jam 07.52 Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, Hasil: Pasien mengatakan tidak mampu beraktivitas karena sesak napas saat beraktivitas baik itu saat bangun dari tempat tidur, fungsi otot ekstermitas atas dan bawah 3 (ada pergerakan hanya dapat mengatasi gaya gravitasi), merasa lemas, kaki gemetar ketika berdiri. Jam 07.55 Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, Hasil: Pasien mengatakan badan lemah, sesak napas dan kaki gemetar ketika beraktivitas, merasa cepat lelah atau capek. Jam 09.21 Membantu pasien di samping tempat tidur dan meminta pasien melakukan gerakan fleksi ekstensi pada kedua tangan dan kaki, Hasil: Pasien

mau duduk di samping tempat tidur, namun dibantu keluarga dan perawat. Pasien mampu melakukan fleksi ekstensi kaki dan tangan, namun ketika diberi tahanan pasien tidak mapu, kaki dan tangan gemetar. Pasien mengatakan tidak nyaman duduk di samping tempat tidur terlalu lama dan mau tidur kembali. Jam 09.25 Menganjurkan pasien untuk baring kembali di tempat tidur, Hasil: Pasti dalam posisi semi fowler. Jam 09.26 Menganjurkan pasien untuk pelan-pelan melakukan aktivitas secara bertahap, mulai dari bangun, duduk di samping tempat tidur sampai berdiri titik jika tidak merasa lelah ataupun sesak. Jam 09.29 Menganjurkan pasien untuk memanggil keluarga atau perawat ketika Butuh sesuatu, Hasil: Keluarga mengatakan aktivitas sebagian pasien dibantu keluarga mulai dari mandi, berpakaian dan berpindah. Nampak pasien dibantu keluarga saat bangun dan nanti dia persis 12.00 mengantar makan siang.

## **2) Hari Kedua, Jum'at, 02 Mei 2025**

Jam 09.00 Mengidentifikasi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, Hasil: Pasien mengatakan belum mampu melakukan aktivitas sebagian karena lemah dan sesak nafas namun pasien sudah bisa duduk di tempat tidur secara mandiri. Jam 09.05 Membantu memandikan pasien di atas tempat tidur dan mengganti diapers pasien, Hasil: Pasien nampak lemas ketika diminta berdiri nampak sesak ketika oksigen nasal kanul 3 lpm dilepas sementara, kaki

pasien nampak gemetar ketika berdiri. Jam 09.15 Meminta pasien untuk duduk sejenak di samping tempat tidur, kemudian pelan-pelan untuk berdiri, Hasil: Pasien hanya bertahan 2 menit untuk duduk di samping tempat tidur dan berdiri hanya 10 detik dan dbantu keluarga dan perawat. Karena cape pasien meminta untuk tidur kembali. Jam 12.01 mengantar makan siang pasien, Hasil: Pasien nampak makan secara mandiri dalam posisi duduk.

### **3) Catatan Perkembangan, Sabtu, 03 Mei 2025**

Jam. 08.10, **S:** Pasien mengatakan badan masih lemas, sesak napas, cepat lelah ketika melakukan aktivitas. **O:** Pasien nampak sudah mamapu mengganti pakaian secara mandiri walaupun masih didamping keluarga, Aktivitas pasien sebagian nampak masih dibantu keluarga, **I:** Jam 10.35 Membantu menggantikan sarung pasien di atas tempat tidur. 10.37 Membantu pasien untuk perlahan berdiri berdiri, Meminta pasien untuk pelan-pelan melakukan aktivitas secara mandiri mulai dari yang paling ringan yaitu ganti pakaian. **A:** Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian, **P:** Intervensi dipertahankan, **E:** Pasien mengatakan sudah mampu bangun dan duduk di tempat tidur seara mandiri, namun tidak boleh terlalu lama karena lemas. Pasien mengatakan pelan mampu mengganti pakaian secara mandiri namun didampingi keluarga. Pasien mampu berdiri selama 15 detik, setelah itu duduk kembali.

