

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 Jln. Prof. Dr. W. Z. Yohanes. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah Ruang Perawatan Khusus dimana ruangan-ruangan ini merupakan ruangan isolasi yang merawat pasien penyakit menular, seperti penyakit TB, HIV, Kusta, Herpes Zoster, dll. Ruang Perawatan Khusus terdiri dari 4 ruangan dengan kapasitas 9 bed yang terdiri dari ruangan Flamboyan A jumlah 2 bed, Ruangan Flamboyan B jumlah 2 bed, Ruangan Flamboyan C jumlah 2 bed dan Ruangan Flamboyan D jumlahnya 3 bed. Tenaga perawat Ruangan Perawatan Khusus sebanyak 12 orang yang terdiri dari Diploma 3 berjumlah 11 orang dan strata 1 (S1) Keperawatan Ners berjumlah 1 orang dengan struktur organisasi tertinggi adalah kepala ruangan.

2. Studi Kasus

Studi kasus dilakukan pada Tn. M. K. E. yang berumur 45 tahun di RSUD Ende Ruang Perawatan Khusus ruangan Flamboyan B

a. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 23 Januari 2025, pukul 08:00 WITA di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende.b

1) Pengumpulan Data

Pasien berjenis kelamin laki-laki, beragama Katolik, status sudah menikah, Pendidikan terakhir S1, Pekerjaan Guru PNS, pasien tinggal di Nanganesa, pasien masuk rumah sakit pada tanggal 21 Januari 2025, tanggal pengkajian 23 Januari 2025, dengan diagnosa medis Tuberculosis Paru, HIV, DM. Penanggung jawab pasien Ny. E. V. D, umur 42 tahun, pekerjaan guru, Alamat Nanganesa, Hubungan dengan pasien adalah istri pasien.

2) Status Kesehatan

a) Status Kesehatan Saat Ini

1) Keluhan Utama

Pasien mengatakan batuk berdahak, sedikit sesak, demam hilang timbul, nyeri dada bagian kanan saat batuk, lemas, lemah, mual-muntah, keringat di malam hari tanpa melakukan aktifitas

2) Riwayat Keluhan Utama

Pasien mengatakan sesak napas kurang lebih satu minggu sebelum masuk rumah sakit, sesak napas baik saat tidur maupun saat beraktivitas, batuk berdahak kurang lebih 4 bulan, dahaknya keluar sedikit, pasien mengatakan masih ada dahak yang tertahan yang belum bisa keluar, dahak berwarna kuning kental kadang sampai berwarna hijau, mual-muntah. Pasien mengatakan muntahnya 1-2 x sehari sejak satu minggu ini,

nyeri dada bagian kanan saat batuk, badan lemah, lemas, demamnya naik turun kurang lebih sudah 1 bulan, nafsu makannya menurun, badan tampak kurus, ada luka di mulut, timbul putih-putih di dalam mulut sejak 1 minggu ini, ruam di seluruh badan sejak 1 minggu yang lalu dan memiliki penyakit lain yaitu B20 dan DM.

3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini.

Pasien dan keluarga mengatakan pasien sesak nafas kurang lebih 1 minggu yang lalu sebelum masuk rumah sakit, sesak dirasakan baik saat tidur maupun saat beraktifitas, keluarga pasien mengatakan saat sesak napas pasien diberi posisi setengah duduk yang dialasi bantal dibelakangnya, tetapi sesaknya kadang berkurang kadang tidak, batuk berdahak kurang lebih 4 bulan dahaknya berwarna kuning kental kadang sampai berwarna hijau, saat batuk pasien mengeluh nyeri dada bagian kanan, muntah sehari 1-2x sejak satu minggu. Nafsu makannya berkurang sehingga pasien terlihat lemah dan badannya lemas, karena kondisinya semakin parah keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke RSUD Ende pada hari Selasa tanggal 21 Januari 2025 di IGD. Di IGD perawat melakukan pemberian oksigen 2 lpm, pemberian infus RL 20 tpm, injeksi paracetamol 3x1 gr/iv, injeksi omeprazole 2x40

mg/iv, injeksi ondansetron 3x4 mg/iv, terapi nebulisasi combivent 3x1 tube, dan dilakukan foto rontgen torax.

4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Keluarga pasien mengatakan saat di rumah pasien selalu diberikan air hangat saat batuk, saat pasien sesak keluarga memberi pasien posisi setengah duduk dan saat pasien demam keluarga memberi pasien obat parasetamol yang dibeli di apotik dan mengompres pasien dengan air hangat, pasien di kompres menggunakan air hangat dibadan pasien untuk menghilangkan ruam pada kulit.

b) Status Kesehatan masa lalu

Pasien dan keluarga mengatakan sebelumnya pasien pernah menderita penyakit TB Paru, pernah dirawat di RSUD Ende di RPK pada tanggal 9 November 2024, keluarga mengatakan pasien tidak ada alergi makan, minum maupun debu, tetapi pasien ada alergi obat levo yang warna kuning, Pasien dan keluarga mengatakan pasien semasa muda hingga sekarang tidak pernah merokok, tidak pernah minum alkohol dan pasien minum kopi sekali-sekali saja

c) Riwayat penyakit keluarga

Keluarga pasien mengatakan bahwa saudara pasien yang tinggal serumah dengan pasien juga menderita TB Paru.

d) Diagnosa medis dan terapi yang didapatkan sebelumnya

Pasien dan keluarga mengatakan bahwa pasien pernah menderita penyakit TB Paru, dan mendapatkan terapi (OAT) pada tahun 2024, pasien mengonsumsi obat selama dua minggu, setelah itu pasien berhenti minum obat

3) Pola Kebutuhan Dasar

a) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pasien dan keluarga mengatakan saat mengalami batuk pilek biasa pasien tidak dibawa ke rumah sakit, namun saat batuk pileknya semakin parah dan mengganggu maka pasien dibawa ke rumah sakit. Pasien sebelumnya pernah menderita penyakit TB Paru dan hanya mengonsumsi obat selama dua minggu. Pasien dan keluarga mengatakan saat di rumah pasien maupun keluarga tidak menggunakan masker saat batuk, dahaknya dibuang ditempat yang terisi cairan, tempat tersebut tidak ditutup saat di rumah maupun saat di rumah sakit, cairan berisi air kosong, setelah itu pasien mengatakan dahaknya kadang dibuang didalam kloset dan kadang dahaknya dikubur. Pasien dan keluarga mengatakan mereka tahu bahwa penyakit TB adalah penyakit menular.

b) Pola nutrisi metabolik

keluarga mengatakan sebelum sakit pasien makan sehari 3x porsi nya 1 piring penuh makan dihabiskan, jenis makanan yang dikonsumsi pasien adalah nasi, ikan, telur, sayur, buah sekali-

sekali. Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki pantangan apapun dalam mengonsumsi makanan dan minuman. Pasien mengatakan minum air kurang lebih 8 gelas/hari, berat badan sebelum sakit 60 kg. Keluarga pasien mengatakan pasien saat sakit nafsu makannya berkurang, makannya dalam sehari 5×, porsi yang dihabiskan 2-3 sendok, terkadang pasien mengalami muntah setelah makan, jenis makanan yang dikonsumsi pasien adalah makanan lunak, lauknya kadang ayam, kadang ikan, telur, sayur sup, buah pisang dan biasanya pasien minum air hangat 4-5 gelas (1000 ml), berat badan pasien saat sakit 39 kg

c) Pola eliminasi

pasien mengatakan sebelum sakit BAB 2-3 × sehari dengan konsistensi padat, warna kuning, bau khas feses, tidak ada nyeri saat BAB. Pasien mengatakan biasanya BAK kurang lebih 4 × sehari warna kuning, aroma khas urine. Tidak ada nyeri saat BAK. Pasien dan keluarga mengatakan pasien BAB 1 × sehari bahkan sampai 2 hari sekali, konsistensi padat, BAB nya sedikit, tidak ada keluhan saat BAB. Pasien BAK 2-3× sehari, warna kuning, aroma khas urine, tidak ada keluhan saat BAK.

d) Pola aktivitas dan latihan

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien beraktivitas seperti biasa duduk kumpul dengan keluarga, kerja (mengajar seperti biasa). Namun pasien mengatakan mudah capek dan lelah. Pasien

mengatakan saat sakit makan dan minum di bantu istri, lap badan pagi-pagi dibantu istri, BAK dan BAB di atas tempat tidur, berpakaian dan berpindah juga dibantu oleh keluarga.

e) Pola kognitif dan persepsi

Pasien dan keluarga mengatakan masih bisa merespon dengan baik ketika diajak bicara, saat ditanya, pasien mendengar dengan jelas dan menjawab pertanyaannya dengan baik dan nyambung. Pasien masih bisa merespon dengan baik dan harus berbicara agak sedikit keras karena pendengaran pasien sedikit terganggu

f) Pola persepsi dan konsep diri

Pasien mampu mengenali identitasnya namanya Marselinus, pasien adalah seorang guru, pasien mengatakan bahwa dirinya sedang sakit, dan membutuhkan pengobatan, pasien mengatakan tidak merasa malu atau minder terhadap penyakitnya, saat keluarganya datang pasien berkomunikasi seperti biasa, pasien mengatakan ingin sembuh dari penyakitnya dan berkumpul seperti biasa dengan keluarga di rumah, pasien mengatakan pasien peran sebagai kepala keluarga, tetapi semenjak sakit biaya keluarga dibantu oleh istri dan saudaranya.

g) Pola tidur dan istirahat

Pasien mengatakan sebelum sakit tidurnya 2x sehari, di malam hari biasanya pasien tidur di jam 22.00 atau 23.00 dan bangun di jam 05.00 atau jam 06.00 di sore hari pasien tidur di jam 3 sore sampai

jam 4 sore atau jam 5. Pasien mengatakan saat sakit tidurnya tidak nyenyak, terkadang terbangun karena batuk pada malam maupun siang hari.

h) Pola seksual dan reproduksi

Tidak dikaji

i) Pola peran hubungan

Pasien dan keluarga mengatakan sebelum sakit pasien mempunyai hubungan baik dengan keluarga, tetangga, maupun teman-teman gurunya, maupun dilingkungan sekitar. Pasien dan keluarga mengatakan walaupun pasien sakit, pasien masih berhubungan baik dengan keluarga, tetangga, teman-temannya. Saat pasien sakit, banyak orang yang datang berkunjung ke rumah sakit. Namun, mereka duduk sedikit jauh dari pasien karena pasien menderita penyakit menular. Sebagai langkah pencegahan, pengunjung juga memakai masker saat menjenguk pasien. Akan tetapi, pasien sendiri tidak memakai masker, yang dapat meningkatkan risiko penyebaran penyakit. Pasien tidak dikucilkan oleh keluarga, tetangga maupun teman-temannya.

j) Pola toleransi stres-koping

Keluarga pasien mengatakan kalau ada masalah pasien akan melampiaskannya dengan marah-marah, tetapi setelah selesai marah-marah pasien akan kembali berbicara dengan istrinya untuk mendiskusikan masalah yang terjadi untuk memperoleh jalan

keluar. Pasien lebih tenang dan selalu berdiskusi tentang sakit yang dialaminya dengan istrinya untuk setiap tindakan yang dilakukan oleh dokter dan perawat untuk kesembuhannya

k) Pola nilai kepercayaan

Pasien mengatakan sebelum sakit selalu ke gereja setiap hari minggu bersama istrinya. Pasien mengatakan selama sakit pasien selalu berdo'a untuk kesembuhannya, pasien selama sakit tidak pernah pergi ke gereja.

a. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum : lemah, tingkat kesadaran : komposmentis, GCS : 15 (E:4, V:5, M:6). Tanda-tanda vital : Tekanan darah : 93/64 mmHg, Nadi : 115x/m, Suhu : 38,5°C, SpO₂ : 97%, RR : 22x/m, tinggi badan :154 cm.

