

BAB IV

HASIL STUDI KASUS

A. Hasil studi kasus

1. Gambaran lokasi studi kasus

Lokasi penelitian dilakukan di Puskesmas Rukun Lima Kecamatan Ende Selatan yang berada di Jln. Martha Dinata Kelurahan Rukun Lima. Studi kasus ini dilakukan di rumah pasien Ny. S. D di Jln. R. W Monginsidi Boanawa RT 03/ RW 09 Kelurahan Rukun Lima.

2. Pengkajian keperawatan

Pengkajian dilakukan pada hari Rabu 28 Mei 2025 jam 11:00 tepatnya di rumah Ny. S. D di Jln. R.W Monginsidi Boanawa RT 03/ RW 09 Kelurahan Rukun Lima.

A. Pengumpulan data

a) Wawancara

1. Biodata klien

Pasien berinisial Ny. S. D berumur 28 tahun, berjenis kelamin perempuan, pekerjaan sebagai pegawai swasta, pendidikan terakhir S1, beralamat di Jln R.W Monginsidi Boanawa, beragama Katholik, dengan diagnosa medis Tuberculosis Paru.

2. Biodata penanggung jawab

Klien berinisial Ny. B. D, berumur 52 tahun, pekerjaan IRT, beralamat di Jln. R. W Monginsidi Boanawa, hubungan dengan pasien ibu kandung.

b) Riwayat kesehatan

1. Keluhan utama

Pasien mengatakan sesak napas, batuk berlendir berwarna kuning.

2. Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan sesak napas, batuk berlendir berwarna kuning sejak bulan Januari tahun 2025. Saat pasien mengalami sesak dan batuk pasien langsung melakukan pemeriksaan ke dokter dan dokter mendiagnosa ada infeksi pada tenggorokan. Pasien mengatakan ia mendapat obat dari dokter, namun pasien lupa dengan nama obat tersebut.

3. Perjalanan penyakit saat ini

Pasien mengatakan pada tahun 2023 ia mengalami batuk berdarah lebih dari 5 hari. Namun pasien mengatakan ia tidak melakukan pemeriksaan kesehatan di fasilitas kesehatan maupun ke dokter.

pada tahun 2023-2024 pasien mengatakan ia mengalami batuk kering dan tidak berlendir. pasien mengatakan dengan sakitnya ini juga ia tidak melakukan pemeriksaan ke dokter maupun puskesmas, namun ia mengonsumsi obat misagrip dan ramuan madu dan kunyit. Pasien mengatakan nafsu makan menjadi

menurun, demam pada malam hari, dan keringat pada malam hari. Bulan April 2025 pasien mengatakan ia melakukan pemeriksaan di Puskesmas Rukun Lima. Dari hasil pemeriksaan pasien baru mengetahui dirinya mengalami Tb Paru.

4. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Pasien mengatakan pada tahun 2023 ia mengalami batuk berdarah lebih dari 5 hari. Namun pasien mengatakan ia tidak melakukan pemeriksaan kesehatan di fasilitas kesehatan maupun ke dokter.

pada tahun 2023-2024 pasien mengatakan ia mengalami batuk kering dan tidak berlendir. pasien mengatakan dengan sakitnya ini juga ia tidak melakukan pemeriksaan ke dokter maupun puskesmas, namun ia mengonsumsi obat misagrip dan ramuan madu dan kunyit. Pasien mengatakan nafsu makan menjadi menurun, demam pada malam hari, dan keringat pada malam hari. Bulan April 2025 pasien mengatakan ia melakukan pemeriksaan di Puskesmas Rukun Lima. Dari hasil pemeriksaan pasien baru mengetahui dirinya mengalami Tb Paru.

c) Status kesehatan masa lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan pernah mengalami batuk berdarah lebih dari 5 hari dan batuk kering $\pm$ 1 tahun.

2) Pernah dirawat

Pasien mengatakan belum pernah dirawat

3) Alergi

Pasien mengatakan tidak ada alergi obat, makanan maupun minuman.

4) Kebiasaan (merokok/ minum kopi/ alkohol)

Pasien mengatakan dirinya minum kopi sehari 2 kali pada waktu pagi dan sore hari.

d) Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami sakit seperti dirinya sekarang.

e) Diagnosa medis dan therapy yang didapatkan sebelumnya

Pasien mengatakan pernah di diagnosa oleh dokter infeksi pada tenggorokan, pasien juga mendapatkan resep obat dari dokter pasien mengatakan sudah lupa dengan nama obat.

f) Pola kebutuhan dasar

a. Pola persepsi manajemen kesehatan

Pasien mengatakan pada tahun 2023 pasien pertama kali mengalami batuk berdarah namun pada saat itu pasien tidak melakukan pemeriksaan ke fasilitas kesehatan dan pada tahun yang sama hingga tahun 2024 pasien mengalami batuk kering tetapi pasien tidak juga melakukan pemeriksaan ke fasilitas kesehatan.

Pada tahun 2025 sekitar bulan April pasien mulai melakukan pemeriksaan kesehatan di Puskesmas Rukun Lima. Dari hasil pemeriksaan tersebut pasien mengetahui bahwa dirinya mengalami Tb Paru.

b. Pola nutrisi metabolik

Sebelum sakit pasien mengatakan makan 3 kali sehari dalam 1 porsi di habiskan. Makanan yang dikonsumsi nasi, sayur, ikan, tahu, tempe, ikan, telur. pasien minum 5-6 gelas/ hari berat badan sebelum sakit 49kg.

Saat sakit pasien mengatakan makan dalam satu hari 3-4 kali dalam 1 porsi dihabiskan 2-3 sendok makan. Makanan yang dikonsumsi nasi, sayur, telur, tempe, ikan, pasien juga mengonsumsi buah pepaya dan pisang. Saat makan pasien mengatakan tidak ada rasa mual dan muntah, berat badan saat sakit 41kg.

c. Pola eliminasi

Sebelum sakit pasien mengatakan BAB 2 kali sehari dengan konsistensi padat tidak keras, tidak ada keluhan saat BAB. Pasien mengatakan BAK 6 kali/ hari warna kuning tidak ada keluhan saat BAK.

Saat sakit pasien mengatakan BAB 2 kali sehari dengan konsistensi padat tidak ada keluhan saat BAB, BAK satu hari 7 kali/ hari berwarna kuning tidak ada keluhan saat BAK.

d. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit pasien mengatakan aktivitas seperti pergi ke kantor melakukan pekerjaan rumah seperti, mencuci piring, memasak, menyapu

Saat sakit pasien mengatakan aktivitas dibatasi, aktivitas yang dilakukan oleh pasien yaitu menyapu halaman rumah.

e. Pola kognitif dan persepsi

Saat ditanya pasien tampak paham dan menjawab pertanyaan sesuai pertanyaan yang diberikan.

f. Pola persepsi konsep diri

1. Citra diri (*body image*) : pasien mengatakan merasa dirinya mengalami perubahan fisik karena pasien sekarang tampak lebih kurus dari sebelum sakit. Pasien mengatakan merasa malu dengan kondisinya saat ini.
2. Identitas diri: pasien mengatakan dirinya adalah seorang pekerja keras, mempunyai peran aktif dilingkungan sosial seperti mengikuti kegiatan di gereja, selalu bersosialisasi dengan tetangga dan kerabat.
3. Harga diri : pasien mengatakan dirinya sangat berharga, saat sakit dirinya di terima baik oleh keluarga.
4. Peran dan fungsi : pasien mengatakan dirinya adalah seorang pekerja keras untuk memenuhi kebutuhan keluarga tetapi saat sakit pasien hanya di rumah saja pasien tidak bisa bekerja.
5. Ideal diri: pasien mengatakan dirinya ingin sembuh agar bisa bekerja kembali dan membantu perekonomian keluarga.

g. Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit pasien mengatakan istirahat siang jarang karena pasien pulang kerja sampai sore. Tidur malam dari jam 20:00 dan bangun jam 06:00.

