

BAB IV

HASL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di RSUD Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah yang berada di Jl. Prof. Dr. W.Z.Yohanes. Adapun wilayah batas RSUD Ende sebagai berikut: Sebelah Utara berbatasan dengan: Jalan Samratulangi, Sebelah Timur berbatasan dengan: Pemukiman penduduk, Sebelah Barat berbatasan dengan: Kali/Sungai kering, Sebelah Selatan berbatasan dengan: Jl. Prof. Dr. W.Z.Yohanes. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah Ruangan Perawatan Khusus dimana ruangan ini merupakan ruangan isolasi yang merawat pasien berpenyakit menular yang ditularkan lewat udara, percikal ludah, droplet (airbone). Ruangan Perawatan Khusus terdiri dari tiga ruangan dengan kapasitas bed sembilan yang terdiri dari ruangan Flamboyan A jumlah tiga bed, ruangan Flamboyan B tiga bed dan ruangan Flamboyan C tiga bed dengan kebutuhan tenaga perawat 14 orang yang terdiri dari Diploma III berjumlah 8 orang, Strata Satu (S1) Keperawatan Ners berjumlah 4 orang dengan struktur organisasi tertinggi adalah kepala Ruangan.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 21 Mei 2025, di Ruangan Perawatan Khusus RSUD Ende.

a. Pengumpulan Data

1) Identitas

Pasien berinisial Tn. P. M. R. Berusia 43 tahun, seorang duda, pasien beragama Islam dan pendidikan terakhir tamat Sekolah Dasar (SD), beralamat di Pulau Ende bekerja sebagai Nelayan. Penanggung jawab pasien adalah Adik kandungnya berusia 34 tahun, pendidikan terakhir Sekolah Dasar (SD), beralamat Pulau Ende bekerja sebagai Nelayan.

2) Status Kesehatan

a) Keluhan Utama

Pasien mengatakan sesak napas

b) Riwayat Keluhan Utama

Keluarga pasien mengatakan, pada bulan Desember tahun 2024 pasien mulai timbul tanda dan gejala seperti panas tinggi dan demam yang tidak berlangsung lama. Namun pasien tetap memaksakan diri untuk terus bekerja sebagai nelayan dan tidak pernah ke fasilitas kesehatan untuk melakukan pemeriksaan. Keluarga pasien mengatakan pada tanggal 3 Mei 2025 (2 minggu yang lalu) pasien mulai merasakan gejala demam, panas tinggi terus menerus dan berkeringat pada malam hari tanpa melakukan aktivitas hingga pada tanggal 17 Mei 2025 pasien mulai merasakan sesak napas dan badan terasa lemas disertai keringat yang berlebihan sehingga keluarga memutuskan untuk bawa ke RSUD Ende pada tanggal 18 Mei 2025.

c) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Keluarga pasien mengatakan pada tanggal 3 Mei 2025 (2 minggu yang lalu) pasien mulai merasakan gejala demam, panas tinggi terus menerus dan berkringat di malam hari tanpa melakukan aktivitas hingga pada tanggal 17 Mei 2025 pasien mulai merasakan sesak napas dan badan terasa lemas disertai keringat yang berlebihan sehingga keluarga memutuskan untuk mengantar pasien ke RSUD Ende pada tanggal 18 Mei 2025.

d) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Keluarga pasien mengatakan upaya yang dilakukan dirumah adalah mencari dukun

3) Status Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan tidak ada penyakit lain yang diderita, tidak pernah dirawat di Rumah Sakit dan tidak ada alergi obat maupun makanan. Pasien mengatakan dirinya memiliki kebiasaan merokok sejak umur 20 tahun dan sering membantu mengantar tetangganya yang menderita penyakit TBC untuk melakukan pemeriksaan di fasilitas kesehatan terdekat.

4) Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita penyakit menular maupun tidak menular

5) Pola Kebutuhan Dasar (Data Bio-Psiko-Sosio-Kultural-Spiritual)

a) Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Pasien mengatakan bahwa penyakit yang dideritanya saat ini membutuhkan kepatuhan dalam pengobatan dan pasien selalu mengikuti apa yang dianjurkan dokter maupun perawat. Pasien dan keluarga tidak menggunakan masker saat di ruangan perawatan maupun luar ruangan

b) Pola Nutrisi-Metabolik

Pasien mengatakan sebelum sakit biasanya 2x makan dalam sehari dengan porsi sedikit namun tidak dihabiskan, biasanya makan 2-3 sendok saja. Pasien makan dengan menu seperti nasi, sayur-sayuran hijau dan lebih sering makan ikan.