Kepala : bentuk kepala simetris antara sisi kanan dan kiri, kulit kepala tampak bersih, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, rambut tidak rontok

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

Hidung : Bentuk simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada lesi dan nyeri tekan, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm (jika perlu).

Telinga : Bentuk simetris, pendengaran klien sedikit terganggu.

Mulut : Mukosa bibir kering, lidah tampak kotor, tumbuh bintik putih yang berjamur, terdapat luka, gigi lengkap.

Wajah: tampak pucat.

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

Dada: Inspeksi : Dada tampak simetris, frekuensi napas 22x/m , tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, tidak ada tarikan dinding dada, terdapat ruam yang membengkak dari seluruh permukaan dada sampai ke punggung belakang. Palpasi : Vokal fremitus teraba seluruh lapang paru dan getaran pada paru kanan mengalami penurunan. Perkusi : terdengar bunyi pekak. Auskultasi : Terdapat bunyi napas tambahan ronchi.

Abdomen: Inspeksi terdapat ruam yang membengkak di bagian abdomen. Auskultasi : terdengar suara bising usus 6x/m. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak teraba adanya massa. Perkusi : terdapat bunyi tympani.

Ekstermitas atas : Akral teraba hangat, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, terpasang infus NaCl di tangan kiri 20 tpm, CRT 4 detik, jari-jari tangan lengkap. Ekstermitas bawah : tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, jari-jari kaki lengkap, dapat menggerakkan seperti biasa dan tidak ada kelainan.

b. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan hasil Laboratorium DL

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai rujukan
WBC	4.33	[10 ³ /uL]	(3.80-10.60)
LYMPH#	0.61 -	[10 ³ /uL]	(1.00-3.70)
MONO#	0.26	[10 ³ /uL]	(0.00-0.70)
EO#	0.00	[10 ³ /uL]	(0.00-0.40)
BASO#	0.00	[10 ³ /uL]	(0.00-0.10)
NEUT#	3.46	[10 ³ /uL]	(1.50-7.00)
LYMPH%	14.1 -	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	6.0	[%]	(2.0-8.0)
EO%	0.0 -	[%]	(2.0-4.0)
BASO%	0.0	[%]	(0.0-1.0)
NEUT%	79.9 +	[%]	(50.0-70.0)
IG#	0.09	[10 ³ /uL]	(0.00-7.00)
IG%	2.1	[%]	(0.0-72.0)
RBC	2.11 -	[10 ⁶ /uL]	(4.40-5.90)
HGB	6.0 -	[g/dL]	(13.2-17.3)
HCT	17.0-	[%]	(40.0-52.0)
MCV	80.6	[fL]	(80.0-100.0)
MCH	28.4	[pg]	(26.0-34.0)
MCHC	35.3	[g/dL]	(32.0-36.0)

RDW-SD	44.9	[fL]	(37.0-54.0)
RDW-CV	15.4 +	[%]	(11.5-14.5)
PLT	157	[10 ³ /uL]	(150-450)
MPV	10.1	[fL]	(9.0-13.0)
PCT	0.16 -	[%]	(0.17-0.35)
PDW	10.6	[fL]	(9.0-17.0)
L-LCR	25.2	[%]	(13.0-43.0)

Hasil pemerilsaan laboratorium (elektrolit, dan albumin)

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
ALBUMIN	2,97	3.4-4.8 g/dL
NATRIUM	127.5	135-145 mmol/L
KALIUM	2.59	3.5-5.1 mmol/L
CHLORIDA	94.6	98-106mmol/L
GLUKOSA SEWAKTU	283	70-140 mg/dl

Hasil rontgen/foto toraks : cor normal

Pulmo broncovascular kasar disertai infiltrate pada paru-paru kanan.

Sinus kanan tumpul. Kesimpulan : TB, efusi pleura kanan minimal

c. Terapi pengobatan

Tanggal 21 Januari 2025

Infus NaCl 0,9% 20 tpm, paracetamol 3x1 gr/IV, omeprazole 2x40 mg/IV, ondansentron 3x4 mg/IV, nebu combivent 3x1 tube.

Tanggal 22 Januari 2025

Infus NaCl 0,9% 20 tpm, paracetamol 3x1 gr/IV, omeprazole 2x40 mg/IV, ondansentron 3x4 mg/IV, nebu combivent 3x1 tube, levemir 1x8 unit

Tanggal 23-25 Januari 2025

Infus NaCl 0,9% 20 tpm, paracetamol 3x1 gr/IV, omeprazole 2x40 mg/IV, ondansentron 3x4 mg/IV, nebu combivent 3x1 tube, levemir 1x8 unit, ceftriaxone 2x1 gr/IV.

d. Tabulasi data

Pasien mengatakan sedikit sesak, batuk \pm 4 bulan, batuk berdahak, dahaknya kadang keluar, kadang susah untuk dikeluarkan, dahaknya berwarna kuning kental kadang sampai berwarna kehijauan, klien dan keluarga mengatakan dahaknya dibuang di ember yang berisi air kosong dan tempatnya tidak ditutup saat di rumah maupun rumah sakit, nyeri dada bagian kanan saat batuk, demam naik turun, pusing saat bangun dari tempat tidur, lemah, lemas, pasien mengatakan saat sakit makan dan minum di bantu istri, lap badan pagi-pagi dibantu istri, BAB di atas tempat tidur di bantu perawat dan keluarga, BAK di tempat tidur dibantu perawat dan keluarga, berpakaian dan berpindah juga dibantu oleh keluarga, nafsu makan menurun, mual, muntah, makan dalam sehari 5x, porsi yang dihabiskan sebanyak 2-3 sendok, keringat di malam hari tanpa melakukan aktivitas, bibir pucat, konjungtiva anemis, akral teraba hangat, BB sebelumnya : 60 kg, sekarang tampak kurus, hasil BTA +, bunyi napas

tambahan ronchi, aktivitas sebagian di bantu keluarga, pasien dan keluarga mengatakan saat di rumah pasien maupun keluarga tidak menggunakan masker, pasien sebelumnya pernah menderita penyakit TB Paru dan hanya mengonsumsi OAT selama 2 minggu karena merasa kondisinya semakin memburuk dan merasa bosan, terpasang infus Nacl di tangan kiri 20 Tpm. Tekanan Darah : 93/64 mmHg, Nadi : 115 x/m, Suhu 38,5°C, RR : 22x/m, SpO2 : 97%, HB 6, lidah tampak kotor, tumbuh bintik putih yang berjamur sejak satu minggu ini, terdapat luka dibagian mulut, terdapat ruam yang membengkak dari seluruh permukaan dada sampai punggung dan bagian abdomen sejak satu minggu yang lalu.

e. Klasifikasi data

Data subjektif: Pasien mengatakan sedikit sesak, batuk \pm 4 bulan, batuk berdahak, dahaknya kadang keluar, kadang susah untuk dikeluarkan, dahaknya berwarna kuning kental kadang sampai berwarna kehijauan, klien dan keluarga mengatakan dahaknya dibuang di ember yang berisi air kosong dan tempatnya tidak ditutup saat di rumah maupun rumah sakit, nyeri dada bagian kanan saat batuk, demam naik turun, pusing saat bangun dari tempat tidur, lemah, lemas, pasien mengatakan saat sakit makan dan minum di bantu istri, lap badan pagi-pagi dibantu istri, BAB dan BAK di atas tempat tidur, berpakaian dan berpindah juga dibantu oleh keluarga, nafsu makan menurun, mual, muntah, makan dalam sehari 5x, porsi yang dihabiskan sebanyak 2-3 sendok, keringat di malam hari tanpa melakukan aktivitas, BB sebelumnya : 60 kg, kadang memakai masker kadang tidak

memakai masker saat di rumah maupun di rumah sakit baik pasien maupun keluarga yang tinggal dalam satu rumah, keluarga mengatakan lebih sering tidak memakai masker, hanya mengonsumsi OAT selama 2 minggu karena merasa kondisinya semakin memburuk dan merasa bosan, aktivitas sebagian dibantu keluarga.