Saat sakit pasien mengatakan tidur siang jam 11:00-13:00, pasien juga mengatakan tidur malam dari jam 19:00 namun saat tengah malam pasien kesulitan tidur karena batuk terus menerus sehingga pasien bisa kembali tidur saat jam 03.00 dan bangun jam 06:00.

h. Pola peran hubungan

Pasien adalah seorang anak, pasien juga berhubungan baik dengan anggota keluarganya, pasien juga memiliki hubungan baik dengan lingkungan, baik tetangga maupun keluarga.

i. Pola reproduksi

Pasien mengatakan mengalami menstruasi 1 minggu dalam sebulan, menstruasi lancar tidak ada keluhan saat menstruasi.

j. Pola toleransi stres-koping

Pasien mengatakan ke pikiran dengan kondisi kesehatannya dikarenakan karena sakit pasien tidak bisa bekerja sehingga ia tidak bisa membantu dalam perekonomian keluarga.

k. Pola nilai kepercayaan

Pasien mengatakan sebelum sakit dirinya rajin ke gereja dan mengikuti kegiatan di kelompok umat berbasis (KUB), saat sakit dirinya hanya berdoa di rumah.

g) Pemeriksaan fisik

1. Keadaan umum : lemah

Tingkat kesadaran : komposmentis

GCS :15 E:4 V:5 M:6

2. Tanda-tanda vital : TD: 90/70MmHg, N:112x/menit, S:36°C,

RR:28x/menit

3. Berat badan sebelum sakit: 49kg

Saat sakit: 41kg

$IMT = TB / BB = 41kg / 154cm = 41 / 1,54 \times 1,54 = 41 / 2,371 = 17,29kg$

(underweight)

$BBI = (TB - 100) - (TB - 100) \times 15\% \text{ (Wanita)}$

$= (154 - 100) - (154 - 100) \times 15\% = 45,9\%$

4. Keadaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

Kepala

I : Bentuk kepala normocephal, tampak bersih, rambut warna hitam, kulit kepala bersih, tidak ada lesi.

Mata

I : Kedua mata tampak simetris, sklera warna putih, tidak ada kelainan penglihatan, konjungtiva anemis, ,tidak ada penggunaan alat bantu penglihatan, terdapat kantung mata.

P : Tidak ada nyeri tekan, reflek pupil terhadap cahaya baik

Telinga

I : Bentuk simetris, tidak ada serume, tidak ada penggunaan alat bantu dengar.

P : Tidak ada nyeri tekan

Hidung

I : Bentuk hidung normal, tidak ada napas cuping hidung

P : Tidak ada nyeri tekan

Mulut

I : Gigi tampak masih lengkap, mukosa bibir kering, lidah tidak kotor.

Leher

I : Tidak ada lesi, trauma servikal tidak ada

P : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening

Dada

I : Bentuk dada simetris, adanya retraksi dinding dada, frekuensi pernapasan 28x/menit

P : Adanya nyeri tekan di bagian dada kanan , vokal fremitus di bagian kanan terdengar jelas menggunakan telapak tangan, di bagian kiri tidak terdengar jelas.

P : Bunyi redup

A: Saat mendengarkan menggunakan stetoskop suara napas mengi

Abdomen

I : Perut tampak simetris, tidak ada pembengkakan pada perut

A : Peristaltik usus (+) frekuensi 5-24x/menit

P : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan saat diraba

P : Tympani

Ekstremitas atas

I : Tidak ada edema, tidak ada luka gores

P : Akral teraba hangat, turgor kulit elastis, CRT ≤ 3 detik, tidak ada nyeri tekan

Ekstremitas bawah

I : Tidak ada edema, tidak ada luka gores

P : Akral hangat turgor kulit elastis, tidak ada nyeri saat ditekan pada kaki kiri dan kanan.

P : Reflek patela (+)

5. Neurologis

Keluhan subyektif (nyeri)

P: Pasien mengatakan nyeri di bagian dada

Q: Seperti diremas dan ditusuk-tusuk

R: Dada bagian kanan

S: 4-6 (nyeri sedang)

T: Hilang timbul saat batuk

6. Penatalaksanaan/pengobatan

Pemeriksaan X-Ray Thorax PA :

- a. Tampak cavitas pada apex pulmo dextra
- b. Tampak fibroinfiltrat pulmo bilateral
- c. Kedua sinus costophrenicus lancip

- d. Cor, CRT < 0,50
- e. Sistema tulang yang tervisualisasi intact

Kesan :

- TB pulmo
- Besar cor normal

Tabel 4.1 Pengobatan

No	Nama Obat	Dosis	Indikasi	Kontraindikasi
1	Obat Anti TB (OAT)	1 x 1	Untuk mengobati penyakit Tuberculosis (TBC), yaitu infeksi bakteri yang disebabkan oleh mycobacterium tuberculosis. OAT digunakan untuk membunuh atau menonaktifkan bakteri TBC dalam tubuh.	Riwayat alergi terhadap salah satu jenis OAT, gangguan fungsi hati, atau ginjal yang berat, dan penyakit tertentu yang bisa berinteraksi dengan OAT.

B. Tabulasi data

Pasien mengatakan sesak napas, batuk lendir berwarna kuning, batuk $\pm$ 1 tahun, pasien mengatakan nafsu makan menurun berat badan sebelum sakit 49kg dan saat ini 41kg, IMT: 17,29kg, BBI: 45,9%, terdapat suara napas tambahan mengi, terdapat mata panda (kantong mata), konjungtiva anemis, adanya retraksi dinding dada, akral teraba hangat, CRT $\leq$ 3 detik, pasien mengatakan makan dalam 1 hari 3-4 kali dalam 1 porsi dihabiskan 2-3 sendok, makanan yang dikonsumsi yaitu nasi, sayur, ikan, tahu, tempe dan juga buah-buahan seperti pepaya dan pisang, pasien mengatakan Saat sakit tidur siang jam 11:00-13:00, pasien juga mengatakan tidur malam dari jam 19:00 namun saat tengah malam pasien kesulitan tidur karena batuk terus menerus sehingga pasien bisa kembali

tidur saat jam 03.00 dan bangun jam 06:00, Pasien mengatakan kepikiran dengan kondisi kesehatannya dikarenakan karena sakit pasien tidak bisa bekerja sehingga ia tidak bisa membantu dalam perekonomian keluarga, Pasien mengatakan saat di rumah tidak memakai masker dan membuang sputum di tempat sampah, P: pasien mengatakan nyeri di bagian dada, Q: seperti diremas/ditekan, R: dada bagian kanan, S: 4-6 (nyeri sedang), T: hilang timbul saat batuk, keadaan umum nampak lemah, kesadaran komposmentis GCS: 15, TD: 90/70mmHg, N: 112x/menit, S:36⁰c, RR: 28x.menit, adanya retraksi dinding dada, adanya nyeri tekan di bagian dada kanan, vokal fremitus teraba jelas pada bagian kanan dan pada bagian kiri tidak teraba, bunyi perkusi redup.

C. Klasifikasi data

Ds : Pasien mengatakan sesak napas, batuk lendir berwarna kuning, batuk $\pm$ 1 tahun, pasien mengatakan nafsu makan menurun berat badan sebelum sakit 49kg pasien mengatakan makan dalam 1 hari 3-4 kali dalam 1 porsi dihabiskan 2-3 sendok, makanan yang dikonsumsi yaitu nasi, sayur, ikan, tahu, tempe dan juga buah-buahan seperti pepaya dan pisang, pasien mengatakan Saat sakit tidur siang jam 11:00-13:00, pasien juga mengatakan tidur malam dari jam 19:00 namun saat tengah malam pasien kesulitan tidur karena batuk terus menerus sehingga pasien bisa kembali tidur saat jam 03.00 dan bangun jam 06:00, Pasien mengatakan kepikiran dengan kondisi kesehatannya dikarenakan karena sakit pasien tidak bisa bekerja sehingga ia tidak bisa membantu dalam perekonomian

keluarga, Pasien mengatakan saat di rumah tidak memakai masker dan membuang sputum di tempat sampah. P: pasien mengatakan nyeri di bagian dada, Q: seperti diremas/ditekan, R: dada bagian kanan, S: 4-6 (nyeri sedang), T: hilang timbul saat batuk.

Do : Keadaan umum nampak lemah, kesaran komposmentis GCS: 15, TD: 90/70mmHg, N: 112x/menit, S:36⁰c, RR: 28x.menit, adanya retraksi dinding dada, adanya nyeri tekan di bagian dada kanan, vokal fremitus teraba jelas pada bagian kanan dan pada bagian kiri tidak teraba, bunyi perkusi redup. BB 41kg, IMT: 17,29kg, BBI: 45,9%, terdapat suara napas tambahan mengi, terdapat mata panda (kantong mata), konjungtiva anemis, adanya retraksi dinding dada, akral teraba hangat, CRT $\leq$ 3.

