

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran umum lokasi studi kasus

Studi kasus dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah yang berlokasi di jalan Prof.W.Z.Yohanes, Kelurahan Paupire, Kecamatan Ende Tengah, Kabupaten Ende. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah Ruangan Perawatan Khusus, dimana ruangan ini merupakan ruangan isolasi yang merawat pasien dengan penyakit menular. Ruangan Perawatan Khusus terdiri dari empat ruangan dengan kapasitas 12 tempat tidur yang terdiri dari Ruangan Flamboyan A berjumlah tiga tempat tidur, Ruangan Flamboyan B berjumlah tiga tempat tidur, Ruangan Flamboyan C berjumlah tiga tempat tidur dan Ruangan Flamboyan D berjumlah tiga tempat tidur. Tenaga perawat di Ruangan Perawatan Khusus sebanyak 12 orang yang terdiri dari Diploma III berjumlah 11 orang dan Strata satu (S1) Keperawatan Ners berjumlah satu orang dengan struktur tertinggi adalah kepala ruangan.

2. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 10 Mei 2025, 16:20 wita di Ruangan Perawatan Khusus RSUD Ende.

a. Pengumpulan Data

1) Identitas

a) Identitas pasien

Pasien laki-laki berinisial Tn. A.P., berusia 51 tahun, beragama Katolik, dan telah menikah serta mempunyai dua orang anak. Pasien berdomisili di Jalan Ahmad Yani, Kecamatan Ende Selatan, dan memiliki latar belakang pendidikan terakhir SMA serta bekerja sebagai wiraswasta. Pasien masuk ke rumah sakit pada tanggal 10 Mei 2025 pukul 01.32 WITA dan dilakukan pengkajian pada tanggal yang sama pukul 16.20 WITA. Pasien memiliki nomor rekam medis 15-5-48 dan didiagnosis dengan Tuberkulosis Paru.

b) Identitas penanggung jawab

Penanggung jawab pasien Ny. L.P. berusia 50 tahun, pekerjaan IRT (ibu rumah tangga), beralamat di jalan Ahmad Yani-Ende Selatan, hubungan dengan pasien adalah seorang istri.

2) Status Kesehatan

a) Status kesehatan saat ini

(1) Keluhan utama

Pasien mengeluh sesak napas

(2) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan sesak napas sejak hari Kamis tanggal 8 Mei 2025 kemudian dibawa oleh keluarga ke IGD RSUD Ende dan diberikan terapi nebulizer ventolin kurang lebih selama 15 menit. Setelah mendapatkan terapi nebulizer pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi kemudian dipulangkan oleh perawat IGD RSUD Ende. Pasien juga mengatakan bahwa ia batuk sejak dua bulan lalu. Kadang disertai dahak berwarna kuning kental dan sulit dikeluarkan. Terkadang juga hanya batuk kering saja. Pasien juga mengatakan ia sering demam dan sang istri selalu memberikan paracetamol 1 tablet setelah makan untuk menurunkan demam. Pasien juga mengatakan ia selalu berkeringat di malam hari dan sesekali pasien mengalami mual muntah. Pasien merupakan penderita TB Paru sejak tiga tahun yang lalu dan mendapatkan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) untuk diminum selama enam bulan per 3 tablet setiap malam. Tetapi karena obatnya terlalu banyak pasien memutuskan untuk tidak lagi minum OAT setelah mengonsumsi OAT selama dua bulan. Pada tanggal 19 Maret 2025 pasien dirawat kembali di RSUD Ende khususnya di Ruangan

Perawatan Khusus dengan alasan yang sama yakni sesak napas. Pasien juga mengatakan pernah berobat secara mandiri ke Rumah Sakit Siloam di Kupang pada tanggal 7 April 2025 dan mengatakan sudah baik baik saja. Kemudian pada tanggal 10 Mei 2025 tepatnya 01.32 WITA pasien kembali dbawah keluarga ke IGD RSUD Ende dengan keluhan sesak napas disertai mual dan muntah lalu dipindahkan ke Ruang Perawatan Khusus pada tanggal 10 Mei 2025 tepatnya 09.25 WITA.

- (3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Keluarga pasien mengatakan pasien dibawa ke rumah sakit karena sesak napas sejak sore tanggal 9 Mei 2025 disertai mual dan muntah. Karena keluarga tidak mengetahui apa yang harus dilakukan, sehingga pasien langsung dibawa ke RSUD Ende tepatnya di IGD pada tanggal 10 Mei 2025 01.32 WITA dan dipindahkan ke Ruang Perawatan Khusus pada tanggal 10 Mei 2025 tepatnya 09.25 WITA.

- (4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Keluarga pasien mengatakan selama di rumah jika pasien mengeluh sesak napas keluarga hanya

menggosokan dada, kaki, dan tangan menggunakan minyak kayu putih serta memberikan pasien air hangat. Tetapi karena kemarin dengan mual muntah keluarga tidak tahu harus melakukan apa, sehingga pasien dibawa ke RSUD Ende

b) Status kesehatan masa lalu

a) Penyakit yang pernah dialami

Pasien dan keluarga mengatakan bahwa pasien pernah menderita penyakit TB Paru dan diabetes mellitus tiga tahun lalu. Namun pasien minum obat tidak teratur dan tidak menerapkan gaya hidup yang sehat yaitu masih merokok sehingga pasien masuk kembali ke RSUD Ende dengan penyakit yang sama

b) Pernah dirawat

Keluarga pasien mengatakan sebelumnya pasien pernah dirawat di RSUD Ende sekitar tiga tahun lalu dengan penyakit yang sama. Kemudian dirawat kembali pada tanggal 19 - 21 maret 2025 dengan keluhan sesak napas dan lemah. Pada tanggal 10 mei 2025 pasien kembali dirawat kembali di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende dengan keluhan sesak napas disertai mual dan muntah.

c) Alergi

Pasien dan keluarga mengatakan pasien tidak ada alergi terhadap obat, makanan, dan minuman ataupun cuaca, debu, dll.

d) Kebiasaan (merokok, kopi, alkohol)

Keluarga pasien mengatakan pasien adalah perokok aktif semenjak kelas empat SD. Jumlah rokok yang di isap 1-2 bungkus per hari. Bahkan semenjak sakitpun pasien tidak pernah berhenti merokok. Pasien mengatakan ia sudah mengurangi jumlah rokok menjadi 1-2 batang per hari. Pasien juga mengatakan ia sudah berhenti alkohol semenjak satu tahun lalu.

c) Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan dulunya sang ibu pernah menderita penyakit diabetes mellitus. Dan tidak ada keluarga lain yang menderita TB Paru dalam keluarga.

d) Diagnosa medis dan terapi yang didapatkan sebelumnya

Keluarga mengatakan pasien memang sudah terdiagnosis TB Paru dan DM tipe II semenjak 3 tahun lalu. Dan diberikan OAT untuk diminum 3 tablet perhari selama 6 bulan. Dan untuk pengobatan DM selalu diberikan insulin apidra sebelum makan 4 unit dan insulin lantus 10 unit sebelum tidur.

3) Pola kebutuhan dasar (Data Bio-Psiko-Sosio-Kultural)

a) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Keluarga pasien mengatakan apabila pasien sakit langsung dibawa ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan pertolongan. Namun, jika hanya demam atau pilek biasa pasien hanya diberikan obat yang dibeli di apotik terdekat seperti paracetamol. Pasien juga mengatakan semenjak di diagnosis penyakit TB tiga tahun lalu pasien dan keluarga tidak menggunakan masker selama di rumah dan pasien selalu membuang dahaknya di plastik kemudian dibuang di tempat sampah umum. Keluarga juga mengatakan bahwa mereka tau kalau TB adalah penyakit yang menular. Pasien sendiri mengatakan “kalau memang harus meninggal tidak apa-apa saya terima”.

b) Pola nutrisi-metabolik

Sebelum sakit keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan tiga kali sehari dengan satu porsi makan dihabiskan, jenis makanan lengkap berupa nasi putih, sayur, lauk (ikan, telur, daging) tanpa ada pantangan, buah-buahan sesekali. Pasien juga minum air banyak 7-8 gelas per hari. Pasien minum teh dengan gula pasie dua kali sehari. Keluarga mengatakan pasien sebelum sakit badannya gemuk. Saat sakit keluarga mengatakan saat sakit makan masih tiga

kali sehari namun hanya setengah porsi saja dan itupun tidak dihabiskan. Jenis makanan masih berupa nasi putih sayur, lauk(ikan, telur, daging sesekali) tanpa ada pantangan. Terkadang jika pasien bosan dengan menu makanan yang sama pasien mengkonsumsi pop mie untuk dimakan. Pasien masih minum air 7-8 gelas per hari. Keluarga juga mengatakan pasien nampak kurus dari sebelumnya dengan berat badan pasien turun dari 56kg sekarang menjadi 43kg saja.

c) Pola eliminasi

(1) BAB

Sebelum sakit pasien mengatakan selama di rumah BABnya lancar 1-2 kali sehari, feses lunak, berwarna kuning-kecoklatan dan berbau khas feses. Saat sakit keluarga mengatakan selama dirumah sakit, sejak pagi tanggal 10 mei 2025 pasien belum BAB sama sekali. Terakhir BAB sore kemarin sebelum dibawa ke rumah sakit karena sesak napas pada tanggal 10 mei 2025 01:32 WITA. Pasien tidak menggunakan kateter dan diapers.

(2) BAK

Sebelum sakit pasien mengatakan selama dirumah BAK 4-6 kali sehari, berwarna jernih, bau khas amoniak. Saat

sakit keluarga mengatakan dari sejak pagi dipindahkan dari IGD tanggal 10 Mei 2025 pasien sudah BAK kurang lebih 3 kali berwarna jernih, bau khas amoniak

d) Pola aktivitas dan latihan

(1) Aktivitas

Pasien mengatakan semua aktivitas dilakukan secara mandiri mulai dari makan & minum, mandi, toileting, berpakaian, dan berpindah

(2) Latihan

Sebelum sakit pasien dan keluarga mengatakan sebelum sakit pasien bekerja sebagai wiraswasta dan melakukan segala aktivitas secara mandiri seperti mandi, berpakaian, berpindah, toileting, serta makan dan minum. Saat sakit pasien dan keluarga mengatakan saat sakit pasien tidak lagi bekerja, melakukan aktivitas juga sering merasa cepat lelah dan jika pekerjaan yang dilakukan terlalu berat pasien bisa sesak napas

e) Pola kognitif dan persepsi

Pasien nampak merespon dengan baik ketika ditanya. Pasien juga menjawab semua pertanyaan dengan jelas. Pasien mengatakan penglihatan dan pendengarannya masih baik sehingga suka untuk mengobrol dengan keluarga tanpa menggunakan masker

f) Pola persepsi dan konsep diri

Pasien mengatakan dirinya adalah seorang lansia yang sedang sakit. Pasien juga mengatakan merasa terganggu dengan sakitnya yang sering kambuh dan ingin cepat sembuh total agar bisa pulang dan beraktivitas seperti biasanya

g) Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit pasien mengatakan jarang tidur siang dan jika tidur siang sekitar 30 menit saja. Kemudian pasien mengatakan tidur malamnya terganggu karena batuk yang tak kunjung sembuh. Pukul tidurnya juga berubah-ubah tergantung rasa ngantuk yang dirasakan. Biasanya tidur malam di 21.00-23.00 malam. Sesekali terbangun di 02.00 dan tidur kembali kurang lebih 20-30 menit lalu terbangun di pagi hari di pukul tujuh pagi. Saat sakit pasien mengatakan semenjak masuk IGD pada tanggal 10 mei 2025 01.32 WITA pasien mengalami kesulitan untuk tidur karena sesak napas yang dirasakan beserta batuk berdahak yang terus menerus tanpa henti, pasien baru bisa tidur di 04.00 pagi dan terbangun di 07.00 pagi karena dipersiapkan untuk di pindahkan di ruangan perawatan khusus. Sesampainya di ruangan perawatan khusus pasien pun kembali tidur dan terbangun di 11.45 menit untuk makan siang. Pasien juga

mengatakan sangat tidak nyaman dengan batuk yang dirasakan sehingga tidurnya tidan puas.

