

## **BAB IV**

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

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

##### **1. Gambaran umum lokasi studi kasus**

Lokasi penelitian dilakukan di RSUD Ende yang merupakan salah satu rumah sakit milik pemerintah bertipe C yang berada di Jl. Prof. Dr. W. Z. Yohanes. Sebagai salah satu pelayanan kesehatan RSUD Ende telah menyediakan berbagai fasilitas pelayanan seperti, instalasi gawat darurat, instalasi rawat jalan (Poli penyakit dalam, Poli penyakit bedah, Poli kandungan, Poli anak, ruang rawat Perinatal, ruang rawat intensif/ICU, ruang rawat paviliun, ruang perawatan khusus), unit penunjang medis (Farmasi, Radiologi, Laboratorium, Kamar bedah, Kamar bersalin, elektromedis, dan fisioterapi) sedangkan unit penunjang nonmedis (Administrasi, bagian keuangan, bagian pelayanan medis, bagian keperawatan, instalasi pemeliharaan, sarana rumah sakit /PSRS, unit kamar jenazah, bilik asuh, sentral oksigen, dan sistem informasi manajemen rumah sakit.

Studi kasus dilaksanakan di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende. Ruang RPK merupakan salah satu ruangan isolasi yang merawat pasien dengan penyakit menular yang ditularkan lewat udara, percikan ludah, droplet (airbone) seperti TB, HIV, Kusta, Herpes Zoster. RPK terdiri dari 3 ruangan dengan kapasitas 9 tempat tidur, ruangan flamboyan A, 3 tempat tidur, ruangan flamboyan B, 3 tempat tidur, ruangan flamboyan C, 3 tempat tidur, 1 ruangan kepala ruangan. 1 ruangan perawat atau ners station, 1

ruangan ganti APD, 1 ruangan obat-obatan. Secara struktural RPK RSUD Ende terdiri atas kepala ruangan yang dibantu tenaga perawat sebanyak 12 orang yang terdiri dari Diploma 3 berjumlah 11 orang dan S1 (1 orang). Penyakit Tb Paru pada tahun 2025 sebanyak 10 kasus.

## 2. Pengkajian keperawatan

Pengkajian dilakukan pada hari kamis 08 Mei 2025 di Ruangan Perawatan Khusus RSUD Ende, ruangan Flamboyan A bed 1, pada Tn L. N. H, berumur 48 tahun, beragama Islam, pekerjaan nelayan, beralamatkan di Ndao.

### a. Pengumpulan data

#### 1) Wawancara

##### a) Biodata klien

Pasien berinisial Tn L. N. H, berumur 48 tahun, berjenis kelamin laki-laki, pekerjaan sebagai nelayan, pendidikan terakhir SD, beralamatkan di Ndao, beragama Islam, masuk dengan diagnosa medis Tb Paru.

##### b) Biodata penanggung jawab

Klien berinisial Ny A, berumur 42 tahun, dan pekerjaan IRT, beralamatkan di Ndao, hubungan dengan pasien istri.

#### 2) Riwayat kesehatan

##### a) Keluhan utama

Pasien mengatakan batuk lendir berwarna kuning  $\pm$  1 bulan

b) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan batuk lendir berwarna kuning  $\pm$  1 bulan, pada bulan Maret 2025, nafsu makan menurun karena mual, pasien mengatakan nyeri dada saat batuk, pasien mengatakan badan terasa lemah, kedua kaki terasa lemah dan berat, pasien mengatakan berat badan menurun BB sebelum sakit 60 kg dan saat sakit 46 kg, pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari karena batuk sesekali.

c) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Pasien mengatakan ketika pergi ke Mbay untuk bekerja, selama di Mbay pasien mengalami batuk lendir  $\pm$  1 bulan disertai demam naik turun  $\pm$  1 bulan, berkeringat pada malam hari, sesak napas, dan sempat di rawat di RS Bejawa, setelah pulang dari RS Bejawa, pasien pulang ke rumah di Ende, setelah beberapa minggu di rumah pasien mengalami keluhan yang sama lagi tepatnya pada bulan Maret 2025 dan keluarga langsung mengantarnya ke RSUD Ende dan di diagnosis infeksi paru-paru dan mendapatkan OAT, setelah pasien pulang ke rumah pasien baru minum 3 tablet OAT, pasien langsung merasa badan lemah dan langsung putus OAT. Pada Tanggal 07 Mei 2025 pasien di bawah kembali ke RSUD Ende dengan keluhan yang sama yaitu batuk disertai lendir, sesak napas, demam naik turun.

d) Upaya yang dilakukan

Pasien dan keluarga mengatakan sebelumnya sudah mendapatkan pengobatan dari RS yaitu OAT pada bulan Maret, tetapi ketika pasien minum OAT (Obat Anti Tuberkulosis) baru 3 tablet pasien langsung mengeluh lelah dan lemah, pasien pun putus OAT dan pergi ke dukun untuk melakukan pengobatan tradisional, ketika sakit semakin parah dan mengalami batuk terus menerus dan demam naik turun, keluarga langsung mengantar pasien ke RS pada Tanggal 07 Mei 2025 di RSUD Ende.

3) Status kesehatan masa lalu

a) Penyakit yang pernah dialami

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien pernah mengalami riwayat ginjal pada tahun 2008, dan pada bulan Maret 2025 pasien mengalami penyakit infeksi paru-paru karena adanya penumpukan cairan dan sakit maag (dyspepsia).

b) Pernah dirawat

Pasien mengatakan pernah dirawat dengan riwayat ginjal, pada tahun 2008, di RPD III dan 3 tahun mengalami penyakit tersebut, dan pada bulan Maret 2025 pasien mengalami TBC sampai sekarang karena sempat putus OAT

c) Alergi

Pasien mengatakan tidak ada alergi obat, makanan maupun minuman

d) Kebiasaan (merokok/kopi/alkohol)

Pasien mengatakan tidak ada kebiasaan merokok, minum kopi, dan mengonsumsi alkohol

4) Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang sakit sama seperti yang dialaminya, yaitu TBC

5) Diagnosa medis dan therapy yang didapatkan sebelumnya

Pasien mengatakan pernah mengonsumsi OAT pada bulan Maret 2025 dan putus OAT

6) Pola kebutuhan dasar

a) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Pasien mengatakan jika sakit selalu ke dokter dan fasilitas kesehatan, pasien juga mengatakan merasa bingung dengan dirinya yang bisa mengalami penyakit TBC, dan kurang paham apa itu penyakit TB penularan dan pengobatannya, dan pasien juga putus OAT

b) Pola nutrisi metabolik

Sebelum sakit pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan porsi 1 piring dan dihabiskan, pasien makan dengan menu seperti nasi, sayuran hijau, kadang-kadang lauk seperti ikan, telur, tahu tempe. Pasien minum 5-6 gelas/hari (1200cc). Pasien tidak ada pantangan dalam makanan maupun minuman, dan nafsu makan baik

Saat sakit pasien mengatakan nafsu makan menurun/berkurang makan 3 kali sehari dalam sekali makan hanya mampu menghabiskan 2-3 sendok makan yang disajikan dengan konsistensi lunak dan jenis makanan diet tinggi kalori dan protein seperti bubur, sayuran hijau, telur, daging, minum 7-8 gelas/hari, pasien tampak kurus dan lemah, BB : 46 kg dengan BB sebelum sakit 60 kg

c) Pola eliminasi

Sebelum sakit pasien mengatakan BAB 1-2 kali sehari dengan konsistensi padat tapi tidak keras, tidak ada keluhan saat BAB, pasien juga mengatakan BAK 4-5 kali/hari warna kuning, tidak ada keluhan saat BAK

Saat sakit pasien mengatakan selama di rumah sakit baru BAB 2 kali dengan konsistensi sedikit lunak berwarna kuning tidak ada keluhan saat BAB. BAK dalam sehari 3-4 kali/hari warna urin kuning jernih, bau khas, tidak ada nyeri saat BAK

d) Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan seperti lemah, sesak napas ataupun cepat lelah saat beraktivitas

Saat sakit *Activity Daily Living (ADL)* aktivitas pasien tampak dibantu sebagian oleh keluarga seperti makan berpakaian, toilet, pasien sangat lemah.

e) Pola kognitif dan persepsi

Pasien mengatakan dapat melihat dengan jelas saat perawat menunjukkan angka 1 pasien mampu menyebutkan angka tersebut dan dapat mencium aroma bebauan seperti minyak kayu putih dan dapat masih dapat mendengar dengan jelas

f) Pola persepsi konsep diri

1. Citra diri (*body image*) : pasien mengatakan merasa dirinya mengalami perubahan fisik karena pasien sekarang lebih kurus dari sebelum sakit
2. Identitas diri : pasien mengatakan dirinya adalah kepala keluarga, beragama Islam, mempunyai peran aktif dilingkungan sosial seperti mengikuti kegiatan di Masjid, dan selalu bersosialisasi dengan tetangga dan kerabat.
3. Harga diri : pasien mengatakan saat sakit dirinya masih di terima baik oleh keluarga dan kerabatnya
4. Peran dan fungsi : Pasien mengatakan dirinya adalah kepala keluarga dan bekerja untuk memenuhi kebutuhan keluarga sehari-hari, tetapi saat sakit pasien tidak bisa bekerja dan membantu istrinya.
5. Ideal diri : pasien mengatakan dirinya ingin sembuh agar bisa bekerja kembali dan membantu perekonomian keluarga yaitu istri dan anak-anaknya

g) Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit pasien mengatakan bahwa ia tidur pada malam hari jam 21.30-05.30 dan istirahat siang 1-2jam biasanya tidur nyenyak dan tidak ada keluhan

Saat sakit pasien mengatakan bahwa sulit tidur pada malam hari karena batuk sesekali yang dirasakan, pasien mulai tidur jam 21.30 terbangun jam 01.00 karena batuk, dan tidur kembali jam 03.40 dan bangun jam 05.30

h) Pola peran hubungan

Pasien adalah seorang kepala keluarga, pasien juga mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarganya pasien juga memiliki hubungan baik dengan lingkungan, baik tetangga teman ataupun keluarga

i) Pola seksual reproduksi

Pasien mengatakan saat sakit tidak melakukan hubungan seksual dengan istri, pasien adalah kepala keluarga mempunya istri dan 3 orang anak.

j) Pola toleransi stres-koping

Sebelum sakit pasien dan keluarga mengatakan jika pasien mengalami masalah selalu berbicara pada istri dan anak-anaknya