Data Objektif: bibir pucat, konjungtiva anemis, tampak lemah, akral teraba hangat, hasil BTA +, sekarang tampak kurus, bunyi napas tambahan ronchi, terpasang infus Nacl di tangan kiri 20 tpm. Tekanan Darah : 93/64 mmHg, Nadi : 115 x/m, Suhu 38,5°C, RR : 22x/m, SpO2 : 97%, HB 6, kesadaran composmentis, GCS: 15 (E: 4, V: 5, M: 6), batuk berdahak, lidah tampak kotor, tumbuh bintik putih yang berjamur sejak satu minggu ini, terdapat luka dibagian mulut, terdapat ruam yang membengkak dari seluruh permukaan dada sampai punggung dan bagian abdomen sejak satu minggu yang lalu.

f. Analisa data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
<p>DS: pasien mengatakan batuk berdahak, dahaknya kadang keluar, kadang susah untuk dikeluarkan, dahaknya berwarna kuning kental kadang sampai berwarna kehijauan, sedikit sesak. DO: batuk berdahak, bunyi napas ronchi, sputum berwarna kuning kental.</p>	Hipersekresi jalan napas	Bersihan jalan napas tidak efektif
<p>DS : pasien mengeluh badannya hangat.</p>	Proses penyakit	Hipertermi

<p>DO: suhu tubuh pasien 38,5°C, akral teraba hangat, kulit kering, bibir kering dan pucat, terdapat ruam yang membengkak dari seluruh permukaan dada sampai punggung dan bagian abdomen sejak satu minggu yang lalu.</p>		
<p>DS: pasien mengatakan nafsu makannya berkurang, lemah, makan dalam sehari 5x, porsi yang dihabiskan sebanyak 2-3 sendok, BB sebelum sakit 60 kg, mual, muntah.</p> <p>DO: sekarang tampak kurus, albumin 2,97 (normal 3.4-4.8 g/Dl). lidah tampak kotor, tumbuh bintik putih yang berjamur sejak satu minggu ini, terdapat luka dibagian mulut,</p>	<p>Peningkatan Kebutuhan metabolisme dan keengganan untuk makan</p>	<p>Defisit nutrisi</p>
<p>DS : pasien mengatakan pusing saat bangun dari tempat tidur, lemah, lemas.</p> <p>DO : warna kulit nampak pucat, konjungtiva anemis, HB 6, CRT 4 detik.</p>	<p>Penurunan konsentrasi hemoglobin</p>	<p>Perfusi perifer tidak epektif</p>
<p>DS: pasien mengatakan lemah, sedikit sesak, aktivitas dibantu keluarga, pusing saat bangun dari tempat tidur.</p> <p>DO: pasien tampak lemah, aktivitas dibantu keluarga</p>	<p>Kelemahan</p>	<p>Intoleransi aktivitas</p>
<p>DS: pasien sebelumnya pernah menderita penyakit TB Paru dan hanya mengonsumsi OAT selama 2 minggu karena merasa kondisinya semakin memburuk dan merasa bosan, kadang memakai masker kadang tidak</p>	<p>Keterbatasan kognitif</p>	<p>Defisit pengetahuan</p>

<p>memakai masker saat di rumah maupun di rumah sakit baik pasien maupun keluarga yang tinggal dalam satu rumah, keluarga mengatakan lebih sering tidak memakai masker.</p> <p>DO: saat perawat melakukan pengkajian pasien dan keluarga tidak memakai masker</p>		
<p>DS: pasien mengatakan saat di rumah pasien dan keluarga kadang memakai masker, kadang tidak memakai masker, keluarga mengatakan lebih banyak tidak memakai masker, tempat pembuangan sputumnya tidak di tutup saat di rumah maupun saat di rumah saki.</p> <p>DO: hasil pemeriksaat BTA +, saat perawat melakukan pengkajian nampak pasien dan keluarga tidak menggunakan masker.</p>	<p>Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan</p>	<p>Resiko penyebaran infeksi</p>

1. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian, maka data-data hasil pengkajian dibuat dalam bentuk analisa data. Dari analisa data ditentukan diagnosa keperawatan. Rumusan diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. M.

K. E adalah sebagai berikut :

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan :

DS: pasien mengatakan batuk berdahak, dahaknya kadang keluar, kadang tidak keluar, dahaknya berwarna kuning kental kadang kehijauan, pasien mengatakan sedikit sesak

DO: batuk berdahak, bunyi napas ronchi, sputum berwarna kuning kental.

- b. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan:

DS : pasien mengeluh badannya hangat

DO: suhu tubuh pasien 38,5°C, akral terasa hangat, kulit kering, bibir kering dan pucat, terdapat ruam yang membengkak dari seluruh permukaan dada sampai punggung dan bagian abdomen sejak satu minggu yang lalu.

- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dan keengganan untuk makan ditandai dengan :

DS: pasien mengatakan nafsu makannya berkurang, lemah, dalam sehari makannya 5x, porsi yang dihabiskan sebanyak 2-3 sendok, BB sebelum sakit 60 kg, mual, muntah

DO: sekarang nampak kurus, albumin 2,97(normal 3.4-4.8 g/Dl), lidah tampak kotor, tumbuh bintik putih yang berjamur sejak satu minggu ini, terdapat luka dibagian mulut.

- d. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan :

DS : pasien mengatakan pusing saat bangun dari tempat tidur, lemah, lemas.

DO : warna kulit nampak pucat, konjungtiva anemis, HB 6, CRT 4 detik.

- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan :
DS: pasien mengatak lemah, sedikit sesak, aktivitas dibantu keluarga, pusing saat bangun dari tempat tidur.

DO: pasien tampak lemah, aktivitas dibantu keluarga

- f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif ditandai dengan :

DS: pasien mengatakan sebelumnya pernah menderita penyakit TB Paru dan hanya mengonsumsi OAT selama 2 minggu karena merasa kondisinya semakin memburuk dan merasa bosan, kadang memakai masker kadang tidak memakai masker saat di rumah maupun di rumah sakit baik pasien maupun keluarga yang tinggal dalam satu rumah, keluarga mengatakan lebih sering tidak memakai masker.

DO: saat perawat melakukan pengkajian pasien tidak memakai masker

- g. Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan ditandai dengan :

DS: pasien mengatakan saat di rumah pasien dan keluarga kadang memakai masker, kadang tidak memakai masker, keluarga mengatakan lebih sering tidak memakai masker, tempat pembuangan sputum tidak ditutup saat di rumah maupun di rumah sakit.

DO: hasil pemeriksaan BTA +, saat perawat melakukan pengkajian pasien dan keluarga tidak memakai masker

2. Rencana tindakan keperawatan

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

- a) Bersihan jalan napas tidak efektif
- b) Hipertermi
- c) Perfusi perifer tidak efektif
- d) Defisit nutrisi
- e) Intoleransi aktivitas
- f) Defisit pengetahuan
- g) Risiko penyebaran infeksi.

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

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil sputum berkurang, batuk berkurang, bunyi napas ronchi berkurang, sesaknya berkurang

Intervensi : latih batuk efektif dan manajemen jalan napas

Observasi

1) Identifikasi kemampuan batuk

Rasional : Teknik batuk yang dilakukan dengan benar untuk mengeluarkan dahak secara maksimal dan menghemat energi (Pattirousamal, 2022)

2) Monitor sputum (jumlah, warna, oroma)

Rasional : Karakteristik sputum dapat menunjukkan berat ringannya obstruksi (Pattirousamal, 2022)

Terapeotik

3) Posisikan pasien fowler-semi fowler

Rasional : posisi fowler/ semi fowler diberikan untuk meningkatkan kenyamanan saat bernapas (Pattirousamal, 2022)

4) Beri minum air hangat

Rasional : minum air hangat membantu mengencerkan sputum atau dahak yang ada di jalan napas sehingga mudah dikeluarkan (pattirousamal, 2022)

Edukasi

5) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari

Rasional : cairan diperlukan untuk menggantikan kehilangan cairan dan memobilisasi sekret (pattirousamal, 2022)

6) Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif

Rasional : pasien dapat memahami tentang tujuan dan prosedur dari batuk efektif (Pattirousamal, 2022)

7) Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir dalam posisi dibulatkan selama 8 detik. Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali

Rasional : merelaksasikan otot-otot pernapasan pada saat melakukan teknik napas dalam (Pattirousamal, 2022)

8) Anjurkan batuk kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ketiga.

Rasional : sekret yang tertumpuk atau tertahan dapat dikeluarkan dengan mudah (Pattirousamal, 2022)

9) Penatalaksanaan nebu combivent

Pemberian nebu combivent dapat membantu mengencerkan sekret (Pattirousamal, 2022)

b. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil suhu tubuh membaik.

Intervensi :

Observasi :

1) Monitor suhu tubuh

Rasional : memantau perubahan suhu tubuh pasien (Matte, 2021)

2) Monitor kadar elektrolit

Rasional : kadar elektrolit mengindikasikan status hipertermia (Matte, 2021)

Terapeutik :

- 3) Sediakan lingkungan yang dingin

Rasional : untuk mencegah suhu tubuh semakin meningkat (Matte, 2021)

- 4) Berikan cairan oral

Rasional : cairan yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi (Matte, 2021)

- 5) Longgarkan atau lepaskan pakaian

Rasional : pakaian yang tebal dan sempit dapat meningkatkan suhu tubuh pasien (Matte, 2021)

- 6) Lakukan pendinginan eksternal (mis. Kompres pada dahi, aksila, lipatan paha)

Rasional : sebagai strategi penanganan hipertermi secara non farmakologis (Matte, 2021)

Edukasi :

- 7) Anjurkan tirah baring

Rasional : untuk mengurangi potensi komplikasi yang dapat membuat kondisi pasien semakin memburuk (Matte, 2021)

Kolaborasi :

- 8) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

Rasional : mengganti kebutuhan cairan yang hilang di dalam tubuh (Matte, 2021)

9) Kolaborasi pemberian paracetamol

Rasional : paracetamol dapat membantu mengurangi demam

- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan kebutuhan metabolisme. Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil porsi makan yang dihabiskan meningkat, berat badan membaik, nafsu makan membaik.

Intervensi :

Observasi :

1) Identifikasi status nutrisi

Rasional : identifikasi status nutrisi dapat membantu mendeteksi kekurangan nutrisi yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien (Matte, 2021)

2) Identifikasi makanan yang disukai

Rasional :mengetahui makanan yang disukai untuk meningkatkan nafsu makan klien (Matte, 2021)

3) Monitor asupan makanan

Rasional : monitor asupan makanan dapat membantu mengoptimalkan status nutrisi pasien dengan memastikan bahwa mereka menerima nutrisi yang cukup dan seimbang (Matte, 2021)

4) Monitor berat badan

Rasional : monitor berat badan dapat membantu mendeteksi perubahan berat badan yang tidak diinginkan, seperti penurunan berat

badan yang cepat atau peningkatan berat badan yang tidak terkendali
(Matte, 2021)

Terapeutik :

- 5) Lakukan oral hygiene sebelum makan dan sesudah makan

Rasional : mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan (Matte, 2021)

- 6) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai

Rasional : makanan yang menarik yang tersaji dalam keadaan hangat akan meningkatkan keinginan untuk makan (Matte, 2021)

Edukasi :

- 7) Ajarkan diet yang diprogramkan

Rasional : diet yang seimbang dapat memperbaiki kebutuhan nutrisi (Matte, 2021)

- 8) Anjurkan makan sering tapi sedikit

Rasional : makan sering tapi sedikit dapat membantu mempertahankan asupan nutrisi

Kolaborasi :

- 9) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan

Rasional : diet yang tepat dapat menurunkan masalah kebutuhan nutrisi (Matte, 2021)

d. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer membaik dengan kriteria hasil warna kulit pucat menurun, kelemahan otot menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, tekanan dara membaik.