**e Diagnosa 5: Risiko penyebaran infeksi dibuktikan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.**

**1) Hari Pertama, Kamis, 01 Mei 2025**

Jam 12.02 Mengobservasi tanda-tanda vital: Tekanan darah: 110/80 MmHg, Nadi: 67 x/m, SpO2: 98%, RR:22 x/m. Suhu: 35,6 °C. Jam 12.30 mengidentifikasi riwayat kesehatan dan manajemen kesehatan, Hasil: Keluarga pasien mengatakan saat di rumah ketika merawat pasien anggota keluarga jarang menggunakan masker, dan biasanya kalau pasien batuk disertai dahak, Biasanya membungkus dahak tersebut kemudian menguburkannya tanpa campur apapun. Jam 12.04 mengkaji pemahaman pasien dan keluarga tentang penyakit yang diderita, hasil: pasien dan keluarga mengatakan bahwa penyakit derita pasien yaitu tuberkolosis paru dan biasa menular. Jam 12.06 Menjelaskan kepada keluarga tentang penyakit tuberkolosis paru yang mana adalah penyakit menular ketika sedang batuk, berbicara ataupun bersin. menganjurkan keluarga dan pasien untuk selalu memakai masker ketika sudah masuk di ruangan perawatan khusus (RPK) dan mengajarkan pasien etika batuk dan mengajarkan keluarga secara cuci tangan dengan 6 langkah dan diikuti pasien. Hasil: Keluarga dan pasien melakukan dengan baik mulai dari cara etika batuk sampai cuci tangan dengan 6 langkah. Jam 12.08 Menganjurkan keluarga ketika sedang sakit untuk jangan bertemu pasien terlebih

dahulu, namun istirahat saja di rumah untuk mencegah risiko penularan. Jika ingin bertemu pasien harus sehat, dan imun yang baik dan jangan lupa minum vitamin. Hasil: Keluarga pasien mengatakan keluarga yang datang menjengung tidak ada yang sakit. Jam 12.50 Menjelaskan kepada pasien dan keluarga cara membuang sputum yang sudah terinfeksi dengan benar yaitu dengan menyiapkan wadah seperti ember atau toples kemudian isi dengan air dan tambahkan disinfektan, kemudian buang seputum di wadah tersebut, dan jangan lupa setelah itu buang di kloset dan siram sampai bersih jangan lupa menggunakan handcoon dan juga masker ketika kontak dan membuang, Hasil: Keluarga dan pasien paham dan akan menerapkannya. Jam 13.00 menganjurkan keluarga untuk batasi pengunjung, Hasil: Keluarga awalnya masuk hanya satu sampai dua orang namun setelah itu masuk bisa sampai 6 sampai 7 orang untuk mengunjungi pasien dan sebagian tidak menggunakan masker.

## **2) Hari Kedua, Juma't 02 Mei 2025**

Jam 08.01 Mengidentifikasi keluarga dan juga pasien dalam menangani risiko penularan infeksi, Hasil: Keluarga dan pasien nampak menggunakan masker. Jam 12.02 mengobservasi tanda-tanda vital. Hasil: Tekanan darah: 130/70 mmhg, nadi: 79 x/m, RR: 98%, suhu: 36,0 °C. 12.03 Mengidentifikasi manajemen kesehatan, Hasil: keluarga pasien mengatakan tadi pagi sudah membuang

dahak dalam wadah yang berisi air kemudian buang di kloset namun air tersebut tidak dicampur dengan disinfektan karena tidak ada. Jam 12.05 Mengajarkan pasien untuk membeli Backline atau bisa menggunakan disinfektan yang ada di rumah sakit untuk dicampurkan dalam air kemudian buang dahak di air tersebut dan jangan lupa buang di kloset. Hasil:Keluarga mengatakan paham dan akan melakukannya. Jam 12.10 mengajarkan kembali keluarga untuk selalu menggunakan masker ketika masuk ke dalam ruangan perawatan khusus dan Usahakan kalau keluar dari ruangan harus membuang masker tersebut dan ganti dengan yang baru jangan lupa juga mencuci tangan sebelum dan sesudah bertemu atau kontak dengan pasien untuk mncrgah risiko penularan, Hasil:Kelurga pasien paham dan mencuci tangan setelah kontak dengan pasien.

### 3) **Catatan Perkembangan, 03 Mei 2025**

Jam 08.30 **S:** Keluarga pasien mengatakan setelah kontak dengan pasien, keluarga jarang mencuci tangan, dan tadi pagi ketika membuang dahak pasien, keluarga hanya campur dengan air kemudian buang di kloset karena beacline belum ada.

