

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Ende, yang merupakan fasilitas kesehatan milik pemerintah yang terletak di Jalan Prof. W. Z. Yohanes. RSUD Ende memiliki berbagai ruangan, termasuk Ruangan Perawatan Khusus yang berfungsi sebagai tempat isolasi untuk pasien yang menderita penyakit menular seperti TBC, HIV, Kusta, dan Herpes Zoster. Ruangan Perawatan Khusus terdiri dari empat unit, masing-masing memiliki kapasitas tiga tempat tidur: Ruangan Flamboyan A dengan tiga tempat tidur, Ruangan Flamboyan B dengan tiga tempat tidur, Ruangan Flamboyan C dengan tiga tempat tidur, serta Ruangan *Imunocompromised* yang juga memiliki tiga tempat tidur. Ruangan Perawatan Khusus dapat melayani sekitar delapan pasien setiap bulan, sehingga total pasien dalam setahun mencapai 96 orang.

2. Studi Kasus

Studi kasus dilakukan pada Tn. U. A. T yang berumur 24 tahun di Ruangan Perawatan Khusus RSUD Ende khususnya ruangan *Imunocompromised*.

a. Pengkajian

Pengumpulan data dilakukan pada tanggal 1 Mei 2025 pukul 07.00 WITA di Ruangan Perawatan Khusus RSUD Ende.

1) Pengumpulan Data

Pasien Tn. U. A. T berjenis kelamin laki-laki, beragama Islam, status belum menikah, pendidikan terakhir SD, pasien tinggal di Lokoboko, pekerjaan pasien sebagai sopir bemo, pasien masuk rumah sakit pada tanggal 29 April 2025 dengan diagnosa medis Tuberkulosis

Paru. Penanggung jawab pasien Ny. I umur 40 tahun, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat Lokoboko, hubungan dengan pasien ialah mama kecil.

a) Status Kesehatan

(1) Status Kesehatan Saat Ini

(a) Keluhan Utama

Pasien mengeluh sesak napas, batuk disertai darah kental berwarna merah segar dan nyeri dada saat batuk

(b) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan sesak napas, batuk disertai darah kental selama 4 hari dari tanggal 27 April sampai sekarang dan batuk berdahak sejak bulan Februari tahun 2024. Pasien muntah 1 kali di rumah, pasien mengatakan batuk disertai dengan nyeri dada. Pasien juga sering berkeringat di malam hari tanpa melakukan aktifitas. Pasien mengatakan pernah dirawat di rumah sakit selama seminggu namun tidak diberikan obat OAT karena sediaan obat yang habis dan harus menunggu dari Kupang sehingga pasien di pulangkan.

(c) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Keluarga mengatakan pasien masuk rumah sakit karena sesak napas, batuk disertai darah kental berwarna merah segar dan disertai nyeri dada. Batuk yang lama dari bulan Februari tahun 2024 dan muntah 1 kali saat di rumah. Pasien tidak ada nafsu makan dan lemah, karena kondisi yang semakin parah keluarga memutuskan untuk kembali membawa pasien ke RSUD Ende

pada hari Selasa, 29 April 2024 di IGD. Tindakan yang dilakukan di IGD RSUD Ende yaitu perawat memberikan oksigen nasal canul 3 lpm, pemberian infus Nacl 0,9% 20 tpm, memberi injeksi Ceftriaxone 2x1 gr/IV, injeksi Paracetamol 3x1 gr/IV, injeksi Omeprazole 2x40 mg/IV, injeksi Asam Tranex 3x500 mg/IV, dan pemeriksaan foto thoraks. Selanjutnya pada pukul 10.20 pasien dipindahkan ke RPK.

(2) Status Kesehatan Masa Lalu

(a) Penyakit yang pernah dialami

Keluarga mengatakan pasien mengalami penyakit TB Paru

(b) Pernah dirawat

Pasien dan keluarga mengatakan pada tanggal 16 April 2024 pasien pernah masuk dan dirawat di rumah sakit selama 1 minggu dengan diagnosa medis Tuberkulosis Paru.

(c) Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki alergi baik makanan maupun obat-obatan.

(d) Kebiasaan

Pasien dan keluarga mengatakan bahwa pasien merupakan perokok aktif, dan minum minuman alkohol.

b) Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga pasien mengatakan bahwa di dalam keluarga tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit keturunan dan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit TB Paru sebelumnya.

c) Diagnosa medis dan terapi yang didapat sebelumnya

Pasien dan keluarga mengatakan diagnosa medis sebelumnya adalah TB Paru, terapi yang didapatkan sebelumnya tidak diberikan obat OAT karena sediaan obat yang tidak ada dan harus menunggu pengiriman dari Kupang.

d) Pola Kebutuhan Dasar

(1) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Pasien dan keluarga mengatakan saat mengalami batuk pasien tidak langsung dibawa ke rumah sakit, namun saat batuk semakin parah disertai sesak napas maka pasien dibawa ke rumah sakit. Pasien sebelumnya pernah menderita penyakit TB Paru namun belum mengonsumsi obat OAT karena obat yang tidak tersedia di rumah sakit. Pasien dan keluarga mengatakan saat di rumah pasien maupun keluarga menggunakan masker, saat batuk dahaknya dibuang ditempat yang berisi air kosong dan dibuang didalam kloset. Pasien dan keluarga mengatakan mereka tahu bahwa penyakit TB adalah penyakit menular.

(2) Pola Nutrisi-Metabolik

Sebelum Sakit: Pasien mengatakan biasanya makan 3x sehari dengan jenis makanan ikan, nasi, dan sayur. Pasien jarang makan buah-buahan, porsi makan dihabiskan. Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki pantangan apapun dalam mengonsumsi

makanan dan minuman. Pasien minum air kurang lebih 6-8 gelas/hari. Berat badan pasien sebelum sakit 50 kg

Saat Sakit: Pasien mengatakan nafsu makan berkurang, makannya dalam sehari 3x dengan porsi makan yang tidak dihabiskan, pasien makan 4-5 sendok saja dengan jenis makanan yang dikonsumsi pasien adalah nasi, dengan lauk kadang ayam, ikan, sayur, telur rebus, tempe, dan buah pisang. Pasien biasa minum air 1-2 gelas air hangat dalam sekali minum (500 ml), berat badan pasien sekarang 40 kg.

(3) Pola Eliminasi

Sebelum Sakit: Pasien mengatakan sebelum sakit BAK sehari 4-8x dengan warna kuning, aroma khas urine, tidak ada nyeri saat BAK. Pasien BAB 2x sehari dengan konsistensi padat, warna kuning, bau khas feses.

Saat Sakit: Pasien dan keluarga mengatakan saat sakit BAK 6-7x sehari, warna kuning, aroma khas urine, tidak ada keluhan nyeri saat BAK. Pasien saat BAB 1x dengan konsistensi padat, BAB nya sedikit.

(4) Pola Aktifitas dan Latihan

Sebelum Sakit: Pasien mengatakan sebelum sakit pasien mampu melakukan aktifitas secara mandiri seperti makan, minum, toileting, berpakaian, dan juga mandi. Pasien tidak mengalami sesak napas, kelemahan atau sebagainya. Pasien juga mampu melakukan pekerjaannya sebagai sopir bemo.

Saat Sakit: Pasien mengatakan saat sakit aktifitas pasien sudah tidak bisa seperti biasa, pasien sudah tidak mampu untuk melakukan aktifitas secara mandiri seperti makan yang dibantu oleh keluarga, toileting, berpakaian dan juga mandi. Pasien mengeluh lemah, dan sesak napas saat hendak terbangun untuk melakukan aktifitas.

(5) Pola Istirahat Tidur

Sebelum Sakit: Pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasa tidur pada pukul 23.00 malam dan bangun pagi pukul 08.00 pagi dengan tidur yang nyenyak. Sedangkan tidur siang biasanya pada pukul 12.00 sampai pukul 16.00 WITA.

Saat Sakit: Pasien mengatakan sulit tidur nyenyak di malam hari karena batuk dan nyeri dada yang dirasakan. Pasien tidur malam pada pukul 21.00 dan terbangun kembali pada pukul 23.00. Sedangkan tidur siang pasien biasanya pada pukul 13.00 dan bangun pada pukul 15.00 WITA.