Intervensi :

1) Periksa sirkulasi perifer

Rasional : periksa sirkulasi perifer dapat membantu mendeteksi gangguan sirkulasi yang dapat mempengaruhi kesehatan

2) Anjurkan untuk meningkatkan makanan yang kaya zat besi (mis. Sayuran hijau, kacang hijau)

Rasional : zat besi sangat penting untuk produksi hemoglobin, yang membawa oksigen keseluruh tubuh. Meningkatkan konsumsi makanan yang kaya zat besi dapat mencegah anemia

3) Kolaborasi pemberian transfusi dara

Rasional : pemberian transfusi darah dapat mengembalikan serta mempertahankan volume dalam darah

e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitasnya meningkat dengan kriteria hasil kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, keluhan lelah menurun, sesak saat beraktivitas menurun, perasaan lemah menurun.

Intervensi :

Observasi :

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
Rasional : untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang dialami pasien (Matte, 2021)
- 2) Monitor kelelahan fisik
Rasional : untuk mengetahui tingkat akibat kelelahan fisik (Matte, 2021)
- 3) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas
Rasional : untuk mengetahui lokasi dan tingkat ketidaknyamanan pasien selama melakukan aktivitas (Matte, 2021)

Terapeutik :

- 4) Sediakan lingkungan yang nyaman rendah stimulus
Rasional : untuk memberikan rasa nyaman bagi pasien (Matte, 2021)
- 5) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif
Rasional : membantu meningkatkan rentang gerak pasien dalam beraktivitas (Matte, 2021)
- 6) Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan
Rasional : untuk melatih gerak mobilisasi pasien selama dirawat (Matte, 2021)

7) Bantu pasien dalam melakukan aktifitas dan latihan sehari-hari

Rasional : aktifitas latihan sehari-hari dapat membantu meningkatkan mobilitas dan fleksibilitas pasien, sehingga mereka dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan lebih mudah.

Edukasi :

8) Anjurkan tirah baring

Rasional : agar tidak memperberat kondisi pasien karena beraktifitas (Matte, 2021)

9) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Rasional : untuk melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi (Matte, 2021)

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

Rasional : untuk mengidentifikasi rencana tindakan selanjutnya yang dapat dilakukan oleh perawat (Matte, 2021)

Kolaborasi :

11) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk meningkatkan asupan makanan

Rasional : kalori yang adekuat dapat meningkatkan intoleransi aktifitas dan mencegah kelelahan (Matte, 2021)

f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keterbatasan kognitif membaik dengan kriteria hasil perilaku

sesuai anjuran meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, perilaku sesuai pengetahuan meningkat.

Intervensi

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Rasional : Dengan mengidentifikasi kesiapan pasien dapat menentukan Teknik penyampaian Pendidikan kesehatan.

- 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.

Rasional : Dengan mengidentifikasi faktor-faktor yang meningkatkan motivasi dapat memacu semangat merubah perilaku sehat.

- 3) Berikan kesempatan untuk bertanya

Rasional : Kesempatan bertanya meningkatkan pemahaman pasien tentang materi pendidikan kesehatan.

- 4) Jelakan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan

Rasional: Dengan mengetahui faktor resiko yang mempengaruhi Kesehatan dapat meningkatkan keluarga dalam pengenalan masalah kesehatan.

- 5) Ajarkan perilaku hidup sehat

Rasional: Dengan menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat meningkatkan kualitas hidup keluarga.

- g. Risiko penularan infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah tingkat infeksi teratasi

dengan kriteria hasil pasien dapat memperlihatkan perilaku hidup sehat (menutup mulut ketika batuk atau bersin), tidak ada tanda-tanda infeksi lanjutan dan tidak ada anggota keluarga yang tertular.

Intervensi

Pencegahan infeksi

Observasi

- 1) Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Rasional : monitor tanda dan gejala infeksi lokal dapat membantu mendeteksi infeksi dini, sehingga dapat dilakukan intervensi yang tepat untuk mencegah penyebaran infeksi.

- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.

Rasional : Penyebaran infeksi dapat terjadi ketika kontak dengan pasien yang mengalami tuberculosis, cuci tangan dapat mengurangi resiko infeksi.

- 3) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional : Mengurangi penyebaran infeksi

- 4) Batasi pengunjung

Rasional : Mencegah terjadinya penularan infeksi tuberculosis.

- 5) Ajarkan etika batuk

Rasional : etika batuk yang baik dapat mencegah penyebaran penyakit yang disebabkan oleh virus, bakteri, dan mengurangi resiko infeksi pada orang lain

3. Implementasi

Implementasi pada Tn. M. K. E. dilakukan selama 3 hari pada tanggal 23 - 25 Januari 2025. Implementasi dilakukan sesuai dengan masing-masing diagnosa keperawatan :

a. Hari pertama, Rabu 23 Januari 2025

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan : DS: pasien mengatakan batuk berdahak, dahaknya kadang keluar, kadang tidak keluar, dahaknya berwarna kuning kental kadang kehijauan, pasien mengatakan sedikit sesak. DO: batuk berdahak, bunyi napas ronchi, sputum berwarna kuning kental. Jam 07.30 wita mengukur tanda-tanda vital : Tekanan Darah : 93/64 mmHg, Nadi : 115 x/m, RR : 22x/m, SpO2 : 97%. Mengidentifikasi kemampuan batuk: Pasien mampu batuk tetapi sputum yang dikeluarkan cuman sedikit. 07.40 memonitor sputum : Sputum berwarna kuning, sedikit, dan bertekstur kental. 07.50 Memposisikan pasien semi fowler : Pasien mengatakan sedikit sesak dan posisi yang diberikan membuat pasien lebih nyaman ketimbang dengan bantal pasien merasa leher sakit. 08.00 memberi pasien terapi nebu combiven 1 tube : Pasien mengatakan setelah selesai melakukan nebu pasien merasa sedikit longgar. 08.10 menjelaskan dan mengajarkan pasien cara batuk efektif untuk membantu mengeluarkan sputum : pasien mengerti dan mampu melakukan teknik batu efektif. 08.30 memberi minum

air hangat. : pasien minum air hangat 1 gelas (250 ml).
Menganjurkan pasien minum air kurang lebih 2000ml/hari takaran
8 gelas ukuran sedang : pasien berjanji akan minum air sesuai yang
dianjurkan

- 2) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan :
- DS : pasien mengeluh badannya hangat. DO: suhu tubuh pasien
38,5°C, akral teraba hangat, kulit kering dan bibir kering. Jam
07.30 wita mengukur tanda-tanda vital : Suhu 38,5°C. 07.35
Melakukan kompres di dahi dan ketiak pada pasien : perawat
melakukan kompres pada dahi dan ketiak pasien menggunakan
handuk kecil. Jam 08.00 memonitor suhu tubuh : suhu tubuh
38,3°C. Jam 08.03 Melakukan pemberian paracetamol 1 gr/IV :
perawat menaikan obat paracetamol dan tetes pelan. Jam 08.18
memonitor suhu tubuh pasien : suhu tubuh pasien turun 36,1°C.
Jam 08.30 Memberi pasien minum air : pasien minum air satu gelas
(250 ml). Menganjurkan banyak mengonsumsi air kurang lebih 8
gelas ukuran sedang setiap hari : pasien berjanji akan minum air
sesuai yang dianjurkan. Memonitor kadar elektrolit : natrium 127.5
mmol/L, kalium 2.59 mmol/L, chlorida 94.6 mmol/L. 08.40
Menganjurkan tirah baring. Menggantikan cairan infus NaCl 0,9 %
yang telah habis : memasang kembali cairan infus NaCl yang baru
20 tpm.

- 3) Defisit nutrisi berhubungan dengan kebutuhan metabolisme dan keengganan untuk makan ditandai dengan : DS: pasien mengatakan nafsu makannya berkurang, lemah, dalam sehari makannya 5x, porsi yang dihabiskan sebanyak 2-3 sendok, BB sebelum sakit 60 kg, mual, munta. DO: sekarang tampak kurus, albumin 2,97(normal 3.4-4.8 g/Dl). Jam 07.30 wita mengukur tanda-tanda vital : Tekanan Darah : 93/64 mmHg, Nadi : 115 x/m, Suhu 38,5°C, RR : 22x/m, SpO2 : 97%. 08.15 mengidentifikasi makanan yang disukai : pasien menyukai makanan yang berkuah dan hangat. Jam 08.22. Membantu pasien menyikat gigi : gigi dan lidah pasien tampak bersih. 08.34 Menganjurkan pasien untuk makan dalam porsi kecil tapi sering : pasien mengerti apa yang disampaikan. 08.35 menganjurkan pasien untuk makan-makanan TKTP (telur, daging, ikan, tempe/tahu sayuran hijau, dan bubur) : pasien mengerti apa yang disampaikan dan berjanji mengikuti yang telah dianjurkan. 11.45 memberi pasien makanan yang hangat. 12.05 memonitor asupan makanan pasien : pasien makan 5 sendok makan, pasien makan bubur, telur, dan sayur sop.
- 4) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan : DS : - , DO : warna kulit nampak pucat, konjungtiva anemis, HB 6, CRT 4 detik. Jam 07.30 wita mengukur tanda-tanda vital Tn. M. K. E : Tekanan Darah : 93/64 mmHg, Nadi : 115 x/m, Suhu 38,5°C, RR : 22x/m,

SpO2 : 97%. Jam 07.55 memeriksa sirkulasi perifer : pasien nampak pucat, konjungtiva anemis, CRT 4 detik. 08.05 menganjurkan pasien untuk banyak mengonsumsi makanan yang kaya zat besi (bayam, brokoli, daging, ikan, kacang-kacangan). Jam 08.18 memonitor suhu tubuh pasien : suhu tubuh pasien turun 36,1°C. Jam 09.00 melakukan pemberian transfusi dara 1 bag/4 Jam.

- 5) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Ditandai dengan: DS: pasien mengatakan lemah, sedikit sesak, aktivitas dibantu keluarga, pusing saat bangun dari tempat tidur. DO: pasien tampak lemah, aktivitas dibantu keluarga. Jam 07.30 wita mengukur tanda-tanda vital Tn. M. K. E : Tekanan Darah : 93/64 mmHg, Nadi : 115 x/m, Suhu 38,5°C, RR : 22x/m, SpO2 : 97%. Jam 07.49 memonitor keadaan pasien apakah pasien merasa sesak dan merasa pusing saat bangun dari tempat tidur : pasien mengatakan sedikit sesak, tidak mampu beraktivitas karena mengalami sesak napas saat beraktivitas dan saat bangun dari tempat tidur pasien merasa pusing, badan pasien terasa lemah. Jam 11.10 Memonitor keadaan pasien apakah masih merasa lemah dan pusing : pasien mengatakan badannya masih terasa lemah dan pusing saat bangun dari tempat tidur. Jam 12.20 perawat dan keluarga membantu pasien BAB di atas tempat tidur. Jam 14.00 mengukur vital sign sebelum melakukan aktivitas TD : 98/69

mmHg, N :97x/m, RR : 23x/m, SpO2 : 97%. 14.30 membantu pasien duduk disisi tempat tidur : pasien belum bisa duduk disisi tempat tidur karena pasien saat bangun dari tempat tidur pasien merasa pusing dan perawat menyuruh pasien untuk kembali baring. Jam 14.10 Menganjurkan pasien untuk istirahat. Jam 14.13 Menganjurkan pasien jika sudah tidak pusing untuk duduk pelan-pelan, kemudian menurunkan kaki. Jam 14.15 Menganjurkan kepada pasien memanggil perawat jika mengalami lemah yang berlebihan.