**O:** Keluarga pasien nampak menggunakan masker ketika masuk ke ruangan perawatan. **A:** Masalah Risiko Penularan infeksi teratasi sebagian **P:** Intervensi dipertahankan **I:** 08. 32 Mengajarkan pasien ketika batuk untuk gunakan teknik batuk efektif, agar

percikan dahak tidak mengenai orang disekitar. 08.35  
Menganjurkan keluarga untuk menggunakan Handscoon ketika  
ingin membuang sekret pasien. 08.37 Mengambil diinfektan  
kemudian tuang ke dalam ember yang teisi air kemudian  
menjelakan ke keluarga kalau diinfektan tidak ada bisa gunakan  
beacline. 08.36 Menganjurkan keluarga untuk selalu mencuci  
tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. **E:** Jam 08.07  
Keluarga pasien mengatakan selalu memcuci tangan setelah kontak  
dengan pasien dan selalu cuci tangan setelah membuang dahak  
pasien, Keluarga nampak selalumenggunakan masker ketka dalam  
ruangan peraawatan, tanda-tanda vital. Hasil: Tekanan darah:  
130/80 mmhg, nadi: 79 x/m, SpO2: 99%, suhu 36,5 °C, RR:21 x/m.

## 6. Evaluasi

### **a Diagnosa 1: Bersihan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas.**

#### **1) Evaluasi Hari 1:Kamis, 01 Mei 2025**

Jam 13.50 wita, **S:** Pasien mengatakan masih batuk disertai dahak dan mengeluh sesak. **O:** Keadaan umum pasien nampak lemah, batuk terus menerus disertai dahak berwarna putih kental, bunyi napas ronhy, kesadaran composmentis, GCS: 15, E: 4, M: 6, V: 5, dengan TTV: Tekanan Darah: 110/80 MmHg, Nadi: 67 x/m, SpO2: 98 %, RR: 22 x/m, Suhu: 35,56 °C. **A:**Masalah bersihan jalan napas belum teratasi, **P:** Intervensi dilanjutkan (1,2,3,4,5,7,8).

## **2) Evaluasi Hari 2: Jum'at, 02 Mei 2025**

Jam 14.02 wita, **S:**Pasien mengatakan seharian ini masih batuk disertai dahak, namun tidak sesering kemari dan pada malam hari, pasien juga mengeluh sesak napas. **O:**Pasien nampak lemas, batuk sesekali disertai dahak, bunyi napas ronchy, nampak terpasang 02 nasal kanul 3 lpm. TTV:Tekanan darah: 130/70 MmHg, Nadi: 79 x/m, SpO<sub>2</sub>: 98 %, Suhu: 36,6 °C, **A:** Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi, **P:** Intervensi dilanjutkan(1,2,3,4,5,6,7,8)

## **3) Evaluasi Hari 3: Sabtu, 03 Mei 2025**

Jam 14.00 wita, **S:** Pasien mengatakan batuk berdahak berkurang, batuk sesekali tidak sesering pada malam hari, mengeluh sesak napas. **O:** Pasien nampak lemas, batuk sesekali disertai dahak, bunyi napas ronchy, nampak terpasang 02 nasal kanul 3 lpm. Tanda-tanda vital, Tekanan darah: 130/80 MmHg, Nadi: 79 x/m, SpO<sub>2</sub>: 99%, suhu: 36,5 °C. RR: 21 x/m. **A:** Masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian, **P:** Intervensi dipertahankan (1,2,3,4,5,6,7,8)

## **b Diagnosa 2: Defisit Nutrisi Berhubungan dengan faktor psikologis: keengganan untuk makan (Mual, muntah)**

### **1) Evaluasi Hari 1:Kamis, 01 Mei 2025**

Jam 13.51 Wita, **S:**Pasien mengatakan masih merasa mual dan keluarga mengatakan pasien makan hanya ½ dari 1 porsi. **O:**Pasien nampak pucat, kurus, makanan di ompreng tersisa ½ dari 1 porsi,

BB:41 kg, TB: 152 cm IMT:17.7 (Berat badan kurang). **A:** Masalah, Defisit Nutrisi Belum Teratasi **P:**Intervensi Dilanjutkan (1, 4, 5, 6, 8,9 10)

**2) Evaluasi Hari 2: Jum'at, 02 Mei 2025**

**S:**Pasien mengatakan mual berkurang, satu porsi makanan dihabiskan. **O:**Pasien masih nampak pucat, kurus, dan ombreng pasien nampak kosong, BB:41 kg, TB: 152 cm IMT:17.7 (Berat badan kurang). **A:** Masalah defisit nutrisi belum teratasi, **P:** Intervensi dilanjutkan (1,2,6,10).

**3) Evaluasi Hari 3: Sabtu, 03 Mei 2025**

Jam 14.02, **S:**Pasien mengatakan tidak mual lagi, satu porsi makanan dihabiskan. Minum air sebanyak 1 dan 1/2 botol aqua atau 2 liter. **O:** Pasien tidak pucat, nampak kurus, konjungtiva anemis, dan ombreng pasien nampak kosong, satu porsi makan dihabiskan. BB:41 kg, TB: 152 cm IMT:17.7 (Berat badan kurang). **A:** Masalah Defisit Nutrisi Teratasi sebagian **P:**Intervensi Dilanjutkan (1, 5, 6, 10).