(6) Pola Kognitif dan Persepsi

Pasien masih bisa merespon dengan baik ketika diajak bicara. Saat ditanya pasien mendengar dengan jelas dan menjawab pertanyaannya dengan baik dan nyambung.

(7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pasien mampu mengenali identitas dirinya yaitu namanya U. A. T. Pasien adalah seorang sopir bemo, pasien mengatakan bahwa dirinya sedang sakit, dan membutuhkan pengobatan, pasien mengatakan merasa malu dengan teman-temannya terkait

penyakitnya, pasien mengatakan ingin sembuh dari penyakitnya dan berkumpul seperti biasa dengan teman-temannya.

(8) Pola Seksual dan Reproduksi

Tidak dikaji

(9) Pola Peran Hubungan

Sebelum Sakit: Pasien dan keluarga mengatakan sebelum sakit pasien mempunyai hubungan baik dengan keluarga, tetangga, teman-teman sesama sopir bemo maupun di lingkungan sekitar.

Saat Sakit: Pasien dan keluarga mengatakan pasien sudah tidak berinteraksi dengan teman-temannya karena penyakit yang pasien derita. Saat pasien sakit, hanya keluarga yang datang berkunjung ke rumah sakit. Namun, mereka duduk sedikit jauh dari pasien karena pasien menderita penyakit menular. Sebagai langkah pencegahan, keluarga juga memakai masker saat menjenguk pasien. Pasien tidak dikucilkan oleh keluarga, tetangga maupun teman-temannya.

(10) Pola Toleransi Stres-Koping

Keluarga pasien mengatakan kalau ada masalah pasien akan menceritakan kepada keluarga terkait masalah yang dihadapi. Pasien lebih tenang dan selalu berdiskusi tentang sakit yang dialaminya dengan keluarganya untuk setiap tindakan yang dilakukan oleh dokter dan perawat untuk kesembuhannya.

(11) Pola Nilai Kepercayaan

Pasien mengatakan sebelum dan saat sakit pasien jarang beribadah, namun pasien tetap berdoa untuk kesembuhannya dirinya.

e) Pemeriksaan Fisik

Kedaan umum: lemah, tingkat kesadaran: composmentis. GCS: 15 (E:4 V:5 M:6). Tanda-tanda vital (Tekanan darah: 90/60 mmHg, Nadi: 112x/menit, Suhu: 38,7°C, SPO2: 96%, RR: 22x/menit). Berat badan saat ini 40 kg, tinggi badan 165 cm, IMT: 14,7 kg (kurus).

Wajah: Nampak pucat

Mata: Konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, refleks cahaya (+), pupil isokor, bentuk mata simetris, tidak menggunakan alat bantu melihat

Hidung: Bentuk simetris, tidak ada pernapas cuping hidung, tidak ada lesi, terpasang oksigen nasal canul 4 lpm

Mulut: Mukosa bibir kering, gigi tampak sedikit kotor, gigi lengkap.

Leher: Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid.

Dada

Inspeksi: Dada tampak simetris, frekuensi napas 22x/menit, terdapat retraksi dinding dada.

Palpasi: Vokal fremitus teraba dengan hasil getaran paru kiri menurun, tidak sama dengan paru kanan

Perkusi: terdengar bunyi pekak.

Auskultasi: Terdapat bunyi napas tambahan ronchi.

Ekstremitas atas: Akral teraba hangat, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, terpasang infus Nacl 0,9% di tangan kiri 20 tpm, CRT < 2 detik.

Ekstremitas bawah: Tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, jari-jari kaki lengkap, dapat menggerakkan kaki seperti biasa dan tidak ada kelainan.

f) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan Lab Darah Lengkap

NO	Hasil	Unit	Nilai rujukan
WBC	19.71	(10 ³ /uL)	(3.00-15.00)
LYMPH #	1.96	(10 ³ uL)	(1.00-3.70)
MONO#	2.17	(10 ³ /uL)	(0.00-0.70)
EO#	0.01	(10 ³ uL)	(0.00-0.40)
BASO#	0.08	(10 ³ uL)	(0.00-0.10)
NEUT#	15.49	(10 ³ uL)	(1.50-7.00)
LYMPH%	9.9	(%)	(20.0-50.0)
MONO%	11.0	(%)	(0.0-14.0)
EO%	0.1	(%)	(0.0-6.0)
BASO%	0.4	(%)	(0.0-1.0)
NEUT%	78.6	(%)	(37.0-72.0)
IG#	0.05	(10 ³ uL)	(0.00-7.00)
IG%	0.3	(%)	(0.00-72.0)
RBC	5.66	(10 ⁶ /uL)	(2.50-5.50)
HGB	10.3	(g/dL)	(8.0-17.0)
HCT	32.9	(%)	(26.0-50.0)
MCV	58.1	(fL)	(86.0-110.0)
MCH	18.2	(pg)	(26.0-38.0)
MCHC	31.3	(g/dL)	(31.0-37.0)
RDW-SD	55.4	(fL)	(37.0-54.0)
RDW-CV	27.8	(%)	(11.0-16.0)
PLT	4.70	(10 ³ uL)	(150-450)

Hasil rontgen/foto thoraks pada tanggal 14 April 2025

Telah dilakukan foto thoraks AP view, posisi supinasi

Kesan: Tampak infiltrat pada proyeksi bilateral

Tampak corak bronchovaskuler meningkat

Tampak kontras pada proyeksi pulmo Destra

Cor CTR < 0,50

Hasil: TB Pulmo, besar cor normal

g) Terapi pengobatan

Tanggal 1 Mei 2025

Infus Nacl 0,9% 20 tpm, Paracetamol 1 gr/IV, Ceftriaxone 10 cc/IV, Omeprazole 10 cc/IV, Asam tranex 500 mg/IV, Nebu Combiven 1 repsul

Tanggal 2 Mei 2025

Infus Nacl 0,9% 20 tpm, Ceftriaxone 10 cc/IV, Omeprazole 10 cc/IV, Asam Tranex 500 mg/IV, Nebu Combiven 1 repsul

Tanggal 3 Mei 2025

Infus Nacl 0,9% 20 tpm, Ceftriaxone 10 cc/IV, Omeprazole 10 cc/IV, Asam Tranex 500 mg/IV, Nebu Combiven 1 repsul

2) Tabulasi Data

Pasien mengeluh sesak napas, batuk disertai darah kental berwarna merah segar dan nyeri dada saat batuk, batuk disertai dahak sejak bulan Februari tahun 2024, pasien sering berkeringat di malam hari tanpa melakukan aktifitas, muntah 1x di rumah, aktifitas dibantu keluarga yakni toileting, mandi, dan berpakaian, pasien tidak ada nafsu makan,

pola makan 3x sehari dengan 4-5 sendok saja, porsi makan tidak dihabiskan. Pasien nampak kurus, BB: 40 kg, IMT: 14,7 kg (kurus). Pasien sulit tidur karena batuk dan nyeri dada, waktu tidur malam pukul 21.00 dan terbangun lagi pada pukul 23.00, tidur siang mulai pukul 13.00-15.00 WITA. Pasien mengatakan BAK sehari 6-7x dengan warna kuning, bau khas urine. BAB sehari 1x dengan konsistensi padat. Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, GCS: 15, Tekanan darah: 90/60, Nadi: 112x/menit, Suhu: 38,7°C, SPO2: 96%, RR: 22x/menit, pasien nampak pucat, konjungtiva anemis, mukosa bibir kering, akral teraba hangat, BTA (+), terdapat retraksi dinding dada, vokal fremitus getaran paru kiri menurun tidak sama dengan paru kanan, perkusi bunyi pekak. Pasien sebelumnya pernah masuk rumah sakit dan dirawat namun tidak diberikan obat OAT karena sediaan obat yang habis dan harus menunggu pengiriman dari Kupang, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, terpasang oksigen nasal canul 4 lpm.