D. Analisa Data

Tabel 4.2 Analisa Data

No.	Sign/symprom	Etilogi	Problem
1.	Ds: pasien mengatakan batuk lendir berwarna kuning pada bulan Januari 2025 Do: keadaan umum tampak lemah, wajah tampak pucat, terdengar suara napas mengi, terdapat suara pekak saat diraba pada fremitus kiri dan fremitus kanan tidak ada suara, kesadaran komposmentis, TD: 90/70mmHg, N: 112x/,menit, S: 36 ⁰ c, RR: 24x/menit, CRT $\leq$ 3 detik	Hipersekresi jalan napas	Bersihan jalan napas tidak efektif
2.	Ds: pasien mengatakan sesak napas Do: adanya retraksi dinding, kesulitan saat inspirasi, tampak napas cepat, kesadaran komposmentis, TD:	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif

	90/70mmHg, N: 112x/menit, S:36 ⁰ c, RR: 28x/menit		
3.	Ds: pasien mengatakan nyeri dada saat batuk, P: sakit di bagian dada, Q: seperti diremas/ ditekan. R: dada kanan, S: 4-6 (nyeri sedang), T: hilang timbul saat batuk Do: wajah tampak meringis, TD: 90/70mmHg, N:112x/menit, RR: 28x/menit, S:36 ⁰ c	Agen pencedera fisik (fisik inflamasi)	Gangguan rasa nyaman nyeri
Lanjutan Tabel 4.2 Analisa Data			
4.	Ds: pasien mengatakan nafsu makan berkurang makan dalam 1 hari 3-4 kali dalam satu porsi dihabiskan 2-3 sendok, makanan yang di sajikan nasi, sayur, ikan, tempe, telur, tahu, dan juga mengonsumsi buah pepaya dan pisang. BB sebelum sakit 49kg saat sakit 41kg. Do: keadaan umum tampak lemah, pasien tampak kurus, IMT=17,29kg berat badan kurang (underweight) , BBI= 45,9%, kesadaran komposmentis, TD: 90/70mmHg, N: 112x/menit, RR: 28x/menit, S: 36 ⁰ c.	Peningkatan kebutuhan metabolisme	Defisit nutrisi
5.	Ds: pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari karena batuk dan sesak, pasien juga mengatakan tidur malam dari jam 19:00 namun saat tengah malam pasien kesulitan tidur karena batuk terus menerus sehingga pasien bisa kembali tidur saat jam 03.00 dan bangun jam 06:00 Do: keadaan umum tampak lemah, tampak pucat, ada kantung mata, konjungtiva anemis, pasien tampak menguap, kesadaran komposmentis TD:90/70mmHg,	Kurang kontrol tidur	Gangguan pola tidur

	N:112x/menit, S:36 ⁰ c RR: 28x/menit		
6.	Ds: pasien mengatakan saat di rumah berinteraksi dengan keluarga tidak memakai masker, dan membuang air liur di sembarang tempat. Do: tanda-tanda infeksi lanjutan dan tidak ada anggota keluarga atau orang terdekat yang tertular, pasien tampak tidak memakai masker, pasien tampak membuang lendir di sembarang tempat.	Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan	Risiko penyebaran infeksi
7.	Ds: pasien mengatakan cemas dengan keadaan yang dialami dan takut penyakit yang pasien derita tidak dapat di sembuhkan Do: pasien tampak gelisah dan bingung.	Kurang terpapar informasi	Ansietas.

1) Diagnosa keperawatan

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

Ds: Pasien mengatakan batuk lendir berwarna kuning pada bulan Januari 2025

Do: Keadaan umum tampak lemah, wajah tampak pucat, terdengar suara napas mengi, terdapat suara pekak saat diraba pada fremitus kiri dan fremitus kanan tidak ada suara, kesadaran komposmentis, TD: 90/70mmHg, N: 112x/menit, S: 36⁰c RR: 28x/menit

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

Ds: Pasien mengatakan sesak napas

Do: Adanya retraksi dinding, kesulitan saat inspirasi, tampak napas cepat, kesadaran komposmentis, TD: 90/70mmHg, N: 112x/menit, S:36⁰c, RR: 28x/menit

- 3) Gangguan rasa aman nyeri berhubungan dengan Agen pencedera fisik (inflamasi) berhubungan dengan :

Ds: Pasien mengatakan nyeri dada saat batuk, P: sakit di bagian dada, Q: seperti diremas/ ditekan. R: dada kanan, S: 4-6 (nyeri sedang), T: hilang timbul saat batuk

Do: Wajah tampak meringis, TD: 90/70mmHg, N:112x/menit, RR: 28x/menit, S:36⁰c.

- 4) Defisit nutrisi berhubungan dengan Peningkatan kebutuhan metabolisme ditandai dengan :

Ds: Pasien mengatakan nafsu makan berkurang makan dalam 1 hari 3-4 kali dalam satu porsi dihabiskan 2-3 sendok, makanan yang di sajikan nasi, sayur, ikan, tempe, telur, tahu, dan juga mengonsumsi buah pepaya dan pisang. BB sebelum sakit 49kg saat sakit 41kg.

Do: Keadaan umum tampak lemah, pasien tampak kurus, IMT=17,29kg berat badan kurang (underweight) , BBI= 45,9%, kesadaran komposmentis, TD: 90/70mmHg, N: 112x/menit, RR: 28x/menit, S: 36⁰c.

- 5) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur di tandai dengan :

Ds: Pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari karena batuk dan sesak, pasien juga mengatakan tidur malam dari jam 19:00 namun saat tengah malam pasien kesulitan tidur karena batuk terus menerus sehingga pasien bisa kembali tidur saat jam 03.00 dan bangun jam 06:00

Do: Keadaan umum tampak lemah, tampak pucat, ada kantung mata, konjungtiva anemis, pasien tampak menguap, kesadaran komposmentis TD:90/70mmHg, N:112x/menit, S:36⁰c RR: 28x/menit

- 6) Risiko penyebaran infeksi berhubungan dengan Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan di tandai dengan :

Ds: Pasien mengatakan saat di rumah berinteraksi dengan keluarga tidak memakai masker, dan membuang sputum di tempat sampah

Do: Tanda-tanda infeksi lanjutan dan tidak ada anggota keluarga atau orang terdekat yang tertular, pasien tampak tidak memakai masker, pasien tampak membuang lendir di sembarang tempat.

- 7) Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi di tandai dengan :

Ds: pasien mengatakan cemas dengan keadaan yang dialami dan takut penyakit yang pasien derita tidak dapat di sembuhkan

Do: pasien tampak gelisah dan bingung,

2) Intervensi keperawatan

Diagnosa keperawatan

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

Ds: Pasien mengatakan batuk lendir berwarna kuning pada bulan Januari 2025

Do: Keadaan umum tampak lemah, wajah tampak pucat, terdengar suara napas mengi, terdapat suara pekak saat diraba pada fremitus kiri dan fremitus kanan tidak ada suara, kesadaran komposmentis, TD: 90/70mmHg, N: 112x/menit, S: 360c, RR: 28x/menit

Tujuan dan kriteria hasil: Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan bersihan jalan napas membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Batuk berkurang
- 2) Sekret berkurang
- 3) Tidak pucat lagi
- 4) Bunyi napas vesikuler

Intervensi keperawatan : Manajemen Jalan Napas

Tindakan

Observasi

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

R : Memantau pola napas membantu mengidentifikasi frekuensi, kedalaman usaha napas

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

R: Memantau bunyi napas tambahan seperti gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering

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

R : Untuk mengetahui jumlah, warna, dan aroma sputum

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 penghisapan lendir kurang dari 15 detik

R : Untuk 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 : Untuk membantu mengencerkan dahak

10) Ajarkan Teknik batuk efektif

R : Dapat mengeluarkan secret dari saluran pernapasan dan meningkatkan ekspansi paru

Kolaborasi

11) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

R : Bronkodilator dapat membantu melegakan pernapasan

b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas yang ditandai dengan:

Ds: Pasien mengatakan sesak napas

Do: Adanya retraksi dinding, kesulitan saat inspirasi, tampak napas cepat, kesadaran komposmentis, TD: 90/70mmHg,

N: 112x.menit, S:360c, RR: 28x.menit

Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil :

1. Tidak sesak
2. Pernapasan membaik
3. Tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan

Intervensi keperawatan: Manajemen Jalan Napas

Tindakan

Observasi

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

R : Memantau pola napas membantu mengidentifikasi frekuensi, kedalaman usaha napas

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

R : Memantau bunyi napas tambahan seperti gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering

3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

R : Mengetahui jumlah, warna, dan aroma sputum

Terapeutik

4) Posisikan semi-Fowler atau Fowler

R : Membantu dan memperluas rongga dada 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 secret dari saluran pernapasan dan meningkatkan ekspansi paru

Kolaborasi

11) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

R : Bronkodilator dapat membantu melegakan pernapasan

c. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (inflamasi) ditandai dengan :

Ds: Pasien mengatakan nyeri dada saat batuk, P: sakit di bagian dada, Q: seperti diremas/ ditekan. R: dada kanan, S: 4-6 (nyeri sedang), T: hilang timbul saat batuk

Do: Wajah tampak meringis, TD: 90/70mmHg, N:112x/menit, RR: 28x/menit, S:360c.