Saat sakit pasien mengatakan pasien selalu menceritakan semuanya pada anak dan istrinya masalah yang dihadapinya

k) Pola nilai kepercayaan

Sebelum sakit keluarga mengatakan pasien beragama Islam, dan rajin ke Masjid untuk beribadah

Saat sakit keluarga mengatakan suaminya belum pernah ke Masjid lagi, hanya menyempatkan diri untuk berdoa di tempat tidur

7) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum : lemah

Tingkat kesadaran : komposmentis

GCS : V : 5 M : 6 E :4

b) Tanda-tanda vital : N : 112x/menit S : 36,7°C RR : 24x/menit

SpO<sub>2</sub> : 98% TD : 132/92 mmHg

c) Berat badan : 46kg

Tinggi badan : 162

Indeks Massa Tubuh :  $BB/TB^2 = 46/162^2 = 46/1,62 \times 1,62 = 46/2,6244 = 17,52$  Kg (Underweight/berat badan kurang)

Berat Badan Ideal :  $(TB - 100) - (TB - 100) \times 10\%$

$(162 - 100) - (162 - 100) \times 10\% = 55,8$  Kg

d) Keadaan fisik (Inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

Kepala

I : Bentuk kepala normocephal, tampak bersih, rambut warna hitam banyak dan teksturnya halus, kulit kepala bersih, tidak ada lesi

P : Nyeri tekan tidak ada, bengkak tidak ada

## Mata

I : Kedua mata simetris kanan dan kiri, sklera warna putih, tidak ada kelainan penglihatan, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, reflex pupil terhadap cahaya baik dan tidak ada penggunaan alat bantu melihat, terdapat kantung mata, wajah tampak pucat

P : Nyeri tekan tidak ada

## Telinga

I : Bentuk simetris, tidak ada serumen, mastoiditis(-), tidak ada penggunaan alat bantu dengar.

P : Tidak ada nyeri tekan

## Hidung

I : bentuk hidung normal, polip (-), septum deviasi (-), epistaksis (-), hidung tersumbat(-), tidak ada napas cuping hidung

P : Nyeri tekan(-), trauma (-)

## Mulut

I : gigi tidak lengkap lagi, jumlah gigi 30 buah, labiosis(-), tonsillitis(-), caries gigi

2 buah, halitosis(-), stomatitis(-), gusi bengkak(-), mukosa bibir lembab, lidah tidak kotor, gigi tidak lengkap lagi, wajah tampak bersih

P : Nyeri tekan (-)

#### Leher

I : tidak ada lesi, tidak trauma cervical  
tidak ada pembesaran vena jugularis,  
tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening (-).

#### Dada

I : bentuk simetris, tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi pernapasan 24x/menit,

P : tidak ada nyeri dada saat ditekan, fokal fremitus diseluruh lapang paru(+)

A : *ronchi*(+)

#### Abdomen

I : Tidak terdapat distensi/pembesaran pada abdomen, supel

P : Nyeri tekan(-), hati dan limpa tidak teraba

P : Tympani

A : Peristaltic (+), frekuensi : 5-24 x/

#### Ekstremitas

atas

I : Oedema(-), jejas (-), deformitas (-), terpasang infus RL 20 tetes permenit ditangan sebelah kanan.

P : Akral hangat(-), turgor kulit elastis, *capillary refill time (CRT) ≤ 3detik*, tidak ada nyeri tekan

bawah

I : Oedema (-), jejas (-), deformitas (-), ADL sebagian dibantu oleh keluarga seperti ke toilet, berpakaian, dan membereskan tempat tidur

P : Akral hangat (-), turgor kulit elastic (-), *capillary refill time (CRT) ≤ 3detik*, pasien mengeluh badannya lemah, tidak kuat/ tidak memiliki energi untuk berdiri dan berjalan sendiri, pasien mengatakan tidak ada nyeri tekan pada ektremitas atas kiri/kanan maupun pada ektremitas bawah

P : Refleks patella (+)

e) Neurologis

Keluhan subjektif (nyeri)

P : Pasien mengatakan nyeri dada ketika batuk

Q : Nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk

R : Nyeri di bagian dada

S : Skala nyeri 4

T : Nyeri yang dirasakan saat batuk saja dan sambil memegang di area dada,

8) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan laboratorium

**Tabel 2.1. Hasil Pemeriksaan LAB (tanggal, 07-05-2025)**

| Pemeriksaan     | Hasil | Satuan | Nilai rujukan |
|-----------------|-------|--------|---------------|
| CREATININ       | 0.59  | mg/dL  | 0.67-1.17     |
| Glukosa sewaktu | 164   | mg/dL  | 70-140        |
| SGOT/AST        | 24.6  | u/L    | 0-35          |
| SGPT/ALT        | 47.1  | u/L    | 4.36          |
| Ureum           | 14.8  | mg/dL  | 10-50         |

b) Pemeriksaan laboratorium

**Tabel 2.2. Hasil Pemeriksaan LAB (Tanggal 08-05-2025)**

| Pemeriksaan | Hasil | Satuan | Nilai rujukan |
|-------------|-------|--------|---------------|
| Elektrolit  |       |        |               |
| Natrium     | 167   | mmol/l | 135-145       |
| Kalium      | 2.6   | mmol/l | 3,5-5,1       |
| Chlorida    | 147   | mmol/l | 98-106        |

c) Pemeriksaan darah

**Tabel 2.3. Hasil Pemeriksaan LAB ( Tanggal. 07-05-2025)**

| PARAMETERS | REFERENCE RANGE |                       |              |
|------------|-----------------|-----------------------|--------------|
| WBC        | 14.79+          | [10 <sup>3</sup> /uL] | (3.80-10.60) |
| LYMPH#     | 0.49            | [10 <sup>3</sup> /uL] | (1.00- 3.70) |

|        |        |                       |              |
|--------|--------|-----------------------|--------------|
| MONO#  | 0.38   | [10 <sup>3</sup> /uL] | (0.00-0.70)  |
| EO#    | 0.14   | [10 <sup>3</sup> /uL] | (0.00-0.40)  |
| BASO#  | 0.02   | [10 <sup>3</sup> /uL] | (0.00-0.10)  |
| NEUT#  | 13.76+ | [10 <sup>3</sup> /uL] | (1.50-7.00)  |
| LYMPH% | 3.3    | [%]                   | (25.0-40.0)  |
| MONO%  | 2.6    | [%]                   | (2.0-8.0)    |
| EO%    | 0.9    | [%]                   | (2.0-4.0)    |
| BASO%  | 0.1    | [%]                   | (0.0-1.0)    |
| NEUT%  | 93.1+  | [%]                   | (50.0-70.0)  |
| IG#    | 0.18   | [10 <sup>3</sup> /uL] | (0.00-7.00)  |
| IG%    | 1.2    | [%]                   | (0.0-72.0)   |
| RBC    | 3.25   | [10 <sup>6</sup> /uL] | (4.40-5.90)  |
| HGB    | 10.1   | [g/dL]                | (13.2-17.3)  |
| HCT    | 29.5   | [%]                   | (40.0-52.0)  |
| MCV    | 83.8   | [fL]                  | (80.0-100.0) |
| MCH    | 28.7   | [Pg]                  | (26.0-34.0)  |
| MCHC   | 34.2   | [g/dL]                | (32.0-36.0)  |
| RDW-SD | 52.9   | [fL]                  | (37.0-54.0)  |
| RDW-CV | 17.0+  | [%]                   | (11.5-14.5)  |
| PLT    | 91     | [10 <sup>3</sup> /uL] | (150-450)    |
| MPV    | 8.1    | [fL]                  | (9.0-13.0)   |
| PDW    | 0.07   | [fL]                  | (9.0-17.0)   |
| P-LCR  | 11.0   | [%]                   | (13.0-43.0)  |

d) Pemeriksaan foto thorax proyeksi AP :

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

- a. Tampak infiltrat bilateral
- b. Tampak corakan bronchovascular pulmo bilateral meningkat
- c. Tampak pepadatan hilus dextra
- d. Kedua sinus costophrenicus lancip
- e. Kedua diafragma licin tak mendatar
- f. Car, CRT < 0.96
- g. Sistema tulang yang tervisualisasi

Kesan

a. TB pulmo

b. Besar cornormal

e) Penatalaksanaan/pengobatan

**Tabel 2.4 therapy pengobatan**

| No. | Nama obat               | Indikasi  | Kontraindikasi   |
|-----|-------------------------|---|--|
| 01  | Paracetamol<br>3×1gr    | Untuk meredakan gejala demam dan nyeri pada berbagai penyakit seperti dengue tifoid dan ISK   | Pada pasien dengan riwayat hipersensitivitas dan penyakit hepar aktif derajat berat  |
| 02  | Ceftriaxone<br>2×1gr    | Untuk mengatasi infeksi bakteri gram negatif maupun gram positif  | Tidak boleh digunakan pada orang yang alergi terhadap ceftri dan tidak boleh digunakan oleh ibu hamil  |
| 03  | Omeprazol<br>2×40mg     | Obat ini diindikasikan untuk tukak lambung dan tukak deodenum   | Alergi terhadap ome atau kategori obat penghambat pompaprotin lainnya, wanita hamil atau menyusui  |
| 04  | Ambroxol<br>3×1 tab     | Seringkali digunakan dalam tatalaksana berbagai gangguan saluran napas seperti bronkitis akut, dan penyakit obstruktif kronik                         | Pasien yang memiliki reaksi alergi terhadap ambroxol atau zat lain dalam komposisi obat ini  |
| 05  | Levofloxacin<br>1×500mg | Untuk mengobati infeksi yang disebabkan oleh bakteri. Obat ini termasuk dalam kelompok antibiotik   | Salah satu kontraindikasi utama levofloxacin adalah riwayat hipersensitivitas atau reaksi alergi   |
| 06  | Ondansetron<br>3××4mg   | Adalah obat keras yang digunakan untuk mencegah dan mengobati muntah akibat kemoterapi atau setelah operasi   | Seorang tidak boleh menggunakan obat ini jika dalam waktu bersamaan juga menggunakan apornophine   |
| 07  | OAT                     | untuk mengobati penyakit tuberkulosis (TBC), yaitu infeksi bakteri yang disebabkan oleh Mycobacterium tuberculosis. OAT digunakan untuk membunuh atau | riwayat alergi terhadap salah satu jenis OAT, gangguan fungsi hati atau ginjal yang berat, dan penyakit tertentu yang bisa berinteraksi dengan OAT |

---

menonaktifkan bakteri  
TBC dalam tubuh.