3) Klasifikasi Data

Data Subjektif: Pasien mengeluh sesak napas, batuk disertai darah kental berwarna merah segar dan nyeri dada saat batuk, batuk disertai lendir sejak bulan Februari tahun 2024, pasien sering berkeringat di malam hari tanpa melakukan aktifitas, muntah 1x di rumah, aktifitas dibantu keluarga yakni toileting, mandi, dan berpakaian, pasien tidak ada nafsu makan, pola makan 3x sehari dengan 4-5 sendok saja, porsi makan tidak dihabiskan, BB sebelum sakit 50 kg. Pasien sulit tidur karena batuk dan nyeri dada, waktu tidur malam pukul 21.00 dan terbangun lagi pada pukul 23.00, tidur siang mulai pukul 13.00-15.00 WITA. Pasien

mengatakan BAK sehari 6-7x dengan warna kuning, bau khas urine.
BAB sehari 1x dengan konsistensi padat.

Data Objektif: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, GCS: 15, Tekanan darah: 90/60, Nadi: 112x/menit, Suhu: 38,7°C, SPO2: 96%, RR: 22x/menit, Pasien nampak kurus, BB: 40 kg, IMT: 14,7 kg (kurus), pasien nampak pucat, konjungtiva anemis, mukosa bibir kering, akral teraba hangat, BTA (+), terdapat retraksi dinding dada, vokal fremitus getaran paru kiri menurun tidak sama dengan paru kanan, perkusi bunyi pekak.

4) Analisa Data

Sign/Symptom	Etiologi	Problem
<p>Data Subjektif: Pasien mengeluh sesak napas, batuk disertai darah kental berwarna merah segar dan nyeri dada saat batuk, batuk disertai dahak sejak bulan Februari tahun 2024</p> <p>Data Objektif: Pasien batuk berdahak, bunyi napas ronchi, lendir disertai darah berwarna merah segar.</p>	Hipersekresi jalan napas	Bersihkan jalan napas tidak efektif
<p>Data Subjektif: Pasien mengeluh sesak napas</p> <p>Data Objektif: Adanya retraksi dinding dada</p>	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif
<p>Data Subjektif: Pasien mengeluh sering berkeringat di malam hari</p> <p>Data Objektif: Suhu tubuh pasien diatas nilai normal: 38,7°C, akral teraba hangat,</p>	Proses penyakit	Hipertermia

takikardi (nadi: 112x/menit), nampak pucat, mukosa bibir kering		
<p>Data Subjektif: Pasien mengatakan nafsu makan tidak ada, pola makan 2x kadang 1x sehari dengan 4-5 sendok saja, porsi makan tidak dihabiskan, BB sebelumnya 50 kg</p> <p>Data Objektif: BB sekarang 40 kg, IMT: 14,7 kg (kurus), pasien nampak kurus, mukosa bibir kering</p>	Peningkatan kebutuhan metabolisme dan keengganan untuk makan	Defisit nutrisi
<p>Data Subjektif: Pasien mengeluh lemas, merasa sesak saat melakukan aktifitas</p> <p>Data Objektif: Aktifitas dibantu keluarga yakni toileting, mandi, dan berpakaian</p>	Kelemahan	Intoleransi aktifitas
<p>Data Subjektif: Pasien mengatakan sering berkeringat di malam hari tanpa meakukan aktifitas, pasien batuk disertai lendir dan darah berwarna merah segar</p> <p>Data Objektif: Pasien nampak batuk disertai lendir dan darah berwarna merah segar</p>	Kehilangan cairan aktif dan evaporasi	Resiko hipovolemia

b. Diagnosa Keperawatan

Setelah melakukan pengkajian, selanjutnya data-data dalam pengkajian dibuat dalam bentuk analisa data. Rumusan diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. U. A. T adalah sebagai berikut:

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan:

Data Subjektif: Pasien mengeluh sesak napas, batuk disertai darah kental berwarna merah segar dan nyeri dada saat batuk, batuk disertai dahak sejak bulan Februari tahun 2024

Data Objektif: Pasien batuk berdahak, bunyi napas ronchi, lendir disertai darah berwarna merah segar.

- 2) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan:

Data Subjektif: Pasien mengeluh sesak napas

Data Objektif: Pola napas abnormal (Takipnea: 22x/menit), adanya retraksi dinding dada

- 3) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan:

Data Subjektif: Pasien mengeluh sering berkeringat di malam hari

Data Objektif: Suhu tubuh diatas nilai normal: 38,7°C, akral terasa hangat, takikardi (112x/menit), nampak pucat, mukosa bibir kering

- 4) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dan keengganan untuk makan ditandai dengan:

Data Subjektif: Pasien mengatakan nafsu makan tidak ada, pola makan 2x kadang 1x sehari dengan 4-5 sendok saja, porsi makan tidak dihabiskan, BB sebelumnya 50 kg

Data Objektif: BB sekarang 40 kg, IMT: 14,7 kg (kurus), pasien nampak kurus, mukosa bibir kering

- 5) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan:

Data Subjektif: Pasien mengeluh lemas, merasa sesak saat melakukan aktifitas

Data Objektif: Aktifitas dibantu keluarga yakni toileting, mandi, dan berpakaian

- 6) Resiko hipovolemia dibuktikan dengan faktor resiko kehilangan cairan secara aktif ditandai dengan:

Data Subjektif: Pasien mengatakan sering berkeringat dimalam hari tanpa melakukan aktifitas, pasien batuk disertai lendir dan darah berwarna merah segar

Data Objektif: Pasien nampak batuk disertai lendir dan darah berwarna merah segar

c. Perencanaan Keperawatan

Sebelum menentukan intervensi keperawatan, terlebih dahulu menentukan prioritas masalah. Prioritas masalah ditentukan untuk mengetahui diagnosa keperawatan yang akan diberikan intervensi keperawatan terlebih dahulu.

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif
- 2) Pola napas tidak efektif
- 3) Hipertermia
- 4) Defisit nutrisi
- 5) Intoleransi aktifitas
- 6) Resiko hipovolemia

Berdasarkan prioritas masalah tersebut, selanjutnya akan dibuat intervensi keperawatan sebagai berikut:

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan bersihan jalan napas tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil:

produksi lendir menurun 5, batuk efektif meningkat 5, bunyi napas ronchi menurun 5, frekuensi napas membaik 5 (20x/menit).

Intervensi: Latihan batuk efektif

Observasi

a. Monitor adanya retensi sputum

Rasional: Agar mengetahui adakah sputum yang tertahan yang menutupi jalan napas

Terapeutik

b. Berikan minum hangat

Rasional: Minuman hangat membantu mengencerkan sputum yang ada di jalan napas sehingga mudah dikeluarkan

c. Buang sekret pada tempat sputum

Rasional: Lendir yang yang dihasilkan harus di buang di tempat yang aman karena lendir tersebut mengandung bakteri

Edukasi

d. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif

Rasional: Agar pasien tahu tindakan yang akan dilakukan

Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik lalu batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas yang dalam ke-3

Kolaborasi

- e. Pemberian mukolitik atau ekspektoran, *jika perlu*

Rasional: Pemberian ekspektoran dapat membantu mengencerkan secret dan melebarkan jalan napas

- 2) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan pola napas tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil: keluhan sesak napas menurun 5, nampak retraksi dinding dada berkurang 5, frekuensi napas membaik 5 (20x/menit).