Tujuan dan kriteria hasil

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

- 1) Ekspresi meringis berkurang
- 2) Nadi membaik
- 3) Keluhan nyeri
- 4) Tekanan darah membaik

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 terkontrol 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, akupunktur, 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.

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

Ds: Pasien mengatakan nafsu makan berkurang makan dalam 1 hari 3-4 kali dalam satu porsi dihabiskan 2-3 sendok, makanan yang di sajikan nasi, sayur, ikan, tempe, telur, tahu, dan juga mengonsumsi buah pepaya dan pisang. BB sebelum sakit 49kg saat sakit 41kg.

Do: Keadaan umum tampak lemah, pasien tampak kurus, IMT=17,29kg berat badan kurang (underweight) , BBI= 45,9%, kesadaran komposmentis, TD: 90/70mmHg, N: 112x/menit, RR: 28x/menit, S: 360c.

Tujuan dan kriteria hasil :

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

1. Porsi makan yang dihabiskan bertambah
2. Berat badan meningkat
3. pasien tampak segars
4. Membran mukosa lembap

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

Rasional : Mencegah reaksi alergi atau toleransi yang dapat membahayakan pasien

- 3) Identifikasi makanan yang disukai

Rasional : Dapat membantu meningkatkan nafsu makan pasien dengan mengetahui makanan kesukaan dari pasien tersebut

- 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi

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

5) Monitor asupan makanan

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

6) Monitor berat badan

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

7) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Rasional : untuk menilai status kesehatan, efektivitas pengobatan, deteksi efek samping, serta sebagian dasar pengambilan keputusan medis dan evaluasi prognosis pasien.

Terapeutik

8) Lakukan oral higiene sebelum makan, jika perlu

Rasional : Meningkatkan nafsu makan klien

9) Sajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai

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

10) Berikan makanan tinggi kalori tinggi protein

Rasional : untuk memenuhi kebutuhan metabolik yang meningkat, memperbaiki dan mempertahankan status gizi , mendukung memperbaiki jaringan dan meningkatkan daya tahan tubuh.

Edukasi

11) Anjurkan posisi duduk jika mampu

Rasional: Melakukan pemulihan

12) Ajarkan diet yang diprogramkan

Rasional : 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

Rasional : Makanan yang seimbang dapat meningkatkan keseimbangan nutrisi tubuh

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

Ds: Pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari karena batuk dan sesak, pasien juga mengatakan tidur malam dari jam 19:00 namun saat tengah malam pasien kesulitan tidur karena batuk terus menerus sehingga pasien bisa kembali tidur saat jam 03.00 dan bangun jam 06:00

Do: Keadaan umum tampak lemah, tampak pucat, ada kantung mata, konjungtiva anemis, pasien tampak menguap, kesadaran komposmentis TD:90/70mmHg, N:112x/menit, S:360oc RR: 28x/menit

Tujuan dan kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3×24 jam diharapkan gangguan pola tidur teratasi dengan kriteria hasil :

1. Tidak tampak kantung mata
2. Tampak tidak menguap
3. Pasien tampak segar
4. Konjungtiva tampak merah muda

Intervensi : Dukungan Tidur

Tindakan

Observasi

- 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur

Rasional : Mengetahui pola aktivitas dan tidur klien

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

Rasional : 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)

Rasional : Agar tidak menghambat saat klien tidur

Terapeutik

- 4) Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu matras dan tempat tidur)

Rasional : Dengan modifikasi lingkungan yang nyaman maka klien dapat tidur dengan nyenyak dan nyaman

- 5) Batasi waktu tidur siang jika perlu

Rasional : Dengan membatasi waktu tidur siang klien dapat tidur tepat waktu di malam hari

- 6) Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur

Rasional : Memberikan edukasi pada klien untuk tidak stres agar pasien dapat tidur dengan nyenyak

- 7) Tetapkan jadwal tidur rutin

Rasional: 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)

Rasional : Dengan melakukan pijat dan pengaturan posisi yang nyaman dapat memberikan kenyamanan pada klien

Edukasi

- 9) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

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

- 10) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

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

- 11) Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang
mengganggu tidur

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

- 12) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara non farmakologi
lainnya

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

- f. Risiko infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan
organisme patogen lingkungan yang ditandai dengan:

Ds: Pasien mengatakan saat di rumah berinteraksi dengan
keluarga tidak memakai masker, dan membuang sputum di
tempat sampah

Do: Tanda-tanda infeksi lanjutan dan tidak ada anggota
keluarga atau orang terdekat yang tertular, pasien tampak
tidak memakai masker, pasien tampak membuang lendir di
sembarang tempat.

Tujuan dan kriteria hasil:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat
infeksi menurun dengan kriteria hasil:

1. Risiko penyebaran infeksi tidak terjadi

Intervensi keperawatan: Pencegahan Infeksi

Observasi:

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Rasional: Untuk mengetahui secara dini penyebaran infeksi

Terapeutik:

- 2) Batasi jumlah pengunjung

Rasional: Mengurangi jumlah risiko penularan infeksi

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

Rasional: Mencegah terjadinya penularan infeksi

- 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Rasional: Mencegah terjadinya infeksi

Edukasi :

- 5) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional: Agar pasien dan keluarga mengetahui apa saja tanda dan gejala infeksi

- 6) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

Rasional: Mencuci tangan yang benar menghilangkan kuman bakteri sehingga mengurangi risiko penyebaran infeksi

- 7) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

Rasional : Memperkuat sistem kekebalan tubuh

- 8) Anjurkan meningkatkan asupan asupan cairan

Rasional: Mengencerkan dahak

- g. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi yang ditandai dengan:

Ds: : Pasien mengatakan cemas dengan keadaan yang dialami dan takut penyakit yang pasien derita tidak dapat di sembuhkan.

Do: Pasien tampak gelisah dan bingung.

Tujuan dan kriteria hasil: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x2 jam diharapkan tingkat ansietas berkurang dengan kriteria hasil:

- 1) Pasien tampak tidak bingung
- 2) Pasien tampak tidak cemas
- 3) Pasien tampak tidak gelisah

Intervensi : Reduksi ansietas

Observasi:

- 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stresor)

Rasional: Mengetahui rasa aman yang dialami oleh pasien

- 2) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal-nonverbal)

Rasional: membantu perawat mengidentifikasi tingkat kecemasan pasien

Terapeutik:

- 3) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan

Rasional: Membantu pasien merasa dihargai, diterima dan tidak dihakimi sehingga dapat menumbuhkan rasa percaya pada perawat

4) Dengarkan dengan penuh perhatian

Rasional: Agar pasien merasa dihargai

5) Gunakan pendekatan yang tenang dan penuh perhatian

Rasional: Agar pasien merasa nyaman dan dapat terbuka saat berkomunikasi

6) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan

Rasional: Agar pasien tidak merasa cemas dengan keadaan yang dialami sekarang

Edukasi :

7) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

Rasional: Membantu pasien dalam mengurangi tekanan emosional

8) Latih teknik relaksasi napas dalam

Rasional: Agar dapat meredakan tingkat kecemasan yang pasien alami

3) Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan selesai dan dilakukan dari tanggal 28-mei-2025.

a. Hari pertama, rabu 28-mei-2025

1) Diagnosa I

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif antara lain: pukul 11:00 mengukur tanda-tanda vital dengan hasil: TD:90/70mmHg, N: 112x/menit, S:36⁰C, RR:28x/menit. Menghitung pola napas dengan hasil: 28x/menit, mendengar bunyi napas tambahan pasien dengan hasil: setelah diauskultasi menggunakan stetoskop terdengar bunyi napas mengi, melihat sputum dengan hasil: terdapat lendir berwarna kuning, menganjurkan kepada pasien saat batuk memposisikan semi fowler dengan cara meletakkan dua buah bantal di belakang hingga ke posisi duduk, menganjurkan kepada pasien untuk minum air hangat dalam sehari 7-8 gelas agar dapat mengencerkan dahak, menganjurkan kepada pasien dan keluarga untuk melakukan pijatan di belakang dada menggunakan air hangat dan minyak kayu putih untuk mengencerkan dahak, mengajarkan teknik batuk efektif kepada pasien dengan cara: menganjurkan kepada pasien untuk tarik napas melalui hidung tahan 2 detik lalu hembus melalui mulut lakukan sebanyak 3 kali dan yang ke 3 tarik napas tahan 2 detik dalam hitungan ke 3 batuk dengan kuat.