- 6) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi dan keterbatasan kognitif. Ditandai dengan: DS: putus minum OAT selama 2 minggu karena merasa kondisinya semakin memburuk dan merasa bosan, kadang memakai masker kadang tidak memakai masker saat di rumah maupun di rumah sakit baik pasien maupun keluarga yang tinggal dalam satu rumah, keluarga mengatakan lebih sering tidak memakai masker. DO: saat perawat melakukan pengkajian pasien tidak memakai masker. Jam 10.10 mengidentifikasi kesiapan dan menerima informasi : keluarga dan pasien mengatakan siap menerima informasi. Jam 10.15 memberi kesempatan pasien untuk bertanya tentang penyakit yang diderita : keluarga bertanya tentang penularan penyakit TB, pembuangan sekret pada tempatnya, masalah apa yang terjadi jika pasien putus obat. 10.30 menganjurkan pada pasien untuk rutin minum OAT di

rumah sesuai anjuran dokter : pasien berjanji saat di rumah pasien minum OAT secara rutin. Jam 10.35 menjelaskan efek dari mengonsumsi obat OAT : pasien dan keluarga mengerti dengan apa yang dijelaskan. 10. 40 Mengajarkan pasien dan keluarga mencuci tangan 5 langkah tindakan prosedur.

- 7) Risiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan ditandai dengan . Jam 07.30 wita mengukur tanda-tanda vital Tn. M. K. E : Tekanan Darah : 93/64 mmHg, Nadi : 115 x/m, Suhu 38,5°C, RR : 22x/m, SpO2 : 97%. Jam 08.35 mengingatkan keluarga untuk menggunakan APD seperti masker jika berada dalam ruangan. Jam 08.45 Mengajarkan pasien dan keluarga tentang etika batuk dan cuci tangan yang benar dengan mengulang kembali langkah-langkahnya : pasien dan keluarga mengerti cara etika batuk dan cuci tangan yang baik dan benar dan mampu mempraktekannya. Cara etika batuk yang benar adalah batuk dengan menutup mulut dengan menggunakan lengan bagian dalam serta menggunakan tisu. Sedangkan cuci tangan dengan menggunakan antiseptic atau hand rub yaitu dengan teteskan handwash/handrub 3-5 tetes kemudian menggosokkan kedua telapak tangan, punggung tangan dan sela-sela jari, mengunci tangan, menggosokkan ibu jari dengan gerakan memutar, kemudian ujung-ujung kuku. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi. Membatasi pengunjung yang datang.

b. Hari kedua, Kamis 24 Januari 2025

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. DS: pasien mengatakan batuk berdahak, dahaknya kadang keluar, kadang tidak keluar, dahaknya berwarna kuning kental kadang kehijauan, pasien mengatakan sedikit sesak. DO: batuk berdahak, bunyi napas ronchi, sputum berwarna kuning kental. Jam 07.30 wita mengukur tanda-tanda vital : Tekanan Darah : 103/76 mmHg, Nadi : 98 x/m, RR : 23x/m, SpO2 : 97%. Mengidentifikasi kemampuan batuk : pasien mampu batuk dan sputum yang dikeluarkan banyak. 07.40 memonitor sputum : sputum berwarna kuning, banyak dan bertekstur kental. 07.45 tetap memberi pasien posisi semi fowler : pasien merasa lebih nyaman dengan posisi seperti itu. 08.00 memberi pasien terapi nebu combiven 1 tube : pasien mengatakan setelah selesai melakukan nebu pasien merasa sedikit longgar dan tidak ada dahak yang tertahan saat batuk 08.10 memberi pasien minum air hangat : pasien minum air hangat 2 gelas (500 ml). Jam 08.20 menganjurkan pasien minum air kurang lebih 2000ml/hari : pasien mengerti dengan apa yang disampaikan dan berjanji akan minum air sesuai yang dianjurkan. 08.25 tetap menjelaskan dan mengajarkan pasien cara batuk efektif untuk membantu mengeluarkan sputum : pasien mengerti dan pasien mampu melakukan batuk efektif.

2. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. Berhubungan dengan : DS : pasien mengeluh badannya hangat. DO: suhu tubuh pasien 38,5°C, akral terasa hangat, kulit kering dan bibir kering. Jam 07.30 wita mengukur tanda-tanda vital : Suhu 39°C. 07.35 Melakukan kompres pada pasien : perawat melakukan kompres pada dahi dan ketiak pasien menggunakan handuk kecil. 07.42 Memberi pasien minum air : pasien minum air dua gelas (500 ml). 07.44 Menganjurkan banyak mengonsumsi air putih kurang lebih 8 gelas ukuran sedang setiap hari : pasien berjanji akan minum air sesuai yang dianjurkan perawat. 08.00 memonitor suhu tubuh pasien : suhu tubuh pasien 38,6°C. 08.02 melakukan pemberian paracetamol 1 gr/IV, 08.35 memonitor suhu tubuh : suhu tubuh pasien 36,3°C. 08.40 Menganjurkan tirah baring. 13.00 Mengganti cairan infus yang habis cairan infus NaCl 0,9 % 20 tpm.
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dan keengganan untuk makan berhubungan dengan DS: pasien mengatakan nafsu makannya berkurang, lemah, dalam sehari makannya 5x, porsi yang dihabiskan sebanyak 2-3 sendok, BB sebelum sakit 60 kg, mual, muntah. DO: sekarang tampak kurus, albumin 2,97(normal 3.4-4.8 g/Dl). Jam 07.30 wita mengukur tanda-tanda vital Tn. M. K. E : Tekanan Darah : 103/76 mmHg, Nadi : 98 x/m, Suhu 39°C, RR : 23x/m, SpO2 : 97% . 07.52 memonitor asupan makanan : pasien mampu menghabiskan

makanan 4 sendok makan saat sarapan pagi. 07.58 menganjurkan kepada pasien sebelum makan sikat gigi dan lidah terlebih dahulu : pasien mengerti apa yang disampaikan oleh perawat. 08.15 menganjurkan kepada pasien makan sedikit tapi sering : pasien mengerti apa yang disampaikan perawat. Jam 08.20 menganjurkan kepada keluarga menyediakan makanan yang disukai pasien : keluarga mengatakan mengerti apa yang disampaikan perawat 08.35 menganjurkan pasien untuk makan-makanan TKTP (telur, daging, ikan, tempe/tahu sayuran bayam, brokoli dan bubur) : pasien mengatakan berjanji akan mengikuti apa yang dianjurkan dan pasien sudah mengikutinya pasien makan ikan, sayur sop dan bubur. Jam 11.47 memberi makanan pasien dalam keadaan hangat (jenis makanan bubur, ikan, sayur sop dan buah pisang). Jam 12.20 monitor asupan makan siang : pasien hanya mampu menghabiskan 8 sendok makan.

4. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin berhubungan dengan DS : - , DO : warna kulit nampak pucat, konjungtiva anemis, HB 6, CRT 4 detik. Jam 07.30 wita mengukur tanda-tanda vital Tn. M. K. E : Tekanan Darah : 103/76 mmHg, Nadi : 98 x/m, Suhu 39°C, RR : 23x/m, SpO2 : 97%. Jam 07.55 memeriksa sirkulasi perifer : pasien masih nampak pucat, konjungtiva anemis, CRT 3 detik. Hb 6. 08.00 memonitor suhu tubuh pasien : suhu tubuh pasien 38,6°C. 08.02

melakukan pemberian paracetamol 1 gr/IV. 08.05 menganjurkan pasien untuk banyak mengonsumsi makanan yang kaya zat besi (bayam, brokoli, daging, ikan kacang-kacangan) : pasien dan keluarga mengatakan paham dengan apa yang disampaikan. 08.35 memonitor suhu tubuh pasien : suhu tubuh pasien 36,3°C. 09.00 melakukan pemberian transfusi darah 1 bag/4 Jam.

5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Jam 07.30 wita mengukur tanda-tanda vital Tn. M. K. E : Tekanan Darah : 103/76 mmHg, Nadi : 98 x/m, Suhu 39°C, RR : 23x/m, SpO₂ : 97%. 07.49 memonitor keadaan pasien apakah masih merasa lemah dan pusing : pasien mengatakan badannya terasa lemah dan pusing saat bangun berkurang. 11.45 melayani makana yang di anjurkan. Jam 14.00 mengukur vital sign sebelum melakukan aktivitas TD : 115/78 mmHg, N :105x/m, RR : 23x/m, SpO₂ : 97%. 14.11 perawat membantu pasien duduk disisi tempat tidur : pasien mampu duduk disisi tempat tidur dan sedikit merasa pusing. Menyuruh pasien untuk kembali istirahat. 14.25 Menganjurkan pasien jika sudah tidak pusing untuk duduk kemudian duduk sambil menurunkan kaki kebawa tempat tidur. Menganjurkan kepada pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap. 14.30 Menganjurkan kepada pasien memanggil perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang.

6. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi dan keterbatasan kognitif ditandai dengan : DS: pasien mengatakan sebelumnya pernah menderita penyakit TB Paru dan hanya minum OAT selama 2 minggu karena merasa kondisinya semakin memburuk dan merasa bosan, kadang memakai masker kadang tidak memakai masker saat di rumah maupun di rumah sakit baik pasien maupun keluarga yang tinggal dalam satu rumah, keluarga mengatakan lebih sering tidak memakai masker. DO: saat perawat melakukan pengkajian pasien tidak memakai masker. Jam 09.30 Mengingatkan kembali kepada pasien informasi kemarin yang telah disampaikan : pasien dan keluarga masih mengingat informasi yang disampaikan. 09.35 Mengingatkan kembali betapa pentingnya mengonsumsi OAT, memberi cairan clorin pada wadah yang berisi dahak, tempatnya ditutup, dan memakai masker : pasien dan keluarga mengerti apa yang disampaikan. 10.30 menganjurkan pada pasien untuk rutin minum OAT di rumah sesuai anjuran dokter : pasien berjanji saat di rumah pasien minum obat OAT secara rutin.
7. Risiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan ditandai dengan : DS: pasien mengatakan saat di rumah pasien dan keluarga kadang memakai masker, kadang tidak memakai masker, keluarga mengatakan lebih sering tidak memakai masker. DO: hasil

pemeriksaan BTA +, saat perawat melakukan pengkajian pasien dan keluarga tidak memakai masker. Jam 07.30 wita mengukur tanda-tanda vital Tn. M. K. E. Hasil : Tekanan Darah : 103/76 mmHg, Nadi : 98 x/m, Suhu 39°C, RR : 23x/m, SpO2 : 97%. Jam 08.35 mengingatkan keluarga untuk menggunakan APD seperti masker jika berada dalam ruangan pasien : keluarga mengerti apa yang disampaikan oleh perawat. Jam 08.45 Mengingatkan pasien dan keluarga tentang etika batuk dan cuci tangan yang benar dengan mengulang kembali langkah-langkahnya : pasien dan keluarga mengerti cara etika batuk dan cuci tangan. Cara etika batuk yang benar adalah batuk dengan menutup mulut dengan menggunakan lengan bagian dalam serta menggunakan tisu. Sedangkan cuci tangan dengan menggunakan antiseptic atau handrub yaitu dengan teteskan handwash/handrub 3-5 tetes kemudian menggosokkan kedua telapaktangan, punggung tangan dan sela-sela jari, mengunci tangan, menggosokkan ibu jari dengan gerakan memutar, kemudian ujung-ujung kuku. Membatasi pengunjung yang datang.

- c. **Tindakan keperawatan yang dilakukan pada hari Jumat tanggal 24 Januari 2025, dibuat dalam bentuk catatan perkembangan dan dilaporkan pada bagian evaluasi.**

4. Evaluasi

a. Evaluasi Hari/Tanggal : Rabu 23 Januari 2025, Jam :15.00 wita

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekreasi jalan napas. Jam 15.00 wita **Data Subjektif** : pasien mengatakan sedikit sesak, masih batuk, batuk berdahak. Dahak yang keluar cuman sedikit, dahaknya masih tertahan sedikit **Data Objektif** : Keadaan umum pasien lemah, kesadaran composmentis, TD : 90/78 mmHg, N : 119 x/m, suhu : 36,7°C, RR : 22 x/m, SpO2 : 97%, pasien masih batuk dan sputum yang dikeluarkan sedikit, warna sputum kuning kental, bunyi napas ronchi. **A** : Masalah bersihan jalan napas belum teratasi. **P** : Intervensi dilanjutkan. (1, 2, 3, 4, 5, 6,7,8,9)
- 2) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. Jam 15.00 wita **Data Subjektif** : pasien mengatakan sudah tidak lagi demam. **Data Objektif** : suhu tubuh pasien saat di cek 36,7°C, akral sudah tidak hangat, klien nampak berkeringat, kulit nampak pucat, bibir pucat. **A** : masalah hipertermi teratasi. **P** : Intervensi (1, 4, 6, 7, 8,9) dilanjutkan
- 3) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme. Jam 15.00 wita **Data Subjektif** : pasien mengatakan tidak ada nafsu makan. **Data objektif** : keadaan pasien tampak lemah, tampak kurus, pasien makan 7 sendok makan, tampak ada sisa makanan di ompreng ½ lebih porsi yang

tidak dihabiskan, TD : 90/78 mmHg, N : 119 x/m, suhu : 36,7°C, RR : 22 x/m, SpO2 : 97%, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm di tangan kiri. **A** : Masalah defisit nutrisi belum teratasi. **P** : Intervensi dilanjutkan (1, 3, 4, 5,6,7,8)

- 4) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Jam 15.00 wita **Data subjektif** : pasien mengatakan pasien masih pusing saat bangun dari tempat tidur. **Data Objektif** : pasien masih nampak pucat, konjungtiva anemis, HB 6, CRT 4 detik, TD : 90/78 mmHg, N : 119 x/m, suhu : 36,7°C, RR : 22 x/m, SpO2 : 97%, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm di tangan kiri. **P** : Masalah perfusi perifer belum teratasi. **A** : Intervensi dilanjutkan (1-3)
- 5) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Jam 15.00 wita **Data Subjektif** : pasien mengatakan masih lemah, aktivitas dibantu perawat dan keluarga, sesak napas saat beraktifitas, masih merasa pusing saat bangun dari tempat tidur. **Data Objektif** : pasien tampak lemah, kesadaran composmentis, aktifitas dibantu perawat dan keluarga, TD : 90/78 mmHg, N : 119 x/m, suhu : 36,7°C, RR : 22 x/m, SpO2 : 97%. **P** : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi. **A** : Intervensi dilanjutkan (2, 6, 7, 8, 9, 10)

- 6) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi dan keterbatasan kognitif. Jam 15.00 wita **Data Subjektif** : pasien mengatakan sudah paham dengan penjelasan yang disampaikan. **Data Objektif** : pasien mengerti apa yang disampaikan, mampu mengungkapkan kembali penjelasan yang telah disampaikan, pasien berjanji saat di rumah pasien minum OAT secara rutin. **A** : Masalah sebagian teratasi. **P** : Intervensi 1 dan 4 dilanjutkan.
- 7) Risiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan. Jam 15.00 wita **data subjektif** : pasien mengatakan kebiasaan tidak memakai masker saat batuk maupun saat di rumah . **Data objektif** : tampak pasien tidak memakai masker, tampak mengeluarkan sputum, warna kuning kental, jumlah sedikit, hasil BTA (+). **A** : Masalah resiko penyebaran infeksi tidak terjadi. **P** : Intervensi dilanjutkan (2 dan 5)

b. Evaluasi Hari ke dua Tanggal : Kamis 24 Januari 2025

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekreasi jalan napas. Jam 15.00 wita **Data Subjektif** : pasien mengatakan masih batuk, batunya sudah mulai berkurang, batuk berdahak. **Data Objektif** : TD : 105/79 mmHg, N : 100 x/m, suhu : 37°C, RR : 22 x/m, SpO2 : 97%, pasien tampak batuk berkurang dan sputum yang dikeluarkan banyak, sesaknya

berkurang, warna sputum kuning kental, bunyi napas ronchi sedikit berkurang. **A** : Masalah bersihan jalan napas teratasi sebagian. **P** : Intervensi 1,2,4, 5, 6, 7, 8, 9 dilanjutkan

2) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. Jam 15.00 wita **Data Subjektif** : pasien mengatakan sudah tidak lagi demam. **Data Objektif** : suhu tubuh pasien saat di cek 37°C, akral sudah tidak hangat, mukosa bibir sedikit lembap, pucat berkurang. Masalah hipertermi teratasi. Intervensi 1, 4,6, 8, 9 dilanjutkan

3) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dan keengganan untuk makan. Jam 15.00 wita **Data Subjektif** : pasien mengatakan nafsu makan sedikit membaik. **Data objektif** : keadaan pasien lemahnya berkurang, tampak kurus, pucat berkurang, pasien makan 12 sendok makan, TD : 105/79 mmHg, N : 100 x/m, suhu : 37°C, RR : 22 x/m, SpO2 : 97%, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm di tangan kiri. **A** : Masalah defisit nutrisi teratasi sebagian. **P** : Intervensi 1,3 ,5 , 6, 7, 8 dilanjutkan

4) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Jam 15.00 wita **Data subjektif** : pasien mengatakan pusingnya sudah berkurang saat bangun dari tempat tidur. **Data Objektif** : pasien pucatnya berkurang, konjungtiva sudah mulai pink sedikit, HB 6 (belum dicek kembali), CRT 3

detik, TD : 105/79 mmHg, N : 100 x/m, suhu : 37°C, RR : 22 x/m, SpO2 : 97%. **A** : Masalah perfusi perifer sebagian teratasi.

P: Intervensi 1, 2, 3 dilanjutkan

- 5) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Jam 15.00 wita **Data Subjektif** : pasien mengatakan lemahnya berkurang, aktivitas masih dibantu keluarga dan perawat, pusing berkurang saat bangun dari tempat tidur. **Data Objektif** : pasien tampak sudah sedikit membaik, aktifitas masih dibantu perawat dan keluarga tetapi pasien sudah sedikit bertenaga, pasien sudah bisa duduk sedikit-sedikit, TD : 105/79 mmHg, N : 100 x/m, suhu : 37°C, RR : 22 x/m, SpO2 : 97%. **A** : Masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi. **P** : Intervensi (2, 6, 7, 8, 9, 10) dilanjutkan
- 6) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi dan keterampilan kognitif. Jam 15.00 wita **Data Subjektif** : pasien mengatakan sudah paham dengan penjelasan yang disampaikan tentang membuang dahak, batuk atau bersin yang benar, minum OAT sesuai anjuran dokter. **Data Objektif** : pasien mampu mengungkapkan kembali penjelasan yang telah disampaikan. **A** : Masalah sebagian teratasi. **P** : Intervensi 1 dan 4 dilanjutkan.
- 7) Risiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan. Jam 15.00 wita **data**

subjektif : pasien mengatakan sudah memakai masker saat batuk maupun saat di rumah. **Data objektif** : pasien dan keluarga tampak menggunakan masker, dan rutin mencuci tangan serta membuang sputum di tempat yang disediakan, tempatnya ditutup, dan didalamnya berisi cairan beaclin. **A**: Masalah resiko penyebaran infeksi tidak terjadi. Intervensi 2 dan 5 dilanjutkan.

c. Catatan perkembangan dilakukan pada tanggal 25 Januari 2025

1) Diagnosa 1

Jam 07.30 **S**: pasien mengatakan masih batuk tetapi batuknya sudah mulai berkurang, batuk berdahak, dahaknya sudah bisa dikeluarkan. **O**: pasien tampak batuknya berkurang, sputum yang dikeluarkan banyak, warna sputum kuning kental, bunyi napas ronki sedikit berkurang. **A** : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi. **P** : Intervensi dipertahankan. **I**: jam 07.45 mengidentifikasi kemampuan batuk, 07.47 menganjurkan pasien untuk melakukan teknik batuk efektif untuk dapat mengeluarkan sputum, jam 07.50 memberi pasien minum air hangat 2 gelas (500 ml), 08.00 memberi nebu combiven 1 tube pada pasien. 08.10 memonitor sputum, 08.15 menganjurkan pasien banyak minum air hangat. **E**: keadaan umum baik, pasien mampu mengeluarkan sputum, sputum berwarna kuning, kental, keluarnya banyak, sesak berkurang, suara napas ronki berkurang, TD : 117/80 mmHg, N :

108 x/m, suhu : 36,9°C, RR : 21 x/m, SpO2 : 98%. Masalah teratasi sebagian, intervensi dipertahankan

2) Diagnosa 2

Jam 07.30 **subjektif** : pasien mengatakan badannya terasa hangat.