Intervensi : Manajemen jalan napas

Observasi:

- a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas)

Rasional: Agar dapat menilai pola napas pasien untuk mengetahui apakah terjadi abnormalitas atau tidak

- b. Monitor bunyi napas tambahan (mis. *Gurgling*, mengi, *wheezing*)

Rasional: Adanya bunyi napas tambahan mengidentifikasi adanya gangguan pada pernafasan

Terapeutik

- c. Atur posisi semi fowler atau fowler

Rasional: Untuk memudahkan pasien dalam bernapas

- d. Berikan oksigen

Rasional: Memaksimalkan pernapasan pasien dengan meningkatkan masukan oksigen

Kolaborasi:

- e. Pemberian bronkodilator

Rasional: Pemberian bronkodilator via inhalasi akan langsung menuju area bronkus yang mengalami spasme sehingga lebih cepat berdilatasi

3) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan hipertermia dapat teratasi dengan kriteria hasil:

Suhu tubuh membaik 5, pucat menurun 5, takikardi menurun 5, membrane mukosa membaik 5, pucat menurun 5

Intervensi: Manajemen Hipertermia

Observasi

a. Monitor suhu tubuh

Rasional: Memantau perubahan suhu tubuh pasien

Terapeutik

b. Berikan cairan oral

Rasional: Pemberian cairan oral dapat mencegah terjadinya dehidrasi akibat peningkatan suhu tubuh

c. Lakukan pendinginan eksternal (kompres dahi)

Rasional: Pendinginan eksternal merupakan salah satu cara penanganan hipertermia secara non farmakologis

Kolaborasi

d. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena

Rasional: Pemberian cairan elektrolit dapat mengganti cairan tubuh yang hilang akibat peningkatan suhu tubuh

4) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan metabolisme dan keengganan untuk makan

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan defisit nutrisi dapat teratasi dengan kriteria hasil: porsi makan dihabiskan meningkat 5, nafsu makan membaik 5, membran mukosa lembab 5.

Intervensi: Manajemen Nutrisi

Observasi

a. Monitor asupan makanan

Rasional: Untuk mengetahui porsi makanan pasien yang sudah dihabiskan

b. Monitor berat badan

Rasional: Menilai berat badan pasien guna memberikan jenis nutrisi yang tepat

Terapeutik

c. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai

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

d. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

Rasional: Pemberian makanan tinggi kalori dan tinggi protein dapat meningkatkan energi pasien

Edukasi

e. Anjurkan makan dengan posisi duduk, *jika mampu*

Rasional: Mencegah terjadinya refluks atau berbaliknya makanan dari lambung ke kerongkongan

f. Ajarkan diet yang diprogramkan

Rasional: Untuk meningkatkan nutrisi pasien

Kolaborasi

- g. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, *jika perlu*

Rasional: Untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan

5) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil: mudah melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 5, keluhan lemah menurun 5, keluhan sesak napas saat beraktifitas menurun 5.

Intervensi: Manajemen energi

Observasi

- a. Monitor kelemahan fisik dan emosional

Rasional: Untuk mengetahui tingkat kelemahan fisik pasien

Terapeutik

- b. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Rasional: Untuk melatih mobilisasi pasien secara bertahap

Edukasi

- c. Anjurkan tirah baring

Rasional: Agar menghemat penggunaan energi sehingga tidak mengakibatkan kelelahan pada pasien

- d. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Rasional: Aktivitas yang dilakukan secara bertahap dapat membantu pasien agar tidak mengalami kekakuan anggota gerak

Kolaborasi

- e. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

Rasional: Untuk memberikan kebutuhan yang adekuat pada pasien

- 6) Resiko hipovolemia dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko hipovolemia tidak terjadi dengan kriteria

hasil: membrane mukosa lembab membaik 5, tekanan darah membaik 5 (120/80 mmHg), keluhan lemah menurun 5.

Intervensi: Manajemen hypovolemia

Observasi:

- a. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (misalnya frekuensi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah, intake cairan membaik.

Rasional: Pemeriksaan tanda dan gejala digunakan untuk dapat mengetahui adanya resiko terjadinya hypovolemia

Terapeutik

- b. Berikan asupan cairan oral

Rasional: Asupan cairan yang cukup dapat mencegah terjadinya resiko hypovolemia

Edukasi

- c. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral

Rasional: Asupan cairan untuk memenuhi kebutuhan cairan

Kolaborasi

- d. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis Nacl)

Rasional: Pemberian cairan IV isotonis untuk memenuhi kebutuhan cairan dengan cepat.

e. Kolaborasi pemberian paracetamol

Rasional: Pemberian paracetamol dapat membantu mengurangi demam

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada Tn. U. A. T dilakukan selama 3 hari dari tanggal 1-3 Mei 2025.

1) Hari pertama, Kamis 1 Mei 2025

- a) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Pukul 07.30 WITA melakukan pengukuran TTV terdiri dari Tekanan darah, Nadi, Suhu, Respirasi, dan Saturasi oksigen. Hasil: Tekanan darah: 90/60 mmHg, Nadi: 112x/menit, Suhu: 38,7°C, SPO2: 96%, RR: 22x/menit. Pukul 08.00 memposisikan pasien setengah duduk dengan mengganjal dua bantal di punggung pasien. Hasil: Pasien mengatakan sesak berkurang dan merasa lebih nyaman. Pukul 08.20 melakukan nebulisasi dengan nebu combiven 1 repsul dan Nacl 5 cc. Hasil: Pasien mengatakan lebih baik dan napas lebih longgar. Pukul 09.10 mengajarkan pasien tindakan batuk efektif untuk mengeluarkan lendir dengan mudah. Hasil: Pasien mampu mengeluarkan lendir sedikit. Pukul 09.42 menganjurkan pasien minum air hangat. Hasil: pasien minum air hangat 1 gelas (250 ml).
- b) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Pukul 07.30 melakukan pengukuran TTV terdiri dari Tekanan darah, Nadi, Suhu, Respirasi, dan Saturasi oksigen. Hasil: Tekanan darah: 90/60 mmHg, Nadi: 112x/menit, Suhu: 38,7°C, SPO2: 96%, RR: 22x/menit. Pukul 07.45

memposisikan pasien setengah duduk dengan mengganjal dua bantal di punggung pasien. Hasil: Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dan sesak berkurang. Pukul 08.20 memberikan pasien air hangat 1 gelas (250 ml). Pukul 08.40 memberikan pasien oksigen nasal canul 4 lpm. Pukul 09.10 melakukan nebulisasi dengan nebu combiven 1 repsul dengan Nacl 5 cc. Hasil: Pasien mengatakan merasa lebih baik, bernapas lebih longgar.

- c) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. Pukul 07.30 melakukan pengukuran TTV terdiri dari Tekanan darah, Nadi, Suhu, Respirasi, dan Saturasi oksigen. Hasil: Tekanan darah: 90/60 mmHg, Nadi: 112x/menit, Suhu: 38,7°C, SPO2: 96%, RR: 22x/menit. Pukul 07.40 melakukan kompres di dahi. Hasil: Perawat melakukan kompres pada dahi pasien. Pukul 08.10 melakukan pemberian paracetamol 1 gr/IV. Pukul 08.30 memonitor suhu tubuh pasien. Hasil: Suhu tubuh pasien 37°C. Pukul 08.45 memberi minum pasien air hangat 1 gelas (250 ml).
- d) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan metabolisme dan keengganan untuk makan. Pukul 07.30 melakukan pengukuran TTV terdiri dari Tekanan darah, Nadi, Suhu, Respirasi, dan Saturasi oksigen. Hasil: Tekanan darah: 90/60 mmHg, Nadi: 112x/menit, Suhu: 38,7°C, SPO2: 96%, RR: 22x/menit. Pukul 07.40 melakukan pengukuran berat badan. Hasil: berat badan pasien 40 kg dengan IMT: 14,7 kg kategori kurus. Pukul 08.10 mengidentifikasi makanan yang disukai pasien. Hasil: pasien menyukai makanan yang berkuah, hangat dan pasien menyukai roti. Pukul 08.30 memonitor asupan makanan pasien. Hasil: pasien tidak menghabiskan makanan, porsi makan yang dihabiskan hanya 5-6 sendok makan dengan lauk tempe, telur, sayur, yang tersisa sedikit, dan buah

pisang yang tidak dikonsumsi pasien. Pukul 08.45 menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering. Hasil: pasien mengonsumsi roti dan minum susu yang sering pasien konsumsi. Pukul 09.10 menganjurkan pasien mengonsumsi makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein yaitu mengonsumsi telur rebus 1-2 butir/hari, tempe, dan sayuran hijau. Pukul 09.20 memberi pasien minum air hangat 1 gelas (250 ml). Pukul 12.10 memberi pasien makanan yang disediakan rumah sakit yang terdiri dari nasi, tempe, telur, sayur kuah, dan buah pisang. Pukul 13.20 memonitor asupan makanan pasien. Hasil pasien mengonsumsi makanan hanya 3-4 sendok saja, tempe dan telur tersisa sedikit, sayuran dihabiskan, dan buah pisang tidak dikonsumsi pasien.