2) Diagnosa II

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi pola napas tidak efektif antara lain: pukul 11:00 mengukur tanda-tanda vital dengan hasil: TD:90/70mmHg, N: 112x/menit, S:36⁰C, RR:28x/menit, menghitung pola napas dengan hasil: 28x/menit,

mendengar bunyi napas dengan hasil: bunyi napas mengi dan adanya retraksi dinding dada, menganjurkan kepada pasien saat sesak napas memposisikan semi fowler dengan cara: meletakkan 2 buah bantal di belakang hingga sampai keposisi duduk.

3) Diagnosa III

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan rasa nyaman nyeri antara lain: pukul 11:00 mengukur tanda tanda vital dengan hasil: TD:90/70mmHg, N: 112x/menit, S:36⁰C, RR:28x/menit, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri dengan hasil: P : sakit di bagian dada, Q : seperti diremas/ditekan, R : dada kanan, S : skala nyeri 4-6 (nyeri sedang), T : hilang timbul saat batuk, menanyakan kepada pasien berapa nyeri yang dirasakan menggunakan skor nyeri dengan hasil: skala nyeri 4-6 (nyeri sedang), melihat respon pasien terhadap nyeri non-verbal dengan hasil: wajah pasien tampak meringis, menanyakan kepada pasien nyeri yang dirasakan di kehidupan sehari-hari dengan hasil: pasien mengatakan saat pasien hendak melakukan aktivitas nyeri akan timbul, mengajarkan kepada pasien teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara: menganjurkan kepada pasien untuk tarik napas melalui hidung tahan 2 detik lalu hembuskan melalui mulut lakukan saat nyeri timbul, mengontrol lingkungan yang memperberat dan memperingan nyeri dengan cara: memberitahukan kepada keluarga untuk

membatasi jumlah pengunjung agar dapat mengurangi kebisingan yang memperberat rasa nyeri, menganjurkan kepada pasien untuk istirahat saat nyeri timbul.

4) Diagnosa IV

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi antara lain: pukul 11:00 mengukur tanda-tanda vital dengan hasil: TD:90/70mmHg, N: 112x/menit, S:36⁰c, RR:28x/menit, mengidentifikasi status nutrisi dengan hasil: pasien mengatakan nafsu makan menurun/ berkurang makan dalam sehari 3-4 kali dalam 1 porsi dihabiskan 2-3 sendok makanan yang dimakan nasi, sayur, ikan, telur, tempe, dan juga mengonsumsi buah pepaya dan pisang, menanyakan kepada pasien alergi makanan dan makanan yang disukai dengan hasil: pasien mengatakan tidak ada alergi makanan maupun minuman pasien mengatakan suka makan nasi, sayur, ikan goreng, telur dan buah-buahan. Mengukur berat badan klien dengan hasil: 41kg, menganjurkan kepada pasien untuk melakukan oral hygiene sebelum makan untuk meningkatkan nafsu makan pasien, menganjurkan kepada keluarga untuk menyajikan makanan dalam porsi hangat agar daya tarik pasien untuk makan meningkat, menganjurkan kepada pasien untuk mengonsumsi diet TKTP dengan cara: mengonsumsi makanan seperti, susu, telur, tempe, ikan, buah, daging, untuk memenuhi kebutuhan energi dan menambah berat badan untuk mencapai normal.

5) Diagnosa V

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan pola tidur dengan hasil: mengukur tanda tanda vital dengan hasil: TD:90/70mmHg, N: 112x/menit, S:36⁰C, RR:28x/menit, mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur dengan hasil: pasien mengatakan mengeluh sulit tidur pada malam hari karena batuk. tidur malam jam 20:00 terbangun kembali saat batuk jam 01:00 dan tidur kembali jam 03:00 sampai pagi bangun jam 06:00, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dengan hasil: pasien mengatakan karena batuk sehingga pasien sulit tidur, menganjurkan kepada keluarga untuk tidak ribut pada malam hari agar tidak mengganggu waktu tidur pasien, memotivasi pasien untuk tidak memikirkan hal-hal negative agar tidak mengganggu waktu tidur pasien, menjelaskan kepada pasien untuk tidur cukup selama sakit agar bisa mengembalikan stami dalam tubuh, menganjurkan kepada pasien untuk menepati kebiasaan waktu tidur, menganjurkan kepada pasien untuk meningkatkan kenyamanan saat tidur seperti memposisikan tidur terlentang, balik kiri, posisi semi fowler dan pijat di bagian punggung pasien.

6) Diagnosa VII

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah risiko penyebaran infeksi antara lain: pukul 11:00 menganjurkan kepada pasien untuk batasi jumlah pengunjung dan memakai

masker saat berinteraksi dengan keluarga maupun tetangga, mencuci tangan menggunakan handrub sebelum kontak dengan pasien dan setelah kontak dengan pasien, mengajarkan kepada keluarga dan pasien tentang cara mencuci tangan dengan benar, menganjurkan kepada pasien saat batuk menggunakan masker dan siku bagian dalam agar tidak terjadi penyebaran bakteri, menganjurkan kepada pasien untuk tidak membuang sampah sembarang tempat agar tidak terjadi penyebaran bakteri.

7) Diagnosa VII

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah ansietas antara lain: 11:00 TD:90/70mmHg, N: 112x/menit, S:36⁰c, RR:28x/menit, mengidentifikasi saat ansietas berubah (waktu, kondisi, stress)dengan hasil: pasien mengatakan saat dirinya terkena TBC pasien merasa cemas dengan keadaan yang dialami dan takut penyakitnya tidak kunjung sembuh, memantau tanda-tanda ansietas dengan hasil: pasien tampak bingung, dan gelisah, menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan dengan hasil: menjelaskan kepada pasien apa yang pasien alami bisa disembuhkan dengan cara pasien rutin melakukan pemeriksaan ke fasilitas kesehatan dan rutin minum OAT dan juga pasien jangan memikirkan hal negative, melatih pasien teknik relaksasi napas dalam untuk meredakan kecemasan dengan cara: menarik napas melalui hidung tahan 2 detik kemudian hembus melalui mulut.

b. Hari kedua, Kamis, 29-05-2025

1) Diagnosa I

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif antara lain: pukul 14:00 mengukur tanda-tanda vital dengan hasil: TD:90/70mmHg, N: 112x/menit, S:360c, RR:28x/menit. Menghitung pola napas dengan hasil: 28x/menit, menanyakan keadaan pasien dengan hasil: pasien mengatakan masih batuk beserta lendir, mendengar bunyi napas tambahan pasien dengan hasil: setelah diauskultasi menggunakan stetoskop terdengar bunyi napas mengi, melihat sputum dengan hasil: terdapat lendir berwarna kuning, menganjurkan kepada pasien saat batuk memposisikan semi fowler dengan cara meletakkan dua buah bantal di belakang hingga ke posisi duduk, menganjurkan kepada pasien untuk minum air hangat dalam sehari 7-8 gelas agar dapat mengencerkan dahak, menganjurkan kepada pasien dan keluarga untuk melakukan pijatan di belakang dada menggunakan air hangat dan minyak kayu putih untuk mengencerkan dahak, mengajarkan teknik batuk efektif kepada pasien dengan cara: menganjurkan kepada pasien untuk tarik napas melalui hidung tahan 2 detik lalu hembus melalui mulut lakukan sebanyak 3 kali dan yang ke 3 tarik napas tahan 2 detik dalam hitungan ke 3 batuk dengan kuat.

2) Diagnosa II

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi pola napas tidak efektif antara lain: pukul 14:00 mengukur tanda-tanda vital dengan hasil: TD:90/70mmHg, N: 112x/menit, S:360c, RR:28x/menit, menanyakan keadaan pasien dengan hasil: pasien mengatakan saat tidur malam masih terasa sesak napas, menghitung pola napas dengan hasil: 28x/menit, mendengar bunyi napas dengan hasil: bunyi napas mengi dan adanya retraksi dinding dada, menganjurkan kepada pasien saat sesak napas memposisikan semi fowler dengan cara: meletakkan 2 buah bantal di belakang hingga sampai ke posisi duduk.

3) Diagnosa III

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan rasa nyaman nyeri antara lain: pukul 14:00 mengukur tanda-tanda vital dengan hasil: TD: 90/70mmHg, N: 112x/menit, S: 360c, RR:28x/menit, menanyakan keadaan pasien dengan hasil: pasien mengatakan saat batuk masih terasa nyeri mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri dengan hasil: P : sakit di bagian dada, Q : seperti diremas/ditekan, R : dada kanan, S : skala nyeri 4-6 (nyeri sedang), T : hilang timbul saat batuk, menanyakan kepada pasien berapa nyeri yang dirasakan menggunakan skor nyeri dengan hasil: skala nyeri 4-6 (nyeri sedang), melihat respon

pasien terhadap nyeri non-verbal dengan hasil: wajah pasien tampak meringis, menanyakan kepada pasien nyeri yang dirasakan di kehidupan sehari-hari dengan hasil: pasien mengatakan saat pasien hendak melakukan aktivitas nyeri akan timbul, mengajarkan kepada pasien teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara: menganjurkan kepada pasien untuk tarik napas melalui hidung tahan 2 detik lalu hembuskan melalui mulut lakukan saat nyeri timbul, mengontrol lingkungan yang memperberat dan memperingan nyeri dengan cara: memberitahukan kepada keluarga untuk membatasi jumlah pengunjung agar dapat mengurangi kebisingan yang memperberat rasa nyeri, menganjurkan kepada pasien untuk istirahat saat nyeri timbul.