h) Pola peran hubungan

Pasien dan keluarga mengatakan pasien berhubungan baik dengan keluarga maupun tetangga dan masyarakat sekitarnya. Dibuktikan dengan kedatangan keluarga dan tetangga untuk memberikan penguatan kepada pasien agar cepat sembuh. Pasien juga mengatakan sebagai kepala keluarga ia merasa beban karena sakit yang dideritanya membuat ia tidak bisa bekerja seperti sebelumnya

i) Pola toleransi stres koping

Pasien mengatakan jika ada masalah pasien menceritakan kepada sang istri untuk mencari solusi bersama. Pasien juga mengatakan jika ada masalah tersendiri pasien melampiaskannya dengan merokok

j) Pola nilai kepercayaan

Pasien dan keluarga mengatakan sebelum sakit pasien sering ke gereja bersama sang istri dan keduannya anaknya di hari minggu dan hari besar khatolik lainnya seperti paskah dan natal. Tetapi saat sakit pasien mengatakan jarang ke gereja karena sakitnya

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum

Pasien nampak kurus, sering berbaring di tempat tidur, wajah nampak pucat, batuk berdahak, kesadaran composmentis, GCS:15 (Eye:4 membuka mata dengan spontan, Motorik:6 respon motorik mengikuti perintah, Verbal:5 respon verbal spontan). Tanda-tanda vital, Tekanan darah: 90/60mmHg, Nadi: 77x/menit, SPO₂: 94%, Suhu: 36,2°C, Respirasi: 26x/menit. Berat badan sebelum sakit: 56kg, berat badan saat ini: 43kg, Tinggi badan: 165cm, Indeks Massa Tubuh : 15,81, Berat Badan Ideal : 65kg.

b) Keadaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi)

Kepala : Bentuk kepala normal/simetris dari sisi kiri dan kanan, kulit kepala nampak bersih, rambut berwarna hitam bercampur putih (uban), rambut nampak kering, rambut tidak rontok serta tidak ada udem/nyeri tekan pada kepala.

Wajah : nampak pucat, tidak ada luka pada daerah wajah.

Mata : Bentuk kedua mata simetris, konjungtiva non anemis, sklera tidak ikterik, tidak menggunakan alat bantu penglihatan (kacamata), pupil isokor, tidak ada nyeri tekan pada bola mata. Hidung : Bentuk hidung normal/simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, Terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, tidak ada sekret dan nampak bersih, terdapat

bulu-bulu silia. Mulut : Nampak mukosa bibir lembap, terdapat lapisan putih pada lidah, gigi lengkap dan nampak kekuningan. Telinga : Nampak bersih, tidak ada serum maupun benjolan pada telinga. Leher : Nampak bersih, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening maupun kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan. Dada, inspeksi : bentuk dada simetris/normal, terdapat menggunakan otot bantu pernapasan, adanya retraksi dinding dada, frekuensi napas 26x/m. Palpasi : Pergerakan dinding dada simetris, adanya penurunan vokal fremitus dimana paru sebelah kanan getarannya lebih kuat dibandingkan dengan paru sebelah kiri. Perkusi : Terdengar suara paru sonora. Auskultasi : Terdapat suara napas ronchi (+).

Abdomen, inspeksi : Nampak bentuk datar, tidak terdapat asites. Auskultasi : bising usus normal 8x/menit. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, hepar tidak teraba. Perkusi : Terdapat suara timpani. Integumen : kulit nampak kering dan keriput, tidak ada nyeri, akral teraba hangat. Ekstremitas atas : Tidak ada luka, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm di tangan kiri, tidak ada edema, CRT < 3 detik. Bawah tidak ada luka atau edema pada kak, tidak ada nyeri tekan.

5) Neurologis

a. Status mental dan emosional

Pasien mengatakan menerima dirinya apa adanya tetapi pasien berharap untuk bisa sembuh

b. Pengkajian saraf kranial

Saraf olfaktori : Pasien mengatakan masih mencium segala jenis bebauan dan masih bisa membedakannya. Saraf optik : Pasien mengatakan masih bisa melihat dengan jelas tanpa kabur sedikitpun. Saraf okulomotor : Pasien masih bisa menggerakkan kedua bola mata ke kiri dan ke kanan, berkedip dan memfokuskan penglihatan pada satu objek. Saraf Fasialis : Berfungsi dengan baik pasien masih dapat tersenyum, tertawa, dan mengespresikan wajah. Saraf vestibulokoklear Pasien mampu mendengar dan menjawab pertanyaan yang ditanyakan dengan baik dan jelas. Saraf Aksesoris : Pasien mampu menggerakkan kepala, leher, dan bahu sesuai arahan. Saraf hipoglossus : Pasien mampu menggerak lidah ke kiri, berbicara dan menelan masih baik

6) Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan darah

Tabel 6.1 : Pemeriksaan Darah Lengkap Tanggal 10 Mei 2025 (02.33)

No	Parameter	Result	Flags	Unit	Normal range
1	WBC (leukosit)	10,9	+	$10^3\mu\text{L}$	3.8-10,6
2	RBC (Eritrosit)	4,62	+	$10^3\mu\text{L}$	3,2-4,6
3	HGB (Hemoglobin)	13,40		g/dL	13,2-17,3
4	HCT (Hematokrit)	38,7		%	32,6-47,5
5	MCV	83,8		fL	80,3-103,4
6	MCH	29,0		pg	26-34,4
7	MCHC	34,6		g\text{dL}	31,8-36,3
8	PLT (Trombosit)	381	+	$10^3\mu\text{L}$	134-377
9	RDW	11,7		%	10,8-14,9
10	PDW	10,8		fL	9,8-18
11	MPV	9,3		fL	8,1-12,4
12	P-LCR	20,3		%	10,7-45
13	NEUT%	74,1	+	%	38,3-69
14	LYMPH%	20,2		%	17,5-47,9
15	MXD%	5,7		%	1,9-24,6
16	NEUT#	8,1	+	$10^3\mu\text{L}$	1,2-5,3
17	LYMPH#	2,2		$10^3\mu\text{L}$	0,8-2,7
18	MXD#	0,6		$10^3\mu\text{L}$	0,1-1,5

Tabel 6.2 : Pemeriksaan Elektrolit Tanggal 10 Mei 2025 (05.49)

No	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
1	CREATININ	0,45	mg/dl	0.67-1.17
2	GLUKOSA SEWAKTU	116	mg/dl	70-140
3	SGOP/AST	22,3	u/1	0-35
4	SGPT/ALT	14,3	u/1	4-36
5	UREUM	19,7	mg/dl	10-50

7) Pengobatan

a. Omeprazole

Dosis : 40mg/12jam/IV

Indikasi : mengatasi tukak lambung

Kontraindikasi : hipersensitivitas terhadap omeprazole

b. Ondansentron

Dosis : 4mg/8jam/IV

Indikasi : mengobati mual muntah

Kontraindikasi : hipersensitivitas terhadap ondansentron

c. Paracetamol

Dosis : 1g/8jam/IV

Indikasi : mengobati rasa nyeri dan menurunkan demam

Kontraindikasi : hipersensitivitas terhadap paracetamol atau komponen lain dalam obat

d. N-ACe (Acetylcysteine)

Dosis : 200mg/6jam/Oral

Indikasi : mengurangi produksi lendir dan memperbaiki fungsi paru-paru

Kontraindikasi : Jangan menggunakan NAC jika Anda memiliki hipersensitivitas terhadap NAC atau komponen lain dalam obat.

e. OAT (Rifampicin 150mg, Isoniazid 75mg, Pirazinamide 400mg, Ethambutol HCl 275 mg)

Dosis : 3 tablet/24jam/Oral

Indikasi : OAT digunakan untuk mengobati TB paru, termasuk TB paru aktif dan TB paru laten. OAT juga dapat

digunakan untuk mengobati TB ekstraparu, termasuk TB pada tulang, sendi, dan sistem saraf pusat.

Kontraindikasi : Jangan menggunakan OAT jika Anda memiliki hipersensitivitas terhadap salah satu komponen obat.

f. Nebu ventolin

Indikasi : Digunakan untuk mengobati TB Paru dan mencegah serangan TB Paru

Kontraindikasi : Jangan menggunakan Nebuventolin jika Anda memiliki hipersensitivitas terhadap salbutamol atau komponen lain dalam obat.

b. Tabulasi Data

Pasien mengeluh mengatakan sesak napas, batuk sejak dua bulan disertai dahak berwarna kuning kental dan sulit dikeluarkan, mual, muntah, keringat di malam hari, demam sesekali, makan sedikit dari porsi yang disediakan, cepat merasa lelah saat beraktivitas, kesulitan untuk tidur dan tidak nyaman karena batuk, tidurnya tidak puas, keluarga mengatakan pasien sudah lebih kurus dari sebelumnya, wajah Nampak pucat, terdapat menggunakan otot bantu pernapasan, adanya retraksi dinding dada, adanya penurunan vokal fremitus (paru kiri lebih kuat getarannya dibandingkan dengan paru sebelah kanan), kulit nampak kering, suara napas ronchi, Tekanan darah: 90/60mmHg, Nadi: 77x/menit, SPO₂: 94%, Suhu: 36,2°C, Respirasi: 26x/menit, Pasien nampak kurus dengan BB sebelum sakit 56kg, sesudah sakit 43kg

(penurunan 23%), IMT 15,81, terpasang O₂ nasal kanul 3lpm, infus Nacl 0,9% 20 tmp tangan kiri, CRT < 3detik, WBC 10,9 10³μL RBC 4,62 10³μL PLT 381 10³μL NEUT% 74,1%, NEUT# 8,1/uL

c. Klasifikasi Data

1) Data Subjektif

Pasien mengeluh sesak napas, batuk sejak dua bulan disertai dahak berwarna kuning kental dan sulit dikeluarkan, mual muntah, keringat di malam hari, demam sesekali, makan sedikit dari porsi yang disediakan, cepat merasa lelah saat beraktivitas, sulit tidur dan tidak nyaman karena batuk, tidak puas tidur, keluarga mengatakan pasien sudah lebih kurus dari sebelumnya

2) Data Objektif

Pasien nampak batuk disertai lendir berwarna kuning kental, wajah Nampak pucat, terdapat menggunakan otot bantu pernapasan, adanya retraksi dinding dada, adanya penurunan fremitus (paru kiri lebih kuat getarannya dibandingkan dengan paru sebelah kanan), kulit nampak kering, suara napas wheezing dan ronchi, Tekanan darah: 90/60mmHg, Nadi: 77x/menit, SPO₂: 98%, Suhu: 36,2°C, Respirasi: 26x/menit, Pasien nampak kurus dengan BB sebelum sakit 56kg, sesudah sakit 43kg, IMT 15,81, terpasang O₂ nasal kanul 3lpm, infus Nacl 0,9% 20 tmp tangan kiri, CRT < 3detik, WBC 10,9 10³μL, RBC 4,62 10³μL, PLT 381, NEUT% 74,1, NEUT# 8,1.