---

b. Tabulasi data

Pasien mengatakan batuk lendir berwarna kuning  $\pm$  1 bulan, nafsu makan menurun karena mual, pasien mengatakan nyeri dada saat batuk, pasien mengatakan badan terasa lemah, pasien mengatakan sulit melakukan aktivitas seperti makan, toilet, berpakaian, karena kedua kaki terasa lemah dan berat, pasien mengatakan berat badan menurun, Saat sakit pasien mengatakan nafsu makan menurun/berkurang makan 3 kali sehari dalam sekali makan hanya mampu menghabiskan 2-3 sendok makan yang disajikan dengan konsistensi lunak dan jenis makanan diet tinggi kalori dan protein seperti bubur, sayuran hijau, telur, daging, minum 7-8 gelas/hari, pasien tampak kurus dan lemah, BB : 46kg dengan BB sebelum sakit 60kg, IMT : 17,52 kg, BBI : 55,8 kg, Saat sakit pasien mengatakan bahwa sulit tidur pada malam hari karena batuk sesekali yang dirasakan, pasien mulai tidur jam 21.30 terbangun jam 01.00 karena batuk, dan tidur kembali jam 03.40 dan bangun jam 05.30, Pasien mengatakan jika sakit selalu ke dokter dan fasilitas kesehatan, pasien juga mengatakan merasa bingung dengan dirinya yang bisa mengalami penyakit TBC, dan kurang paham apa itu penyakit TB penularan dan pengobatannya, dan pasien juga putus OAT, wajah tampak pucat, terdapat kantung mata, ADL dibantu keluarga, KU : lemah, kesadaran komposmentis, TD : 132/92 mmHg, N : 112 $\times$ /m, S : 36. $^{\circ}$ C, rr : 24 $\times$ /m, spO2 : 98%, P : pasien mengatakan nyeri dada ketika batuk, Q : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, R : nyeri di

bagian dada, S : skala nyeri 4, T : nyeri yang dirasakan saat batuk saja dan sambil memegang di area dada, terdapat bunyi napas tambahan ronchi dilobus kiri paru bawah, wajah tampak meringis, pasien tampak kurus, pasien batuk disertai lendir berwarna kuning.

c. Klasifikasi Data

DS : Pasien mengatakan batuk lendir berwarna kuning  $\pm$  1 bulan, nafsu makan menurun karena mual, pasien mengatakan nyeri dada saat batuk, pasien mengatakan badan terasa lemah, pasien menurun/berkurang makan 3 kali sehari dalam sekali makan hanya mampu menghabiskan 2-3 sendok makan yang disajikan dengan konsistensi lunak dan jenis makanan diet tinggi kalori dan protein seperti bubur, sayuran hijau, telur, daging, minum 7-8 gelas/hari, pasien tampak kurus dan lemah, pasien mengatakan bahwa sulit tidur pada malam hari karena batuk sesekali yang dirasakan, pasien mulai tidur jam 21.30 terbangun jam 01.00 karena batuk, dan tidur kembali jam 03.40 dan bangun jam 05.30, Pasien juga mengatakan merasa bingung dengan dirinya yang bisa mengalami penyakit TBC, dan kurang paham apa itu penyakit TB penularan dan pengobatannya, dan pasien juga putus OAT, P : pasien mengatakan nyeri dada ketika batuk, Q : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, R : nyeri di bagian dada, S : skala nyeri 4, T : nyeri yang dirasakan saat batuk saja dan sambil memegang di area dada

DO : wajah tampak pucat, terdapat kantung mata, ADL dibantu keluarga, KU :lemah, kesadaran komposmentis, TD : 132/92 mmHg, N : 112 $\times$ /m, S : 36. $^{\circ}$ C, rr : 24 $\times$ /m, spO2 : 98%, terdapat bunyi napas

tambahan ronchi dilobus kiri paru bawah, pasien batuk disertai lendir berwarna kuning, wajah tampak meringis, pasien tampak kurus, pasien tampak gelisah dan bingung, BB : 46 kg, IMT : 17,52 kg, BBI : 55,8 kg.

d. Analisa Data

**Tabel 2.5. Analisa Data**

| Sign & simtom   | Etiologi                          | Problem                            |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|
| Ds : Pasien mengatakan batuk lendir berwarna kuning ± 1 bulan<br>Do : KU :lemah, kesadaran komposmentis, TD : 132/92 mmHg, N : 112×/m, S : 36.°C, rr : 24×/m, spO2 : 98%,<br>terdapat bunyi napas tambahan ronchi dilobus kiri paru bawah, pasien batuk disertai lendir berwarna kuning.  | Hipersekresi jalan napas          | Bersihan jalan napas tidak efektif |
| Ds : pasien mengatakan nyeri dada saat batuk, % P : pasien mengatakan nyeri dada ketika batuk, Q : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, R : nyeri di bagian dada, S : skala nyeri 4, T : nyeri yang dirasakan saat batuk saja dan sambil memegang di area dada,<br>Do: KU : lemah, kesadaran komposmentis, TD : 132/92 mmHg, N : 112×/m, S : 36.°C, rr : 24×/m, spO2: 98%, wajah tampak meringis. | Agan pencedera fisik (inflamasi)  | Nyeri akut                         |
| Ds : pasien mengatakan nafsu makan menurun/berkurang makan 3 kali sehari dalam sekali makan hanya mampu menghabiskan 2-3 sendok makan yang disajikan dengan konsistensi lunak dan jenis makanan diet tinggi kalori dan protein seperti bubur, sayuran hijau, telur, daging, minum 7-8 gelas/hari, pasien tampak kurus dan lemah, BB :46kg dengan BB sebelum sakit 60kg, IMT : 17,52                       | Peningkatan kebutuhan metabolisme | Defisit nutrisi                    |

|  |                           |                       |
|--|---------------------------|-----------------------|
| kg, BBI : 55,8 kg, pasien mengatakan berat badan menurun<br>Do : pasien tampak kurus, 3. Berat badan : 46kg, Tinggi badan : 162, Indeks masa tubuh : 17,52kg (Berat badan kurang), Berat badan ideal : 55,8kg  |                           |                       |
| Ds : pasien mengatakan badan terasa lemah, pasien mengatakan sulit melakukan aktivitas seperti makan, toilet, berpakaian, karena kedua kaki terasa lemah dan berat,<br>Do : ADL dibantu keluarga   | Kelemahan                 | Intoleransi aktivitas |
| Ds : pasien mengatakan bahwa sulit tidur pada malam hari karena batuk sesekali yang dirasakan, pasien mulai tidur jam 21.30 terbangun jam 01.00 karena batuk, dan tidur kembali jam 03.40 dan bangun jam 05.30<br>Do : wajah tampak pucat, terdapat kantung mata, KU :lemah, kesadaran komposmentis, TD : 132/92 mmHg, N : 112×/m, S : 36.°C, rr : 24×/m, spO2 : 98% | Kurang kontrol tidur      | Gangguan pola tidur   |
| Ds : Pasien juga mengatakan merasa bingung dengan dirinya yang bisa mengalami penyakit TBC, dan kurang paham apa itu penyakit TB dan pengobatannya, dan pasien juga putus OAT<br>Do : pasien tampak gelisah dan bingung  | Kurang terpapar informasi | Defisit pengetahuan   |

### 3. Diagnosa Keperawatan

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

Ds : Pasien mengatakan batuk lendir berwarna ± 1 bulan

Do : KU :lemah, kesadaran komposmentis, TD : 132/92 mmHg, N : 112×/m, S : 36.°C, rr : 24×/m, spO2 : 98%,

terdapat bunyi napas tambahan ronchi dilobus kiri paru bawah

- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (inflamasi) ditandai dengan :

Ds : pasien mengatakan nyeri dada saat batuk, P : pasien mengatakan nyeri dada ketika batuk, Q : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, R : nyeri di bagian dada, S : skala nyeri 4, T : nyeri yang dirasakan saat batuk saja dan sambil memegang di area dada

Do : KU :lemah, kesadaran komposmentis, TD : 132/92 mmHg, N : 112×/m, S : 36.°C, rr : 24×/m, spO2 : 98%, wajah tampak meringis

- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme ditandai dengan :

Ds : pasien mengatakan nafsu makan menurun/berkurang makan 3 kali sehari dalam sekali makan hanya mampu menghabiskan 2-3 sendok makan yang disajikan dengan konsistensi lunak dan jenis makanan diet tinggi kalori dan protein seperti bubur, sayuran hijau, telur, daging, minum 7-8 gelas/hari, pasien tampak kurus dan lemah, BB : 46kg dengan BB sebelum sakit 60kg, pasien mengatakan berat badan menurun

Do : pasien tampak kurus, Berat badan : 46kg, Tinggi badan : 162, Indeks masa tubuh : 17,52 kg (Berat badan kurang), Berat badan ideal : 55,8 kg

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan :

Ds : pasien mengatakan badan terasa lemah, pasien mengatakan sulit melakukan aktivitas seperti makan, toilet, berpakaian, karena kedua kaki terasa lemah dan berat,

Do : ADL dibantu keluarga

e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan :

Ds : pasien mengatakan bahwa sulit tidur pada malam hari karena batuk sesekali yang dirasakan, pasien mulai tidur jam 21.30 terbangun jam 01.00 karena batuk, dan tidur kembali jam 03.40 dan bangun jam 05.30

Do : wajah tampak pucat, terdapat kantung mata, KU :lemah, kesadaran komposmentis, TD : 132/92 mmHg, N : 112×/m, S : 36.°C, rr : 24×/m, spO2 : 98%

f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan :

Ds : Pasien juga mengatakan merasa bingung dengan dirinya yang bisa mengalami penyakit TBC, dan kurang paham apa itu penyakit TB dan pengobatannya, dan pasien juga putus OAT

Do : pasien tampak gelisah dan bingung

#### 4. Intervensi Keperawatan

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

Ds : Pasien mengatakan batuk lendir berwarna kuning ± 1 bulan,

Do : KU :lemah, kesadaran komposmentis, TD : 132/92 mmHg, N : 112×/m, S : 36.°C, rr : 24×/m, spO2 : 98%, terdapat bunyi napas tambahan ronchi dilobus kiri paru bawah, pasien batuk disertai lendir berwarna kuning.

Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3×24 jam diharapkan bersihan jalan napas membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Batuk efektif meningkat 5
- 2) Produksi sputum menurun 5
- 3) Mengi menurun 5
- 4) Wheezing menurun 5

Intervensi keperawatan :

(Manajemen Jalan Napas)

Tindakan

Observasi

- 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

R : Monitoring pola napas penting dilakukan untuk mendeteksi adanya perubahan atau gangguan pada sistem pernapasan secara dini, seperti dispnea (sesak napas), takipnea (napas cepat), bradipnea (napas lambat).