Pada saat sakit pasien 3x makan dalam sehari namun tidak dihabiskan (nafsu makan menurun), biasanya dalam satu porsi hanya makan 2-3 sendok. Pasien makan dengan menu seperti nasi, sayur-sayuran hijau, telur ayam, tahu dan tempe.

c) Pola Eliminasi

Pasien mengatakan sebelum sakit biasanya BAB 5 hari sekali, dengan bentuk feces kecil-kecil. Pada saat sakit pasien belum BAB dari tanggal 17-20 Mei 2025.

Pasien mengatakan sebelum sakit BAK 3-4 kali sehari dan pada saat sakit pasien terpasang kateter dengan produksi urin 2000 cc berwarna merah.

d) Pola Aktivitas dan Latihan

Pasien mengatakan sebelum sakit biasanya bekerja sebagai nelayan dan setiap hari pergi menangkap ikan di laut. Sedangkan pada

saat sakit pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga, seperti makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah.

e) Pola Kognitif dan Persepsi

Pasien dan keluarga mengatakan sebelumnya tidak tahu mengenai penyakit yang diderita pasien karena tidak pernah ke fasilitas kesehatan untuk melakukan pemeriksaan. Saat di Ruang pasien dan keluarga tidak menggunakan masker serta pengunjung 3-4 orang.

f) Pola Persepsi-Konsep Diri

Pasien dapat menjelaskan keluhan yang dirasakan pada saat di rumah sakit dan alasan dirinya dibawa oleh keluarga ke RSUD Ende serta mampu menjawab dengan tepat setiap pertanyaan yang diajukan dan pasien juga sering bertanya-tanya mengenai kondisi yang dialaminya saat ini seperti berat badannya yang turun dari 60 kg turun sampai 33 kg, urinnya yang berwarna merah serta berkeringat setiap saat.

g) Pola Tidur dan Istirahat

Pasien mengatakan sebelum sakit biasanya tidur malam pada pukul 22;00-05;00 tidurnya nyenyak dan tidur siang 1-2 jam

Sedangkan pada saat sakit pasien mengatakan tidur malam pukul 09:00-04:00 dan bisa tidur dengan nyenyak.

h) Pola Peran-Hubungan

Pasien adalah sebagai kepala keluarga dan sebelum sakit pasien dapat menjalankan perannya sebagai pencari nafkah serta hubungannya dengan keluarga, tetangga maupun teman-temannya.

Saat sakit pasien tidak dapat menjalankan perannya sebagai kepala keluarga dan hubungannya dengan keluarga, sesama pasien, serta perawat terjalin dengan baik.

i) Pola Seksual-Reproduksi

Pasien merupakan seorang duda yang berpisah dengan istrinya karena cerai. Pasien tinggal bersama 2 orang anak dan saudaranya. Pasien terpasang kateter dengan produksi urin 2000 cc berwarna merah.

j) Pola Toleransi Stress-Koping

Kebiasaan sehari-hari: pasien dan keluarga mengatakan jika mengalami masalah pasien selalu berbicara dan tidak pernah menutupi dari suami dan anak-anaknya.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan jika ada masalah pasien selalu berbicara dan tidak pernah menutupi dari saudara dan anak-anaknya dan masih menyempatkan diri untuk berdoa.

k) Pola Nilai-Kepercayaan

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan sering sholat di rumah.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan bahwa ia tidak pernah sholat, tapi pasien selalu berdoa didalam hatinya meminta kepada Tuhan agar lekas sembuh.

6) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum: Pasien tampak lemas

Tingkat kesadaran: Composmentis

GCS: 15 (Verbal: 5, Motorik 6, Eye: 4)

b) Tanda-Tanda Vital: TD: 110/70 mmHg, Nadi: 84x/menit, Suhu: 35,6°C,
SpO2: 96% saat terpasang oksigen nasal canul 5 Lpm dan 86% saat
oksigen terlepas, RR: 26x/menit

c) Berat Badan: Sebelum sakit: 60 kg,

Berat Badan Saat Sakit: 33 kg

Tinggi Badan: 147 cm

Indeks Masa Tubuh:

$$\frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)}^2} = \frac{33 \text{ kg}}{147 \text{ (m)}^2} = \frac{33}{2,058} = 16,03$$

IMT: 16,03=Berat Badan Kurang (kurus)

d) Kedaan Fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

(1) Kepala, Mata, Telinga, Hidung, Mulut dan leher

I: bentuk kepala: normochepal, rambut warna hitam, banyak dan teksturnya halus, kulit kepala bersih, tidak ada lesi, pendengaran jelas, tidak ada cairan keluar pada telinga, penglihatan jelas, sklera warna putih, conjungtiva merah muda, pupil isokor, refleks pupil baik, tidak terdapat sekret pada rongga hidung, terpasang oksigen nasal canul 5 Lpm, mulut tampak bersih dan tidak bau mulut, gigi lengkap, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan tidak ada pembesaran vena jugularis.

P: Tidak ada benjolan pada kepala dan tidak ada nyeri saat dipalpasi dari kepala sampai leher.

(2) Dada

I: tampak simetris, terdapat retraksi dinding dada

P: fokal fremitus: terdapat getaran yang lemah dari kedua paru (kiri dan kanan) saat menyebut angka tujuh puluh tujuh dan sembilan puluh sembilan.

P: terdapat suara tumpul pada seluruh lapang paru karena adanya penumpukan cairan (efusi pleura)

A: terdengar suara napas ronchi

(3) Jantung

I: ictus cordis terlihat

P: Ictus cordis teraba (+) ICS V line midclavicula Sinistra.

A: BJ I&II reguler , murmur (-),Gallop (-).

(4) Abdomen

I: Perut normal, supel

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

P: tympani.

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

(5) Genetalia

Terpasang kateter, produksi urin 2000 cc, berwarna merah

(6) Ekstermias

Ekstermitas Atas:

I: terpasang infus Nacl 0,9% 10 Tpm

P: akral teraba hangat, turgor kulit elastis, CRT: <3 detik

Eksteritas Bawah:

I: terdapat oedema pada kedua punggung kaki derajat satu, kedua kaki mengalami kelemahan sehingga susah untuk digerakkan.

P: refleks patella kedua kaki baik

Pemeriksaan Darah Lengkap pada tanggal 18 Mei 2025

Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
WBC	8.79	10³/uL	3.80-10.60
MONO#	0.38-	10³/uL	1.00-3.70
LYMPH#	0.22	10³/uL	0.00-0.70
EO#	0.00*	10³/uL	0.00-0.40
BASO#	0.00	10³/uL	0.00-0.10
NEUT#	8.19*	10³/uL	1.50-7.00
LYMPH%	4.3-	%	25.0-40.0
MONO%	2.5	%	2.0-8.0
EO%	0.0*	%	2.0-4.0
BASO%	0.0	%	0.0-1.0
NEUT%	93.2*	%	50.0-70.0
IG#	0.04*	10³/uL	0.00-72.0
IG%	0.5*	%	0.00-72.0
RBC	3.89-	10⁶/uL	4.40-5.90
HGB	10.3-	g/dL	13.2-17.3
HCT	33.5-	%	40.0-52.0
MCV	86.1	fL	80.0-100.0
MCH	26.5	pg	26.0-34.0
MCHC	30.7-	g/dL	32.0-36.0

RDW-SD	57.0+	fL	37.0-54.0
RDW-CV	18.2+	%	11.5-14.5
PLT	306	10³/dL	150-450
MPV	9.7	fL	9.0-13.0
PCT	0.30	%	0.17-0.35
PDW	10.0	fL	9.0-17.0
P-LCR	22.2	%	13.0-43.0
CRAETININ	1.36	Mg/dL	0.67-1.17
NATRIUM	134	Mmol/L	135-145
HbsAg	POSITIF		NEGATIF
SGOT/AST	57.4	u/L	0-35
SGPT/ALT	44.5	u/L	4-36

(7) Neurologis:

Keluhan Subyektif Nyeri: Pasien mengatakan tidak merasakan nyeri

e) Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan Laboratorium yang dilakukan pada tanggal 18 mei 2025

(1) Pemeriksaan Darah Lengkap

(2) Pemeriksaan X-Ray Thorax AP

Terdapat penumpukan cairan pada kedua sisi paru (kiri dan kanan) dan terdapat bintik-bintik putih pada kedua sisi paru.