**c Diagnosa 3: Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurang kontrol tidur (Batuk dan sesak napas)**

**1) Evaluasi Hari 1:Kamis, 01 Mei 2025**

Jam 13.52 **S:** Pengeluh mengatakan sering terbangun pada malam hari karena batuk sejak ± 1 bulan yang lalu dan sesak napas sejak kemarin saat masuk rumah sakit, tidur hanya 4-5 jam, pasien mengatakan masih mengantuk. **O:**Pasien masih nampak pucat,

lemas, dan sesekali menguap. **A:** Masalah gangguan pola tidur belum teratasi, **P:** Intervensi dilanjutkan (1,2,3,5,6).

### **2) Evaluasi Hari 2: Jum'at, 02 Mei 2025**

Jam 14.04 **S:** Pasien mengatakan tadi malam tidur tidak nyenyak karena batuk dan sesak napas, tidur hanya 4-5 jam, pasien mengatakan tidak mengantuk lagi siang ini karena tadi pagi sudah sempat tidur. **O:** Pasien masih nampak pucat, lemas, dan tidak menguap. **A:** Masalah gangguan pola tidur belum teratasi, **P:** Intervensi dilanjutkan (1,2,3,5,6).

### **3) Evaluasi Hari 3: Sabtu, 03 Mei 2025**

Jam 14.04 **S:** Pasien mengatakan tadi malam masih sering terbangun karena batuk dan sesak napas. tidur hanya 4-5 jam, pasien mengatakan tidak mengantuk lagi siang ini karena tadi sudah sempat tidur dan baru bangun. **O:** Pasien masih nampak pucat, lemas, dan tidak menguap. **A:** Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian, Intervensi dilanjutkan (1,2,3,5,6).

## **d Diagnosa 4: Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan dan sesak napas.**

### **1) Evaluasi Hari 1: Kamis, 01 Mei 2025**

Jam 13.53 **S:** Pasien mengatakan masih lemah dan sesak napas saat beraktivitas, kebutuhan dibantu keluarga, **O** :Pasien nampak lemah dan sesak napas saat beraktivitas, Aktivitas mandi, berpakaian, toileting, dan berpindah dibantu keluarga. Namun pasien, makan

secara mandiri. **A:** Masalah Intoleansi Aktivitas belum teratasi **P:** Intervensi dilanjutkan (2.3,5,6,7,8, 10)

**2) Evaluasi Hari 2: Jum;at 02 Mei 2025**

Jam 14.05, **S:**Pasien mengatakan mampu bangun dan duduk di tempat tidur secara mandiri namun belumbisa berdiri. **O:**Pasien nampak lemas, Aktivitas pasien sebagian masih dibantu keluarga seperti mandi, berpakaian, toileting dan berpindah. **A:** Masalah Intoleansi Aktivitas belum teratasi **P:** Intervensi dilanjutkan (2.3,5,6,7,8, 10)

**3) Evaluasi Hari 3: Sabtu, 03 Mei 2025**

Jam 14.05, **S:**Pasien mengatakan mampu bangun dan duduk di tempat tidur secara mandiri namun masih belum bisa melakukan aktivitas sepenuhnya karena lemah dan sesak napas. **O:**Pasien nampak lemas, Aktivitas pasien sebagian masih dibantu keluarga seperti mandi, berpakaian, toileting dan berpindah, Pasien nampak makan secara mandiri. **A:** Masalah Intoleansi Aktivitas teratasi sebagian **P:** Intervensi dilanjutkan (2.3,5,6,7,8, 10)

**e Diagnosa 5: Risiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.**

**1) Evaluasi Hari 1: Kamis, 01 Mei 2025**

Jam 13.54 **S :**Keluarga mengatakan setelah kontak dengan pasien keluarga masih sering lupa cuci tangan. **O :**Keluarga pasien nampak menggunakan masker. **A:** Masalah risiko penyebaran infeksi belum teratasi, **P:** Intervensi dilanjutkan (1,2,3,4,6,8)

## 2) Evaluasi Hari 2: Jum'at, 02 Mei 2025

Jam 14.06, **S:**Kelurga pasien mengatakan tadi pagi sudah membuang dahak pasien yang di dalam ember yang sudah terisi air, namun tidak dicampurkan disinfektan, dan tidak menggunakan heandcoon. **O:**Keluarga pasien menggunakan masker ketika masuk ruangan dan mencuci tangan setelah terkena dahak pasien. **A:**Masalah risiko penyebaran infeksi belum teratasi, **P:** Intervensi dilanjutkan (1,2,3,5,7)