- 2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)

R : Mendeteksi dini bunyi napas abnormal, perawat dapat segera melaporkan ke tim medis dan membantu pelaksanaan tindakan seperti nebulisasi, fisioterapi dada, atau pemberian oksigen, guna mencegah penurunan oksigenasi dan komplikasi lanjut.

- 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

R : Memonitor jumlah, warna, dan aroma sputum dapat memantau berapa jumlah sputum yang keluar

### Terapeutik

- 4) Posisikan semi-Fowler atau Fowler  
R : Membantu dan memperluas rongga dada sehingga sehingga memfasilitasi pernapasan yang efektif
- 5) Berikan minum air hangat  
R : Dengan minum air hangat dapat mengencerkan dahak
- 6) Lakukan fisioterapi dada jika perlu  
R : Dapat membantu mengurangi produksi sputum
- 7) Lakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik  
R : Mempertahankan kepatenan jalan napas
- 8) Berikan oksigen jika perlu  
R : Membantu meningkatkan kadar oksigen dalam darah

### Edukasi

- 9) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika perlu  
R : Membantu mengencerkan dahak
- 10) Ajarkan Teknik batuk efektif  
R : Dapat mengeluarkan sekret dari saluran pernapasan dan meningkatkan ekspansi paru

### Kolaborasi

- 11) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu  
R : Bronkodilator dapat membantu melegakan pernapasan

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (inflamasi) ditandai dengan :

Ds : pasien mengatakan nyeri dada saat batuk,

Do : KU :lemah, kesadaran komposmentis, TD : 132/92 mmHg, N : 112×/m, S : 36.°C, rr : 24×/m, spO2 : 98%, P : pasien mengatakan nyeri dada ketika batuk, Q : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, R : nyeri di bagian dada, S : skala nyeri 4, T : nyeri yang dirasakan saat batuk saja dan sambil memegang di area dada, wajah tampak meringis

Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3×24 jam diharapkan nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun 5
- 2) Meringis menurun 5
- 3) Frekuensi nadi membaik 5
- 4) Tekanan darah membaik 5
- 5) Pola napas membaik 5

Intervensi keperawatan :

(Manajemen Nyeri)

Tindakan

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

Rasional : Membantu dalam memahami sumber atau penyebab nyeri, apakah berasal dari jaringan tubuh tertentu (misalnya otot, sendi, organ internal) atau akibat cedera atau kondisi medis tertentu.

2) Identifikasi skala nyeri

Rasional : Dengan menggunakan skala nyeri dapat mengukur sejauh mana nyeri mengganggu aktivitas sehari-hari pasien.

3) Identifikasi respon nyeri nonverbal

Rasional : Respon tubuh seperti ekspresi wajah, perubahan perilaku, atau gerakan tubuh dapat menjadi indikator yang jelas bahwa pasien sedang mengalami nyeri. Mengamati tanda-tanda ini memungkinkan pemberian intervensi lebih cepat dan tepat untuk meredakan nyeri.

4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Rasional : Meningkatkan kenyamanan dan kualitas hidup mereka. Dengan mengetahui faktor-faktor pasien dapat lebih mudah melakukan penyesuaian dalam aktivitas sehari-hari untuk meminimalkan ketidaknyamanan

5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan terhadap nyeri

Rasional : Memungkinkan tenaga medis untuk memberikan edukasi yang akurat, mengoreksi mitos atau kesalahpahaman serta meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengobatan. Hal ini tidak hanya meningkatkan efektivitas pengelolaan nyeri tetapi juga membantu pasien merasa lebih diberdayakan dan terlibat dalam proses perawatan, yang pada akhirnya akan meningkatkan kualitas hidup mereka.

6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

Rasional : Beberapa budaya mungkin melihat nyeri sebagai sesuatu yang harus ditahan atau diterima sabar, sementara budaya lain mungkin lebih terbuka dalam mengungkapkan rasa sakit dan mencari pengobatan.

7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

Rasional : Nyeri yang tidak terkendali dapat mengurangi kemampuan mereka untuk menikmati kegiatan yang mereka sukai, seperti berinteraksi dengan keluarga, berlibur, atau melakukan hobi.

8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

Rasional : Memantau respon pasien tenaga medis dapat memastikan apakah terapi tersebut benar-benar membantu mencapai tujuan perawatan dan apakah terapi perlu disesuaikan atau dihentikan jika tidak efektif

9) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Rasional : Analgetik termasuk obat-obatan seperti analgesik non-steroid (NSAID), opioid atau obat penghilang nyeri lainnya memiliki potensi untuk menimbulkan efek samping yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien, terutama jika digunakan dalam jangka panjang atau dosis tinggi

Terapeutik

10) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis

TENS, hipnosis, akupuntur, terapi music, biofeedback, terapi pijat,

aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

Rasional : Teknik non farmakologis seperti terapi fisik, akupunktur, pijat, atau meditasi, dapat membantu mengurangi, ketergantungan pada obat-obatan, terutama obat penghilang nyeri yang berisiko tinggi menyebabkan efek samping atau ketergantungan seperti opioid. Dengan menggunakan teknik ini pasien dapat mengelola nyeri mereka dengan cara yang lebih aman, mengurangi potensi efek samping atau kecanduan obat.

- 11) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

Rasional : Lingkungan yang bising dan juga pencahayaan yang tidak bagus dapat meningkatkan stress atau kecemasan sehingga meningkatkan sensitivitas pada nyeri dan memperburuk nyeri

- 12) Fasilitasi istirahat tidur

Rasional : Tidur yang cukup dapat meredakan bagian nyeri dan mengembalikan energi yang hilang, tidur juga dapat mempercepat proses penyembuhan

- 13) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Rasional : Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri dapat membantu pemilihan strategi meredakan nyeri sesuai respon individu terhadap nyeri.

Edukasi

14) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri

Rasional : Nyeri dapat muncul dengan dipicu oleh stress dan kecemasan. Membantu dalam menangani dan mempersiapkan pasien jika merasakan kembali nyeri

15) Jelaskan strategi meredakan nyeri

Rasional : Penjelasan mengenai strategi meredakan nyeri dapat membantu pasien dalam perilaku menurunkan rangsangan nyeri.

Pemilihan strategi juga disesuaikan dengan jenis nyeri yang dirasakan pasien

16) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

Rasional : Memungkinkan pasien memahami rangsangan nyeri yang diterima dan mengetahui bentuk dan waktu nyeri secara mandiri

17) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

Rasional : Analgetik yang digunakan harus tepat pada nyeri yang dirasakan agar dapat menurunkan reaksi dan respon nyeri yang dirasakan

18) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri

Rasional : Teknik non farmakologis yang diajarkan harus sesuai dengan nyeri yang dirasakan agar pasien mampu meredakan rangsangan nyeri yang dirasakan secara mandiri

Kolaborasi

19) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Rasional : Pemberian analgetik dianjurkan jika nyeri yang dirasakan sangat tinggi dan teknik non farmakologis tidak dapat menurunkan perasaan nyeri tersebut.

- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme ditandai dengan :

Ds : pasien mengatakan nafsu makan menurun/berkurang makan 3 kali sehari dalam sekali makan hanya mampu menghabiskan 2-3 sendok makan yang disajikan dengan konsistensi lunak dan jenis makanan diet tinggi kalori dan protein seperti bubur, sayuran hijau, telur, daging, minum 7-8 gelas/hari, pasien tampak kurus dan lemah, BB : 46kg dengan BB sebelum sakit 60kg, pasien mengatakan berat badan menurun

Do : pasien tampak kurus, 3, Berat badan : 46kg, Tinggi badan : 162, Indeks masa tubuh : 17,52kg (Berat badan kurang), Berat badan ideal : 55,8kg

Tujuan dan kriteria hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3×24 jam diharapkan defisit nutrisi teratasi dengan kriteria hasil :

1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 5
2. Berat badan membaik 5
3. Frekuensi makan membaik 5
4. Nafsu makan membaik 5
5. Membran mukosa membaik 5

Intervensi :

(Manajemen Nutrisi)

## Tindakan

### Observasi

1) Identifikasi status nutrisi

Rasional : Status nutrisi merupakan kondisi kesehatan seseorang yang dipengaruhi oleh asupan dan penggunaan zat gizi. Dengan mengidentifikasi status nutrisi perawat dapat menilai kesehatan umum dan mencegah komplikasi seperti malnutrisi atau obesitas.

2) Identifikasi alergi dan toleransi makanan

R : Mencegah reaksi alergi atau toleransi yang dapat membahayakan pasien

3) Identifikasi makanan yang disukai

R : Dapat membantu meningkatkan nafus makan pasien dengan mengetahui makanan kesukaan dari pasien tersebut

4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi

R : Memastikan asupan kalori dan nutrisi mendukung fungsi tubuh yang tepat

5) Monitor asupan makanan

R : Menilai kecukupan nutrisi yang masuk guna mendukung proses penyembuhan dan mencegah komplikasi akibat malnutrisi

6) Monitor berat badan

R : Menilai status nutrisi, keseimbangan cairan, serta efektivitas terapi yang diberikan.

7) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

R : Mengetahui perkembangan kondisi klien

### Terapeutik

8) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu

R : Meningkatkan nafsu makan klien

9) Sajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai

R : Makanan yang menarik dan suhu yang tepat dapat meningkatkan daya tarik klien untuk makan yang banyak

10) Berikan makanan tinggi kalori tinggi protein

R : Memperbaiki protein klien

### Edukasi

11) Anjurkan posisi duduk jika mampu

R : Melakukan pemulihan

12) Ajarkan diet yang diprogramkan

R : Dengan mematuhi diet yang diprogramkan untuk membantu pemulihan lebih cepat

### Kolaborasi

13) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan jika perlu

R : Makanan yang seimbang dapat meningkatkan keseimbangan nutrisi tubuh

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan :

Ds : pasien mengatakan badan terasa lemah, pasien mengatakan sulit melakukan aktivitas seperti makan, toilet, berpakaian, karena kedua kaki terasa lemah dan berat,

Do : ADL dibantu keluarga

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3×24 jam diharapkan intoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil :

1. Kemudahan melakukan aktivitas sehari hari meningkat 5
2. Keluhan lelah menurun 5
3. Kecepatan berjalan meningkat 5
4. Jarak berjalan meningkat 5
5. Kekuatan tubuh atas dan bawah meningkat

Intervensi

(Manajemen Energi)

Tindakan

Observasi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan  
Rasional : Kelelahan dan kelemahan dapat terjadi akibat beberapa kondisi kesehatan yang menyebabkan terganggunya metabolisme tubuh dan menyebabkan risiko komplikasi lanjut
- 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional  
Rasional : Kelelahan fisik dan emosional dapat menjadi penyebab utama terjadinya intoleransi aktivitas. Kelelahan tidak hanya pada fisik seperti kondisi penyakit atau aktivitas berlebih namun juga pada emosional dimana stress dan kondisi psikologis lainnya juga dapat menyebabkan kelelahan
- 3) Monitor pola tidur

Rasional : Tidur yang cukup dapat menurunkan perasaan lelah dan lemah, berbanding jika tidur tidak cukup maka tubuh akan lebih cepat mengalami kelelahan dan produktivitas

- 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Rasional : Ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas dapat menjadi faktor kelelahan dan adanya masalah saat produktivitas.