d. Analisa Data

No	Sigh/simptom	Etiologi	Problem
1	DS : Pasien mengeluh sesak napas, batuk berdahak kurang lebih 2 bulan, dahak sulit dikeluarkan DO : Pasien tampak batuk berdahak berwarna kuning kental, bunyi napas wheezing dan ronchi, TTV : Tekanan darah: 90/60mmHg, Nadi: 77x/menit, SPO ₂ : 94%, Suhu: 36,2°C, Respirasi: 26x/menit	Hipersekresi jalan napas	Bersihkan jalan napas tidak efektif
2	DS : Pasien mengeluh sesak napas DO : tampak menggunakan otot bantu pernapasan, adanya retraksi dinding dada, terpasang O ₂ nasal kanul 3lpm, TTV : Tekanan darah: 90/60mmHg, Nadi: 77x/menit, SPO ₂ : 94%, Suhu: 36,2°C, Respirasi: 26x/menit,	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif
3	DS : Pasien mengatakan merasa seringkali mual ketika makan, keluarga mengatakan pasien nampak lebih kurus dari sebelumnya DO : Pasien nampak pucat, Penurunan berat badan 23% dari 56kg 43kg, IMT 15,81 (Berat badan kurang)	Faktor psikologi (keengganan untuk makan)	Defisit nutrisi



4	DS : Pasien mengatakan sulit tidur dan tidak nyaman karena batuk, tidurnya tidak puas DO : mata nampak cekung, TTV: Tekanan darah: 90/60mmHg, Nadi: 77x/menit, SPO ₂ : 94%, Suhu: 36,2°C, Respirasi: 26x/menit	Kurang kontrol tidur	Gangguan pola tidur
5	DS : Pasien mengatakan pernah mengonsumsi obat OAT tiga tahun lalu selama dua bulan, sekarang pasien mulai kembali mengonsumsi obat dari bulan maret namun tidak rutin dikonsumsi DO : tidak mengikuti program pengobatan yang dianjurkan	Program terapi lama	Ketidakpatuhan
6	DS : Pasien mengatakan saat dirumah pasien dan keluarga tidak menggunakan masker, membuang sputum di plastik DO : Nampak pasien dan keluarga tidak menggunakan masker	Peningkatan program terapi lama	Risiko penyebaran infeksi

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan, **DS** : Pasien mengeluh sesak napas, batuk berdahak kurang lebih 2 bulan, dahak sulit dikeluarkan. **DO** : Pasien

tampak batuk berdahak berwarna kuning kental, bunyi napas wheezing dan ronchi, TTV : Tekanan darah: 90/60mmHg, Nadi: 77x/menit, SPO₂: 94%, Suhu: 36,2 °C, Respirasi: 26x/menit,

- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan, **DS** : Pasien mengeluh sesak napas **DO** : tampak menggunakan otot bantu pernapasan, adanya retraksi dinding dada, terpasang O₂ nasal kanul 3lpm, TTV : Tekanan darah: 90/60mmHg, Nadi: 77x/menit, SPO₂: 94%, Suhu: 36,2°C, Respirasi: 26x/menit.
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologi (keengganan untuk makan) ditandai dengan, **DS** : Pasien mengatakan merasa seringkali mual ketika makan, keluarga mengatakan pasien nampak lebih kurus dari sebelumnya **DO** : Pasien nampak pucat, Penurunan berat badan 23% dari 56kg ➔43kg, IMT 15,81 (Berat badan kurang)
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol ditandai dengan, **DS** : Pasien mengatakan sulit tidur dan tidak nyaman karena batuk, tidurnya tidak puas, **DO** : Mata nampak cekung, TTV : Tekanan darah:90/60mmHg, Nadi: 77x/menit, SPO₂:94%, Suhu: 36,2°C, Respirasi: 26x/menit
- e. Ketidakpatuhan berhubungan dengan program terapi lama ditandai dengan, **DS** : Pasien mengatakan pernah mengonsumsi obat OAT tiga tahun lalu selama dua bulan, sekarang pasien mulai kembali mengonsumsi obat dari bulan maret namun tidak rutin dikonsumsi, **DO** : tidak mengikuti program pengobatan yang dianjurkan

- f. Risiko penyebaran infeksi dibuktikan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan ditandai dengan, **DS** : Pasien mengatakan saat dirumah pasien dan keluarga tidak menggunakan masker, membuang sputum di plastik, **DO** : Nampak pasien dan keluarga tidak menggunakan masker (PPNI, 2016)

4. Intervensi Keperawatan

Sebelum dibuatkan rencana keperawatan terhadap masalah yang ditemukan, masalah tersebut disusun dalam bentuk prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani. Adapun urutan prioritas masalah mengacu pada tingkatan, prioritas utama yaitu mengancam kehidupan, prioritas kedua mengancam kesehatan, prioritas ketiga dan seterusnya yang mengganggu proses pertumbuhan dan perkembangan. Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya akan dibuat rencana keperawatan (Tim POKJA DPP PPNI, 2018)

Prioritas masalah : Bersihan jalan napas tidak efektif, Pola napas tidak efektif, Defisit nutrisi, Gangguan pola tidur, Ketidakpatuhan, dan Risiko penyebaran infeksi.

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan,
- DS** : Pasien mengeluh sesak napas, batuk berdahak kurang lebih 2 bulan, dahak sulit dikeluarkan.

DO : Pasien tampak batuk berdahak berwarna kuning kental, bunyi napas wheezing dan ronchi, TTV : Tekanan darah: 90/60mmHg, Nadi: 77x/menit, SPO₂: 94%, Suhu: 36,2 °C, Respirasi: 26x/menit,

Tujuan/kriteria hasil

Luaran utama : Bersihan jalan napas

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 pukul diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil :

- a. Batuk efektif meningkat 5
- b. Produksi sputum menurun 5
- c. Dispnea membaik 5
- d. Frekuensi napas membaik 5

Intervensi : Latihan batuk efektif

Observasi

- a. Identifikasi kemampuan batuk

Rasional : Teknik batuk yang dilakukan untuk mengeluarkan dahak dengan menghemat energi

- b. Monitor adanya retensi sputum

Rasional : Mengetahui ada tidaknya produksi sputum yang berlebihan yang dapat mengakibatkan obstruksi jalan napas

Terapeutik

- c. Posisikan sem fowler atau fowler

Rasional : Duduk tinggi memungkinkan ekspansi paru dan mempermudah pernapasan

- d. Buang sputum pada tempatnya

Rasional : Zat lendir yang dihasilkan saluran pernapasan, harus dibuang ke tempat yang tepat karena mengandung bakteri berbahaya

Edukasi

- e. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif

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

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

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

- g. Anjurkan batuk kuat langsung setelah Tarik napas dalam ketiga

Rasional : Sekret yang tertumpuk atau tertahan dapat dikeluarkan dengan mudah

Kolaborasi

- h. Kolaborasi pemberian ekspektoran

Rasional : Membantu mengencerkan dahak dan membantu membersihkan jalan napas pasien

- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan.

DS : Pasien mengeluh sesak napas

DO : tampak menggunakan otot bantu pernapasan, adanya retraksi dinding dada, terpasang O₂ nasal kanul 3lpm, TTV : Tekanan darah: 90/60mmHg, Nadi: 77x/menit, SPO₂: 94%, Suhu: 36,2°C, Respirasi: 26x/menit.

Tujuan/kriteria hasil

Luaran utama : Pola napas

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 pukul diharapkan masalah pola napas tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil :

- a. Pola napas membaik 5
- b. Penggunaan otot bantu pernapasan menurun 5
- c. Pernapasan cuping hidung menurun 5
- d. Frekuensi napas membaik

Intervensi : Manajemen jalan napas

Observasi

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

Rasional : Penilaian pola pernapasan harus dilakukan terutama pada klien dengan gangguan pernafasan untuk mengetahui adanya abnormalitas yang terjadi

- b. Berikan minum hangat

Rasional : Mempermudah pengeluaran sputum

c. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Rasional : Karakteristik sputum dapat menunjukkan berat ringannya obstruksi

Terapeutik

d. Posisikan fowler dan semi fowler

Rasional : Meningkatkan kenyamanan pasien saat bernapas

e. Berikan oksigen

Rasional : memaksimalkan pernapasan, dan mencegah terjadinya hipoksia dan kegagalan napas serta tindakan untuk menyelamatkan hidup

Edukasi

f. Ajarkan teknik batuk efektif

Rasional : Batk efektif dapat merangsang sputum sehingga bisa dikeluarkan

Kolaborasi

g. Kolaborasi pemberian bronkodilator

Rasional : mempercepat proses dilatasi spasme

c. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologi (keengganan untuk makan) ditandai dengan,

DS : Pasien mengatakan merasa seringkali mual ketika makan, keluarga mengatakan pasien nampak lebih kurus dari sebelumnya

DO : Pasien nampak pucat, Penurunan berat badan 23% dari 56kg
43kg, IMT 15,81 (Berat badan kurang)

Tujuan/kriteria hasil

Luaran utama : Status nutrisi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 pukul diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :

- a. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 5
- b. Berat badan membaik 5
- c. Nafsu makan membaik 5
- d. Membran mukosa membaik 5

Intervensi : Manajemen nutrisi

Observasi

- a. Identifikasi status nutrisi

Rasional : mengetahui status nutrisi pasien sehingga menentukan intervensi yang diberikan

- b. Identifikasi makanan yang disukai

Rasional : Meningkatkan nafsu makan

- c. Monitor asupan makanan

Rasional : menilai asupan makanan yang adekuat

- d. Monitor berat badan

Rasional : nutrisi yang dikonsumsi sangat berpengaruh mempengaruhi berat badan

Terapeutik

- e. Lakukan oral hygiene sebelum makan dan sesudah makan

Rasional : Mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan

- f. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai

Rasional : Meningkatkan keinginan untuk makan

Edukasi

- g. Ajarkan diet yang di programkan

Rasional : Memperbaiki kebutuhan nutrisi

Kolaborasi

- h. Kolaborasi dengan ahli gizi mengetahui status nutrisi klien sehingga dapat menentukan intervensi yang diberikan untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan

Rasional : Diet yang tepat dapat menurunkan masalah kebutuhan nutrisi

- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan control tidur ditandai dengan,
DS : pasien mengatakan sulit tidur dan tidak nyaman karena batuk, tidurnya tidak puas

DO : Mata napak cekung, TTV : Tekanan darah:90/60mmHg, Nadi: 77x/menit, SPO₂:94%, Suhu: 36,2°C, Respirasi: 26x/menit

Tujuan/kriteria hasil (PPNI, 2018b)

Luaran utama : Pola tidur

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 pukul diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :

- Keluhan sulit tidur menurun 5
- Keluhan sering terjaga menurun 5
- Keluhan tidak puas tidur menurun 5

- d. Keluhan pola tidur berubah menurun 5
- e. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 5

Intervensi : Dukungan tidur

Observasi

- a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur

Rasional : Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur pasien untuk memahami kebutuhan tidur dan aktivitas mereka, serta untuk mengidentifikasi potensi gangguan tidur.

- b. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis)

Rasional : mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat mengganggu tidur pasien, seperti nyeri, kecemasan, atau depresi, untuk dapat mengambil tindakan yang tepat untuk mengatasi gangguan tersebut.

- c. Identifikasi obat tidur yang di konsumsi

Rasional : Mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi pasien untuk memahami potensi interaksi dengan obat lain atau efek samping yang dapat mempengaruhi kualitas tidur.

Terapeutik

- d. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, dan tempat tidur)

Rasional : Memberikan terapi yang tepat untuk mengatasi gangguan tidur, seperti terapi relaksasi, terapi kognitif, atau terapi farmakologis.

e. Batasi waktu tidur siang, *jika perlu*

Rasional : Membatasi waktu tidur siang untuk menghindari gangguan tidur malam dan membantu pasien tidur lebih baik di malam hari.

f. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur

Rasional : Membantu pasien menghilangkan stres dan kecemasan sebelum tidur dengan teknik relaksasi, seperti meditasi, yoga, atau teknik pernapasan dalam.

g. Lakukan prosedur yang meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi tidur)

Rasional : Melakukan prosedur yang meningkatkan kenyamanan pasien, seperti pijat atau pengaturan posisi tidur, untuk membantu pasien tidur lebih baik.