(3) Pada Tanggal 19 Mei 2025 dilakukan Pemeriksaan TCM (Tes Cepat Molekuler) atau GeneXpert MTB/RIF Pada pemeriksaan TCM

dengan menggunakan sputum atau dahak ditemukan bakteri *Mycobacterium tuberculosis*.

f) Penatalaksanaan/ Pengobatan

Terapi yang diberikan per tanggal 21-23 Mei 2025

Paracetamol 3x1 gr/IV, Ondansentron 3x4 mg/ IV, Omeprazole 2x40 mg/IV, Methylprednisolone 3x62.5 mg/IV, Sanfুলiq 1x1 tab po, Ceftriaxone 2x1 mg/IV, Nebu Combiven 3x1, NAC 3x1, Levofloxacin 1x500 mg, CTM 2x1, OAT 1x3 tablet disesuaikan dengan Berat Badan, Vitamin B6 1x1.

b. Tabulasi Data

Pasien mengatakan sesak napas, badan terasa lemas, batuk kering sesekali, serta berkeringat setiap saat, pasien mengatakan biasanya makan 2-3 sendok dalam satu porsi, pasien tampak menghabiskan 2-3 sendok porsi makan, berat badan sebelum sakit 60 kg, berat badan sekarang 33 kg, IMT:16,03 = Berat Badan Kurang (kurus), pasien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga seperti makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah, Pasien dan keluarga mengatakan sebelumnya tidak tahu mengenai penyakit yang diderita pasien karena tidak pernah ke fasilitas kesehatan untuk melakukan pemeriksaan, Saat di ruangan pasien dan keluarga tidak menggunakan masker serta pengunjung 3-4 orang dalam ruangan, pasien sering bertanya-tanya mengenai kondisinya saat ini mengapa berat badannya yang turun dari 60 kg turun sampai 33 kg, urinya yang berwarna merah serta berkeringat pada malam hari tanpa aktivitas, pasien tampak lemas, kesadaran: apatis, GCS: 15 (Verbal: 5, Motorik 6, Eye: 4), TTV: TD: 107/70 mmHg, Nadi: 84x/menit, suhu

tubuh:35,6°C, respirasi: 26x/menit, SpO₂: 96% saat terpasang oksigen nasal canul 5 Lpm dan 86% saat oksigen terlepas, terdapat retraksi dinding dada, terdapat suara tumpul pada seluruh lapang paru, suara napas rhonci, terpasang infus Nacl 0,9% 10 Tpm, oedema pada kedua kaki derajat satu serta mengalami kelemahan, pada Pemeriksaan X-Ray Thorax AP terdapat penumpukan cairan pada kedua sisi paru (kiri dan kanan) serta terdapat bintik-bintik putih pada kedua sisi paru dan pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak ditemukan bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, **RBC: 3.89- [10⁶/uL], HGB: 10.3- g/dl, HCT: 33.5 %, Neut#: 8.19 10³/UL, Hbsag: Positif, Creatinin: 1.36 Mg/Dl, Natrium: 134 Mmol/L, Ureum: 82.9 Mg/Dl, Sgot/Ast: 57.4 U/L, Sgpt: 44.5 U/L**

c. Klasifikasi Data

DS: Pasien mengatakan sesak napas, badan terasa lemas, batuk kering sesekali, serta berkeringat setiap saat, pasien mengatakan biasanya makan 2-3 sendok dalam satu porsi, berat badan sebelum sakit 60 kg, pasien mengatakan aktivitasnya dibantu keluar seperti makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah, Pasien dan keluarga mengatakan sebelumnya tidak tau mengenai penyakit yang diderita pasien karena tidak pernah ke fasilitas kehehatan untuk melakukan pemeriksaan, Saat di Ruangn pasien dan keluarga tidak menggunakan masker serta pengunjung 3-4 orang dalam ruangan, pasien bertanya-tanya mengena kondisinya saat ini seperti berat badannya yang turun dari 60 kg turun sampai 33 kg, urinnnya yang berwarna merah serta berkeringat tanpa aktivitas.