#### Terapeutik

- 5) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)

Rasional : Lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus dapat membantu mengurangi faktor-faktor yang dapat menyebabkan kelelahan dan lemah

- 6) Lakukan latihan gerak rentang pasif dan aktif

Rasional : Latihan Gerak rentang aktif dan pasif dapat mempertahankan tonus otot selama mengalami cedera ataupun kelelahan dan mencegah terjadinya atrofi otot

- 7) Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan

Rasional : Aktivitas yang menyenangkan dapat menjadi distraksi atau pengalihan dari perasaan lelah dan lemah dan efektif mengurangi rasa sakit

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

Rasional : Duduk di tempat tidur dapat membantu meningkatkan aliran darah ke seluruh tubuh dan menurunkan risiko jatuh

## Edukasi

### 9) Anjurkan tirah baring

Rasional : Tirah baring dapat meningkatkan energi dan menurunkan perasaan lelah dan lemah serta membantu pemulihan energi

### 10) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Rasional : Melakukan aktivitas secara bertahap dapat membantu menurunkan perasaan lelah dan lemah dan memungkinkan tubuh beradaptasi dengan beban fisik yang lebih ringan sesuai dengan kondisi tubuh

### 11) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

Rasional : Kelelahan dapat menjadi tanda masalah kesehatan yang lebih seperti gangguan jantung, penyakit pernapasan atau kondisi yang dapat memperburuk keadaan sehingga perawat dapat segera melakukan evaluasi dan melakukan intervensi yang dapat menurunkan dan mencegah komplikasi yang terjadi

### 12) Anjurkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

Rasional : Strategi koping yang sesuai dapat membantu pasien lebih tenang dan mengurangi perasaan lelah yang dirasakan dan dapat mengatasi kelelahan secara mandiri

## Kolaborasi

### 13) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

Rasional : untuk memaksimalkan proses penyembuhan pasien dan nutrisi yang sesuai dapat mengurangi perasaan lelah yang dirasakan

e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan :

Ds : pasien mengatakan bahwa sulit tidur pada malam hari karena batuk sesekali yang dirasakan, pasien mulai tidur jam 21.30 terbangun jam 01.00 karena batuk, dan tidur kembali jam 03.40 dan bangun jam 05.30

Do : wajah tampak pucat, terdapat kantung mata, KU :lemah, kesadaran komposmentis, TD : 132/92 mmHg, N : 112x/m, S : 36.°C, rr : 24x/m, spO2 : 98%

Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan gangguan pola tidur teratasi dengan kriteria hasil :

1. Keluhan sulit tidur meningkat 5
2. Keluhan sering terjaga meningkat 5
3. Keluhan tidak puas tidur meningkat 5
4. Keluhan pola tidur berubah meningkat 5
5. Keluhan istirahat tidak cukup meningkat 5

Intervensi

(Dukungan Tidur)

Tindakan

Observasi

- 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur

R : Mengetahui pola aktivitas dan tidur klien

- 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/ atau psikologis)  
R : Agar perawat dapat mengetahui faktor pengganggu tidur pada klien
- 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, dan minum banyak air sebelum tidur)  
R : Agar tidak menghambat saat klien tidur

#### Terapeutik

- 4) Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu matras dan tempat tidur)  
R : Dengan modifikasi lingkungan yang nyaman maka klien dapat tidur dengan nyenyak dan nyaman
- 5) Batasi waktu tidur siang jika perlu  
R : Dengan membatasi waktu tidur siang klien dapat tidur tepat waktu di malam hari
- 6) Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur  
R : Memberikan edukasi pada klien untuk tidak stres agar pasien dapat tidur dengan nyenyak
- 7) Tetapkan jadwal tidur rutin  
R : Dengan menetapkan jadwal tidur rutin pasien dapat tidur dengan tepat waktu dan pola tidur pasien tidak berubah
- 8) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)  
R : Dengan melakukan pijat dan pengaturan posisi yang nyaman dapat memberikan kenyamanan pada klien

## Edukasi

9) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

R : Dengan tidur yang cukup saat sakit dapat membantu menjaga stamina klien tetap maksimal

10) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

R : Dengan tidur tepat waktu klien tidak akan lemah ketika bangun dari tidur

11) Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur

R : Dengan makanan dan minuman yang dapat mengganggu tidur dapat mempengaruhi tidur pada klien

12) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara non farmakologi lainnya

R : Dengan menggunakan teknik non farmakologi dan relaksasi otot dapat membantu klien tidur dengan nyenyak

f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan :

Ds : Pasien juga mengatakan merasa bingung dengan dirinya yang bisa mengalami penyakit TBC, dan kurang paham apa itu penyakit TB dan pengobatannya, dan pasien juga putus OAT

Do : pasien tampak gelisah dan bingung

Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3×24 jam diharapkan defisit pengetahuan teratasi dengan kriteria hasil :

1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 5

2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang masalah kesehatan meningkat 5
3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 5

#### Intervensi

(Edukasi kesehatan)

#### Tindakan

#### Observasi

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Rasional : Kesiapan menerima informasi menjadi acuan apakah siap untuk menerima informasi secara mendalam

#### Terapeutik

- 2) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

Rasional : Materi menjadi acuan dalam pemberian edukasi kesehatan dan juga dapat diberikan dalam bentuk media yang mudah dipahami

- 3) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

Rasional : Jadwal pendidikan kesehatan yang sesuai dapat meningkatkan pemahaman dan meningkatkan pengetahuan bagi sasaran

- 4) Berikan kesempatan untuk bertanya

Rasional : Bertanya menjadi salah satu bentuk respon dari sasaran agar dapat menjadi tolak ukur apakah sasaran tersebut belum paham atau paham dan dapat membantu dalam memberikan penjelasan kepada sasaran

#### 4. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan selesai dan dilakukan dari Tanggal 08-10 Mei 2025

##### a. Hari pertama, Kamis 08 Mei 2025

##### 1) Diagnosa I

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif antara lain : pukul 21.00 Mengukur TTV dengan hasil : TD : 132/92mmHg, N : 112×/m, S : 36,7°C, rr : 24×/m, SpO<sub>2</sub> : 98%. Pukul 21.01 Memonitor pola napas dengan hasil : rr : 24×/m. Pukul 21.02 Memonitor bunyi napas tambahan dengan hasil : terdengar bunyi suara napas tambahan ronchi dilobus kiri bawah paru. Pukul 21.03 Memonitor sputum dengan hasil : terdapat lendir berwarna kuning, ketika pasien batuk. Pukul 21.04 Memosisikan semi fowler/fowler pasien pada Tn L. N. H. Pukul 21.06 Memberikan minum air hangat pada Tn L dan menganjurkan pada keluarga untuk beri banyak minum air hangat pada pasien. Pukul 21.07 Mengajarkan teknik batuk efektif pada Tn L dengan hasil : tarik napas melalui hidung tahan 3 detik lalu hembus melalu mulut, lakukan sebanyak 3 kali dan yang ke 3 tarik napas tahan 3 detik dan dalam hitungan ke 3 batuk kuat. Pukul 21.08 Melayani therapy nebulizer pada Tn L. Pukul 21.09 Melayani injeksi Levofloxacin 500mg/IV dan ambroxol 1 tablet.

## 2) Diagnosa II

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut antara lain : Pukul 21.10 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri dengan hasil : P : pasien mengatakan nyeri dada ketika batuk, Q : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, R : nyeri di bagian dada, S : skala nyeri 4, T : nyeri yang dirasakan saat batuk saja. Pukul 21.11 Mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil : skala nyeri 4. Pukul 21.12 Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal dengan hasil : wajah pasien tampak meringis. Pukul Memberikan teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri dengan hasil : yaitu tarik napas dalam. Pukul 21.13 Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan hasil : memberitahukan pada keluarga untuk membatasi jumlah pengunjung agar dapat mengurangi kebisingan yang memperberat rasa nyeri. Pukul 21.14 Menganjurkan pada Tn L untuk memonitor nyeri secara mandiri yaitu dengan cara tarik napas dalam. Pukul 22.00 melayani injeksi paracetamol 1gr/IV.

## 3) Diagnosa III

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi antara lain :

Pukul 22.01 Mengidentifikasi status nutrisi dengan hasil : pasien mengatakan nafsu makan menurun/berkurang makan 3 kali sehari dalam sekali makan hanya mampu menghabiskan 2-3 sendok

makan yang disajikan dengan konsistensi lunak dan jenis makanan diet tinggi kalori dan protein seperti bubur, sayuran hijau, telur, daging, minum 7-8 gelas/hari. Pukul 22.02 Mengidentifikasi makanan yang disukai dengan hasil : pasien mengatakan menyukai makan nasi padang. Pukul 22.03 Memonitor berat badan pasien dengan hasil : BB : 46kg. Pukul 22.04 Menganjurkan pada keluarga untuk menyajikan makanan yang menarik dan dalam kondisi hangat. Pukul 22.05 Menganjurkan pada Tn L untuk melakukan oral hygiene/menggosok gigi sebelum makan. Pukul 22.06 Memonitor asupan makanan dengan hasil : sekali makan pasien hanya mampu menghabiskan 2-3 sendok saja. Pukul 22.10 Menganjurkan pada pasien untuk makan diet tinggi kalori dan protein seperti telur, ikan, dan buah alpukat.

#### 4) Diagnosa IV

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah intoleransi aktivitas antara lain : Pukul 22.11 Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan dengan hasil : pasien mengatakan mengeluh sulit melakukan aktivitas karena kedua kaki terasa lemah dan berat. Pukul 22.12 Memonitor lokasi dan ketidakmampuan selama melakukan aktivitas dengan hasil : pasien mengatakan tidak nyaman melakukan aktivitas karena ekstremitas bawah mengalami lemah dan berat. Pukul 22.13 Menganjurkan pasien tirah baring. Pukul 22.14 Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas sesuai batas kemampuan pasien dengan hasil

: aktivitas pasien dibantu keluarga seperti ke kamar mandi. Pukul 22.15 Menganjurkan pada pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil : seperti bangun dari tempat tidur dan duduk di tempat tidur, berjalan pelan-pelan ke kamar mandi.