Edukasi

h. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

Rasional : Memberikan edukasi kepada pasien tentang pentingnya tidur yang cukup dan cara-cara untuk meningkatkan kualitas tidur.

i. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

Rasional : Mengajarkan pasien untuk menepati kebiasaan waktu tidur yang teratur untuk membantu mengatur ritme tubuh dan meningkatkan kualitas tidur.

- e. Ketidakpatuhan berhubungan dengan program terapi lama ditandai dengan,

DS : Pasien mengatakan pernah mengonsumsi obat OAT tiga tahun lalu selama dua bulan, sekarang pasien mulai kembali mengonsumsi obat dari bulan maret namun tidak rutin dikonsumsi

DO : tidak mengikuti program pengobatan yang dianjurkan

Tujuan/kriteria hasil

Luaran utama : Tingkat kepatuhan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 pukul diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :

- Verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan dan pengobatan meningkat 5
- Verbalisasi mengikuti anjuran meningkat 5
- Perilaku mengikuti program perawatan/ pengobatan
- Perilaku menjalankan anjuran meningkat 5

Intervensi : Dukungan kepatuhan program pengobatan

Observasi

- Identifikasi kepatuhan menjalankan program pengobatan

Rasional : Terapeutik, untuk memastikan bahwa pasien mematuhi program pengobatan yang telah direncanakan dan untuk mengidentifikasi potensi masalah yang dapat mempengaruhi kepatuhan.

Terapeutik

- b. Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik

Rasional : Meningkatkan motivasi dan komitmen pasien untuk menjalani program pengobatan dengan baik, sehingga dapat meningkatkan efektivitas pengobatan.

- c. Dokumentasikan aktivitas selama menjalani pengobatan

Rasional : Meningkatkan akurasi dan keandalan data tentang aktivitas pasien selama menjalani pengobatan, sehingga dapat membantu dalam evaluasi dan perencanaan pengobatan.

- d. Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat jalannya program pengobatan

Rasional : Meningkatkan kesadaran dan pemahaman pasien tentang faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan dan efektivitas pengobatan, sehingga dapat membantu dalam mengatasi potensi masalah.

- e. Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani

Rasional : Meningkatkan dukungan emosional dan fisik bagi pasien selama menjalani program pengobatan, sehingga dapat meningkatkan kepatuhan dan efektivitas pengobatan.

Edukasi

- f. Informasikan program pengobatan yang harus dijalani

Rasional : Edukasi, untuk memberikan informasi yang akurat dan lengkap tentang program pengobatan yang harus dijalani, sehingga dapat meningkatkan kesadaran dan pemahaman pasien.

- g. Informasikan manfaat yang diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan

Rasional : Edukasi, untuk memberikan informasi tentang manfaat yang dapat diperoleh jika pasien teratur menjalani program pengobatan, sehingga dapat meningkatkan motivasi dan komitmen.

- h. Anjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan

Rasional : Edukasi, untuk memberikan informasi tentang pentingnya peran keluarga dalam mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan.

- i. Anjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan kesehatan terdekat *jika perlu*

Rasional : Edukasi, untuk memberikan informasi tentang pentingnya melakukan konsultasi ke pelayanan kesehatan terdekat jika pasien atau keluarga memiliki pertanyaan atau kekhawatiran tentang program pengobatan.

- f. Risiko penyebaran infeksi dibuktikan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan ditandai dengan,

DS : Pasien mengatakan saat dirumah pasien dan keluarga tidak menggunakan masker, membuang sputum di plastik

DO : Nampak pasien dan keluarga tidak menggunakan masker

Tujuan/kriteria hasil

Luaran utama : Tingkat infeksi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 pukul diharapkan penyebaran infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil :

- a. Menggunakan masker meningkat 5
- b. Kebersihan tangan meningkat 5
- c. Etika batuk meningkat 5

Intervensi utama : Pencegahan infeksi

Observasi

- a. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik

Rasional : Memonitor tanda dan gejala infeksi local dapat membantu mendeteksi infeksi dini, sehingga dapat dilakukan intervensi yang tepat untuk mencegah penyebaran infeksi

Terapeutik

- b. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungannya

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

- c. Batasi pengunjung

Rasional : Pencegah terjadinya penularan infeksi tuberculosis

Edukasi

- d. Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional : Mengurangi penyebaran infeksi

- e. Ajarkan etika batuk

Rasional : Etika batuk yang baik dapat mencegah penularan penyakit yang disebabkan oleh virus, bakteri, dan mengurangi risiko infeksi pada orang lain

- f. Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional : Mengurangi penyebaran infeksi

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi pada Tn. A.P dilakukan selama tiga hari pada tanggal 10-12 Mei 2025. Implementasi dilakukan sesuai dengan masing-masing diagnosa keperawatan.

1. Hari pertama pada tanggal 10 Mei 2025

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Pukul 14:00 WITA mengukur tanda-tanda vital pasien, hasil : TD : 90/60mmHg, N : 77x/m, S : 36,2 °C, SPO₂ tidak menggunakan oksigen : 94%, SPO₂ menggunakan oksigen 98%, RR : 26x/m. Pukul 14.10 WITA mengidentifikasi kemampuan batuk pasien, hasil : Pasien mampu batuk dan tidak mengeluarkan dahak. Pukul 14.20 WITA memonitor retensi sputum, hasil : Sputum berwarna kuning kental. Pukul 14.25 WITA melakukan fisioterapi dada, hasil : membantu mengencerkan dahak. Pukul 14.30 WITA melatih batuk efektif, hasil : Pasien mampu batuk dan mengeluarkan dahak. Pukul 16.30 WITA melayani injeksi omeprazole 40mg/8jam/IV, + Ondansentron 4mg/8jam/IV + Paracetamol 100mg/8jam/IV, memberikan nebu 1 respule + Nacl 5cc/Inhalasi. Pukul 17.00 WITA menganjurkan kepada pasien untuk minum banyak air hangat. Pukul 17.05 WITA menganjurkan kepada pasien untuk membuang sputum pada tempat yang terisi air + bayclin untuk mengurangi penyebaran bakteri. Pukul 17.10 WITA melayani obat NAC 1 tablet setelah makan untuk mengencerkan dahak
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Pukul 14.00 WITA mengukur tanda-tanda vital pasien, hasil : TD : 90/60mmHg, N : 77x/m, S : 36,2 °C, SPO₂ tidak menggunakan oksigen : 94%, SPO₂ menggunakan oksigen 98%, RR : 26x/m. Pukul

14.20 WITA mengatur posisi semi fowler pada pasien, hasil : pasien Nampak setengah berbaring dan terpasang O₂ nasal canul 3 lpm. Pukul 16.30 WITA nebu 1 respule + Nacl 5cc/Inhalasi. Pukul 16.45 WITA mendengarkan bunyi napas tambahan, hasil : bunyi napas ronchi.

- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologi (keengganan untuk makan). Pukul 14.00 WITA mengukur tanda-tanda vital pasien, hasil : TD : 90/60mmHg, N : 77x/m, S : 36,2 °C, SPO₂ tidak menggunakan oksigen : 94%, SPO₂ menggunakan oksigen 98%, RR : 26x/m. Pukul 14.30 WITA mengkaji status nutrisi pasien, hasil : status nutrisi kurang (kurus) dengan indeks masa tubuh 15,81. Pukul 15.00 WITA Mengidentifikasi makanan yang disukai, hasil : pasien menyukai segala jenis makanan terutama sayur yang ditumis. Pukul 15.10 WITA memonitor asupan makanan, hasil : Sekali makan pasien hanya mampu menghabiskan setengah dari porsi yang seharusnya, dan pasien juga makan sedikit dari porsi tersebut tidak dihabiskan. Terkadang jika pasien bosan dengan menu makanan yang sama pasien mengkonsumsi pop mie untuk makan . Pukul 15.20 WITA menganjurkan kepada pasien untuk melakukan oral hygiene (sikat gigi dan mulut) sebelum makan dan sesudah makan. Pukul 15.30 WITA menganjurkan kepada keluarga untuk menyajikan makanan dengan tampilan yang menarik dan dalam kondisi hangat. Pukul 15.40 WITA

menganjurkan kepada pasien untuk diet makanan tinggi kalori dan tinggi protein (mis. telur rebus dan buah pisang)

- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Pukul 14:00 WITA mengukur tanda-tanda vital pasien, hasil : TD : 90/60mmHg, N : 77x/m, S : 36,2 °C, SPO₂ tidak menggunakan oksigen : 94%, SPO₂ menggunakan oksigen 98%, RR : 26x/m. Pukul : 17.10 WITA mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, hasil : pasien mengatakan sulit tidur dikarenakan batuk. Pukul 17.15 WITA memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi keluarga atau pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan karena dapat mengganggu waktu istirahat pasien. Pukul 17.20 WITA menjelaskan kepada pasien bahwa waktu tidur yang cukup dapat menambah energy dan mempercepat proses penyembuhan.
- e. Ketidakpatuhan berhubungan dengan program terapi lama. Pukul 14.00 WITA mengukur tanda-tanda vital pasien, hasil : TD : 90/60mmHg, N : 77x/m, S : 36,2 °C, SPO₂ tidak menggunakan oksigen : 94%, SPO₂ menggunakan oksigen 98%, RR : 26x/m. 14.05 WITA mengidentifikasi kepatuhan menjalankan program pengobatan, hasil : Pasien mengatakan tiga tahun lalu pernah mendapatkan obat OAT tetapi hanya diminum selama dua bulan dikarenakan obatnya terlalu banyak. Kemudian pada bulan maret 2025 pasien kembali diberikan obat OAT untuk diminum tetapi pasien mengatakan tidak rutin mengkonsumsinya. Pukul 14.25 WITA menganjurkan kepada

keluarga untuk mendukung program pengobatan yang sedang dijalani pasien dengan cara mengingatkan pasien tentang waktu minum obatnya. Pukul 14.45 WITA menginformasikan kepada pasien dan keluarga tentang manfaat jika mengonsumsi obat secara teratur. Pukul 20.00 WITA memantau pasien minum obat OAT 3 tablet

- f. Risiko penyebaran infeksi dibuktikan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan. 14:00 WITA mengukur tanda-tanda vital pasien, hasil : TD : 90/60mmHg, N : 77x/m, S : 36,2°C, SPO₂ tidak menggunakan oksigen : 94%, SPO₂ menggunakan oksigen 98%, RR : 26x/m. Pukul 14.50 WITA Menganjurka kepada pasien dan keluarga untuk menggunakan APD (mis. masker) jika berada dalam ruangan . Pukul 14.55 WITA mengajarkan kepada pasien dan keluarga tentang cara etika batuk dan mencuci tangan yang benar. Etika batuk adalah batuk dengan menutup mulut menggunakan lengan bagian dalam serta menggunakan tisu kemudian dibuang. Sedangkan mencuci tangan menggunakan antiseptik atau sabun cuci tangan 3-5 tetes kemudian menggosokkan kedua telapak tangan, punggung tangan, sela-sela jari, mengunci kedua tangan, dan menggosokkan ibu jari dengan gerakan memutar sampai ke ujung-ujung kuku.

2. Hari kedua pada tanggal 11 Mei 2025

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Pukul 14:00 WITA mengukur tanda-tanda vital, hasil : TD : 100/70 mmHg, N : 82x/m, S : 36,8°C, SPO₂ : 96%, RR : 25x/m.