4) Diagnosa IV

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi antara lain: pukul 14:00 mengukur tanda-tanda vital dengan hasil: TD:90/70mmHg, N: 112x/menit, S:36°C, RR:28x/menit, menanyakan kembali pola makan pasien dengan hasil: pasien mengatakan makan dalam sehari 3-4 kali dalam 1 porsi dihabiskan 5-6 sendok makanan yang dimakan nasi, sayur, ikan, telur, tempe, dan juga mengonsumsi buah pepaya dan pisang, Mengukur kembali berat badan klien dengan hasil: 41kg, menganjurkan kepada pasien untuk melakukan oral

hygiene sebelum makan untuk meningkatkan nafsu makan pasien, menganjurkan kepada keluarga untuk menyajikan makanan dalam porsi hangat agar daya tarik pasien untuk makan meningkat, menganjurkan kepada pasien untuk mengonsumsi diet TKTP dengan cara: mengonsumsi makanan seperti, susu, telur, tempe, ikan, buah, daging, untuk memenuhi kebutuhan energi dan menambah berat badan untuk mencapai normal.

5) Diagnosa V

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan pola tidur dengan hasil: mengukur tanda-tanda vital dengan hasil: TD:90/70mmHg, N: 112x/menit, S:360c, RR:28x/menit, menanyakan kembali tidur malam pasien dengan hasil: pasien mengatakan mengeluh sulit tidur pada malam hari karena batuk. tidur malam jam 20:00 terbangun kembali saat batuk jam 01:00 dan tidur kembali jam 03:00 sampai pagi bangun jam 06:00, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dengan hasil: pasien mengatakan karena batuk sehingga pasien sulit tidur, menganjurkan kepada keluarga untuk tidak ribut pada malam hari agar tidak mengganggu waktu tidur pasien, memotivasi pasien untuk tidak memikirkan hal-hal negatif agar tidak mengganggu waktu tidur pasien, menjelaskan kepada pasien untuk tidur cukup selama sakit agar bisa mengembalikan stamina dalam tubuh, menganjurkan kepada pasien untuk menepati kebiasaan waktu tidur, menganjurkan kepada pasien

untuk meningkatkan kenyamanan saat tidur seperti memposisikan tidur terlentang, balik kiri, posisi semi fowler dan pijat di bagian punggung pasien.

6) Diagnosa VII

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah risiko penyebaran infeksi antara lain: pukul 14:00 menganjurkan kepada pasien untuk batasi jumlah pengunjung dan memakai masker saat berinteraksi dengan keluarga maupun tetangga, mencuci tangan menggunakan handrub sebelum kontak dengan pasien dan setelah kontak dengan pasien, mengajarkan kembali kepada keluarga dan pasien tentang cara mencuci tangan dengan benar, menganjurkan kepada pasien saat batuk menggunakan masker dan siku bagian dalam agar tidak terjadi penyebaran bakteri, menganjurkan kepada pasien untuk tidak membuang dahak sembarang tempat agar tidak terjadi penyebaran bakteri.

7) Diagnosa VII

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah ansietas antara lain: 14:00 TD:90/70mmHg, N: 112x/menit, S:36°C, RR:28x/menit, mengidentifikasi saat ansietas berubah (waktu, kondisi, stress) dengan hasil: pasien mengatakan dirinya sudah tidak cemas lagi karena adanya motivasi dari perawat. menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan dengan hasil: menjelaskan kepada pasien apa yang pasien alami bisa disembuhkan dengan cara pasien rutin

melakukan pemeriksaan ke fasilitas kesehatan dan rutin minum OAT dan juga pasien jangan memikirkan hal negative, melatih pasien teknik relaksasi napas dalam untuk meredakan kecemasan dengan cara: menarik napas melalui hidung tahan 2 detik kemudian hembus melalui mulut.

c. Evaluasi

Hari pertama, rabu 28 mei 2025

1) Diagnosa I

S : Pasien mengatakan masih batuk disertai lendir berwarna kuning

O : Terdapat bunyi napas tambahan mengi, terdapat lendir berwarna kuning saat batuk, TD: 90/70mmHg, N: 112x/menit, S:36⁰c, RR: 28x/menit, CRT≤ 3 detik.

A : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 1-8

2) Diagnosa II

S : Pasien mengatakan masih terasa sesak saat batuk

O : Adanya retraksi dinding dada, tampak napas cepat, RR : 28x/menit, TD : 90/70mmHg, N : 112x/menit, S : 36⁰c

A : Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 1-3

3) Diagnosa III

S : Pasien mengatakan masih terasa nyeri saat batuk

O : Wajah tampak meringis, P : bagian dada, Q : seperti diremas/ ditekan, R : dada kanan, S : 4-6 (nyeri sedang), T : hilang timbul saat batuk, TD : 90/70mmHg, N : 112x/menit, S : 360c, RR : 28x/menit.

A : Masalah gangguan rasa nyaman nyeri belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 1,4,5,7,8,9

4) Diagnosa IV

S : Pasien mengatakan makan dalam sehari 3-4 kali dalam satu porsi dihabiskan 2-3 sendok, makanan yang dimakan nasi, sayur, ikan, telur, buah-buahan pepaya dan pisang

O : Pasien tampak kurus, BB : 41kg, IMT : 17,29kg, TD : 90/70mmHg, N : 112x/menit S : 360c, RR : 28x/menit.

A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 1,2,4,7,8,9,10

5) Diagnosa V

S : Pasien mengatakan masih sulit tidur saat batuk tidur malam jam 20:00 terbangun kembali saat batuk jam 01:00 dan tidur kembali jam 03:00 bangun pagi jam 06:00.

O : Terdapat kantong mata, pasien tampak sering menguap, TD : 90/70mmHg, N : 112x/menit, S : 360c, RR : 28x/menit

6) Diagnosa VI

S : Pasien mengatakan saat di rumah berinteraksi dengan keluarga dan tetangga tidak memakai masker, dan membuang lendir sembarangan

O : Tampak pasien tidak memakai masker, terlihat pasien membuang lendir sembarangan

A : Masalah risiko penyebaran infeksi belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

7) Diagnosa VII

S : Pasien mengatakan masih cemas dengan keadaan yang dialami

O: Pasien tampak bingung, tampak gelisah, TD : 90/70mmHg,

N : 112x/menit, S : 360c, RR : 28x/menit.

A : Masalah ansietas belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 3-8

Hari kedua Kamis 29-Mei-2025

1) Diagnosa I

S : Pasien mengatakan masih batuk disertai lendir berwarna kuning

O : Masih terdapat suara napas tambahan mengi, terdapat lendir berwarna kuning, TD:90/70mmHg, N : 112x/menit S : 360c, RR : 28x/menit.

A : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 1-8

2) Diagnosa II

S : Pasien mengatakan masih terasa sesak saat batuk

O: Adanya retraksi dinding dada, tampak napas cepat, RR : 28x/menit, TD:90/70mmHg, N : 112x/menit S : 360c.

A: Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan 1-3

3) Diagnosa III

S : Pasien mengatakan masih terasa nyeri saat batuk

O : Wajah tampak meringis, P : bagian dada, Q : seperti diremas/ ditekan, R : dada kanan, S : 4-6 (nyeri sedang), T : hilang timbul saat batuk, TD : 90/70mmHg, N : 112x/menit, S : 360c, RR : 28x/menit.

A : Masalah gangguan rasa nyaman nyeri belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 1-6

4) Diagnosa IV

S : Pasien mengatakan makan dalam sehari 3kali dalam satu porsi dihabiskan 5-6 sendok, makanan yang dimakan nasi, sayur, ikan, telur, tempe, buah-buahan pepaya dan pisang.

O : Pasien tampak kurus, belum ada peningkatan berat badan, BB : 41kg, IMT : 17,29kg, TD : 90/70mmHg, N : 112x/menit S : 360c, RR : 28x/menit.