5) Diagnosa V

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan pola tidur antara lain : Pukul 22.16 Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur pasien dengan hasil : pasien mengatakan bahwa sulit tidur pada malam hari karena batuk sesekali yang dirasakan, pasien mulai tidur jam 21.30 terbangun jam 01.00 karena batuk, dan tidur kembali jam 03.40 dan bangun jam 05.30. Pukul 22.17 Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dengan hasil : pasien mengatakan karena batuk sehingga menyebabkan sulit tidur pada malam hari. Pukul 22.18 Menganjurkan pada keluarga untuk mematikan lampu ketika tidur dan batasi jumlah pengunjung. Pukul 22.19 Memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur dengan hasil : memotivasi pasien untuk tidak memikirkan hal-hal negatif sebelum tidur. Pukul 22.20 Menganjurkan pada Tn L untuk menepati kebiasaan waktu tidur.

6) Diagnosa VI

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan pola tidur antara lain : Pukul 22.21 Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan pasien menerima informasi dengan hasil : pasien mengatakan siap menerima informasi tentang masalah kesehatan

yang di alami. Pukul 22.22 Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan motivasi hidup bersih dan sehat. Pukul 22.23 Menyediakan materi dan pendidikan kesehatan dengan hasil : leaflet tentang penyakit TB Paru. Pukul 22.23 Memberikan kesempatan untuk bertanya. Pukul 22.24 Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan dengan hasil : menjelaskan pada pasien dan keluarga jika pasien putus OAT, bakteri TB yang masih hidup bisa menjadi kebal terhadap OAT, sehingga pengobatan menjadi lebih sulit dan lama, selain itu pasien bisa sakit kembali dan penyakit tersebut berpotensi menularkan ke orang lain.

b. Hari kedua, Jumat 09 Mei 2025

1) Diagnosa I

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif antara lain : pukul 21.00 Mengukur TTV dengan hasil : TD : 130/80mmHg, N : 112×/m, S : 36,7°C, RR : 24×/m, SpO2 : 98%. Pukul 21.01 Memonitor pola napas dengan hasil : RR : 24×/m. Pukul 21.02 Memonitor bunyi napas tambahan dengan hasil : masih terdengar bunyi suara napas tambahan ronchi dilobus kiri bawah paru. Pukul 21.03 Memonitor sputum dengan hasil : masih terdapat lendir berwarna kuning, ketika pasien batuk. Pukul 21.04 Memosisikan semi fowler/fowler pada Tn L. N. H. Pukul 21.06 Memberikan minum air hangat pada Tn L dan menganjurkan pada keluarga untuk beri banyak minum air hangat pada pasien.

Pukul 21.07 Mengajarkan teknik batuk efektif pada Tn L dengan hasil : tarik napas melalui hidung tahan 3 detik lalu hembus melalui mulut, lakukan sebanyak 3 kali dan yang ke 3 tarik napas tahan 3 detik dan dalam hitungan ke 3 batuk kuat. Pukul 21.08 Melayani therapy nebulizer pada Tn L. Pukul 21.09 Melayani injeksi Levofloxacin 500mg/IV dan ambroxol 1 tablet.

## 2) Diagnosa II

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut antara lain : Pukul 21.10 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri dengan hasil : P : pasien mengatakan nyeri dada ketika batuk, Q : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk berkurang, R : nyeri di bagian dada, S : skala nyeri 2, T : nyeri yang dirasakan saat batuk saja. Pukul 21.11 Mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil : skala nyeri 2. Pukul 21.12 Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal dengan hasil : wajah pasien tampak meringis. Pukul Memberikan teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri dengan hasil : yaitu tarik napas dalam. Pukul 21.13 Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan hasil : memberitahukan pada keluarga untuk membatasi jumlah pengunjung agar dapat mengurangi kebisingan yang memperberat rasa nyeri. Pukul 21.14 Mengajarkan pada Tn L untuk memonitor nyeri secara mandiri yaitu dengan cara tarik napas dalam. Pukul 22.00 melayani injeksi paracetamol 1gr/IV.

### 3) Diagnosa III

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi antara lain :

Pukul 22.01 Mengidentifikasi status nutrisi dengan hasil : pasien mengatakan nafsu makan menurun/berkurang makan 3 kali sehari dalam sekali makan hanya mampu menghabiskan 4-5 sendok makan yang disajikan dengan konsistensi lunak dan jenis makanan diet tinggi kalori dan protein seperti bubur, sayuran hijau, telur, daging, minum 7-8 gelas/hari. Pukul 22.02 Mengidentifikasi makanan yang disukai dengan hasil : pasien mengatakan menyukai makan nasi padang. Pukul 22.03 Memonitor berat badan pasien dengan hasil : BB : 46kg. Pukul 22.04 Menganjurkan pada keluarga untuk menyajikan makanan yang menarik dan dalam kondisi hangat. Pukul 22.05 Menganjurkan pada Tn L untuk melakukan oral hygiene/menggosok gigi sebelum makan. Pukul 22.06 Memonitor asupan makanan dengan hasil : sekali makan pasien hanya mampu menghabiskan 4-5 sendok saja. Pukul 22.10 Menganjurkan pada pasien untuk makan diet tinggi kalori dan protein seperti telur, ikan, dan buah alpukat.

### 4) Diagnosa IV

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah intoleransi aktivitas antara lain : Pukul 22.11 Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan dengan hasil : pasien mengatakan masih mengeluh sulit melakukan aktivitas karena

kedua kaki terasa lemah dan berat. Pukul 22.12 Memonitor lokasi dan ketidakmampuan selama melakukan aktivitas dengan hasil : pasien mengatakan tidak nyaman melakukan aktivitas karena ekstremitas bawah mengalami lemah dan berat. Pukul 22.13 Menganjurkan pasien tirah baring. Pukul 22.14 Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas sesuai batas kemampuan pasien dengan hasil : aktivitas pasien dibantu keluarga seperti ke kamar mandi. Pukul 22.15 Menganjurkan pada pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil : seperti bangun dari tempat tidur dan duduk di tempat tidur, berjalan pelan-pelan ke kamar mandi.

#### 5) Diagnosa V

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan pola tidur antara lain : Pukul 22.16 Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur pasien dengan hasil : pasien mengatakan bahwa sulit tidur pada malam hari karena batuk sesekali yang dirasakan, pasien mulai tidur jam 21.30 terbangun jam 01.00 karena batuk, dan tidur kembali jam 01.30 dan bangun jam 05.30. Pukul 22.17 Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dengan hasil : pasien mengatakan karena batuk sehingga menyebabkan sulit tidur pada malam hari. Pukul 22.18 Menganjurkan pada keluarga untuk mematikan lampu ketika tidur dan batasi jumlah pengunjung. Pukul 22.19 Memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur dengan hasil : memotivasi pasien untuk tidak memikirkan hal-hal

negatif sebelum tidur. Pukul 22.20 Menganjurkan pada Tn L untuk menepati kebiasaan waktu tidur.

6) Diagnosa VI

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah defisit pengetahuan antara lain : Pukul 22.21 Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan pasien menerima informasi dengan hasil : pasien mengatakan siap menerima informasi tentang masalah kesehatan yang di alami. Pukul 22.22 Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan motivasi hidup bersih dan sehat. Pukul 22.23 Menyediakan materi dan pendidikan kesehatan dengan hasil : leaflet tentang penyakit TB Paru. Pukul 22.23 Memberikan kesempatan untuk bertanya. Pukul 22.24 Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan dengan hasil : menjelaskan pada pasien dan keluarga jika pasien putus OAT, bakteri TB yang masih hidup bisa menjadi kebal terhadap OAT, sehingga pengobatan menjadi lebih sulit dan lama, selain itu pasien bisa sakit kembali dan penyakit tersebut berpotensi menularkan ke orang lain

c. Evaluasi

Hari pertama, Kamis 07 Mei 2025

1) Diagnosa pertama

S : Pasien mengatakan pasien mengatakan masih batuk disertai lendir berwarna kuning

O : Terdapat suara napas tambahan ronchi dilobus kiri bawah paru, terdapat lendir berwarna kuning ketika batuk, TD : 132/92mmHg, N : 112×/m, S : 36,7°C, rr : 24×/m, SPO<sub>2</sub> : 98%.

A : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 1-8

2) Diagnosa kedua

S : Pasien mengatakan merasa nyeri dada saat batuk

O : wajah pasien tampak meringis, skala nyeri 4, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri saat batuk, TD : 132/92mmHg, N : 112×/m, S : 36,7°C, rr : 24×/m, SPO<sub>2</sub> : 98%.

A : Masalah nyeri akut belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 1-7

3) Diagnosa ketiga

S : Pasien mengatakan nafsu makan menurun/berkurang makan 3 kali sehari dalam sekali makan hanya mampu menghabiskan 4-5 sendok makan yang disajikan

O : 1 porsi makan hanya menghabiskan 2-3 sendok makan saja, BB : 46kg, pasien tampak kurus

A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 1-7

4) Diagnosa keempat

S : Pasien mengatakan masih mengeluh sulit melakukan aktivitas karena kedua kaki terasa lemah dan berat.

O : ADL dibantu oleh keluarga seperti ke kamar mandi, makan, berpakaian

A : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 1-5

5) Diagnosa kelima

S : Pasien mengatakan bahwa sulit tidur pada malam hari karena batuk sesekali yang dirasakan, pasien mulai tidur jam 21.30 terbangun jam 01.00 karena batuk, dan tidur kembali jam 01.30 dan bangun jam 05.30

O : Terdapat kantung mata, pasien tampak sering menguap, TD : 132/92mmHg, N : 112×/m, S : 36,7°C, RR : 24×/m, SPO<sub>2</sub> : 98%.

A : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 1-6

6) Diagnosa keenam

S : Pasien dan keluarga mengatakan sudah sedikit paham tentang masalah kesehatan yang dialami pasien yaitu penyakit Tb Paru penyebab, dan pengobatan

O : Pasien dan keluarga sangat antusias mendengarkan penjelasan, pasien mampu menjelaskan kembali tentang pentingnya minum OAT secara rutin

A : Masalah defisit pengetahuan teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan 1-5

Hari kedua Jumaat 08 Mei 2025

1) Diagnosa pertama

S : Pasien mengatakan batuk disertai lendir berwarna kuning berkurang

O : Masih terdapat suara napas tambahan ronchi dilobus kiri bawah paru, masih terdapat lendir berwarna kuning ketika batuk, TD : 130/80mmHg, N : 112×/m, S : 36,7°C, RR : 24×/m, SPO<sub>2</sub> : 98%.

A : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 1-8

2) Diagnosa kedua

S : Pasien mengatakan merasa nyeri dada saat batuk berkurang

O : Ekspresi meringis berkurang, skala nyeri 2, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri saat batuk berkurang, TD : 130/80mmHg, N : 112×/m, S : 36,7°C, rr : 24×/m, SPO<sub>2</sub> : 98%.

A : Masalah nyeri akut sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 1-7

3) Diagnosa ketiga

S : Pasien mengatakan nafsu makan bertambah makan 3 kali sehari dalam sekali makan mampu menghabiskan 5-6 sendok makan yang disajikan

O : 1 porsi makan dihabiskan 5-6 sendok makan, BB : 46kg, pasien tampak kurus, belum ada peningkatan berat badan

A : Masalah defisit nutrisi teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan 1-7

4) Diagnosa keempat

S : Pasien mengatakan masih mengeluh sulit melakukan aktivitas karena kedua kaki masih terasa lemah dan berat.

O : ADL dibantu oleh keluarga seperti ke kamar mandi, makan, berpakaian

A : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 1-5

5) Diagnosa kelima

S : Pasien mengatakan sudah bisa tidur pada malam hari karena batuk berkurang, pasien mulai tidur jam 21.30 terbangun jam 01.00 karena batuk sesekali, dan tidur kembali jam 01.30 dan bangun jam 05.30

O : Terdapat kantung mata, pasien tampak sering menguap berkurang, TD : 130/80mmHg, N : 112×/m, S : 36,7°C, rr : 24×/m, SPO<sub>2</sub> : 98%.

A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 1-6

6) Diagnosa keenam

S : Pasien dan keluarga mengatakan sudah sedikit paham tentang masalah kesehatan yang dialami pasien yaitu penyakit Tb Paru penyebab, dan pengobatan

O : Pasien dan keluarga sangat antusias mendengarkan penjelasan, pasien mampu menjelaskan kembali tentang pentingnya minum OAT secara rutin

A : Masalah defisit pengetahuan teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan 1-5

#### Catatan Perkembangan Hari Sabtu 10 Mei 2025

##### 1) Diagnosa pertama

S : Pasien mengatakan batuk disertai lendir berwarna kuning berkurang

O : Masih terdapat suara napas tambahan ronchi dilobus kiri bawah paru, masih terdapat sedikit lendir berwarna kuning ketika batuk, TD : 120/80mmHg, N : 111×/m, S : 36,6°C, rr : 24×/m, SPO<sub>2</sub> : 98%.

A : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 1-5

I : Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif antara lain : pukul 14.00 Mengukur TTV dengan hasil : TD : 120/80mmHg, N : 111×/m, S : 36,6°C, rr : 24×/m, SPO<sub>2</sub> : 98%. Pukul 14.01 Memonitor kembali pola napas dengan hasil : rr : 24×/m. Pukul 14.02 Memonitor bunyi napas tambahan dengan hasil : masih terdengar bunyi suara napas tambahan ronchi dilobus kiri bawah paru. Pukul 14.03 Memonitor sputum dengan hasil : masih terdapat sedikit lendir berwarna kuning, ketika pasien batuk. Pukul 14.06 Memberikan minum air hangat pada Tn L dan menganjurkan pada keluarga untuk beri banyak minum air hangat pada pasien. Pukul 14.07 Mengajarkan teknik batuk efektif pada Tn L dengan hasil : tarik napas melalui

hidung tahan 3 detik lalu hembus melalui mulut, lakukan sebanyak 3 kali dan yang ke 3 tarik napas tahan 3 detik dan dalam hitungan ke 3 batuk kuat. Pukul 14.15 Melayani therapy nebulizer pada Tn L. Pukul 14.20 Melayani injeksi Levofloxacin 500mg/IV dan ambroxol 1 tablet.

E : Pasien mengatakan batuk disertai lendir berwarna kuning berkurang, masih terdapat suara napas tambahan ronchi dilobus kiri bawah paru, masih terdapat lendir sedikit berwarna kuning ketika batuk, TD : 120/80mmHg, N : 111×/m, S : 36,6°C, rr : 24×/m, SPO<sub>2</sub> : 98%.

## 2) Diagnosa kedua

S : Pasien mengatakan merasa nyeri dada saat batuk berkurang

O : Ekspresi meringis berkurang, skala nyeri 2, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri saat batuk berkurang, TD : 120/80mmHg, N : 111×/m, S : 36,6°C, rr : 24×/m, SPO<sub>2</sub> : 98%.

A : Masalah nyeri akut teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 1-4

I : Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut antara lain : Pukul 14.21 Mengkaji ulang lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri dengan hasil : nyeri dada saat batuk berkurang, skala nyeri 0. Pukul 14.22 Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal dengan hasil : ekspresi rileks. Pukul 14.23 Memberikan teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri dengan hasil : yaitu tarik napas dalam. Pukul 14.24 Menganjurkan

pada Tn L untuk memonitor nyeri secara mandiri yaitu dengan cara tarik napas dalam. Pukul 14.25 melayani injeksi paracetamol 1gr/IV.

E : Pasien mengatakan merasa nyeri dada saat batuk berkurang, Ekspresi meringis berkurang, skala nyeri 2, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri saat batuk berkurang, TD : 120/80mmHg, N : 111×/m, S : 36,6°C, rr : 24×/m, SPO<sub>2</sub> : 98%.

### 3) Diagnosa ketiga

S : Pasien mengatakan nafsu makan bertambah makan 3 kali sehari dalam sekali makan mampu menghabiskan setengah porsi makan yang disajikan

O : 1 porsi makan dihabiskan setengah porsi makan, BB : 46 kg, pasien tampak kurus, belum ada peningkatan berat badan

A : Masalah defisit nutrisi teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan 1-5

I : Pukul 14.30 Melayani makan minum pasien. Pukul 14.31 Memonitor asupan makan pasien dengan hasil : 1 porsi makan pasien mampu menghabiskan setengah porsi. Pukul 14.32 Menganjurkan pasien tetap diet tinggi kalori dan protein dengan hasil : seperti sayuran hijau, putih telur, daging, ikan. Pukul 14.33 Menganjurkan pada keluarga untuk menyajikan makanan yang disukai dengan tampilan menarik serta masih dalam kondisi hangat. Pukul 14.34 Menganjurkan pada pasien untuk makan sedikit demi sedikit tapi sering.

E : Pasien mengatakan nafsu makan bertambah makan 3 kali sehari dalam sekali makan mampu menghabiskan setengah porsi makan yang disajikan, 1 porsi makan menghabiskan setengah porsi makan, BB : 46kg, pasien tampak kurus, belum ada peningkatan berat badan

#### 4) Diagnosa keempat

S : Pasien mengatakan masih mengeluh sulit melakukan aktivitas karena kedua kaki masih terasa lemah dan berat.

O : KU baik ADL dibantu oleh keluarga seperti ke kamar mandi, makan, berpakaian : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 1-3

I : Pukul 14.35 Memonitor kelelahan fisik pasien dengan hasil : pasien mengatakan kedua kaki masih terasa lemah dan berat, lelah sedikit berkurang. Pukul 14.36 Menganjurkan pada pasien untuk melakukan aktivitas sesuai batas kemampuan pasien dengan hasil : pasien sudah dapat melakukan aktivitas seperti pergi ke kamar mandi secara mandiri. Pukul 14.37 Memonitor pasien melakukan aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan seperti mobilisasi ke kamar mandi sesuai toleransi pasien untuk mencegah kekakuan pada sendi.

E : Pasien mengatakan masih mengeluh sulit melakukan aktivitas karena kedua kaki masih terasa lemah dan berat, KU baik ADL dibantu oleh keluarga seperti ke kamar mandi, makan, berpakaian.

#### 5) Diagnosa kelima

S : pasien mengatakan sudah bisa tidur pada malam hari karena batuk berkurang, pasien mulai tidur jam 21.00 terbangun jam 01.00 karena batuk sesekali, dan tidur kembali jam 01.20 dan bangun jam 05.30

O : tidak terdapat kantung mata, TD : 120/80mmHg, N : 111×/m, S : 36,6°C, RR : 24×/m, Spo2 : 98%.

A : Masalah gangguan pola tidur teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 1-5

I : Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan pola tidur antara lain : Pukul 14.40 Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur pasien dengan hasil : pasien mengatakan sudah bisa tidur pada malam hari karena batuk berkurang, pasien mulai tidur jam 21.00 terbangun jam 01.00 karena batuk sesekali, dan tidur kembali jam 01.20 dan bangun jam 05.30. Pukul 14.41 Menganjurkan pada keluarga untuk mematikan lampu ketika tidur dan batasi jumlah pengunjung. Pukul 14.42 Memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur dengan hasil : memotivasi pasien untuk tidak memikirkan hal-hal negatif sebelum tidur. Pukul 14.43 Menganjurkan pada Tn L untuk menepati kebiasaan waktu tidur.

E : pasien mengatakan sudah bisa tidur pada malam hari karena batuk berkurang, pasien mulai tidur jam 21.00 terbangun jam 01.00 karena batuk sesekali, dan tidur kembali jam 01.20 dan

bangun jam 05.30, tidak terdapat kantung mata, TD : 120/80mmHg, N : 111×/m, S : 36,6°C, rr : 24×/m, SPO<sub>2</sub> : 98%.

6) Diagnosa keenam

S : Pasien dan keluarga mengatakan sudah paham tentang masalah kesehatan yang dialami pasien yaitu penyakit Tb Paru penyebab, dan pengobatan

O : Pasien dan keluarga sangat antusias mendengarkan penjelasan, pasien mampu menjelaskan kembali tentang pentingnya minum OAT secara rutin

A : Masalah defisit pengetahuan teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan 1-2

I : Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah defisit pengetahuan antara lain : Pukul 14.44 Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan dengan hasil : menjelaskan pada pasien dan keluarga jika pasien putus OAT, bakteri TB yang masih hidup bisa menjadi kebal terhadap OAT, sehingga pengobatan menjadi lebih sulit dan lama, selain itu pasien bisa sakit kembali dan penyakit tersebut berpotensi menularkan ke orang lain. Pukul 14.45 Menganjurkan pada keluarga untuk memakai masker ketika berada di dalam ruangan untuk menjaga pasien.