- e) Intoleransi aktifitas berhubungan kelemahan. Pukul 07.30 melakukan pengukuran TTV terdiri dari Tekanan darah, Nadi, Suhu, Respirasi, dan Saturasi oksigen. Hasil: Tekanan darah: 90/60 mmHg, Nadi: 112x/menit, Suhu: 38,7°C, SPO2: 96%, RR: 22x/menit. Pukul 07.50 mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Hasil: pasien mengatakan merasa lemah dan sesak napas saat beraktifitas. Pukul 10.00 menganjurkan pasien melakukan aktifitas secara bertahap seperti duduk di tempat tidur jika pasien tidak merasa lemah. Hasil: pasien belum mampu duduk di tempat tidur karena merasa lemah saat bangun. Pukul 12.10 membantu pasien duduk di tempat tidur karena pasien hendak makan. Hasil: pasien mampu duduk di tempat tidur. Pukul 13.20 menganjurkan keluarga untuk memanggil perawat jika membutuhkan bantuan.
- f) Resiko hipovolemia dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif dan evaporasi. Pukul 07.30 melakukan pengukuran TTV terdiri dari Tekanan

darah, Nadi, Suhu, Respirasi, dan Saturasi oksigen. Hasil: Tekanan darah: 90/60 mmHg, Nadi: 112x/menit, Suhu: 38,7°C, SPO2: 96%, RR: 22x/menit. Pukul 08.00 menganjurkan pasien minum banyak air. Hasil: pasien minum air 3-4 gelas/hari (600 ml). Pasien terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm.

2) Hari kedua, Jumat 2 Mei 2025

- a) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Pukul 07.30 WITA melakukan pengukuran TTV terdiri dari Tekanan darah, Nadi, Suhu, Respirasi, dan Saturasi oksigen. Hasil: Tekanan darah: 90/60 mm Hg, Nadi: 102x/menit, Suhu: 36,2°C, SPO2: 97%, RR: 24x/menit. Pukul 08.00 Mengidentifikasi kemampuan batuk. Hasil: Pasien masih batuk disertai lendir dan darah kental berwarna merah segar. Pukul 08.10 memposisikan pasien setengah duduk dengan mengganjal dua bantal di punggung pasien. Hasil: Pasien mengatakan sesak berkurang dan merasa lebih nyaman. Pukul 08.20 melakukan nebulisasi dengan nebu combiven 1 repsul dan Nacl 5 cc. Hasil: Pasien mengatakan lebih baik dan napas lebih longgar. Pukul 09.10 menganjurkan pasien melakukan tindakan batuk efektif untuk mengeluarkan lendir dengan mudah. Hasil: Pasien mampu mengeluarkan lendir sedikit. Pukul 09.42 menganjurkan pasien minum air hangat. Hasil: pasien minum air hangat 1 gelas (250 ml).
- b) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Pukul 07.30 melakukan pengukuran TTV terdiri dari Tekanan darah, Nadi, Suhu, Respirasi, dan Saturasi oksigen. Tekanan darah: 90/60 mmHg, Nadi: 102x/menit, Suhu: 36,2°C, SPO2: 97%, RR: 24x/menit. Pukul 07.40 memposisikan pasien setengah duduk dengan mengganjal dua bantal di punggung pasien. Hasil: Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dan sesak

berkurang. Pukul 08.20 memberikan pasien air hangat 1 gelas (250 ml). Pukul 08.45 memberikan pasien oksigen nasal canul 6 ltpm. Pukul 09.05 melakukan nebulisasi dengan nebu combiven 1 repsul dengan Nacl 5 cc. Hasil: Pasien mengatakan merasa lebih baik, bernapas lebih longgar.

c) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan metabolisme dan keengganan untuk makan. Pukul 07.30 melakukan pengukuran TTV terdiri dari Tekanan darah, Nadi, Suhu, Respirasi, dan Saturasi oksigen. Hasil: Tekanan darah: 90/60 mmHg, Nadi: 102x/menit, Suhu: 36,2°C, SPO2: 97%, RR: 24x/menit. Pukul 08.30 memonitor asupan makanan pasien. Pukul 08.45 menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering. Pukul 09.10 menganjurkan pasien mengonsumsi makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein yaitu mengonsumsi telur rebus 1-2 butir/hari, tempe, dan sayuran hijau. Pukul 09.20 memberi pasien minum air hangat 1 gelas (250 ml). Pukul 10.20 menganjurkan keluarga untuk menyajikan makanan dalam keadaan hangat. Pukul 12.10 memberi pasien makanan yang disediakan rumah sakit yang terdiri dari nasi, tempe, telur, sayur kuah, dan buah pisang.

d) Intoleransi aktifitas berhubungan kelemahan. Pukul 07.30 melakukan pengukuran TTV terdiri dari Tekanan darah, Nadi, Suhu, Respirasi, dan Saturasi oksigen. Hasil: Tekanan darah: 90/60 mmHg, Nadi: 102x/menit, Suhu: 36,2°C, SPO2: 97%, RR: 24x/menit. Pukul 07.50 mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Hasil: pasien mengatakan masih merasa lemah dan sesak napas saat beraktifitas. Pukul 10.20 menganjurkan pasien melakukan aktifitas secara bertahap seperti duduk di tempat tidur jika pasien tidak merasa lemah. Hasil: pasien sudah mampu duduk di tempat tidur dan lemah berkurang. Pukul 12.10 membantu

pasien duduk di tempat tidur karena pasien hendak makan. Hasil: pasien mampu duduk di tempat tidur. Pukul 13.20 menganjurkan keluarga untuk memanggil perawat jika membutuhkan bantuan.

- e) Resiko hipovolemia dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif dan evaporasi. Pukul 07.30 melakukan pengukuran TTV terdiri dari Tekanan darah, Nadi, Suhu, Respirasi, dan Saturasi oksigen. Hasil: Tekanan darah: 90/60 mmHg, Nadi: 102x/menit, Suhu: 36,2°C, SPO2: 97%, RR: 24x/menit. Pukul 08.20 menganjurkan pasien minum banyak air. Hasil: pasien minum air 4-6 gelas/hari (800 ml). Pasien terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm.

3) Hari ketiga, Sabtu 3 Mei 2025

- a) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Pukul 07.30 WITA melakukan pengukuran TTV terdiri dari Tekanan darah, Nadi, Suhu, Respirasi, dan Saturasi oksigen. Hasil: Tekanan darah: 80/60 mmHg, Nadi: 99x/menit, Suhu: 37°C, SPO2: 99%, RR: 24x/menit. Pukul 08.05 Mengidentifikasi kemampuan batuk. Hasil: Pasien masih batuk disertai lendir dan darah kental berwarna merah segar sudah berkurang. Pukul 08.15 memposisikan pasien setengah duduk dengan mengganjal dua bantal di punggung pasien. Hasil: Pasien mengatakan sesak berkurang dan merasa lebih nyaman. Pukul 08.20 melakukan nebulisasi dengan nebu combiven 1 repsul dan Nacl 5 cc. Hasil: Pasien mengatakan lebih baik dan napas lebih longgar. Pukul 09.20 menganjurkan pasien melakukan tindakan batuk efektif untuk mengeluarkan lendir dengan mudah. Hasil: Pasien mampu mengeluarkan lendir sedikit. Pukul 09.50 menganjurkan pasien minum air hangat. Hasil: pasien minum air hangat 1 gelas (250 ml).