Pukul 14.10 WITA mengidentifikasi kemampuan batuk pasien, hasil : Pasien mampu batuk dan mengeluarkan dahak berwarna kuning kental. Pukul 14.25 WITA melakukan fisioterapi dada, hasil : membantu mengencerkan dahak. Pukul 14.30 WITA memotivasi dan memantau pasien dalam melakukan batuk efektif, hasil : Pasien mampu batuk dan mengeluarkan dahak. Pukul 16:30 WITA melayani injeksi omeprazole 40mg/8 jam/IV, + Ondansentron 4mg/8 jam/IV + Paracetamol 100mg/8 jam/IV, memberikan nebu 1 respule + Nacl 5cc/Inhalasi. Pukul 17.00 WITA menganjurkan kepada pasien untuk tetap minum banyak air hangat. Pukul 17.05 WITA memotivasi dan memantau pasien agar selalu membuang sputum pada tempatnya untuk mengurangi penyebaran bakteri. Pukul 17.10 WITA melayani obat NAC 1 tablet setelah makan untuk mengencerkan dahak

- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.
Pukul 14.00 WITA mengukur tanda-tanda vital, hasil : TD : 100/70 mmHg, N : 82x/m, S : 36,8°C, SPO₂ : 96%, RR : 25x/m. Pukul 14.20 WITA mengatur posisi semi fowler pada pasien, hasil : pasien nampak berbaring dengan posisi kepala lebih tinggi. Pukul 14.23 WITA memonitor O₂ nasal canul tiga lpm. Pukul 16.30 WITA nebu 1 respule + Nacl 5cc/Inhalasi. Pukul 16.45 WITA mendengarkan bunyi napas tambahan, hasil : bunyi napas ronchi.

- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologi (keengganan untuk makan). Pukul 14.00 WITA mengukur tanda-tanda vital, hasil : TD : 100/70 mmHg, N : 82x/m, S : 36,8°C, SPO₂ : 96%, RR : 25x/m. Pukul 14:30 WITA memonitor asupan makanan, hasil : nampak pasien hanya mampu menghabiskan setengah dari porsi yang disediakan. Pukul 15.00 WITA menganjurkan kepada keluarga untuk selalu menyajikan makanan yang disukai pasien untuk menambah nafsu makan. Pukul 15:10 WITA. Menganjurkan kepada pasien untuk tidak mengonsumsi makanan kemasan seperti pop mie . Pukul 15.20 WITA menganjurkan kepada pasien untuk selalu melakukan oral hygiene (sikat gigi dan mulut) sebelum makan dan sesudah makan. Pukul 15.30 WITA menganjurkan kepada untuk makan sedikit demi sedikit tapi sering . Pukul 18.15 WITA melayani makan malam pasien dan mem perhatikan diet makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Pukul 14:00 WITA mengukur tanda-tanda vital, hasil : TD : 100/70 mmHg, N : 82x/m, S : 36,8°C, SPO₂ : 96%, RR : 25x/m. Pukul : 17.10 WITA mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, hasil : pasien mengatakan sulit tidur dikarenakan batuk. Pukul 17.15 WITA memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi keluarga atau pengunjung karena dapat mengganggu waktu istirahat pasien. Pukul 17.20 WITA

menjelaskan kembali kepada pasien bahwa waktu tidur yang cukup dapat menambah energy dan mempercepat proses penyembuhan.

- e. Ketidakpatuhan berhubungan dengan program terapi lama. Pukul 14:00 WITA mengukur tanda-tanda vital, hasil : TD : 100/70 mmHg, N : 82x/m, S : 36,8°C, SPO₂ : 96%, RR : 25x/m. Pukul 14.25 WITA mengingatkan kembali keluarga untuk selalu mendukung program pengobatan yang sedang dijalani pasien dengan cara mengingatkan pasien tentang waktu minum obatnya. Pukul 20.00 WITA memantau pasien minum obat OAT tiga tablet
- g. Risiko penyebaran infeksi dibuktikan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan. Pukul 14.00 WITA mengukur tanda-tanda vital, hasil : TD : 100/70 mmHg, N : 82x/m, S : 36,8°C, SPO₂ : 96%, RR : 25x/m. Pukul 14.50 WITA mengingatkan kepada pasien dan keluarga untuk menggunakan APD (mis. masker) jika berada dalam ruangan, hasil : Pasien dan keluarga nampak masih tidak menggunakan masker . Pukul 14.55 WITA mengingatkan dan mengulang kembali kepada pasien dan keluarga tentang cara etika batuk dan mencuci tangan yang benar, hasil : Pasien dan keluarga memahami tentang cara etika batuk, namun untuk mencuci tangan pasien dan keluarga belum terlalu memahami. Pukul 14.58 WITA mengajarkan kembali cara mencuci tangan dengan benar yakni menggunakan antiseptic atau sabun cuci tangan 3-5 tetes kemudian menggosokan kedua telapak tangan, punggung tangan, sela-sela jari,

mengunci kedua tangan, dan menggososkan ibu jari dengan gerakan memutar sampai ke ujung-ujung kuku, hasil : pasien dan keluarga nampak paham.

6. Evaluasi Keperawatan

Tanggal 10 Mei 2025

a. Diagnosa Bersihan jalan napas tidak efektif

S : Pasien mengatakan masih batuk berdahak dan masih sulit dikeluarkan

O : Keadaan umum baik, sputum berwarna kuning kental, tanda-tanda vital pasien, hasil : TD : 90/70mmHg, N : 79x/m, S : 36,6 °C, SPO₂ tidak menggunakan oksigen : 94%, SPO₂ menggunakan oksigen 98%, RR : 27x/m

A : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi

P : ntervensi dilanjutkan

b. Diagnosa Pola napas tidak efektif

S : Pasien mengatakan masih sesak napas

O: Keadaan umum baik, bunyi napas ronchi (+), terdapat menggunakan otot bantu pernapasan, adanya retraksi dinding dada, tanda-tanda vital pasien, hasil : TD : 90/70mmHg, N : 79x/m, S : 36,6 °C, SPO₂ tidak menggunakan oksigen : 94%, SPO₂ menggunakan oksigen 98%, RR : 27x/m

A: Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

c. Diagnosa Defisit nutrisi

S : Pasien mengatakan tidak nafsu makan

O : Keadaan umum baik, nampak tidak mampu menghabiskan porsi makan yang disediakan sekitaran 2-5 sendok makan, IMT 15,81, tanda-tanda vital pasien, hasil : TD : 90/70mmHg, N : 79x/m, S : 36,6 °C, SPO2 tidak menggunakan oksigen : 94%, SPO2 menggunakan oksigen 98%, RR : 27x/m

A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

d. Diagnosa Gangguan pola tidur

S : Pasien mengatakan sulit tidur karena batuk

O : Keadaan umum baik, mata nampak cekung, tanda-tanda vital pasien, hasil : TD : 90/70mmHg, N : 79x/m, S : 36,6°C, SPO2 tidak menggunakan oksigen : 94%, SPO2 menggunakan oksigen 98%, RR : 27x/m

A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

e. Diagnosa Ketidakpatuhan

S : Pasien mengatakan minum obat tidak sesuai aturan

O : Keadaan umum baik, tanda-tanda vital pasien, hasil : TD : 90/70mmHg, N : 79x/m, S : 36,6°C, SPO2 tidak menggunakan oksigen : 94%, SPO2 menggunakan oksigen 98%, RR : 27x/m

P : Masalah ketidakpatuhan belum teratasi

A : Intervensi dilanjutkan

f. Diagnosa Risiko penyebaran infeksi

S : Pasien mengatakan masih sesak napas dan batuk berdahak

O : Keadaan umum baik, nampak pasien dan keluarga tidak menggunakan masker, tissue bekas pake disimpan di plastik kemudian dibuang di tempat sampah medis, pasien dan keluarga jarang mencuci tangan, tanda-tanda vital pasien, hasil : TD : 90/70mmHg, N : 79x/m, S : 36,6°C, SPO₂ tidak menggunakan oksigen : 94%, SPO₂ menggunakan oksigen 98%, RR : 27x/m

A : Masalah risiko penyebaran infeksi belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

Tanggal 11 Mei 2025

a. Diagnosa Bersihan jalan napas tidak efektif

S : Pasien mengatakan batuk berdahak bisa di keluarkan

O : Keadaan umum baik, nampak sputum masih berwarna kuning, tanda-tanda vital, hasil : TD : 100/60 mmHg, N : 80x/m, S : 36,7°C, SPO₂ : 96%, RR : 25x/m

A : Masalah bersihan jalan napas sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

b. Diagnosa pola napas tidak efektif

S : Pasien mengatakan sesak napas berkurang

O : Keadaan umum baik, nampak pasien sudah bisa melepas oksigen, bunyi napas ronchi (+), masih menggunakan otot bantu pernapasan,

terdapt retraksi dinding dada, tanda-tanda vital, hasil : TD : 100/60

mmHg, N : 80x/m, S : 36,7 °C, SPO₂ : 96%, RR : 25x/m

A : Masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

c. Diagnosa defisit nutrisi

S : Pasien mengatakan sudah bisa menghabiskan setengah dari porsi makan yang disediakan

O : Keadaan umum baik, menghabiskan 6-8 sendok makan porsi yang disediakan tanda-tanda vital, hasil : TD : 100/60 mmHg, N : 80x/m, S : 36,7 °C, SPO₂ : 96%, RR : 25x/m

A : Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

d. Diagnosa Gangguan pola tidur

S : Pasien mengatakan tidurnya lebih puas karena hanya terbangun satu kali karena batuk

O : Keadaan umum baik, tanda-tanda vital, hasil : TD : 100/60 mmHg, N : 80x/m, S : 36,7 °C, SPO₂ : 96%, RR : 25x/m

A : Masalah gangguan pola tidur sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

e. Diagnosa ketidakpatuhan

S : Pasien mengatakan minum obat sudah mulai mengikuti aturan

O : Keadaan umum baik, tanda-tanda vital, hasil : TD : 100/60 mmHg, N : 80x/m, S : 36,7 °C, SPO₂ : 96%, RR : 25x/m

A : Masalah ketidakpatuhan sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

f. Diagnosa risiko penyebaran infeksi

S : Pasien mengatakan masih batuk berdahak dan sesak napas

O : Keadaan umum baik, nampak keluarga menggunakan masker, sudah paham dan melakukan etika batuk dan mencuci tangan dengan benar secara mandiri, tanda-tanda vital, hasil : TD : 100/60 mmHg, N : 80x/m, S : 36,7 °C, SPO₂ : 96%, RR : 25x/m

A : Masalah risiko penyebaran infeksi sebagian teratasi

O : Intervensi dilanjutkan

CATATAN PERKEMBANGAN

Catatan Perkembangan dilakukan pada tanggal 12 Mei 2025

a. Diagnosa bersihan jalan napas

Pukul 14:00 WITA

S : Pasien mengatakan masih batuk sudah bisa mengeluarkan dahak

O : Keadaan umum baik, nampak membuang dahak pada tempat yang disediakan, produksi sputum berkurang, tanda-tanda vital TD : 100/80mmHg, N : 84x/m, S : 36,8 °C, SPO₂ 98%, RR : 24x/m

A : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

I : Pukul 14.10 WITA melakukan fisioterapi dada pada pasien untuk membantu mengencerkan dahak. Pukul 14.15 WITA menganjurkan kepada pasien untuk minum air hangat agak bisa merangsang dahak

untuk keluar. Pukul 14.20 WITA menganjurka kepada pasien untuk sering melakukan batuk efektif agar dapat mengeuarkan dahak yang tertahan. Pukul 16.00 WITA memberikan nebu 1 respule + Nacl 5cc/Inhalasi