E : Pasien dan keluarga mengatakan sudah paham tentang masalah kesehatan yang dialami pasien yaitu penyakit Tb Paru penyebab, penularan dan pengobatan, Pasien dan keluarga sangat antusias

mendengarkan penjelasan, pasien mampu menjelaskan kembali tentang pentingnya minum OAT secara rutin

## **B. Pembahasan**

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan tuberkulosis paru menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada Tn L. N. H di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende.

### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis, mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien. Hasil pengkajian pada studi kasus Tn L. N. H ditemukan Pasien mengatakan batuk lendir berwarna kuning ± 1 bulan, nafsu makan menurun karena mual, pasien mengatakan nyeri dada saat batuk, pasien mengatakan badan terasa lemah, pasien mengatakan sulit melakukan aktivitas seperti makan, toilet, berpakaian, karena kedua kaki terasa lemah dan berat, pasien mengatakan bahwa sulit tidur pada malam hari karena batuk sesekali yang dirasakan, pasien mengatakan merasa bingung dengan dirinya yang bisa mengalami penyakit TBC, dan kurang paham apa itu penyakit TB dan pengobatannya, dan pasien juga putus OAT, wajah tampak pucat, terdapat kantung mata, ADL dibantu keluarga, KU : lemah, pasien mengatakan nyeri dada ketika

batuk, skala nyeri 4, terdapat bunyi napas tambahan ronchi dilobus kiri paru bawah, wajah tampak meringis.

Menurut Sari Kartika Girin dkk (2022) tanda dan gejala pasien dengan Tb Paru yaitu mudah berkeringat pada malam hari, batuk berdarah, demam, sesak napas, namun pada kasus nyata yang dilakukan penelitian selama 3 hari tanda dan gejala seperti teori di atas tidak muncul pada pasien Tb Paru, karena pasien ini baru menderita penyakit Tb Paru  $\pm$  3 bulan terakhir dan sudah mendapatkan pengobatan selama 1 hari di RS.

Dari data di atas menunjukkan adanya kesenjangan yaitu data yang ada pada teori sebagian tidak ada pada kasus nyata Tn L. N. H seperti berkeringat pada malam hari, demam (suhu tubuh meningkat) dan batuk berdarah, sesak napas, karena pasien ini baru menderita Tb Paru  $\pm$  3 bulan, dan sebelum dilakukan penelitian selama 3 hari pasien sudah dirawat selama 1 hari di Rumah Sakit sehingga pasien sudah sedikit membaik dan mendapatkan pengobatan, sedangkan menurut penelitian Tewoldemedhin Berket dkk (2024) dalam National Library Of Medicine (NIH) mengatakan demam dan berkeringat pada malam hari pada pasien TB Paru sering terjadi karena terdapat interaksi konstan antara respons imun host dan jumlah bakteri yang memacu produksi sitokin proinflamasi sehingga memberi rangsangan pada hipotalamus untuk menaikkan set point yang menyebabkan demam tingkat tinggi sehingga terjadi vasodilatasi dan peningkatan keringat pada malam hari untuk menurunkan demam tersebut.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara kasus nyata dan teori yaitu pada kasus nyata tidak ada keluhan batuk disertai darah dan sesak

napas sedangkan menurut Saputri dan Oktariani (2023) gejala umum pada pasien TB Paru seperti batuk disertai darah dan sesak napas hal tersebut terjadi karena kuman Tuberculosis yang masuk ke saluran pernapasan akan menginfeksi saluran pernapasan bawah dan dapat menimbulkan terjadinya batuk produktif dan darah. Hal ini akan menurunkan fungsi kerja silia dan mengakibatkan penumpukkan sekret pada saluran pernapasan, sehingga mengakibatkan gangguan kebutuhan oksigenasi salah satunya yakni sesak napas. Direkomendasikan jika pasien mengalami demam disarankan pada keluarga dan pasien untuk melakukan atau mengatasi dengan kompres hangat dibagian aksila dan dahi, jika demam tidak turun segera ke Fasilitas kesehatan.

## 2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respons individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual maupun potensial.

Menurut Ashar dkk, (2023). Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan Tb Paru dalam teori yaitu 9 diagnosa seperti bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, hipertermi, risiko infeksi, gangguan pertukaran gas, gangguan pola tidur, defisit nutrisi, intoleransi aktivitas, nyeri akut, namun dalam kasus nyata hanya 6 masalah keperawatan yang muncul pada Tn L.N. H yaitu bersihan jalan napas tidak efektif, nyeri akut, defisit nutrisi, intoleransi aktivitas, gangguan pola tidur, defisit pengetahuan, dikarenakan pasien baru mengalami Tb Paru ± 3 bulan. Masalah defisit pengetahuan muncul pada kasus nyata karena pasien belum

memahami mengenai pengobatan yang harus dijalankan pada pasien Tb Paru penyebab, serta penyakit dari Tb itu sendiri sehingga penyakit Tb Paru kambuh karena pasien putus OAT. Diagnosa yang tidak ditemukan pada Tn L. N. H adalah diagnosa keperawatan gangguan pertukaran gas tidak ditemukan karena pada pasien tidak menunjukkan adanya penurunan kapasitas difusi yang disebabkan oleh menurunnya luas permukaan difusi, masalah pola napas tidak efektif juga tidak ditemukan karena tidak ada pernapasan cuping hidung, sesak napas dan pernapasan pasien normal ( $24 \times /m$ ), masalah hipertermi tidak ditemukan karena suhu tubuh normal ( $S : 36,7^{\circ}C$ ), masalah risiko penyebaran infeksi tidak ditemukan karena pasien sering menggunakan masker ketika batuk, dan menutup mulut menggunakan tisu ketika batuk.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara kasus nyata dan teori di mana pada kasus nyata tidak ditemukan masalah keperawatan gangguan pertukaran gas, pola napas tidak efektif, risiko penyebaran infeksi dan hipertermi, sedangkan menurut penelitian Rofi'i Muhamad (2021), masalah keperawatan gangguan pertukaran gas biasanya sering muncul pada pasien dengan Tb Paru karena adanya penurunan kapasitas difusi yang disebabkan oleh menurunnya luas permukaan difusi, masalah keperawatan pola napas tidak efektif sering muncul pada pasien Tb Paru karena ada pernapasan cuping hidung, sesak napas, dan retraksi dinding dada, masalah keperawatan risiko penyebaran infeksi sering muncul pada pasien Tb Paru karena batuk tidak menutup mulut dan buang tisu sembarangan, masalah keperawatan hipertemi biasanya sering muncul karena pasien dengan Tb

Paru, imun tubuh akan melawan infeksi bakteri sehingga terjadi demam dan meningkatnya keringat pada malam hari.

### 3. Intervensi

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk terapi yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan pemulihan dari kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas.

Intervensi dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien. Intervensi pada Tn. L. N. H. Di antaranya manajemen jalan napas, manajemen nyeri, manajemen nutrisi, manajemen energi, dukungan tidur, edukasi kesehatan. Intervensi keperawatan di atas sesuai dengan teori yang disusun oleh Puspita Dufa mifja (2023) yaitu : manajemen jalan napas, manajemen nyeri, manajemen nutrisi, manajemen energi, dukungan tidur, edukasi kesehatan. untuk bersihan jalan napas tidak efektif 8 intervensi, Nyeri akut 7 intervensi, Defisit nutisi 7 intervensi, Intoleransi aktivitas 5 intervensi, Gangguan pola tidur 6 intervensi, Defisit pengetahuan 5 intervensi. Hal ini menunjukkan bahwa tidak semua intervensi dapat dilakukan namun harus sesuai dengan masalah dan tersedianya fasilitas dan sarana pendukung lainnya. Maka direkomendasikan kepada pasien dan keluarga untuk tetap mempertahankan beberapa intervensi yang belum tercapai untuk mencapai kesembuhan pasien yang optimal.

### 4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan tahap keempat dari proses keperawatan, di mana perawat melaksanakan rencana tindakan keperawatan

yang telah dibuat untuk membantu klien mencapai tujuan kesehatan yang diharapkan. Ini melibatkan berbagai kegiatan, baik langsung maupun tidak langsung, yang berfokus pada pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif.

Pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah dibuat terdapat 1 rencana yang tidak dilakukan yaitu kolaborasi pemberian bronkodilator (Pengisapan lendir). Rencana tersebut tidak dilakukan karena pasien dapat melakukan batuk efektif secara mandiri.

## 5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan proses sistematis dan berkelanjutan untuk menilai pencapaian tujuan perawatan yang telah ditetapkan, serta efektivitas rencana dan tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dan merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur responden pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien ke arah pencapaian tujuan. Setelah dilaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari, masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian dengan hasil: pasien masih batuk sesekali, bunyi napas ronchi masih terdengar. Masalah nyeri akut teratasi dengan hasil : pasien mengatakan nyeri dada saat batuk tidak lagi, skala nyeri 0 dan ekspresi rileks. Masalah defisit nutrisi teratasi sebagian dengan hasil : pasien mengatakan mual tidak lagi, nafsu makan membaik dengan porsi makan yang di habiskan meningkat yaitu 5-6 sendok makan, belum ada peningkatan berat badan. Masalah intoleransi aktivitas

teratasi sebagian dengan hasil: lemah berkurang, ADL mandiri. Masalah gangguan pola tidur teratasi dengan hasil: pasien dapat tidur nyenyak pada malam hari, tidak terdapat kantong mata. Masalah defisit pengetahuan teratasi dengan hasil: pasien dan keluarga sudah memahami penyakit Tb, penyebab dan pengobatan.

Menurut Ahli Rahman (2022) tujuan setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 hari pada pasien Tb paru maka masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil : produksi sputum menurun dan suara napas pasien vesikuler. Masalah defisit nutrisi teratasi dengan kriteria hasil : nafsu makan dan porsi makan dan porsi makan yang dihabiskan meningkat serta berat badan membaik/meningkat. Masalah intoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil: keluhan lelah menurun dan ADL mandiri.

Hasil data di atas menunjukkan adanya kesenjangan antara hasil evaluasi pada teori dan kasus Tn L. N. H. Yaitu masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi, defisit nutrisi teratasi sebagian, intoleransi aktivitas teratasi sebagian, di mana kondisi ini tidak sesuai dengan harapan dan tujuan yang ada di terori itu terjadi karena butuh waktu yang lama sehingnga perlunya di tingkatkan implementasi yang sesuai dan kepatuhan minum obat sesuai jadwal. Oleh karena itu beberapa implementasi ini harus terus dipertahankan untuk mencapai kesembuhan pasien sehingga pasien bisa keluar dari proses keperawatan.