DO: pasien tampak lemas, kesadaran: apatis, GCS: 15 (Verbal: 5, Motorik 6, Eye: 4), TTV: TD: 107/70 mmHg, Nadi: 84x/menit, suhu tubuh: 35,6°C, respirasi: 26x/menit, SpO2: 96% saat terpasang oksigen nasal canul 5 Lpm dan 86% saat oksigen terlepas, berat badan sekarang 33 kg, IMT: 16,03 berat badan kurang (kurus) pasien tampak menghabiskan 2-3 sendok dalam satu porsi makan, terpasang oksigen nasal canul 5 Lpm, terdapat retraksi dinding dada, terdapat suara tumpul pada seluruh lapang paru, suara napas rhonci, terpasang infus NaCl 0,9% 10 Tpm, terpasang kateter produksi urine 2000 cc, oedema derajat satu pada kedua kaki serta mengalami kelemahan, pasien tampak bertanya-tanya mengenai kondisinya saat ini seperti berat badannya yang turun dari 60 kg turun sampai 33 kg, urinya yang berwarna merah serta berkeringat setiap saat, pada Pemeriksaan X-Ray Thorax AP terdapat penumpukan cairan pada kedua sisi paru (kiri dan kanan) serta terdapat bintik-bintik putih pada kedua sisi paru dan pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak ditemukan bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, **RBC: 3.89- [10⁶/uL], HGB: 10.3- g/dl, Neut#: 8.19 10³/Ul, Hbsag: Positif, Creatinin: 1.36 Mg/Dl, Natrium: 134 Mmol/L, Ureum: 82.9 Mg/Dl, Sgot/Ast: 57.4 U/L, Sgpt: 44.5 U/L**

d. Analisa Data

Tabel 4.2 Tabel Analisa Data

Sign/syoptom	Etiologi	Problem
DS: Pasien mengatakan sesak napas, badan terasa lemas, serta berkeringat setiap saat	Hambatan upaya napas	Pola Napas Tidak

DO: terpasang oksigen nasal canul 5 Lpm, respirasi: 26x/menit, saat oksigen terlepas SpO₂: 86% dan pada saat terpasang oksigen nasal canul 5 Lpm SpO₂: 96%, terdapat retraksi dinding dada, terdapat suara tumpul pada seluruh lapang paru, suara napas rhonci, pada Pemeriksaan X-Ray Thorax AP terdapat penumpukan cairan pada kedua sisi paru (kiri dan kanan) serta terdapat bintik-bintik putih pada kedua sisi paru dan pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak ditemukan bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, **RBC: 3.89- [10⁶/uL], HGB: 10.3- mg/dl**

Efektif

DS: pasien mengatakan biasanya makan 2-3 sendok dalam satu porsi

Faktor psikologis Defisit Nutrsi (keengganan untuk makan)

DO: berat badan sekarang 33 kg, IMT:16,03 Berat Badan Kurang (kurus), pasien tampak menghabiskan 2-3 sendok porsi makan.

DS: pasien megatakan aktivitasnya dibantu keluar seperti makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah

Ketidakseimbangan Intoleransi antara suplai dan Aktivitas kebutuhan oksigen

DO: pasien tampak lemas, kesadaran apatis, GCS : 12: GCS: 15 (Verbal: 5, Motorik 6, Eye: 4), terpasang oksigen nasal canul 5 Lpm, N: 84x/menit, saat oksigen terlepas SpO₂: 86% dan pada saat dipasang oksigen SpO₂: 96%, **HGB: 10.3- mg/dl, HCT: 33.5 %, Neut#: 8.19 10³/Ul,Hbsag:Positif, Creatinin: 1.36 Mg/Dl, Natrium: 134 Mmol/L, Ureum: 82.9 Mg/Dl, SGOT/AST: 57.4 U/L, SGPT: 44.5 U/L**

DS: Pasien dan keluarga mengatakan sebelumnya tidak tahu mengenai penyakit yang diderita pasien karena tidak pernah ke fasilitas kesehatan untuk melakukan pemeriksaan

Kurang terpapar Defisit informasi Pengetahuan

DO Saat di Ruangan pasien dan keluarga tidak tau menggunakan masker serta

pengunjung 3-4 orang dalam ruangan, pasien bertanya-tanya mengenai kondisinya saat ini seperti berat badannya yang turun dari 60 kg turun sampai 33 kg, urinnya yang berwarna merah serta berkeringat setiap saat