## 3) Evaluasi Hari ke 3:03 Mei 2025

Jam 14.06, **S:**Kelurga pasien mengatakan belum membuang dahak pasien yang di dalam ember karena beacline masih belum ada. Keluarga juga mengatakan selalu mencuci tangan setelah terkena dahak pasien. **O:**Keluarga pasien menggunakan masker ketika masuk ruangan dan mencuci tangan setelah kontak atau terkena dahak pasien. **A:**Masalah risiko penyebaran infeksi teratasi sebagian **P:** Intervensi dilanjutkan (1,2,3,5,7)

## B. Pembahasan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Tuberkulosis Paru menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evauasi. Dalam pembahasan akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan kasusu nyata yang ditemukan pada Ny. Y.M. di Ruangn Perawatan Khusus (RPK)..

## 1 Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Ny. Y. M. Pasien mengatakan batuk disertai dahak selama  $\pm$  1 bulan, pasien mengeluh sesak napas, batuk berdarah 2 minggu sebelumnya, kadang-kadang mual, makan yang dihabiskan hanya  $\frac{1}{2}$  dari 1 porsi, mengeluh lemas dan sesak ketika beraktivitas, bunyi napas ronkhi di paru kiri dan kanan, namun lebih besar di paru kiri, mengeluh sering terbangun pada malam hari karena batuk dan sesak napas.

Menurut Zuriati, (2017) tanda dan gejala pasien Tuberkulosis Paru adalah batuk lebih dari 3 minggu, batuk berdarah, sesak napas, nyeri dada, demam, keringat malam, tidak nafsu makan, penurunan berat badan, nyeri otot.

Data manifestasi klinis diatas meunjukkan bahwa terdapat kesesuaian maupun ketidaksesuaian antara teori dan kasus. Manifestasi klinis yang sesuai teori adalah batuk berdahak lebih dari 3 minggu, bunyi napas ronghki, batuk berdarah, sesak napas, mual, lemah saat beraktivitas, nampak kurus. Ketidakesuaiaanya yaitu tidak ditemukan tanda dan gejala nyeri dada, demam, keringat malam pada kasus Ny. Y. M., sementara pada teori ada.

Anggraini & Basaria (2024) menjelaskan bahwa nyeri dada timbul apabila infiltrasi radang yang sudah sampai ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis. Kuman akan berkoloni di tempat yang kaya oksigen dan menginfeksi pleura sehingga terjadi

gesekan kedua pleura sewaktu pasien menarik atau melepaskan napasnya. Manifestasi klinis ini tidak ditemukan pada pasien karena pasien baru terkena penyakit TB  $\pm$  1 bulan belakangan. Berdasarkan hasil rontgen bahwa pada pasien sudah terjadi infiltrat pada proyeksi apex pulmo sinistra (penumpukan cairan di bagian paru-paru kiri), namun belum sampai ke pleura dan belum menyebar ke seluruh paru, sehingga ketika pasien mengalami inspirasi dan ekspirasi belum sampai menimbulkan gesekan kedua pleura, maka dari itu keluhan nyeri dada belum terjadi pada Ny. Y.M. Karena keluhan nyeri dada tidak ditemukan pada pasien, maka pasien disarankan untuk mematuhi pengobatan agar infeksi tidak menyebar sampai ke pleura.

Selain Nyeri dada, manifestasi klinis Hipertermia juga salah satu manifestasi yang tidak ditemukan pada pasien Ny. Y.M. Menurut Sari et. al., (2020) dalam Sumule & Sri (2023), Hipertermi terjadi ketika kuman tuberkulosis paru yang masuk kedalam tubuh melalui udara pernapasan. Bakteri yang terhirup akan dipindahkan akan melalui jalan napas ke alveoli, tempat dimana mereka berkumpul dan memulai untuk memperbanyak diri. Sistem imun tubuh berespon dengan melakukan reaksi inflamasi. Ketika terjadi inflamasi akan mengakibatkan terjadinya pelepasan sitokin dan terjadi pembentukan prostaglandin E2 di otak, Prostaglandin E2 merangsang hipotalamus untuk mengatur suhu tubuh, yang seringkali menyebabkan demam (Hipertermia). Namun pada kasus Ny. Y. M. tanda gejala Hipertermi

tidak ditemukan karena sebelumnya ketika pasien masuk RS tanggal 29 Mei 2025, pasien Ny.Y. M. sempat demam dan sudah dilayani injeksi Antipiretik (Paracetamol 50 mg/iv), 3 kali sehari, sehingga pada saat dikaji tanggal 01 Mei 2025 tidak ditemukan keluhan demam (Hipertermi) dan suhu pasien 36,8 °C. Obat Antipiretik digunakan untuk membantu untuk mengembalikan suhu ke kondisi normal dengan cara menghambat sintesa dan pelepasan prostaglandin E<sub>2</sub>, yang distimulasi oleh pirogen endogen pada hipotalamus. Obat ini menurunkan suhu tubuh hanya pada keadaan demam.