- b) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Pukul 07.30 melakukan pengukuran TTV terdiri dari Tekanan darah, Nadi, Suhu, Respirasi, dan Saturasi oksigen. Tekanan darah: 80/60 mmHg, Nadi: 99x/menit, Suhu: 37°C, SPO2: 99%, RR: 24x/menit. Pukul 07.40 memposisikan pasien setengah duduk dengan mengganjal dua bantal di punggung pasien. Hasil: Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dan sesak berkurang. Pukul 08.20 memberikan pasien air hangat 1 gelas (250 ml). Pukul 08.45 memberikan pasien oksigen nasal canul 6 lpm. Pukul 09.05 melakukan nebulisasi dengan nebu combiven 1 repsul dengan Nacl 5 cc. Hasil: Pasien mengatakan merasa lebih baik, bernapas lebih longgar.
- c) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan metabolisme dan keengganan untuk makan. Pukul 07.30 melakukan pengukuran TTV terdiri dari Tekanan darah, Nadi, Suhu, Respirasi, dan Saturasi oksigen. Hasil: Tekanan darah: 80/60 mmHg, Nadi: 99x/menit, Suhu: 37°C, SPO2: 99%, RR: 24x/menit. Pukul 08.30 memonitor asupan makanan pasien. Hasil: Pukul 08.45 menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering. Hasil: pasien mengonsumsi roti dan minum susu. Pukul 09.10 menganjurkan pasien mengonsumsi makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein yaitu mengonsumsi telur rebus 1-2 butir/hari, tempe, dan sayuran hijau. Hasil: Pasien mengonsumsi telur rebus yang disediakan oleh keluarga. Pukul 09.20 memberi pasien minum air hangat 1 gelas (250 ml). Pukul 12.10 memberi pasien makanan yang disediakan rumah sakit yang terdiri dari nasi, tempe, telur, sayur kuah, dan buah pisang. Pukul 13.20 memonitor asupan makanan pasien. Hasil pasien mengonsumsi makanan yang disediakan rumah sakit hingga habis.

d) Intoleransi aktifitas berhubungan kelemahan. Pukul 07.30 melakukan pengukuran TTV terdiri dari Tekanan darah, Nadi, Suhu, Respirasi, dan Saturasi oksigen. Hasil: Tekanan darah: 80/60 mmHg, Nadi: 99x/menit, Suhu: 37°C, SPO2: 97%, RR: 24x/menit. Pukul 07.50 mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Hasil: pasien mengatakan lemah dan sesak napas berkurang walaupun pasien melakukan aktifitas. Pukul 10.20 menganjurkan pasien melakukan aktifitas secara bertahap seperti duduk di tempat tidur jika pasien tidak merasa lemah. Hasil: pasien sudah mampu duduk di tempat tidur dan pasien mampu untuk ke toilet secara mandiri.

e) Resiko hipovolemia dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif dan evaporasi. Pukul 07.30 melakukan pengukuran TTV terdiri dari Tekanan darah, Nadi, Suhu, Respirasi, dan Saturasi oksigen. Hasil: Tekanan darah: 80/60 mmHg, Nadi: 99x/menit, Suhu: 37°C, SPO2: 97%, RR: 24x/menit. Pukul 08.20 menganjurkan pasien minum banyak air. Hasil: pasien minum air 5-6 gelas/hari (800 ml). Pasien terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm.

e. Evaluasi Keperawatan

1) Evaluasi Kamis, 1 Mei 2025

a) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Pukul 14.00 **Data Subjektif:** Pasien mengatakan masih batuk, batuk berlendir disertai darah segar. **Data Objektif:** Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, Tekanan darah: 80/50 mmHg, Nadi: 85x/menit, Suhu: 37°C, SPO2: 99%, RR: 20x/menit Pasien nampak batuk dengan lendir disertai darah segar dikeluarkan sedikit, bunyi napas ronchi

- masih terdengar. Pasien minum air hangat 1 gelas (250 ml). **A:** Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan.
- b) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Pukul 14.00 **Data Subjektif:** Pasien mengatakan sesak napas berkurang. Pasien mengatakan napas terasa lebih longgar dan nyaman. **Data Objektif:** Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, Tekanan darah: 80/50 mmHg, Nadi: 85x/menit, Suhu: 38,7°C, SPO2: 99%, RR: 20x/menit. nampak sesak berkurang, masih terdapat retraksi dinding dada. **A:** Masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan.
- c) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. Pukul 14.00 **Data Subjektif:** Pasien mengatakan badannya sudah tidak hangat lagi. **Data Objektif:** Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, pasien minum air hangat 1 gelas (250 ml). Tekanan darah: 80/50 mmHg, Nadi: 85x/menit, Suhu: 37°C, SPO2: 99%, RR: 20x/menit, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm. **A:** Masalah Hipertermia teratasi. **P:** Intervensi di hentikan.
- d) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan metabolisme tubuh dan keengganan untuk makan. Pukul 14.00 **Data Subjektif:** Pasien mengatakan nafsu makan tidak ada. **Data Objektif:** Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, pasien nampak kurus (BB: 40 kg, IMT: 14,7 kg), pasien sering mengonsumsi roti dan susu. Pasien menyukai makanan berkuah dan hangat. Pasien tidak menghabiskan makanannya, pasien makan hanya 4-5 sendok saja, tampak ada sisa makan di ompreng dengan nasi tersisa setengah porsi. Lauk tempe dan telur tidak dikonsumsi pasien, sayur tersisa sedikit, dan buah pisang yang juga tidak pasien

konsumsi. Pasien minum air hangat 1 gelas (250 ml). Tekanan darah: 80/50 mmHg, Nadi: 85x/menit, Suhu: 37°C, SPO2: 99%, RR: 20x/menit, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm. **A:** Masalah defisit nutrisi belum teratasi. **P:** Intervensi di lanjutkan.

- e) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan. **Data Subjektif:** Pasien mengatakan lemah, dan sesak napas saat melakukan aktifitas. **Data Objektif:** Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, Tekanan darah: 80/50 mmHg, Nadi: 85x/menit, Suhu: 37°C, SPO2: 99%, RR: 20x/menit. Pasien nampak lemah, aktifitas dibantu perawat dan keluarga. Pasien belum mampu bangun duduk di tempat tidur karena masih merasa lemah. Pasien dibantu duduk di tempat tidur untuk makan., **A:** Masalah intoleransi aktifitas belum teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan.
- f) Resiko hipovolemia dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif dan evaporasi. **Data Subjektif:** Pasien mengatakan keringat di malam hari sudah berkurang. Batuk disertai darah berwarna merah segar berkurang. **Data Objektif:** Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, Tekanan darah: 80/50 mmHg, Nadi: 85x/menit, Suhu: 37°C, SPO2: 99%, RR: 20x/menit. Pasien minum air 3-4 gelas/hari (600 ml). Pasien batuk disertai darah kental berwarna merah segar sudah berkurang. **A:** Masalah resiko hipovolemia tidak terjadi. **P:** Intervensi dihentikan.

2) Evaluasi Jumat, 2 Mei 2025

- a) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Pukul 14.30 **Data Subjektif:** Pasien mengatakan masih batuk, batuk berlendir banyak dikeluarkan batuk disertai darah berwarna merah segar sudah berkurang, pasien mangatakan sesak berkurang dan merasa

lebih nyaman saat bernapas. **Data Objektif:** Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, Tekanan darah: 90/60 mmHg, Nadi: 92x/menit, Suhu: 36,7°C, SPO2: 99%, RR: 21x/menit. Pasien batuk sudah berkurang, batuk dengan disertai darah segar dikeluarkan sedikit, lendir banyak yang dikeluarkan, bunyi napas ronchi masih terdengar. Pasien minum air hangat 1 gelas (250 ml). **A:** Masalah bersihan jalan napas sebagian teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan

- b) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Pukul 14.30 **Data Subjektif:** Pasien mengatakan sesak napas berkurang dan merasa lebih nyaman dan longgar saat bernapas. **Data Objektif:** Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, Tekanan darah: 90/60 mmHg, Nadi: 92x/menit, Suhu: 36,7°C, SPO2: 99%, RR: 21x/menit. Nampak sesak berkurang, masih terdapat retraksi dinding dada. **A:** Masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan.
- c) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan metabolisme tubuh dan keangasan untuk makan. Pukul 14.00 **Data Subjektif:** Pasien mengatakan nafsu makan tidak ada. **Data Objektif:** Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, Tekanan darah: 90/60 mmHg, Nadi: 92x/menit, Suhu: 36,7°C, SPO2: 99%, RR: 21x/menit, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm. Pasien nampak kurus, pasien makan nasi setengah porsi saja. Lauk tempe, telur, dan sayur tersisa sedikit, buah pisang tidak pasien konsumsi. Pasien sering mengonsumsi roti dan susu. Pasien minum air hangat 1 gelas (250 ml). **A:** Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi. **P:** Intervensi di lanjutkan.

d) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan. **Data Subjektif:** Pasien mengatakan lemah, dan sesak napas saat melakukan aktifitas mulai berkurang. **Data Objektif:** Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, Tekanan darah: 90/60 mmHg, Nadi: 92x/menit, Suhu: 36,7°C, SPO2: 99%, RR: 21x/menit. Pasien nampak lemah, pasien sudah mampu duduk di tempat tidur, aktifitas masih dibantu perawat dan keluarga, **A:** Masalah intoleransi aktifitas sebagian teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan.