Objektif : suhu tubuh pasien 38,2°C, akral hangat. **A** : Masalah hipertermia belum teratasi. **P** : Intervensi 1, 4, 6, 9 dilanjutkan. **I** : 07.49 melakukan kompres pada pasien, 07.50 memberi pasien minum air 2 gelas (500 ml). Jam : 08.00 melakukan pemberian Paracetamol 1 gr/IV. 08.30 Memonitor suhu tubuh. 09.00 menganjurkan banyak mengonsumsi air. **E** : 13.00 pasien mengatakan sudah tidak lagi demam, suhu tubuh pasien saat di cek 36,9 C, akral sudah tidak hangat, masalah hipertermia teratasi, intervensi 1, 4,6,9 dipertahankan

3) Diagnosa 3

S: Jam 07.30 pasien mengatakan nafsu makan sudah membaik. **O**: keadaan umum baik, kesadaran composmentis GCS:15 (E:4,V:5,M:6), sudah tidak lagi pucat, 1 porsi makan dihabiskan. **A**: Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi. **P** : Intervensi 3, 5, 6, 7, 8 dipertahankan. **I**: Jam 11:40 melayani makan TKTP yang diberikan dari RS dalam keadaan hangat, 12.10 memonitor asupan makanan, 12.15 Menganjurkan pasien untuk makan dalam porsi kecil tapi sering, 12.20 menganjurkan pasien untuk makan-makanan TKTP (telur, daging, ikan, tempe/tahu sayuran hijau, dan

bubur). Jam 12:30 menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering. 12.33 menganjurkan pasien makan dalam keadaan hangat, 14.30 mengukur BB pasien dan TB pasien. **E**: nafsu makan pasien sudah membaik, keadaan umum baik, sudah tidak lagi pucat, 1 porsi makan dapat dihabiskan, dan minum air 4 gelas, BB sekarang 39 kg, TB : 154 cm, IMT : 16,4 (Kurus), TD : 117/80 mmHg, N : 108 x/m, suhu : 36,9°C, RR : 21 x/m, SpO2 : 98%. Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi, intervensi dipertahankan.

4) Diagnosa 4

S: Jam 07.30 pasien mengatakan sudah tidak pusing saat bangun dari tempat tidur. **O** : pasien nampak sudah tidak pucat, konjungtiva nampak merah muda, Hb 6, CRT dibawa 2 detik, **A** : masalah perfusi Perifer sebagian teratasi. **P** : Intervensi dipertahankan. **I** : 09.05 periksa sirkulasi perifer, 09.10 menganjurkan pasien untum banyak mengonsumsi makanan yang kaya zat besi (bayam, brokoli, daging, ikan kacang-kacangan). **E** : pasien nampak sudah tidak lagi pucat, konjungtiva nampak merah muda, CRT dibawa 2 detik, tidak lagi pusing. Masalah perfusi perifer teratasi. Intervensi dilanjutkan.

5) Diagnosa 5

S: Jam 07.30 pasien mengatakan tidak lagi lemah, pasien mengatakan sudah mampu berpindah sendiri dari tempat tidur ke kursi, dan toilet walaupun masih di bantu oleh keluarga. **O** :

keadaan umum baik, pasien mampu berpindah dan berjalan walaupun masih di pegang oleh keluarga. **A** : Masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi. **P** : Intervensi dipertahankan. **I** : jam 10:05 bantu pasien dalam melakukan aktifitas dan latihan sehari-hari, jam 10:25 mengajarkan aktivitas secara bertahap berpindah, dan berjalan. **E**: pasien dapat berjalan, berpindah dari tempat tidur ke kursi walaupun masih dibantu perawat dan keluarga. Masalah intoleransi aktivitas teratasi, pasien sudah tidak lagi lemah, sudah tidak lagi pusing, sesaknya sudah berkurang dari yang sebelumnya, sudah intervensi dihentikan.

6) Diagnosa 6

S: jam 07.30 wita pasien mengatakan sudah paham. **O**: Keadaan umum baik, pasien mampu memperagakan (batuk dan bersin, memakai masker). **A**: Masalah teratasi Sebagian. **P**: Intervensi dipertahankan. **I**: jam 09:10 wita mengedukasi pasien minum obat OAT di rumah sesuai ajuran dari dokter. **E**: pasien sudah mengerti pentingnya minum obat OAT dan sesuai anjuran dokter, Masalah defisit pengetahuan teratasi. Intervensi dihentikan.

7) Diagnosa 7

S : jam 07.30 pasien mengatakan sudah memakai masker ketika batuk dan membuang sputum pada tempatnya. **O** : pasien dan keluarga tampak menggunakan masker dan mencuci tangan serta membuang sputum, dan tisu bekas pakai di tempat sampah medis.

A : masalah resiko penyebaran infeksi teratasi sebagian. **P** : intervensi dipertahankan. **I** : jam : 11:00 wita menganjurkan pasien dan keluarga untuk tetap menggunakan masker selama periode pengobatan TB. Jam 11:20 wita mengajarkan kembali pasien tentang etika batuk dan mencuci tangan yang benar. Hasil: pasien dan keluarga mengerti cara etika batuk dan mencuci tangan menggunakan handrub/handwash. Cara etika batuk yang benar adalah batuk dengan menutup mulut, menggunakan masker, tisu dan lengan baju bagian dalam. Jam 12:10 wita menganjurkan pasien dan keluarga membatasi pengunjung. **E**: pasien dan keluarga tampak menggunakan masker dan mencuci tangan serta membuang sputum, dan tisu bekas pakai di tempat sampah medis. masalah resiko penyebaran infeksi teratasi intervensi dihentikan

B. Pembahasan

Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan teori dan kasus nyata yang ditemukan pada pasien Tn. M. K. E. di RPK RSUD Ende.

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Tn. M. K. E. ditemukan pasien mengatakan sesak napas sedikit saat beraktivitas, batuk berdahak kurang lebih 4 bulan hingga sekarang, dahaknya berwarna kuning kental kadang sampai kehijauan, tidak bisa tidur karena batuk, mual-muntah, nyeri dada bagian kanan saat batuk, badan lemah, lemas, wajah tampak pucat, konjungtiva anemis, bunyi napas ronki, suara pekak, demamnya

naik turun, nafsu makannya menurun, berat badan menurun, tampak kurus, keringat dimalam hari tanpa melakukan aktivitas, pusing saat bangun dari tempat tidur, Hb : 6 gr/dL. Aktivitas dibantu keluarga, lidah tampak kotor, tumbuh bintik putih yang berjamur sejak satu minggu ini, terdapat luka dibagian mulut, terdapat ruam yang membengkak dari seluruh permukaan dada sampai punggung dan bagian abdomen sejak satu minggu yang lalu.

Menurut (Manurung, 2023) mengatakan bahwa orang dengan TB Paru umumnya merasakan demam seperti influenza yang bersifat hilang timbul, penurunan nafsu makan dan berat badan, batuk-batuk selama kurang lebih 3 minggu, batuk berdarah, dapat disertai darah, perasaan tidak enak, lemah, sesak napas, nyeri pada dada, mudah lelah saat beraktivitas, tidur yang terganggu akibat batuk, keringat berlebihan saat malam hari, wajah tampak pucat, konjungtiva anemis, adanya tarikan dinding dada, adanya penggunaan otot bantu pernapasan, suara pekak, auskultasi bunyi ronki basah, penurunan fremitus.

Hal ini terdapat kesenjangan antara teori dan kasus Tn. M. K. E. dimana pada kasus Tn. M. K. E. tidak ditemukan batuk berdarah, tarik dinding dada, penggunaan otot bantu pernapasan. Pada kasus Tn. M. K. E. ditemukan mual-muntah, penurunan Hb : 6 gr/dL, tumbuh bintik putih di dalam mulut yang berjamur, luka dibagian mulut, ruam yang membengkak di seluruh tubuh yang bukan merupakan data spesifik yang sering muncul pada pasien TB.

Batuk berdarah pada pasien TB dikarenakan infeksi mycobacterium sudah sampai merusak parenkim paru dan infeksi TB sudah cukup berkembang dan menyerang jaringan paru-paru termasuk pembuluh darah sehingga menyebabkan pembuluh darah pecah atau infeksi yang menyebabkan inflamasi mukosa dan menyebabkan ruptur kapiler superfisial (Ananda, B, dkk. 2025). Sedangkan pada pasien Tn. M. K. E. tidak ditemukan batuk darah dikarenakan mungkin tidak terjadinya ruptur atau pecahnya pembuluh darah. Teori tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Salinding T dan Paruntung T dimana saat melakukan pengkajian pada pasien Tn. A. terdapat batuk berdarah. Rekomendasi yang dilakukan pada Tn. M. K. E. supaya tidak terjadi batuk darah yaitu mengonsumsi obat sesuai anjuran dokter, konsumsi air hangat, terapkan batuk efektif, makan-makanan yang sehat, hindari batuk yang berlebihan.

Tarikan dinding dada pada pasien TB disebabkan oleh beberapa faktor antara lain peradangan pada pleura, penumpukan cairan di rongga pleura, atau kerusakan jaringan paru yang menyebabkan paru-paru kolaps sehingga meningkatkan resistensi jalan napas menyebabkan kesulitan bernapas yang memerlukan usaha yang lebih besar untuk bernapas. Sedangkan pada pasien Tn. M. K. E. tidak ditemukan tarikan dinding dada dikarenakan saat pengkajian pasien tidak mengalami sesak napas. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Salinding T dan Paruntung T) dimana saat pengkajian tidak ditemukan tarikan dinding dada. Pada Tn. M. K. E. Agar tidak terjadi tarikan dinding dada tersebut

pada pasien Tn. M. K. E. maka minum obat secara teratur sehingga tidak terjadi kerusakan jaringan paru yang lebih parah dan hindari batuk berlebihan.

Penggunaan otot bantu pernapasan pada pasien TB dikarenakan adanya gangguan pada sistem pernapasan yang menyebabkan sulitnya bernapas sehingga otot-otot disekitar dada, leher membantu memperlebar rongga dada dan memperlancar pernapasan. TB dapat menyebabkan kerusakan pada paru-paru. Kerusakan pada paru-paru dapat menyebabkan penurunan kapasitas paru-paru dan kesulitan bernapas sehingga pasien memerlukan bantuan otot pernapasan untuk mengatasi ventilasi. Sedangkan pada pasien Tn. M. K. E. saat dikaji tidak mengalami sesak napas sehingga pasien bernapas tidak menggunakan bantuan dari otot pernapasan.