Manifestasi keringat malam juga tidak ditemukan pada kasus Ny. Y. M. Sumule & Sri (2023) Menjelaskan keringat malam merupakan suatu tanda utama seseorang mungkin terinfeksi oleh kuman TBC. Mekanismenya, saat kuman TB masuk ke dalam tubuh. Lalu sistem imun tubuh akan merespon dengan memanggil makrofag, lalu makrofag menghancurkan kuman TB itu akan lisis (proses pecahnya atau rusaknya membran sel), sehingga keluarlah TNF- $\alpha$  dan mediator-mediator inflamasi, TNF- $\alpha$  ini akan beredar di dalam darah dan menuju ke hipotalamus sehingga tubuh menjadi demam. Karena suhu tubuh meningkat, maka tubuh akan mengkompensasinya dengan menggigil untuk menyamakan suhu tubuh. Pada infeksi kuman TB, menggigil biasanya berlangsung sebentar. Saat demam, maka tubuh yang telah meninggikan suhunya harus mengkompensasinya lagi dengan mengeluarkan panas tubuh melalui keringat.

Dari penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa Ny. Y. M. tidak mengalami keringat malam karena pasien tidak mengalami demam (hipertermia), sehingga tubuh tidak perlu mengkompensasinya dengan menggigil untuk menyamakan suhu tubuh agar suhu kembali normal dengan mengeluarkan keringat. Maka dari itu pasien disarankan untuk mengonsumsi banyak air karena dapat membantu sistem imun tubuh berfungsi dengan lebih baik dalam melawan infeksi serta menurunkan suhu tubuh dengan cara meningkatkan proses penguapan keringat dan jangan lupa mematuhi pengobatan

## 2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Zuriati, et al., (2017) dan Umara, dkk (2023) ada diagnosa pada pasien Tuberkulosis Paru yaitu: Bersihan jalan napas tidak efektif, gangguan pola napas, gangguan pertukaran gas, Nyeri akut, hipertermi, defisit nutrisi, intoleransi aktivitas dan risiko infeksi. Sedangkan pada kasus Ny. Y. M diagnosa yang muncul adalah bersihan jalan napas tidak efektif, defisit nutrisi, gangguan pola tidur, intoleransi aktivitas dan risiko Penyebaran infeksi.

Diagnosa diatas menunjukkan adanya kesamaan diagnosa pada teori, diagnosa yang sesuai teori adalah bersihan jalan napas tidak efektif, defisit nutrisi, intoleransi aktivitas dan risiko penyebaran infeksi. Namun ada juga yang tidak sesuai antara diagnosa yang ditegakkan di teori dan kasus. Dalam teori ada diagnosa pola napas

tidak efektif, Gangguan pertukaran gas, hipertermia dan nyeri akut, tetapi pada kasus Ny. Y. M tidak ada. Sementara diagnosa gangguan pola tidur tidak ada di teori namun ada di kasus N. Y. M.

Tim POKJA DPP PPNI SDKI (2016) menjelaskan tanda gejala diagnosa Gangguan pola tidur yaitu mengeluh sulit tidur, sering terjaga pada malam hari, mengeluh tidak puas tidur, pola tidur berubah dan mengeluh istirahat tidak cukup. Selain itu Hidayat dan Uci (2024), dalam penelitiannya dijelaska bahwa tanda gejala pasien TB dengan diagnosa gangguan pola tidur yaitu mengeluh sulit tidur dikarenakan batuk, nampak lelah, kantung mata tampak hitam. Dalam pengkajian pada kasus Ny. Y. M. juga didapat data bahwa pasien mengeluh sering terbangun pada malam hari, tidur hanya 4-5 jam, mengantuk pada pagi/siang hari, nampak menguap, mata panda, pucat. Tanda gejala inilah yang menjadi dasar untuk mengangkat diagnosa pada kasus Ny. Y. M. Pasien disarankan untuk tidak mengkonsumsi makanan atau minuman yang mengganggu tidur seperti kopi, dan kalau batuk usahakan minum air sedikit-sedikit saja.