A : Masalah defisit nutrisi teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan 1,5,6,7,8

5) Diagnosa V

S : Pasien mengatakan sudah bisa tidur malam hari pasien mulai tidur jam 20:00 terbangun jam 01:00 karena batuk sesekali, dan tertidur kembali jam 01:30 bangun pagi jam 06:00

O : Terdapat kantung mata, pasien tampak sering menguap
berkurang, TD : 90/70mmHg, N : 112x/menit S : 360c, RR
: 28x/menit.

A : Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan 1,2,4,6,8,9,10

6) Diagnosa VI

S : Pasien mengatakan saat berinteraksi dengan keluarga sudah
memakai masker dan membuang lendir pada tempatnya

O : Pasien tampak memakai masker

A : Risiko penyebaran infeksi tidak terjadi

P : Intervensi dilanjutkan

7) Diagnosa VII

S : Pasien mengatakan tidak cemas lagi karena adanya motivasi
dari perawat dan keluarga

O : Pasien sudah tidak gelisah dan bingung , TD : 90/70mmHg,
N : 112x/menit S : 360c, RR : 28x/menit.

A : Masalah ansietas teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan 3,5,6,8

d. Catatan perkembangan Hari Jumat 30-Mei-2025

1) Diagnosa I

S : Pasien mengatakan batuk disertai lendir berwarna kuning
berkurang

O: Masih terdapat suara napas tambahan mengi, TD :
110/80mmHg, N : 95x/menit, S : 360c, RR : 20x/menit

A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan 4-8

I: Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah bersihan

jalan napas tidak efektif antara lain : pukul 10:00 mengukur

TTV dengan hasil : TD : 110/80mmHg, N : 95x/menit, S :

360c, RR : 20x/menit, menghitung kembali pola napas

pasien dengan hasil: 20x/menit, menanyakan kembali

keadaan pasien: pasien mengatakan batuk disertai lendir

berkurang, mendengar kembali bunyi napas tambahan

dengan hasil : masih terdengar bunyi napas tambahan

mengi, menganjurkan kepada pasien untuk minum air

hangat untuk mengencerkan dahak, mengajarkan kepada

pasien batuk efektif dengan cara : tarik napas melalui

hidung tahan 2 detik kemudian hembuskan melalui mulut

lakukan sebanyak 3 kali dan yang ke 3 tarik napas tahan 2

detik dalam hitungan ke 3 batuk dengan kuat.

E : Pasien mengatakan batuk disertai lendir berkurang, masih

terdapat suara napas tambahan mengi, TD : 110/80mmHg,

N : 95x/menit, S : 360c, RR : 20x/menit.

2) Diagnosa II

S : Pasien mengatakan sesak napas berkurang

O: Adanya retraksi dinding dada, TD : 110/80mmHg, N :

95x/menit, S : 360c, RR : 20x/menit.

A: Masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan 3

I : Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah pola napas tidak efektif antara lain : Pukul 10:00 Mengukur TTV dengan hasil : TD : 110/80mmHg, N : 95x/menit, S : 360c, RR : 20x/menit, menanyakan kembali keadaan pasien dengan hasil: pasien mengatakan sesak napas berkurang, menganjurkan kepada pasien saat sesak napas memposisikan semi fowler dengan cara: meletakkan 2 buah bantal di belakang hingga sampai ke posisi duduk.

E: Pasien mengatakan sesak napas berkurang, adanya retraksi dinding dada, : TD : 110/80mmHg, N : 95x/menit, S : 360c, RR : 20x/menit.

3) Diagnosa III

S : Pasien mengatakan nyeri dada saat batuk berkurang

O : Tampak meringis berkurang, P : bagian dada, Q : seperti diremas/ditekan, R : dada kanan, S : 1-3 (nyeri ringan) T : hilang timbul saat batuk, TD : 110/80mmHg, N : 95x/menit, S : 360c, RR : 20x/menit.

A : Masalah gangguan rasa nyaman nyeri teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan 1,2,6,8

I : Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut antara lain: Pukul 10:00 Mengukur TTV dengan hasil : TD : 110/80mmHg, N : 95x/menit, S : 360c, RR :

20x/menit, menanyakan kembali karakteristik, lokasi, kualitas nyeri dengan hasil: P: bagian dada, Q : seperti diremas/ditekan, R : dada kanan, S : 1-3 (nyeri ringan), T : hilang timbul saat batuk, mengidentifikasi respon nyeri non-verbal dengan hasil: ekspresi rileks, menganjurkan kepada pasien untuk melakukan teknik nonfarmakologis saat nyeri timbul dengan cara: tarik napas melalui hidung tahan 2 detik lalu hembuskan melalui mulut lakukan selama nyeri timbul. Menganjurkan kepada pasien untuk istirahat yang cukup.

E : Pasien mengatakan nyeri dada saat batuk berkurang, ekspresi meringis berkurang, P : bagian dada, Q : diremas/ditekan. R : dada kanan, S : 1-3 (nyeri ringan), T : hilang timbul saat batuk TD : 110/80mmHg, N : 95x/menit, S : 360c, RR : 20x/menit.

4) Diagnosa IV

S : Pasien mengatakan nafsu makan bertambah makan dalam satu hari 3-4 kali dalam satu porsi dihabiskan 7-8 sendok makanan yang di makan nasi, sayur, ikan, tempe, telur, buah-buahan pisang dan pasien meminum susu putih.

O : Pasien tampak kurus, belum ada peningkatan berat badan, BB : 41kg, IMT : 17,29kg, TD : 110/80mmHg, N : 95x/menit S : 360c, RR : 20x/menit.

A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan 1,7,8,9

I : Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi antara lain : pukul 10:00 mengukur TD : 110/80mmHg, N : 95x/menit S : 360c, RR : 20x/menit, menanyakan kembali pola makan pasien dengan hasil: Pasien mengatakan nafsu makan bertambah makan dalam satu hari 3-4 kali dalam satu porsi dihabiskan 7-8 sendok makanan yang di makan nasi, sayur, ikan, tempe, telur, buah-buahan pisang dan pasien meminum susu putih, menganjurkan kepada pasien untuk melakukan oral hygiene sebelum makan untuk meningkatkan nafsu makan pasien, menganjurkan kepada keluarga untuk menyiapkan makanan dalam porsi hangat agar daya tarik pasien untuk makan meningkat, menganjurkan kepada pasien diet tinggi kalori tinggi protein dengan hasil: seperti sayur hijau, telur, daging, ikan, tempe, susu putih, menganjurkan kepada pasien untuk makan dalam porsi kecil tapi sering.

E : : Pasien mengatakan nafsu makan bertambah makan dalam satu hari 3-4 kali dalam satu porsi dihabiskan 7-8 sendok makanan yang di makan nasi, sayur, ikan, tempe, telur, buah-buahan pisang dan pasien meminum susu putih, tampak kurus, belum ada peningkatan berat badan, BB : 41kg, IMT : 17,29kg, TD : 110/80mmHg, N : 95x/menit S : 360c, RR : 20x/menit.

5) Diagnosa V

S : Pasien mengatakan sudah bisa tidur pada malam hari, pasien mulai tidur malam jam 20:00 terbangun 01:00 karena batuk sesekali, dan tidur kembali jam 01:20 bangun pagi jam 06:00

O : Masih terdapat kantung mata, TD : 110/80mmHg, N : 95x/menit, S : 360c , RR : 20x/menit.

A : Masalah gangguan pola tidur teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 1,4,6,7,9,

I : Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan pola tidur antara lain: Pukul 10:00 mengukur TTV dengan hasil: TD : 110/80mmHg, N : 95x/menit S : 360c, RR : 20x/menit, menanyakan kembali pola tidur pasien dengan hasil: : Pasien mengatakan sudah bisa tidur pada malam hari, pasien mulai tidur malam jam 20:00 terbangun 01:00 karena batuk sesekali, dan tidur kembali jam 01:20 bangun pagi jam 06:00, menganjurkan kepada keluarga untuk tidak ribut saat pasien istirahat, menganjurkan kepada pasien untuk tidak memikirkan hal negative saat tidur, menganjurkan kepada pasien untuk menepati jadwal tidur, menjelaskan kepada pasien untuk tidur cukup selama sakit agar mempercepat proses pemulihan.

E : Pasien mengatakan sudah bisa tidur pada malam hari, pasien mulai tidur malam jam 20:00 terbangun 01:00 karena batuk

sesekali, dan tidur kembali jam 01:20 bangun pagi jam 06:00, Masih terdapat kantung mata, TD : 110/80mmHg, N : 95x/menit, S : 360c , RR : 20x/menit.