E : Pukul 16.30 WITA Keadaan umum baik, pasien mengatakan masih sedikit batuk dan produksi lender berkurang, tanda-tanda vital TD : 100/70mmHg, N : 81x/m, S : 36,7 °C, SPO₂ 98%, RR : 22x/m

b. Diagnosa pola napas tidak efektif

S : Pasien mengatakan sudah tidak sesak napas

O : Keadaan umum baik, bunyi napas ronchi (+), masih menggunakan otot bantu pernapasan, tidak ada retraksi dinding dada, , tanda-tanda vital TD : 100/80mmHg, N : 84x/m, S : 36,8 °C, SPO₂ 98%, RR : 24x/m

A : Masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

I : Pukul Pukul 16.00 memberikan nebu 1 respule + Nacl 5cc/Inhalasi

E : Pukul 16.30 WITA keadaan umum baik, pasien mengatakansudh tidak sesak napas, bunyi napas rochi (+), masih menggunakan otot pernapasan, tanda-tanda vital TD : 100/70mmHg, N : 81x/m, S : 36,7 °C, SPO₂ 98%, RR : 22x/m

c. Diagnosa defisit nutrisi

S : Pasien mengatakan nafsu makan membaik dan mampu menghabiskan porsi makan yang disediakan

O : Keadaan umum baik, nampak pasien mampu menghabiskan porsi makan yang disediakan, , tanda-tanda vital TD : 100/80mmHg, N : 84x/m, S : 36,8 °C, SPO₂ 98%, RR : 24x/m

A : Masalah defisit nutrisi teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

I : Pukul 15.00 WITA menganjurkan kepada keluarga untuk selalu menyajikan makanan yang disukai pasien untuk menambah nafsu makan. Pukul 15.05 WITA menganjurkan kepada pasien untuk tidak mengonsumsi makanan kemasan seperti pop mie. Pukul 15.10 WITA menganjurkan kepada pasien untuk selalu melakukan oral hygiene (sikat gigi dan mulut) sebelum makan dan sesudah makan. Pukul 15.15 WITA Menganjurkan pasien untuk tetap diet makanan tinggi kalori dan tinggi protein

E : Pukul 16.30 WITA Keadaan umum baik, pasien dan keluarga nampak paham dengan penjelasan yang diberikan oleh perawat, tanda-tanda vital TD : 100/70mmHg, N : 81x/m, S : 36,7 °C, SPO₂ 98%, RR : 22x/m

d. Diagnosa Gangguan pola tidur

S : Pasien mengatakan tidurnya lebih nyenyak karena batuk sesekali

O : Keadaan umum baik, , tanda-tanda vital TD : 100/80mmHg, N : 84x/m, S : 36,8 °C, SPO₂ 98%, RR : 24x/m

A : Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan

I : Pukul 15.20 WITA memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi keluarga atau pengunjung karena dapat mengganggu waktu istirahat pasien. Pukul 15.25 WITA menjelaskan kembali kepada pasien bahwa waktu tidur yang cukup dapat menambah energy dan mempercepat proses penyembuhan.

E : Pukul 16.30 WITA Keadaan umum baik, tanda-tanda vital TD : 100/70mmHg, N : 81x/m, S : 36,7 °C, SPO₂ 98%, RR : 22x/m

e. Diagnosa ketidakpatuhan

S : Pasien mengatakan sudah minum obat teratur

O : Keadaan umum baik, , tanda-tanda vital TD : 100/80mmHg, N : 84x/m, S : 36,8 °C, SPO₂ 98%, RR : 24x/m

A : Masalah ketidakpatuhan teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

I : Pukul 15.30 WITA menganjurkan kepada keluarga untuk selalu mendukung program pengobatan yang sedang dijalani pasien dengan cara mengingatkan pasien tentang waktu minum obatnya di pukul 20.00 setiap hari tiga tablet

E : Pukul 16.30 WITA Keadaan umum baik, tanda-tanda vital TD : 100/70mmHg, N : 81x/m, S : 36,7 °C, SPO₂ 98%, RR : 22x/m

f. Diagnosa risiko penyebaran infeksi

S : Pasien mengatakan batuk berkurang dan tidak lagi sesak napas

O : Keadaan umum baik, Keluarga nampak menggunakan masker, , tanda-tanda vital TD : 100/80mmHg, N : 84x/m, S : 36,8 °C, SPO₂ 98%, RR : 24x/m

A : Masalah risiko penyebaran infeksi belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

I : Pukul 15.45 WITA menganjurkan kepada pasien dan keluarga untuk selalu menggunakan masker. Pukul 15.50 WITA mengajarkan kembali pasien dan keluarga cara etika batuk dan cara mencuci tangan yang baik dan benar. Etika batuk adalah batuk dengan menutup mulut menggunakan lengan bagian dalam serta menggunakan tisu kemudian dibuang. Sedangkan mencuci tangan menggunakan antiseptik atau sabun cuci tangan 3-5 tetes kemudian menggosokkan kedua telapak tangan, punggung tangan, sela-sela jari, mengunci kedua tangan, dan menggosokkan ibu jari dengan gerakan memutar sampai ke ujung-ujung kuku.

E : Pukul 16.30 WITA Keadaan umum baik, Pasien dan keluarga nampak paham dengan yang dijelaskan perawat, , tanda-tanda vital TD : 100/70mmHg, N : 81x/m, S : 36,7°C, SPO₂ 98%, RR : 22x/m

B. Pembahasan

Pelaksanaan keperawatan untuk Tn. A.P yang mengalami masalah Tuberkulosis Paru menggunakan pendekatan proses keperawatan yang mencakup pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, serta evaluasi keperawatan. Dalam

pembahasan akan dilihat perbedaan antara teori dan praktik (kasus nyata), yang ditemukan pada Tn. A.P di RSUD Ende di Ruang Perawatan Khusus.

1. Interpretasi dan Diskusi Hasil

a. Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian pada studi kasus Tn. A.P ditemukan pasien mengatakan sesak napas, batuk sejak dua bulan lalu disertai dahak berwarna kuning kental, demam sesekali, tidak nafsu makan, berat badan menurun dari 56kg ke 43kg, keringat di malam hari, cepat lelah, sulit tidur karena batuk, mual, muntah, pucat, adanya retraksi dinding dada, menggunakan otot bantu pernapasan, dan suara napas ronchi.

Hal ini sesuai dengan tanda dan gejala menurut (Elis, 2024) didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh (Rif'atunnisa et al., 2024) tanda dan gejala TB Paru adalah batuk kurang lebih dua minggu, batuk berdahak, sesak napas, nyeri dada, batuk darah, demam, tidak nafsu makan, malaise atau mudah lelah, berat badan menurun, keringat malam hari tanpa melakukan aktivitas.

Data di atas menunjukkan adanya kesenjangan yaitu data yang ada pada teori sebagian tidak ada pada kasus nyata Tn. A.P. Seperti Batuk darah dan nyeri dada.

Batuk berdarah pada pasien TB terjadi karena infeksi *Mycrobacterium tuberculosis* yang sudah merusak perenkim paru dan infeksi TB sudah berkembang dan menyerang jaringan paru-paru termasuk pembuluh darah sehingga menyebabkan pembuluh darah

pecah (Regina, 2025). Sedangkan pada pasien Tn. A.P tidak ditemukan batuk darah karena infeksi TB belum cukup berkembang dan menyerang jaringan paru-paru, termasuk pembuluh darah, sehingga tidak menyebabkan pembuluh darah pecah oleh karena itu pada Tn. A. P. tidak ditemukan batuk darah. Hal ini didukung oleh penelitian (Ernawatyningasih et al., 2019) yang menyatakan bahwa adanya batuk darah dan keparahan penyakit karena TB Paru adalah keadaan lanjut dari gejala batuk yang ada dan merupakan tanda adanya kerusakan dari pembuluh darah pada dinding kavitas paru.

Pada kasus nyata pasien tidak ditemukan nyeri dada dikarenakan peradangan yang terjadi secara perlahan-lahan yang tidak cukup parah untuk menyebabkan nyeri dada serta lokasi infeksi yang masih terjadi di bagian atas paru-paru yang tidak banyak memiliki reseptor nyeri.

Sesak napas pada pasien Tb Paru terjadi karena infeksi bakteri *Mycrobacterium tuberculosis* yang menyerang paru-paru sehingga menyebabkan kerusakan jaringan dan pembentukan kavitas (rongga) pada paru-paru yang mengganggu aliran udara dan oksigen yang akan masuk ke paru-paru pernyataan ini didukung oleh penelitian dari (Endria et al., 2022) yang menyatakan bahwa sesak nafas diakibatkan oleh Proses inflamasi akibat kuman TB di paru menyebabkan penurunan kapasitas fungsi paru sehingga oksigen yang masuk tidak adekuat mengakibatkan meningkatnya respirasi pasien sebagai kompensasi untuk memenuhi kecukupan oksigen.

Batuk pada pasien TB diperlukan untuk mengeluarkan bahan-bahan yang bersifat radang karena bronkus akibat dari infeksi *mycobacterium tuberculosis* yang menyerang paru-paru sehingga mengganggu ekspansi paru-paru dan menyebabkan batuk. Batuk ini berkembang dari batuk kering yang tidak produktif menjadi batuk produktif yang mengeluarkan dahak setelah peradangan terjadi. Hal ini didukung oleh penelitian dari (Oktaviani et al., 2023) Kuman tuberculosis yang masuk ke saluran pernafasan akan menginfeksi saluran pernafasan bawah dan dapat menimbulkan terjadinya batuk produktif dan darah. Hal ini akan menurunkan fungsi kerja silia dan mengakibatkan penumpukan sekret pada saluran pernafasan, sehingga mengakibatkan gangguan kebutuhan oksigenasi.

Pada pasien TB juga terdapat gejala demam dan keringat di malam hari yang terjadi karena fagositosis kuman menyebabkan terjadinya pleuritis lokal (peradangan pada pleura, yaitu lapisan yang melapisi paru-paru dan rongga dada) peradangan dan kerusakan jaringan akibat pleuritis lokal dapat memicu respon imun tubuh sehingga memunculkan gejala demam, keringat di malam hari didukung oleh penelitian (Aida et al., 2022) Reaksi sistem imun tubuh timbul untuk mencegah organisme asing *mycobacterium tuberculosis* menginfeksi tubuh. Respon imun dalam menghadapi infeksi memicu peningkatan suhu tubuh sehingga terjadi reaksi pelepasan cairan di kelenjar keringat

(sudorifeus) dan kelenjar sebacea. Hal ini menimbulkan gejala demam dan berkeringat. Apabila dibiarkan tubuh akan mengalami dehidrasi sehingga dapat mengganggu metabolisme tubuh dan menimbulkan reaksi lemas (malaise) akibat nutrisi yang tidak mencukupi.

Tidak nafsu makan pada pasien TB terjadi karena adanya tanda dan gejala lain seperti batuk dan nyeri dada yang membuat pasien merasa tidak nyaman untuk makan sehingga mengalami penurunan nafsu makan. Pada pasien Tn. A.P terjadi penurunan nafsu makan diakibatkan oleh efek samping dari obat OAT yang diminum menyebabkan terjadinya mual muntah yang membuat pasien tidak nafsu makan. Hal ini didukung oleh penelitian (Aida et al., 2022) Efek samping yang paling sering ditimbulkan pada pengobatan OAT adalah mual. Reaksi mual biasanya ditimbulkan akibat mengonsumsi obat OAT golongan antibiotik seperti rifampicin, isoniasid (INH) dan pirazinamid. Obat golongan ini dapat mengakibatkan peningkatan asam lambung sehingga dapat dikonsumsi setelah makan. Hal ini sejalan dengan hasil peneliti sebelumnya yang menyatakan bahwa setiap jenis obat OAT dapat menimbulkan efek samping yang berbeda tergantung dari reaksi imun tubuh terhadap pengobatan yang diberikan.