Diagnosa yang tidak ada di kasus namun ada di teori yang pertama yaitu pola napas tidak efektif. Tim POKJA DPP PPNI (2016) menjelaskan tanda gejala pada diagnosa ini yaitu sesak napas, peningkatan frekuensi napas, penggunaan otot bantu pernapasan, dan pernapasan cuping hidung, dan bunyi napas wheezing. Namun ketika dilakukan pengkajian pada kasus Ny. Y. M. tidak ditemukan gejala

yang merujuk pada masalah gangguan pola napas tidak efektif seperti penggunaan otot bantu pernapasan, takipnea, bradipnea, bunyi napas tambahan. Maka dari itu pasien disarankan untuk selalu menggunakan O<sub>2</sub> nasal kanul 3 lpm, membantuk mengatur posisi semi fowler pada pasien.

Masalah keperawatan selanjutnya yaitu gangguan pertukaran gas. Tim POKJA DPP PPNI SDKI (2016) menjelaskan bahwa tanda gejala yang muncul yaitu sesak napas, sianosis, napas cuping hidung, keringat di malam hari, pucat, PCO<sub>2</sub> meningkat/menurun, PO<sub>2</sub> menurun, adanya bunyi napas tambahan (wheezing, rales). Setelah dilakukan pengkajian, didapat data bahwa sebagian besar tanda gejala ini tidak ditemukan pada pasien. Walaupun pasien sesak napas, itu disebabkan karena dahak yang tertahan pada jalan napas.

Selain diagnosa yang telah disebutkan, masalah nyeri akut juga tidak ditemukan pada kasus Ny. Y. M. Menurut Zuriati (2017) Darni dan Ariyani (2018), Nyeri dada timbul apabila infiltrasi radang yang sudah sampai ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis. Tim POKJA DPP PPNI SDKI (2016) menjelaskan tanda gejala diagnosa nyeri akut yaitu mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat Zuriati, namun dalam kasus tidak ditemukan keluhan ini karena ketika dilakukan pengkajian, tidak ditemukan keluhan nyeri dada, tidak meringis dan

frekuensi nadi juga normal. Sehingga data yang mendukung untuk mengangkat diagnosa Nyeri akut. Pasien dianjurkan untuk minum air hangat saat batuk dan mematuhi pengobatan agar batuk berkurang, karena pada dasarnya bakteri TB dapat mengiritasi pleura, Iritasi ini dapat menyebabkan nyeri dada. Selanjutnya masalah keperawatan yang tidak ada di kasus adalah diagnosa Hipertermi. Zuriati, (2017) dalam teori menjelaskan bahwa tanda gejala yaitu mengeluh demam, keringat pada malam hari, suhu  $>37,9$  °C. Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan pada Ny. Y.M., suhu pasien  $36,8$  °C, sehingga diagnosa Hipertermi tidak menjadi masalah keperawatan pada kasus Ny. Y. M., karena tidak ada data yang mendukung. Walaupun begitu, pasien disarankan agar minum air yang cukup agar tidak mengalami dehidrasi sehingga suhu tubuh tidak mengalami peningkatan, selain itu juga harus patuh minum obat agar tidak mudah terinfeksi.

Diagnosa yang paling penting juga adalah risiko penularan infeksi. Dalam teori Zuriati (2017) menyatakan bahwa diagnosa yang muncul pada pasien TB paru adalah risiko infeksi, namun dalam kasus nyata Ny. Y.M. diagnosa yang ditemukan adalah risiko penularan infeksi hal ini dikarenakan penyakit TB paru adalah penyakit menular, penyakit ini tidak hanya menginfeksi pasien sendiri, namun bisa menyebar ke orang lain melalui droplet atau air ludah, baik saat berbicara, bernyanyi, ditambah ketika imun tubuh lemas, nutrisi kurang, tidak menggunakan masker, hal itu bisa memicu peningkatan

angka penularan. Ketika dilakukan pengkajian, pasien & keluarga tidak menggunakan masker, begitupula dengan keluarga, tidak mencuci tangan setelah kontak langsung dengan pasien dan ketika membuang dahak keluarga masih melakukan dengan cara salah yaitu tidak dicampur disinfekta. Maka dari itu perlu disarankan kepada keluarga agar selalu menggunakan masker ketika masuk ruang perawatan pasien TB, ketika flu atau tidak enak bada usahakan jangan menemui pasien, makan makananyang bergizi, mnum vitamin, wajib mencuci tangan setelah kontak dengan pasien, membuang dahak harus pada wadah yang sudah da air dan sudah dicampur disinfekta, kalau tidak beacline, kemudian buang di kloset dan siram sampai bersih.