3) Evaluasi Sabtu, 3 Mei 2025

a) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Pukul 14.00 **Data Subjektif:** Pasien mengatakan batuk hanya sesekali, batuk berlendir sudah berkurang, batuk disertai darah segar tersisa bercak-bercak. **Data Objektif:** Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, Tekanan darah: 90/80 mmHg, Nadi: 98x/menit, Suhu: 36,6°C, SPO2: 99%, RR: 20x/menit. Pasien batuk sudah berkurang, batuk berlendir berkurang, batuk disertai darah segar dikeluarkan sedikit tersisa bercak-bercak, bunyi napas ronchi menurun. Pasien minum air hangat 1 gelas (250 ml). **A:** Masalah bersihan jalan napas sebagian teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan

b) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Pukul 14.30 **Data Subjektif:** Pasien mengatakan sesak napas berkurang dan merasa lebih nyaman dan longgar saat bernapas. **Data Objektif:** Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis. Tekanan darah: 90/80 mmHg, Nadi: 98x/menit, Suhu: 36,6°C, SPO2: 99%, RR: 20x/menit,

nampak sesak berkurang, retraksi dinding dada berkurang. **A:** Masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan.

c) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan metabolisme tubuh dan keenganan untuk makan. Pukul 14.30 **Data Subjektif:** Pasien mengatakan makannya sudah banyak. **Data Objektif:** Keadaan umum baik, kesadaran composmentis Tekanan darah: 90/80 mmHg, Nadi: 98x/menit, Suhu: 36,6°C, SPO2: 99%, RR: 20x/menit, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm. Pasien nampak kurus, pasien mengonsumsi makanan yang disediakan rumah sakit hingga habis, pasien mengonsumsi roti dan susu, pasien mengonsumsi telur rebus yang disediakan oleh keluarga. pasien minum air hangat 1 gelas (250 ml). **A:** Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi. **P:** Intervensi di lanjutkan.

d) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan. **Data Subjektif:** Pasien mengatakan lemah berkurang, sesak napas saat melakukan aktifitas sudah tidak lagi dirasakan. **Data Objektif:** Keadaan umum baik, kesadaran composmentis Tekanan darah: 90/80 mmHg, Nadi: 98x/menit, Suhu: 36,6°C, SPO2: 99%, RR: 20x/menit. Pasien nampak segar, aktifitas sudah dilakukan secara mandiri. Pasien mampu duduk di tempat tidur, dan ke toilet tanpa dibantu. **A:** Masalah intoleransi aktifitas sebagian teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan.

f. Catatan Perkembangan

1) **Diagnosa 1**

Pukul 07.30 **S:** Pasien mengatakan batuk sudah berkurang, batuk disertai darah berwarna merah segar tidak lagi, hanya batuk disertai lendir, lendirnya banyak dikeluarkan. **O:** Pasien nampak batuk namun sudah

berkurang, lendir yang dikeluarkan banyak, bunyi napas ronchi menurun.

A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi. **P:** Intervensi dipertahankan. **I:** Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik batuk efektif untuk dapat mengeluarkan lendir, menganjurkan pasien untuk tetap minum air hangat, melakukan nebulisasi pada pasien. **E:** Keadaan umum baik, pasien mampu mengeluarkan lendir, suara napas ronchi menurun, Tekanan darah: 100/80 mmHg, Nadi: 90x/menit, Suhu: 37,5°C, RR: 20x/menit, SPO2: 99%.

2) **Diagnosa 2**

Pukul 07.30 **S:** Pasien mengatakan sesak napas berkurang. **O:** Pasien nampak tidak sesak lagi, retraksi dinding dada menurun. **A:** Masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi. **P:** Intervensi dipertahankan. **I:** Melakukan nebulisasi pada pasien, memberikan pasien posisi setengah duduk dengan ganjalan bantal. **E:** Keadaan umum baik, pasien nampak tidak sesak lagi, retraksi dinding dada menurun, Tekanan darah: 100/80 mmHg, Nadi: 90x/menit, Suhu: 37,5°C, RR: 20x/menit, SPO2: 99%.

3) **Diagnosa 4**

Pukul 07.30 **S:** Pasien mengatakan sudah banyak makan **O:** Keadaan umum baik, sudah tidak lagi pucat, mukosa bibir lembab, 1 porsi makan dihabiskan, BB sekarang 41,2 kg, IMT: 15,1 (kurus). **A:** Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi. **P:** Intervensi dipertahankan. **I:** Melayani makan tinggi kalori tinggi protein yang diberikan dari RS yaitu nasi, tempe, telur, sayur dan buah pisang. Menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering. **E:** Keadaan umum baik, nafsu makan pasien sudah membaik dengan, sudah tidak lagi pucat, mukosa bibir lembab, 1 porsi makan dihabiskan, dan

minum air 2 gelas (500 ml), BB sekarang 41,2 kg, IMT: 15,1 (kurus), Tekanan darah: 100/80 mmHg, Nadi: 90x/menit, Suhu: 37,5°C, RR: 20x/menit, SPO2: 99%

4) Diagnosa 5

Pukul 07.30 **S:** Pasien mengatakan tidak lagi lemah, pasien mengatakan sudah mampu berpindah secara mandiri yaitu ke toilet. **O:** Keadaan umum baik, pasien mampu berpindah dan berjalan sendiri ke toilet. **A:** Masalah intoleransi aktivitas teratasi. **P:** Intervensi dipertahankan. **I:** Melakukan aktiiftas secara bertahap. **E:** Pasien dapat berjalan ke toilet sendiri tanpa dibantu keluarga. Tekanan darah: 100/80 mmHg, Nadi: 90x/menit, Suhu: 37,5°C, RR: 20x/menit, SPO2: 99%,

5) Diagnosa 6

Pukul 07.30 **S:** Pasien mengatakan keringat di malam hari sudah tidak lagi, pasien mengatakan batuk disertai darah sudah tidak lagi. **O:** Keadaan umum baik, batuk disertai darah tidak lagi. **A:** Masalah resiko hipovolemia tidak terjadi. **P:** Intervensi dipertahankan. **I:** Menganjurkan pasien minum banyak air. **E:** Pasien nampak segar, batuk disertai darah tidak lagi.

Tekanan darah: 100/80 mmHg, Nadi: 90x/menit, Suhu: 37,5°C, RR: 20x/menit, SPO2: 99%.

B. Pembahasan

Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada pasien Tn. U. A. T. di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status

kesehatan klien. Menurut Supriatun & Insani, (2020) pasien dengan TB Paru umumnya ditemukan yaitu sesak napas, batuk berdahak yang terjadi lebih dari 3 minggu, nyeri dada, nafsu makan menurun, dan mengeluh lemah. Batuk berdarah tampak berupa bercak-bercak darah, gumpalan darah segar dalam jumlah yang sangat banyak, dan demam yang sering dijumpai biasanya timbul pada sore dan malam hari yang makin lama makin panjang serangannya. Adanya retraksi dinding dada, adanya penggunaan otot bantu pernapasan, terdapat bunyi napas ronchi, dan penurunan fokal fremitus.