6) Diagnosa VI

S : Pasien mengatakan saat di rumah berinteraksi dengan keluarga sudah memakai masker dan membuang lendir pada tempatnya

O : Pasien tampak memakai masker

A : Risiko penyebaran infeksi tidak terjadi

P : Intervensi dilanjutkan 1-3

I : Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah risiko penyebaran infeksi antara lain: Pukul 10:00 Mengajarkan kepada pasien dan keluarga tentang cara mencuci tangan dengan benar, menganjurkan kepada pasien saat berinteraksi dengan keluarga maupun tetangga harus memakai masker, menganjurkan kepada pasien saat batuk jangan membuang lendir sembarangan, mengajarkan kepada pasien tentang etika batuk menggunakan siku bagian dalam dan memakai masker.

E : Pasien mengatakan saat di rumah berinteraksi dengan keluarga sudah memakai masker dan membuang lendir pada tempatnya, Pasien tampak memakai masker.

7) Diagnosa VII

S : Pasien mengatakan tidak cemas lagi tentang apa yang dialami karena motivasi dari perawat dan keluarga

O : Pasien tampak tidak cemas lagi TD : 110/80mmHg, N : 95x/menit S : 360c, RR : 20x/menit.

A : Masalah ansietas sudah teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 3-8

I : Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah ansietas antara lain : menciptakan suasana terapeutik untuk menimbulkan kepercayaan, melatih teknik napas dalam untuk meredakan kecemasan dengan cara menarik napas melalui hidung tahan 2 detik kemudian hembuskan melalui mulut

E : Pasien mengatakan tidak cemas lagi tentang apa yang dialami karena motivasi dari perawat dan keluarga ,Pasien tampak tidak cemas lagi TD : 110/80mmHg, N : 95x/menit S : 360c, RR : 20x/menit.

B. Pembahasan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Tb 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 pada Ny. S . D. Di Puskesmas Rukun Lima Kabupaten Ende.

1. Pengkajian

Hasil pengkajian pada studi kasus Ny. S. D ditemukan pasien mengatakan Pasien mengatakan batuk lendir berwarna kuning pada bulan Januari 2025 Keadaan umum tampak lemah, wajah tampak pucat, terdengar suara napas mengi, terdapat suara pekak saat diraba pada fremitus kiri dan fremitus kanan tidak ada suara, pasien mengatakan sesak napas adanya retraksi dinding, kesulitan saat inspirasi, tampak napas cepat, : pasien mengatakan nyeri dada saat batuk, P: sakit di bagian dada, Q: seperti diremas/ ditekan. R: dada kanan, S: 4-6 (nyeri sedang), T: hilang timbul saat batuk wajah tampak meringis, pasien mengatakan nafsu makan menurun, pasien mengatakan sulit tidur karena batuk dan sesak, pasien mengatakan saat di rumah berinteraksi dengan keluarga tidak memakai masker dan membuang lendir sembarangan, pasien mengatakan cemas dengan keadaan yang dialami. Keadaan umum tampak lemah, terdapat suara tambahan mengi, wajah tampak meringis, kesadaran komposmentis, TD: 90/70mmHg, N: 112x/menit, S: 36⁰C RR: 28x/menit, CRT≤3 detik.

Menurut Astika (2008) dalam Hadayanti dkk (2018) tanda dan gejala pasien dengan Tb Paru seperti keletihan, penurunan berat badan, latergi (penurunan kesadaran), anoreksia (kehilangan nafsu makan), dan demam ringan hanya terjadi pada siang hari, berkeringat pada malam hari, ansietas, dispnea (sesak napas), nyeri dada, hemoptisis (batuk berdarah), namun pada kasus nyata yang dilakukan selama 3 hari tanda dan gejala yang tidak ditemukan pada Ny. S . D dengan Tb Paru antara lain, keringat pada malam hari, demam ringan pada siang hari, heptoptisis, karena pada saat dilakukan pengkajian pasien sudah mendapatkan penanganan dan perawatan yang

tepat, dan gejala latergi tidak muncul karena Tb belum menyebar ke otak sehingga tidak mengalami hipoksia dan masih tergolong Tb ringan.

2. Diagnosa

Menurut price & Wilson (2015), ada masalah keperawatan yang muncul pada pasien Tb Paru seperti, bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, gangguan rasa nyaman nyeri, defisit nutrisi, gangguan pertukaran gas, gangguan pola tidur, hipertermi, intoleransi aktivitas, gangguan eliminasi vokal, risiko infeksi. Tetapi pada kasus nyata hanya 7 masalah keperawatan yang muncul yaitu, bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, gangguan rasa nyaman nyeri, defisit nutrisi, gangguan pola tidur, risiko infeksi, dan ansietas. Dan masalah yang tidak muncul pada kasus nyata yaitu, gangguan pertukaran gas, eliminasi vokal, intoleransi aktivitas, hipertermi, karena untuk masalah pertukaran gas belum terjadi dikarenakan Tb Paru masih dini dan lokal belum cukup luas sehingga tidak menunjukkan gejala respirasi berat, masalah intoleransi aktivitas tidak terjadi karena pasien Ny. S. D masih mampu melakukan/ menjalankan aktivitas seperti biasa, dan untuk masalah gangguan eliminasi vokal tidak muncul dikarenakan pasien tidak mengalami sembelit dan BAB masih teratur karena kecukupan nutrisi dan serat. Masalah keperawatan hipertermi tidak ada dalam kasus nyata dikarenakan suhu tubuh pada Ny. S. D 36⁰c. Pada masalah keperawatan ansietas tidak ada dalam kasus nyata dikarenakan pasien Ny. S. D belum memiliki pengalaman/ kurangnya pengetahuan sehingga dapat menimbulkan rasa cemas dari dalam diri respon emosional.

3. Intervensi

Intervensi dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai kondisi pasien. Intervensi yang tidak dilakukan pada Ny. S. D dalam masalah bersihan jalan napas tidak efektif yaitu lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 menit di karenakan pasien Ny. S. D melakukan perawatan di rumah dan Ny. S.D mampu mengeluarkan dahak secara mandiri dan pasien masih memiliki kesadaran penuh.

Masalah pola napas tidak efektif yaitu berikan oksigen jika perlu dikarenakan pasien Ny. S. D melakukan perawatan di rumah dan juga saat pasien mengalami sesak napas pasien melakukan posisi duduk yang sudah dianjurkan oleh perawat. Masalah keperawatan defisit nutrisi yaitu kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan jika perlu dikarenakan Ny. S . D melakukan perawatan di rumah.

4. Implementasi

Semua tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang sudah dibuat dan semua perencanaan yang sudah disusun namun ada beberapa perencanaan yang tidak dilakukan pada pasien dikarenakan pasien tersebut di rawat di rumah.

5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dan merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur responden pasien terhadap tindakan keperawatan dalam kemajuan pasien ke arah pencapaian tujuan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian dengan hasil : pasien masih batuk sesekali, bunyi napas mengi ,masih terdengar. Masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian dengan hasil: adanya retraksi dinding. Masalah gangguan rasa nyaman nyeri teratasi sebagian dengan hasil : pasien mengatakan saat batuk nyeri dada sudah berkurang skala 1-3 (nyeri ringan). Masalah defisit nutrisi teratasi sebagian dengan hasil : pasien mengatakan makan dalam sehari 3-4 kali dalam satu porsi dihabiskan 7-8 sendok makan, belum ada peningkatan berat badan. Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian dengan hasil: pasien dapat tidur nyenyak pada malam hari, masih terdapat kantung mata. Masalah keperawatan risiko penyebaran infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil: pasien tampak memakai masker dan membuang lendir pada tempatnya. Masalah keperawatan ansietas teratasi dengan hasil : pasien tidak cemas lagi dengan keadaan yang dialami dikarenakan motivasi dari perawat dan dukungan dari keluarga.

Menurut All 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 tidak ada lagi, dan suara napas pasien vesikuler. Masalah keperawatan pola napas tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil: tidak sesak lagi, tidak ada retraksi

dinding dada. Masalah keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri teratasi dengan kriteria hasil : tidak nyeri lagi skala nyeri 0 tampak meringis berkurang. Masalah keperawatan defisit nutrisi teratasi dengan hasil : nafsu makan bertambah berat badan meningkat. Masalah keperawatan gangguan pola tidur teratasi dengan kriteria hasil : bisa tidur pada malam hari, tampak menguap tidak lagi, konjungtiva tidak anemis.

Hasil data di atas menunjukkan adanya kesenjangan antara hasil evaluasi pada teori dan kasus Ny. S . D yaitu masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian, masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian, masalah gangguan rasa nyaman nyeri teratasi sebagian, masalah nyeri akut teratasi sebagian, masalah defisit nutrisi teratasi sebagian, masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian, masalah risiko infeksi teratasi, masalah ansietas teratasi. Di mana kondisi ini tidak sesuai dengan harapan dan tujuan yang ada di teori itu terjadi karena butuh waktu yang lama sehingga 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.