### 3 Intervensi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada ditunjukkan untuk menurunkan atau mengatasi masalah keperawatan pada Ny. Y. M. Intervensi dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien, intervensi keperawata pada Ny. Y. M disusun berdasarkan SDKI (2018) dan dibandingkan dengan masalah keperawatan pada kasus. Semua intervensi baik pada tinjauan teoritis maupun tinjauan kasus ada yang sama ada yang muncul baru karena diagnosa yang muncul pada Ny. Y. M. tidak semuanya sesuai dalam teori. Untuk diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif, SIKI (2018) menjelaskan ada 9 intervensi, namun dalam kasus sebanyak 8 intervensi, intervensi ke 4 tidak dilakukan karena perlak pengalas

tidak tersedia di ruangan. Diagnosa defisit nutrisi sebanyak 11 intervensi dalam teori dan dalam kasus Ny. Y.M. ada 10 intervensi juga, Diagnosa Gangguan pola tidur dalam teori ada 7 intervensi, dalam kasunya 6 intervensi. Intervensi 7 tidak diterapkan karena pasien sulit tidur bukan karena masalah psikologis, karena berdasarkan pengkajian persepsi & konsep diri pasien mengatakan menerima keadanya sekarang. Selanjutnya diagnosa intoleransi aktivitas ada 9 intervensi dalam teori dan juga kasus. Diagnosa terahir adalah Risiko penularan infeksi, dalam teori ada 8 intervensi, dan dalam kasuspun intervensinya ada 8. Semua intervensi ini perlu diterapkan karena punya peran penting masing-masing mulai dari monitor tanda infeksi, sampai menganjurkan keluarga untuk cuci tangan setelah kontak dengan pasien dan intervensi yang lainnya, yang tentunya punya tujuan untuk mengurangi penularan Tb Paru.

#### 4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah direncanakan dan sesuai dengan kondisi pasien Ny. Y.M. semua pelaksanaan tindakan keperawatan pada Ny. Y. M. dilakukan selama 3 hari serta dapat dijalankan dengan baik. Karena didukung oleh sarana partisipasi keluarga dan petugas kesehatan.

## 5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi tindakan keperawatan yang diberikan pada Ny. Y. M. dengan diagnosa medis tuberkulosis paru dilakukan berdasarkan tujuan yang ditetapkan. Pada kasus Ny. Y. M. dievaluasi bahwa masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi karena setelah dilakukan perawatan selama tiga hari, pada hari ketiga setelah evaluasi, Pasien mengatakan batuk disertai dahak berkurang, dahak yang dikeluarkan banyak, berwarna putih kental, suara napas masih ronchy namun berkurang. Walaupun pasien mengatakan batuk berkurang dan dahak berkurang, namun belum sepenuhnya tanda gejala lain teratasi. Masalah Defisit Nutrisi sebagian teratasi, karena ketika dievaluasi pada hari ketiga, nafsu makan pasien membaik, tidak mual, satu porsi makan dihabiskan. Minum air sebanyak 1-2 botol aqua. Walaupun pasien mengatakan makanan 1 porsi dihabiskan, namun BB pasien masih belum ada peningkatan, maka dari itu masalah defisit nutrisi hanya teratasi sebagian. Masalah Gangguan pola tidur belum teratasi, karena pada saat dilakukan dievaluasi pada hari ketiga, Pasien mengatakan malam hari masih juga sering terbangun karena batuk, tidur hanya 3-4 jam, mengeluh mengantuk, dan nampak sering menguap. Hal ini jelas masih belum bisa teratasi karena walaupun pasien mengatakan sudah menggantikan waktu tidur malam dengan tidur kembali pada pagi/siang hari, perlu diingat bahwa kualitas tidur malam tidak sama dengan kualitas tidur siang, walaupun

tidur siang bisa membantu jika kekurangan tidur malam tapi tidak bisa mengganti fungsi tidur malam sepenuhnya.

Masalah Intoleransi aktivitas teratasi sebagian karena pada saat evaluasi, Pasien mengatakan sudah bisa bangun dan duduk di tempat tidur, namun masih belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri karena masih sesak. Aktivitas masih dibantu keluarga. Masalah risiko penyebaran infeksi teratasi sebagian pada saat evaluasi, pasien mengatakan selalu mencuci tangan setelah kontak atau terkena dahak pasien, keluarga pasien juga nampak menggunakan masker ketika masuk ke ruangan perawatan, namun keluarga masih belum benar dalam membuang dahak pasien.