Secara teoritis mual dan muntah bukanlah merupakan gejala utama pada pasien TB namun saat melakukan pengkajian Tn. M. K. E. ditemukan mual dan muntah. Ditemukan mual dan muntah karena pasien mempunyai riwayat penyakit Gastritis dan dalam kondisi pasien yang seperti ini pasien mengeluh tidak ada nafsu makan, kondisi perut yang kosong menyebabkan asam lambung meningkat dan mengiritasi dinding lambung yang pada akhirnya dapat menyebabkan peradangan sehingga mengakibatkan pasien mual dan muntah. Kondisi pasien saat dikaji juga ditemukan luka di bagian mulut, dan terdapat bintik putih di mulut, bintik putih di mulut dapat menyebabkan gangguan pada indra pengecap dan rasa sakit saat makan

sehingga dapat mengurangi nafsu makan dan membuat makanan terasa kurang enak dan dapat menyebabkan mual dan muntah. Terkait mual muntah pada pasien Tn. M. K. E. yaitu mengonsumsi makanan dalam porsi kecil tapi sering, minum air hangat, sering membersihkan mulut dan gigi.

Penurunan Hb bisa terjadi pada pasien TB dalam kondisi yang sudah kronis dan mengalami batuk berdarah. Selain kondisi kronis, asupan nutrisi yang tidak adekuat juga berperan dalam penurunan Hb. Hal ini terjadi pada Tn. M. K. E. pada saat dikaji pasien mengalami penurunan nafsu makan. Pasien makan hanya 2-3 sendok. Hal ini juga berkaitan dengan diagnosa medis yang ditegakkan oleh dokter selain TB Paru pasien juga didiagnosa HIV. Pada pasien HIV terjadi penurunan hemoglobin dikarenakan virus HIV memicu proses yang menghambat produksi sel darah merah di sum-sum tulang, antara lain dengan meningkatkan zat-zat yang menyebabkan peradangan dan menghambat pembentukan sel darah merah. Rekomendasi terkait penurunan Hb pada Tn. M. K. E. yaitu mengonsumsi makanan yang mengandung zat besi, mengonsumsi obat penambah darah.

Bintik putih yang berjamur didalam mulut, luka di bagian mulut dan ruam di seluruh tubuh ditemukan pada Tn. M. K. E. bukanlah data spesifik pada pasien TB, sedangkan pada pasien Tn. M. K. E. ditemukan tanda dan gejala tersebut dikarenakan pasien tersebut memiliki diagnosa penyakit lain yaitu HIV. Menurut (Cahyati, Y, 2022) tanda dan gejala yang muncul

pada pasien HIV yaitu berat badan menurun, demam, batuk, penyakit dermatitis sistemik, herpes zoster yang berulang, kandidiasis pada orofaring, herpes simpleks disseminata sistemik. Hal ini sejalan dengan pengkajian pada Tn. M. K. E. yang menunjukkan gejala kandidiasis oral dengan bintik putih berjamur di mulut serta ruam kulit yang membengkak pada area dada, punggung, dan bagian abdomen. Kondisi ini disebabkan oleh sistem kekebalan tubuh yang lemah pada pasien HIV, sehingga meningkatkan kerentanan terhadap berbagai infeksi, termasuk infeksi kulit. Infeksi kulit tersebut dapat memicu ruam dan peradangan, sementara kandidiasis disebabkan oleh jamur *Candida albicans* yang dapat menyebabkan infeksi pada mulut.

2. Diagnosa keperawatan

Menurut Sangadji (2024) diagnosa keperawatan pada pasien dengan tuberkulosis paru terdapat 7 diagnosa keperawatan yaitu : bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, defisit nutrisi, hipertermi, intoleransi aktivitas, resiko penyebaran infeksi.

Sedangkan diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus Tn. M. K. E. juga terdapat 7 diagnosa keperawatan namun ada diagnosa yang berbeda yaitu : bersihan jalan napas tidak efektif, hipertermi, defisit nutrisi, perfusi perifer tidak efektif, intoleransi aktivitas, defisit pengetahuan, resiko penyebaran infeksi.

Pada studi kasus yang dilakukan Salinding, T dan Paruntung, T (2022) terdapat 5 diagnosa keperawatan yaitu : bersihan jalan napas tidak efektif, nyeri akut, defisit nutrisi, hipertermia, intoleransi aktivitas.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus dimana diagnosa keperawatan yang ada pada teori tidak ditemukan dalam kasus dan diagnosa yang ditemukan dalam kasus Tn. M. K. E. tidak ditemukan dalam teori.

Masalah keperawatan gangguan pertukaran gas tidak ditegakan dalam kasus Tn. M. K. E. karena tidak ditemukan data-data yang mendukung untuk ditegakannya masalah tersebut. Menurut SDKI (2016) data yang mendukung untuk ditegakannya masalah gangguan pertukaran gas adalah PCO_2 meningkat atau menurun, sesak napas, pusing, PO_2 menurun, bunyi napas tambahan, sianosis, napas cuping hidung, pola napas abnormal, pucat, kesadaran menurun. data yang ditemukan pada pasien saat pengkajian, seperti pusing, bunyi napas ronki, dan pucat belum cukup untuk menegakkan diagnosa keperawatan gangguan pertukaran gas karena tidak ada tanda-tanda lain seperti sianosis, dan tidak ada hasil pemeriksaan analisa gas darah yang mendukung diagnosa keperawatan tersebut.

Masalah keperawatan pola napas tidak efektif tidak ditegakan dalam kasus Tn. M. K. E. karena pada pengkajian tidak ditemukan data-data yang mendukung tentang pola napas tidak efektif. Menurut SDKI (2016) data-data yang mendukung sehingga bisa ditegakkan masalah gangguan pola

napas tidak efektif adalah sesak napas, penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal, pernapasan cuping hidung, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, ekskursi dada berubah.

Masalah perfusi perifer tidak efektif ditegakan dalam kasus Tn. M. K. E. karena pada saat pengkajian ditemukan data-data yang mendukung tentang masalah perfusi perifer tidak efektif yaitu Hb 6 gr/dL, CRT 4, Konjungtiva anemis, nampak pucat, sehingga data tersebut mendukung diagnosa perfusi perifer tidak efektif sesuai tanda dan gejala yang ada di buku SDKI (2016).

Masalah keperawatan defisit pengetahuan ditegakkan dalam kasus Tn. M. K. E. karena pada saat pengkajian ditemukan data-data yang mendukung tentang masalah defisit pengetahuan yaitu pasien mengatakan pasien putus obat dan hanya mengonsumsi OAT selama dua minggu, sehingga data tersebut mendukung diagnosa defisit pengetahuan sesuai tanda dan gejala yang ada di buku SDKI (2016) dimana pasien tidak mengikuti anjuran yang diberikan.

Pada studi kasus Tn. A. yang diteliti oleh Salinding, T dan Paruntung, T (2022) ditemukan diagnosa nyeri akut sedangkan pada kasus Tn. M. K. E. tidak ditegakkan masalah nyeri akut dikarenakan nyeri yang dirasakan pasien Tn. M. K. E. disebabkan oleh batuk jika masalah batuknya teratasi nyeri akutnya juga dapat teratasi.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien, intervensi keperawatan pada Tn M. K. E. Disusun berdasarkan menurut standar intervensi keperawatan Indonesia tahun 2018 dan dibandingkan dengan masalah keperawatan pada kasus, semua intervensi yang ada dalam kasus disusun sesuai dengan intervensi yang ada dalam teori. Untuk diagnosa keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif sebanyak 8 intervensi, untuk diagnosa hipertermia sebanyak 8 intervensi, untuk diagnosa defisit nutrisi sebanyak 8 intervensi, untuk diagnosa perfusi perifer tidak efektif sebanyak 3 intervensi, untuk diagnosa intoleransi aktifitas sebanyak 9 intervensi, untuk diagnosa defisit pengetahuan sebanyak 5 intervensi, untuk diagnosa resiko penyebaran infeksi sebanyak 4 intervensi.

4. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Implementasi merupakan pelaksanaan dari rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana keperawatan disusun dan ditujukan pada perawat untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan.

Implementasi pada Tn. M. K. E. dilaksanakan selama 3 hari sejak tanggal 23-25 Januari 2025. Beberapa implementasi dilakukan sesuai perencanaan, namun ada beberapa tindakan yang tidak dapat dilakukan

sesuai perencanaan yaitu tindakan mengidentifikasi status nutrisi (mengukur berat badan) tidak dapat dilakukan dikarenakan pasien merasa pusing saat bangun dari tempat tidur, Hb: 6 gr/dL, pucat. Memonitor berat badan tidak dapat dilakukan karena pasien mengatakan merasa pusing saat bangun dari tempat tidur. Menyediakan lingkungan yang dingin tidak dilakukan karena di dalam ruangan RPK sangat panas walaupun sudah membuka jendela dan pintu tetapi suasana ruangnya sangat panas, dan ruangan tidak memiliki AC.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi tindakan keperawatan yang diberikan pada Tn. M. K. E. Dengan diagnosa medis tuberkulosis paru dilakukan berdasarkan tujuan yang ditetapkan. Pada Tn. M. K. E. Dievaluasi bahwa masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi dengan hasil : pasien mengatakan masih batuk tetapi sudah berkurang, batuk berdahak, dahaknya sudah bisa dikeluarkan semua, sputum yang dikeluarkan banyak, kuning kental, suara napas ronki berkurang. Hipertermia sudah teratasi dengan hasil : pasien mengatakan sudah tidak lagi demam, suhu tubuh pasien saat di cek 36,9°C, akral sudah tidak lagi hangat. Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi dengan hasil : nafsu makan pasien sudah membaik, keadaan umum baik, sudah tidak lagi pucat, 1 porsi makan dapat dihabiskan, dan minum air 4 gelas, BB sekarang 39 kg, IMT : 16,4 (Kurus) . Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi dengan hasil : pasien nampak sudah tidak lagi pucat, konjungtiva nampak merah muda, CRT dibawa 2

detik. Masalah intoleransi aktifitas sebagian teratasi dengan hasil : pasien mengatakan tidak lagi lemah, pasien mengatakan sudah mampu berpindah sendiri dari tempat tidur ke kursi, dan toilet walaupun masih di pegang oleh keluarga, keadaan umum baik, pasien mampu berpindah dan gejala walaupun masih di pegang oleh keluarga. Masalah defisit pengetahuan teratasi dengan hasil : pasien sudah mengerti pentingnya minum obat OAT dan sesuai anjuran dokter. Masalah resiko penyebaran infeksi teratasi dengan hasil : pasien dan keluarga tampak menggunakan masker dan mencuci tangan serta membuang sputum, dan tisu bekas pakai di tempat sampah medis.