Pada pasien TB Paru mengalami penurunan berat badan dikarenakan tidak nafsu makan sehingga nutrisi yang dibutuhkan

kurang dari kebutuhan tubuh dan respon inflamasi yang meningkatkan metabolisme tubuh yang membakar lebih banyak kalori dan energi didukung oleh penelitian (Made&Nurjannah, 2017) penyakit infeksi umumnya menyebabkan anoreksia dan peningkatan kebutuhan metabolik sel oleh inflamasi yang berdampak bukan hanya sekedar penurunan berat badan tetapi juga akan mempengaruhi sistem kekebalan tubuh yang memberi perlindungan terhadap penyakit infeksi. Tuberkulosis dapat menyebabkan berat badan dibawah normal dan defisiensi mikronutrien (multivitamin dan *nutrient*) karena terjadi malabsorpsi, meningkatnya kebutuhan energi, terganggunya proses metabolik dan berkurangnya asupan makanan karena penurunan nafsu makan dan dapat mengarah terjadinya kondisi *wasting* (penurunan massa otot dan lemak).

Pasien TB Paru mengalami malaise atau kelelahan dikarenakan pasien mengalami sesak napas yang mengakibatkan suplai oksigen yang dibutuhkan dalam tubuh tidak terpenuhi sehingga proses metabolisme dalam tubuh kurang maksimal yang mengakibatkan kerja organ menjadi lambat sehingga membuat pasien tersebut menjadi cepat lelah. Hal ini didukung oleh penelitian (Aida et al., 2022) Respon imun dalam menghadapi infeksi memicu peningkatan suhu tubuh sehingga terjadi reaksi pelepasan cairan di kelenjar keringat (*sudorifeus*) dan kelenjar sebacea. Hal ini menimbulkan gejala demam dan berkeringat. Apabila dibiarkan tubuh akan mengalami dehidrasi

sehingga dapat mengganggu metabolisme tubuh dan menimbulkan reaksi lemas (malaise) akibat nutrisi yang tidak mencukupi.

Pada kasus Tn. A.P ditemukan tanda dan gejala mual muntah dikarenakan beberapa faktor salah satunya peradangan yang disebabkan oleh infeksi TB dapat mempengaruhi sistem pencernaan yang menyebabkan mual muntah, dan pada pasien juga memiliki masalah kesehatan yang lain. Sedangkan pada teori tidak ditemukan mual muntah karena mual muntah bukan merupakan tanda dan gejala utama penyakit TB Paru.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada pasien dengan tuberkulosis paru menurut (Sangadji, 2024) terdapat enam diagnosa yaitu : bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, defisit nutrisi, hipertermi, dan intoleransi aktivitas.

Sedangkan diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus Tn. A.P terdapat enam diagnosa yaitu : bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, defisit nutrisi, gangguan pola tidur, ketidakpatuhan, dan risiko penyebaran infeksi.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan karena diagnosa keperawatan pada teori ada enam diagnosa, dimana ada tiga diagnosa yang tidak ditemukan pada pasien yaitu : pada teori terdapat masalah gangguan pertukaran gas sedangkan pada Tn. A.P tidak ditemukan masalah keperawatan tersebut karena tidak terdapat sianosis,

pernapasan cuping hidung serta pemeriksaan analisis gas darah di rumah sakit. Masalah gangguan pertukaran gas bisa terjadi jika Infeksi *Mycobacterium tuberculosis* pada jaringan paru-paru dapat memicu peradangan yang berpotensi menyebabkan kerusakan pada struktur alveoli dan bronkiolus. Kerusakan ini dapat berlanjut ke dalam pembentukan kavitas dan abses paru, serta menyebabkan penyempitan bronkiolus yang mengganggu aliran udara ke alveoli. Akibatnya, proses pertukaran gas terganggu karena alveoli tidak menerima udara yang cukup (Association, 2020).

Pada teori terdapat masalah hipertemi sedangkan pada Tn. A.P tidak ditemukan masalah tersebut karena suhu tubuh Tn. A.P masih dalam batas normal yakni 36,2-36,8 °C. Demam bisa terjadi apabila fagositosis kuman yang menyebabkan terjadinya pleuritis lokal (peradangan pada pleura, yaitu lapisan yang melapisi paru-paru dan rongga dada) peradangan dan kerusakan jaringan akibat pleuritis lokal dapat memicu respon imun tubuh sehingga memunculkan gejala demam, keringat di malam hari yang menimbulkan masalah hipertermi (Kardiyudiani, 2020).

Pada teori ditemukan masalah intoleransi aktivitas sedangkan pada Tn. A.P tidak ditemukan masalah tersebut dikarenakan pasien masih bisa melakukan aktivitas secara mandiri sehari-hari baik makan, minum, berpakaian, toileting, dan berpindah. Pasien TB dapat mengalami intoleransi aktivitas fisik karena beberapa faktor

patofisiologis, termasuk kerusakan jaringan paru-paru, peradangan, serta kehilangan berat badan. Hal ini dapat mengganggu proses pertukaran gas, mengurangi kemampuan darah untuk membawa oksigen, serta mengurangi kemampuan tubuh untuk melakukan aktivitas fisik. Akibatnya, pasien TB dapat mengalami kesulitan bernapas dan merasa lelah dengan mudah (Kumar, 2019).

Pada kasus nyata ditemukan masalah gangguan pola tidur dikarenakan pasien mengatakan sulit tidur dan tidak nyaman karena batuk, tidurnya tidak puas dan mata pasien nampak cekung didukung dengan tekanan darah pasien 90/60 mmHg sedangkan pada teori tidak ditemukan masalah tersebut karena pada teori berfokus pada masalah sistem pernapasan sedangkan pada kasus nyata masalah pola tidur disebabkan oleh batuk yang dialami pasien. Sedangkan pada pasien TB infeksi *Mycobacterium tuberculosis* dapat memicu serangkaian proses patofisiologis yang berujung pada gangguan pola tidur. Peradangan dan kerusakan jaringan paru-paru yang disebabkan oleh infeksi TB dapat mempengaruhi sistem saraf pusat dan mengganggu pola tidur. Selain itu, pengeluaran sitokin dan gangguan hormon yang terkait dengan pola tidur, seperti melatonin dan kortisol, juga dapat mempengaruhi kualitas tidur pasien TB. Nyeri dan ketidaknyamanan pada dada, punggung, dan tulang, serta stres dan kecemasan yang terkait dengan penyakit TB, juga dapat mengganggu pola tidur pasien. Sebagai hasilnya, pasien TB dapat mengalami gangguan pola tidur yang signifikan (Kumar, 2019).

Pada kasus ditemukan masalah ketidakpatuhan karena pasien tidak mengonsumsi OAT secara rutin dan pernah mempunyai riwayat putus OAT yang hanya diminum dua bulan pada tiga tahun lalu dan kembali mendapatkan OAT bulan maret tahun 2025 sedangkan pada teori tidak ditemukan masalah tersebut karena berfokus pada masalah sistem pernapasan dan pada kasus ditemukan masalah tersebut karena dipengaruhi oleh perilaku pasien yang tidak patuh terhadap pengobatannya.

Pada kasus ditemukan masalah risiko penyebaran infeksi karena pada pasien dan keluarga tidak menggunakan masker selama di rumah sakit sedangkan pada teori tidak temukan masalah tersebut. Pasien Tuberkulosis (TB) dapat menjadi sumber penyebaran infeksi karena bakteri *Mycobacterium tuberculosis* yang terkandung dalam droplet udara yang dikeluarkan saat pasien batuk, bersin, atau berbicara. Penyebaran infeksi TB dapat terjadi melalui kontak erat dengan pasien, serta melalui udara yang terkontaminasi dengan bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Faktor-faktor seperti kepadatan penduduk, ventilasi yang buruk, dan kebersihan yang kurang dapat meningkatkan risiko penyebaran infeksi TB. Selain itu, kondisi kesehatan yang lemah, seperti HIV/AIDS, diabetes, atau gangguan imun lainnya, dapat meningkatkan kerentanan individu terhadap infeksi TB. Oleh karena itu, pengobatan yang efektif dan pengendalian penyebaran infeksi TB

adalah crucial untuk mencegah penyebaran penyakit ini (Organization, 2022).

Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas dikarenakan penumpukan sputum yang terjadi pada tenggorokan yang membuat pasien kesulitan untuk mengeluarkan dahak. Penyebab ini diambil berdasarkan kondisi yang ada pada pasien. Pernyataan ini didukung oleh (Suprihanto, 2022) Bersihkan jalan napas tidak efektif merupakan suatu keadaan individu tidak mampu mengeluarkan sekresi dahak atau obstruksi dari saluran napas untuk mempertahankan kepatenan jalan napas. Hal ini disebabkan oleh sekret yang berlebihan atau menumpuk akibat penyakit infeksi tidak mampu mengeluarkan sekret di jalan napas yang menunjukkan adanya sumbatan dengan jumlah irama dan kedalaman pernapasan yang tidak normal.

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dikarenakan pada pasien TB Paru mengalami kesulitan mengambil dan mengeluarkan oksigen karena adanya infeksi *Microbacterium tuberculosis* yang membentuk kavitas (rongga) pada paru-paru sehingga menyebabkan peningkatan kerja otot pernapasan dan ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan oksigen dalam tubuh. Hal ini didukung oleh penelitian oleh (Adawiah & Yanto, 2021) pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, karena jika terjadi sesak nafas terjadi akibat adanya obstruksi

saluran pernafasan sehingga pasien mengalami hambatan dalam proses bernafas. Sesak nafas dapat diketahui dengan pola nafas yang tidak teratur dan terjadi peningkatan pada frekuensi pernafasan.

Defisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (keengganan untuk makan) dikarenakan karena batuk serta pengobatan OAT yang menyebabkan efek samping seperti mual, muntah yang membuat pasien mengalami keengganan untuk makan. Hal ini didukung oleh penelitian (Aida et al., 2022) Reaksi mual biasanya ditimbulkan akibat mengonsumsi obat OAT golongan antibiotik seperti rifampicin, isoniazid (INH) dan pirazinamid. Obat golongan ini dapat mengakibatkan peningkatan asam lambung sehingga tidak dapat dikonsumsi sebelum makan.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dikarenakan batuk yang dialami pasien. kesulitan tidur pada pasien TB dapat disebabkan oleh kombinasi faktor-faktor patofisiologi, termasuk peradangan , produksi mediator inflamasi, dan kerusakan pada jaringan paru-paru.

Ketidakpatuhan berhubungan dengan program terapi lama dikarenakan perilaku pasien yang tidak patuh minum obat OAT. Risiko penyebaran infeksi dibuktikan dengan perilaku keluarga dan pasien yang tidak menggunakan masker.

c. **Intervensi Keperawatan**

Intervensi dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien Tn. A.P. Intervensi pada pasien disusun menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia tahun 2018 dan dibandingkan dengan masalah keperawatan pada kasus. Semua intervensi baik pada tinjauan teoritis maupun tinjauan kasus ada sama dan ada yang baru muncul dikarenakan terdapat diagnosa baru pada kasus yang ditemukan di Tn. A.P. Tidak semua intervensi dilakukan sesuai dalam teori dan intervensi telah dilakukan berkat kerjasama keluarga dan pasien. Untuk diagnosa keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif dilakukan sebanyak 8 intervensi. Untuk diagnosa pola napas tidak efektif dilakukan sebanyak 8 intervensi. Untuk diagnosa defisit nutrisi dilakukan sebanyak 8 intervensi. Untuk diagnosa gangguan pola tidur dilakukan sebanyak 5 intervensi. Untuk diagnosa ketidakpatuhan dilakukan sebanyak 6 intervensi. Untuk diagnosa risiko penyebaran infeksi dilakukan sebanyak 4 intervensi.

Terdapat beberapa intervensi yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan pada pasien TB Paru seperti :

Masalah bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas sesuai tujuan dan kriteria hasil yang telah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pada Tn. A.P diharapkan masalah bersihan jalan napas teratasi dengan kriteria hasil :

batuk efektif meningkat, sputum menurun, dispnea membaik, dan frekuensi napas membaik.