Hasil pengkajian pada Tn. U. A. T. didapatkan Data Subjektif antara lain pasien mengatakan sesak napas, batuk berdahak, mengeluh lemah, nyeri dada saat batuk, nafsu makannya menurun, dan sering berkeringat di malam hari. Sedangkan Data Objektif yang ditemukan yaitu batuk berdahak disertai darah segar berwarna merah, nampak lemah, terdengar bunyi napas ronchi, adanya retraksi dinding dada, dan penurunan fokal fremitus.

Pada pasien Tn. U. A. T tidak ditemukan adanya penggunaan otot bantu pernapasan. Penggunaan otot bantu pernapasan pada pasien TB dikarenakan adanya gangguan pada sistem pernapasan yang menyebabkan sulitnya bernapas sehingga otot-otot di sekitar dada, dan leher membantu memperlebar rongga dada dan memperlancar pernapasan. Pada pasien Tn. U. A. T mengalami demam namun hanya 1 hari di tanggal 1 Mei 2025 dan tidak terjadi secara berkepanjangan. Karena pada pasien Tn. U. A. T telah dilakukan kompres hangat pada dahi dan diberikan Paracetamol 1 gr/IV. Demam pada pasien TB Paru terjadi secara berkepanjangan disebabkan karena Infeksi TB yang berat, TB ekstraparu yaitu TB yang menyerang organ lain di luar paru-paru dapat

menyebabkan gejala demam yang lebih berat dan juga karena Resistensi obat yang menyebabkan pengobatan mungkin tidak efektif.

Studi kasus yang dilakukan Afifah, N dan Sumarni, T (2022) ditemukan Data Subjektif pasien mengeluh sesak nafas sejak 3 hari yang lalu, batuk berdahak lebih dari satu minggu, pasien mengatakan dahak sulit keluar. Pasien mengeluh mual dan muntah dan tidak nafsu makan. Data Objektif yaitu terdapat suara nafas tambahan berupa ronchi, penurunan berat badan, dan demam.

Pada pasien Tn. U. A. T ditemukan batuk berdahak disertai darah segar berwarna merah. Adanya batuk disertai darah berwarna merah segar disebabkan oleh peradangan infeksi TB Paru yang dapat menyebabkan pembuluh darah menjadi rapuh dan mudah pecah, sehingga menyebabkan perdarahan. Adanya tarikan dinding dada disebabkan oleh infeksi TB Paru yang dapat menyebabkan fibrosis paru-paru, yaitu pembentukan jaringan parut di paru-paru. Hal ini dapat menyebabkan paru-paru menjadi kaku dan tidak dapat mengembang dengan baik, sehingga menyebabkan retraksi dinding dada. Nyeri dada disebabkan oleh batuk kronis yang menyebabkan iritasi pada tenggorokan dan dada, yang dapat menyebabkan nyeri dada. Keringat di malam hari tanpa melakukan aktifitas disebabkan oleh respon imun yang bereaksi terhadap infeksi TB Paru dapat menyebabkan pelepasan zat-zat kimia yang memicu keringat.

Rekomendasi yang diberikan pada Tn. U. A. T. terkait batuk disertai darah berdahak yang dialami yaitu mengonsumsi air hangat, terapkan batuk efektif, dan membuang dahak pada tempat yang berisi cairan clorin. Terkait berat badan yang menurun yang dialami Tn. U. A. T. rekomendasi yang dapat diberikan yaitu banyak mengonsumsi makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein, meningkatkan nafsu makan dengan mengonsumsi makanan yang disukai,

makan teratur dengan porsi kecil dan seimbang, serta istirahat yang cukup. Terkait sesak napas yang dialami Tn. U. A. T. rekomendasi yang dapat diberikan yaitu tetap mempertahankan posisi setengah duduk yang diberikan untuk mengurangi sesak dan memberikan kenyamanan.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Faisal et al., 2024 dalam Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah I, pasien dengan Tuberkulosis Paru ditemukan 8 diagnosa keperawatan yaitu: Bersihan jalan napas tidak efektif, Gangguan pertukaran gas, Pola napas tidak efektif, Hipertermi, Defisit nutrisi, Perfusi perifer tidak efektif, dan Intoleransi aktifitas dan Resiko Hipovolemia.

Pada kasus Tn. U. A. T. ditemukan 6 diagnosa keperawatan yaitu: Bersihan jalan napas tidak efektif, Pola napas tidak efektif, Hipertemia, Defisit nutrisi, Intoleransi aktivitas dan Resiko hipovolemia.

Terdapat 2 diagnosa keperawatan yang tidak ditemukan pada kasus Tn. U. A. T. yaitu gangguan pertukaran gas karena tidak terjadi masalah pada bagian paru-paru yaitu alveolus sebagai tempat pertukaran gas oksigen dan karbondioksida sehingga tidak terdapat sianosis pada pasien, dan PCO₂ pasien yaitu 96% yang menunjukkan hasil yang normal. Hal ini juga didukung oleh pemeriksaan analisa gas darah yang tidak ada di rumah sakit. Pada kasus Tn. U. A. T. tidak ditemukan masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif karena sirkulasi darah menuju pembuluh darah perifer tidak terjadi masalah sehingga CRT pasien <2 detik yang menunjukkan hasil yang normal dan HB: 10,8 gr/dL yang menunjukkan HB yang normal.

Pada pasien Tn. U. A. T. ditemukan masalah keperawatan Resiko Hipovolemia, sedangkan pada teori tidak ditemukan. Masalah Resiko

Hipovolemia ditegakkan karena tanda dan gejala yang ditemukan pada pasien yaitu pasien mengeluh sering berkeringat di malam hari, dan produksi batuk disertai darah segar yang banyak.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan Keperawatan dibuat berdasarkan prioritas untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi, pola napas tidak efektif teratasi, hipertermia teratasi, defisit nutrisi teratasi, intoleransi aktifitas teratasi, dan resiko hipovolemia tidak terjadi dengan tindakan observasi, terapeutik, kolaboratif, dan edukatif yang berpedoman pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia tahun 2018 dan dibandingkan dengan masalah keperawatan yang ada pada kasus didapatkan masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif sebanyak 5 intervensi, pola napas tidak efektif sebanyak 5 intervensi, hipertermia sebanyak 4 intervensi, defisit nutrisi sebanyak 7 intervensi, intoleransi aktifitas sebanyak 5 intervensi, dan resiko hipovolemia sebanyak 4 intervensi.

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah dibuat dan disesuaikan dengan kondisi pasien. Pelaksanaan Keperawatan pada Tn. U. A. T. dilaksanakan selama 3 hari sejak tanggal 1-3 Mei 2025. Implementasi dilakukan sesuai perencanaan yang berdasarkan kondisi pasien dan sarana prasarana yang memadai sehingga implementasi pada pasien Tn. U. A. T dapat semua dilaksanakan sesuai perencanaan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. U. A. T. dengan diagnosa medis Tuberkulosis Paru dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Pada Tn. U.A. T. dilakukan evaluasi bahwa masalah bersihan jalan napas tidak

efektif sebagian teratasi karena tanda dan gejala pada pasien sudah berkurang seperti produksi lendir disertai darah berkurang, bunyi napas ronchi menurun dan frekuensi napas membaik (20x/menit). Masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi karena tanda dan gejala pada pasien sudah berkurang seperti sesak napas yang tidak lagi dirasakan, retraksi dinding dada berkurang, dan frekuensi napas membaik (20x/menit). Masalah hipertermia teratasi karena tanda dan gejala pasien tidak lagi muncul seperti suhu tubuh kembali normal (37°C), nadi kembali normal yaitu 85x/menit. Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi karena tanda dan gejala pada pasien sudah berkurang seperti nafsu makan sudah membaik, membrane mukosa lembab, BB membaik (41,2 kg, IMT: 15,1 (kurus). Masalah intoleransi aktifitas teratasi karena pasien sudah mampu melakukan aktifitas secara mandiri yaitu ke toilet, berpakaian, dan mandi. Masalah resiko hipovolemia tidak terjadi karena tanda dan gejala pada pasien tidak terbukti seperti pasien batuk disertai darah sudah tidak lagi, keringat di malam hari sudah tidak lagi, keluhan lemah tidak lagi dirasakan, mukosa bibir lembab.