Masalah pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, sesuai tujuan dan kriteria hasil yakni setelah dilakukan perawatan 3x24 jam pada Tn. A. P. diharapkan masalah pola napas tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil pola napas membaik, penggunaan otot bantu pernapasan menurun, pernapasan cuping hidung menurun, frekuensi napas membaik. Karena pada Tn. A. P. tidak mengalami pernapasan cuping hidung sehingga kriteria hasil tidak tercapai.

Masalah defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan), sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yakni setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah defisit nutrisi dapat teratasi dengan kriteria hasil Porsi makan yang dihabiskan meningkat, berat badan membaik, nafsu makan membaik, membran mukosa membaik. Untuk kriteria hasil berat badan membaik tidak dapat tercapai dikarenakan nafsu makan pasien belum sepenuhnya membaik.

Masalah gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yakni setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan pola tidur dapat teratasi dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur

menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun.

Masalah ketidakpatuhan berhubungan dengan program terapi lama, sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yakni setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah ketidakpatuhan dapat teratasi dengan kriteria hasil verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan dan pengobatan meningkat, verbalisasi mengikuti anjuran meningkat, perilaku mengikuti program perawatan/ pengobatan, perilaku menjalankan anjuran meningkat.

Masalah risiko penyebaran infeksi dibuktikan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah risiko penyebaran infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil menggunakan masker meningkat, kebersihan tangan meningkat, etika batuk meningkat

d. Implementasi Keperawatan

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

Implementasi pada Tn. A.P dilakukan selama tiga hari dimulai dari tanggal 10-12 Mei 2025. Semua implementasi dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun.

1) Diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif

Implementasi :

Mengidentifikasi kemampuan batuk pasien dilakukan untuk mengetahui apakah batuk yang dialami pasien produktif atau tidak produktif. memonitor retensi sputum dilakukan agar proses pernafasan dapat berjalan dengan baik guna mencukupi kebutuhan oksigen tubuh. melakukan fisioterapi dada dapat membantu mengencerkan dahak. melatih batuk efektif adalah tindakan yang diperlukan untuk membersihkan sekresi. Tujuannya untuk meningkatkan ekspansi paru, mobilisasi sekresi, dan mencegah efek samping dari retensi sekresi. menganjurkan kepada pasien untuk minum banyak air hangat. Air hangat dapat membantu mengurangi kekeringan pada tenggorokan dan paru-paru, sehingga memudahkan pasien untuk batuk dan mengeluarkan dahak serta membantu mengencerkan dahak. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan (Mediarti et al., 2023) yang mengatakan bahwa “Batuk efektif merupakan tindakan fisiologis yang esensial untuk membersihkan sekresi dan debris dari saluran pernapasan. Melalui gerakan yang terencana dan terlatih, batuk efektif dapat meningkatkan ekspansi paru, memfasilitasi mobilisasi sekresi, serta

mencegah efek sampingan dari retensi sekresi. Dengan demikian, batuk efektif memungkinkan pengeluaran sputum yang efektif, sehingga proses pernafasan dapat berjalan dengan optimal dan mencukupi kebutuhan oksigen tubuh”.

2) Diagnosa pola napas tidak efektif

Implementasi :

Mengatur posisi semi fowler pada pasien hal ini dilakukan untuk mengurangi tekanan pada paru-paru dan meningkatkan ekspansi paru-paru sehingga memudahkan pasien untuk mengambil bernapas. Memberikan nebuventolin 1 respule + Nacl 5cc/Inhalasi hal ini dilakukan untuk meningkatkan oksigenasi yang dapat membantu meningkatkan oksigenasi pada pasien, sehingga memudahkan pasien untuk bernapas. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan (Muzaki & Pritania, 2022) yang mengatakan bahwa “Penggunaan posisi semi-duduk dengan sudut 45° pada pasien Tuberkulosis Paru (TBP) dapat membantu mengoptimalkan fungsi pernapasan. Posisi ini dapat mengurangi konsumsi oksigen, meningkatkan dilatasi paru, dan pada akhirnya meningkatkan saturasi oksigen pada pasien. Dengan demikian, posisi semi-duduk dengan sudut 45° dapat menjadi salah satu intervensi keperawatan yang efektif dalam mengelola gejala pernapasan pada pasien TBP dan meningkatkan kualitas hidup mereka”.

3) Diagnosa Defisit nutrisi

Implementasi :

Memonitor asupan makanan bertujuan untuk meningkatkan energi sehingga pasien memerlukan asupan makanan yang cukup untuk meningkatkan energi. menganjurkan kepada keluarga untuk selalu menyajikan makanan yang disukai pasien untuk menambah nafsu makan. Menganjurkan kepada pasien untuk tidak mengonsumsi makanan kemasan seperti pop mie. menganjurkan kepada pasien untuk selalu melakukan oral hygiene (sikat gigi dan mulut) sebelum makan dan sesudah makan untuk meningkatkan nafsu makan dan membersihkan plak pada mulut. menganjurkan kepada untuk makan sedikit demi sedikit tapi sering untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pada pasien. memperhatikan diet makanan tinggi kalori dan tinggi protein untuk meningkatkan berat badan. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan (Mediarti et al., 2024) yang mengatakan bahwa “Proses penyembuhan pasien Tuberkulosis (TB) dapat dioptimalkan melalui implementasi tindakan oral hygiene yang efektif untuk menjaga kesehatan mulut dan meningkatkan nafsu makan, serta memastikan asupan nutrisi yang memadai melalui pemberian makanan seimbang dan bergizi, termasuk suplemen nutrisi dan makanan kaya kalori, untuk mendukung proses penyembuhan yang efektif dan mempercepat pemulihan kesehatan pasien”.

4) Diagnosa Gangguan pola tidur

Implementasi :

Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur bertujuan untuk mengetahui alasan pasien tidak bisa tidur. memodifikasi lingkungan bertujuan untuk membatasi keluarga atau pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan karena dapat mengganggu waktu istirahat pasien. menjelaskan kepada pasien bahwa waktu tidur yang cukup dapat menambah energy dan mempercepat proses penyembuhan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan istirahat tidur pada pasien. Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan (Hidayat, 2024) yang mengatakan bahwa “Pengelolaan gangguan pola tidur pada pasien Tuberkulosis (TB) memerlukan pendekatan komprehensif yang melibatkan kombinasi intervensi, termasuk modifikasi lingkungan tidur, pengaturan pola tidur yang teratur, pengelolaan gejala TB yang mengganggu tidur, serta pengelolaan stres dan kecemasan untuk optimalisasi kualitas tidur dan percepatan proses penyembuhan.”

5) Diagnosa Ketidakpatuhan

Implementasi

Menganjurkan kepada keluarga untuk mendukung program pengobatan yang sedang dijalani pasien dengan cara mengingatkan pasien tentang waktu minum obatnya. Menginformasikan kepada pasien dan keluarga tentang manfaat jika mengonsumsi obat secara

teratur. Pukul 20.00 WITA memataui pasien minum obat OAT 3 tablet

Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan (Pasaribu et al., 2023) yang mengatakan bahwa “Ketidakpatuhan minum obat pada pasien Tuberkulosis (TB) paru merupakan masalah yang kompleks, yang terutama disebabkan oleh efek samping obat yang dirasakan, sehingga menyebabkan ketidaknyamanan terhadap kondisi tubuh, kelupaan minum obat, dan konsumsi obat yang banyak karena adanya penyakit penyerta lainnya. Selain itu, ketidakpatuhan berobat juga dipengaruhi oleh faktor-faktor lain seperti durasi pengobatan yang lama, kurangnya pengetahuan dan motivasi pasien, faktor sosial-ekonomi, akses ke layanan kesehatan yang terbatas, stigma, dan komunikasi yang buruk dengan penyedia layanan kesehatan, sehingga memerlukan pendekatan yang komprehensif untuk meningkatkan kepatuhan berobat dan hasil pengobatan yang optimal”.

6) Diagnosa Risiko penyebaran infeksi

Implementasi

Menganjurkan kepada pasien dan keluarga untuk menggunakan APD (mis. masker) jika berada dalam ruangan . Mengajarkan kepada pasien dan keluarga tentang cara etika batuk dan mencuci tangan yang benar. Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh (Erna Safitri et al., 2025) yang mengatakan bahwa

“Pengendalian penyakit Tuberkulosis (TB) paru dapat dilakukan melalui beberapa strategi, termasuk membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dan menerapkan etika batuk yang tepat. Etika batuk yang efektif melibatkan tata cara batuk yang benar, seperti menutup hidung dan mulut dengan tissue, lengan baju, atau masker, dengan tujuan untuk mencegah penyebaran penyakit melalui udara (airborne) dan menjaga kenyamanan serta kesehatan masyarakat”.

e. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi hari ketiga menunjukkan bahwa implementasi keperawatan yang dilakukan telah memberikan hasil sebagai berikut :

Masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian dengan hasil : pasien mengatakan masih sedikit batuk dan produksi lendir berkurang. Masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian dengan hasil : , pasien mengatakan sudah tidak sesak napas, bunyi napas rochi (+), masih menggunakan otot pernapasan. Masalah defisit nutrisi teratasi dengan hasil : pasien dan keluarga nampak paham dengan penjelasan yang diberikan oleh perawat mengenai pentingnya kebutuhan nutrisi yang seimbang bagi tubuh. Masalah gangguan pola tidur sebagian teratasi dengan hasil : mata nampak cekung, tanda-tanda vital TD : 100/70mmHg. Masalah ketidakpatuhan teratasi dengan hasil : pasien nampak rutin minum obat selama di rumah sakit. Masalah risiko penyebaran infeksi teratasi dengan hasil : Pasien dan keluarga nampak

paham dengan yang dijelaskan perawat, keluarga dan pasien nampak menggunakan masker.

2. Keterbatasan Studi Kasus

Keterbatasan yang dialami peneliti dalam melakukan studi kasus yakni :

- a. Instrumen pengumpulan data, dikarenakan hanya menggunakan format pengkajian Keperawatan Medikal Bedah sehingga proses pengkajian seperti data lingkungan rumah didapatkan di luar format pengkajian.
- b. Faktor waktu pelaksanaan studi kasus yang hanya dilakukan selama tiga hari sehingga masalah keperawatan yang dialami pasien tidak diatasi secara menyeluruh dan tuntas.
- c. Faktor orang atau manusia yang menjadi responden dimana hanya fokus pada satu pasien saja sehingga membuat peneliti tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah-masalah yang mungkin didapatkan dari pasien yang lainnya.

3. Implikasi Dalam Keperawatan

Terdapat beberapa peran perawat yang ditemukan dalam studi kasus ini, antara lain :

- a. Sebagai pendidik

Pada studi kasus ini ditemukan peran perawat sebagai pendidik, dimana perawat memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga terkait penyakit yang dialami. Dalam hal ini perawat menjelaskan tentang cara membuang sputum pada tempat yang berisi cairan klorin dan tertutup dan dampak tidak menggunakan masker pada pasien dan keluarga.

b. Sebagai advokat

Pada studi kasus nyata ini ditemukan peran perawat sebagai advokat yakni menjadi penghubung antara pasien dan tim kesehatan lain, dimana perawat selalu melakukan kolaborasi dengan tim medis lainnya bertujuan untuk mempercepat proses kekambuhan pasien.

c. Sebagai pemberi perawatan

Peran perawat sebagai pemberi perawatan secara langsung pada individu, keluarga atau kelompok, pada studi kasus nyata ini ditemukan perawat melakukan asuhan keperawatan langsung kepada pasien Tn. A.P. Hasil penelitian ini bisa digunakan sebagai pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan Tuberkulosis Paru.