DS: keluarga dan pasien mengatakan tidak tahu mengenai penyakit TB Paru (Pngertian, penyebab, cara penularan dan cara pencegahan)	Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan	Resiko Penyebaran Infeksi
DO: Saat di Ruangan pasien dan keluarga tidak menggunakan masker serta pengunjung 3-4 orang dalam ruangan, MONO#: 0.38 [10³/UI], Neut#: 8.1910³/UI, Hbsag: Positif , pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak ditemukan bakteri <i>Mycobacterium tuberculosis</i>		

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan sesak napas, badan terasa lemas, serta berkeringat setiap saat

DO: terpasang oksigen nasal canul 5 Lpm, respirasi: 26x/menit, saat oksigen terlepas SpO₂: 86% dan pada saat dipasang oksigen SpO₂: 96%, terdapat retraksi dinding dada, terdapat suara tumpul pada seluruh lapang paru, suara napas rhonci, pada Pemeriksaan X-Ray Thorax AP terdapat penumpukan cairan pada kedua sisi paru (kiri dan kanan) serta terdapat bintik-bintik putih pada kedua sisi paru dan pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak ditemukan bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*, **RBC: 3.89- [10⁶/uL], HGB: 10.3- g/dl**

- b. Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) ditandai dengan:

DS: pasien mengatakan biasanya makan 2-3 sendok dalam satu porsi, berat badan sebelum sakit 60 kg

DO: berat badan sekarang 33 kg, IMT:16,03 (Berat Badan Kurang), pasien tampak menghabiskan 2-3 sendok porsi makan.

- c. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan:

DS: pasien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga seperti makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah

DO: pasien tampak lemas, kesadaran apatis, GCS: 12 GCS: 15 (Verbal: 5, Motorik 6, Eye: 4), terpasang oksigen nasal 5 Lpm, N: 84x/menit, saat oksigen terlepas SpO₂: 86% dan pada saat dipasang oksigen SpO₂: 96%,
HGB: 10.3- mg/dl, , HCT: 33.5 %, Neut#: 8.19 10³/UL,Hbsag:Positif,
Creatinin: 1.36 Mg/Dl, Natrium: 134 Mmol/L, Ureum: 82.9 Mg/Dl,
Sgot/Ast: 57.4 U/L, Sgpt: 44.5 U/L.

d. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan:

DS: Pasien dan keluarga mengatakan sebelumnya tidak tau mengenai penyakit yang diderita pasien karena tidak pernah ke fasilitas kesehatan untuk melakukan pemeriksaan

DO Saat di Ruang pasien dan keluarga tidak tau menggunakan masker serta pengunjung 3-4 orang dalam ruangan, pasien bertanya-tanya mengenai kondisinya saat ini seperti berat badannya yang turun dari 60 kg turun sampai 33 kg, urinnya yang berwarna merah serta berkeringat setiap saat

e. Resiko Penyebaran Infeksi berhubungan dengan Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan dibuktikan dengan pasien dan keluarga tidak menggunakan masker serta pengunjung 3-4 orang dalam ruangan, **MONO#: 0.38 [10³/UL], Neut#: 8.1910³/UL, Hbsag: Positif,** pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak ditemukan bakteri *Mycobacterium tuberculosis*

3. 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.

Prioritas Masalah

- a. Pola Napas Tidak Efektif
- b. Defisit Nutrisi
- c. Intoleransi Aktivitas
- d. Defisit Pengetahuan
- e. Resiko Penyebaran Infeksi

Perencanaan

Berdasarkan masalah diatas maka dibuatkan perencanaan keperawatan sebagai berikut:

- a. Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah Pola Napas Tidak Efektif teratasi.

Kriteria Hasil:

- 1) Dispnea menurun 5
- 2) Penggunaan otot bantu pernapasan menurun 5
- 3) Pemanjangan fase ekspirasi menurun 5

4) Frekuensi napas membaik 5

Intervensi Utama: Manajemen Jalan Napas

Observasi

1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas

Rasional: Seberapa derajat spasme bronkus terjadi dengan obstruksi jalan napas, misalnya: penyebab bunyi napas redup dengan ekspirasi mengi

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

Rasional: Bunyi napas mengi/wheezing terdengar suara nyaring selama inspirasi dan ekspirasi yang berhubungan dengan aliran udara melalui jalan napas yang menyempit

3) Auskultasi bunyi napas

Rasional: Membantu menilai fungsi paru-paru dan mendeteksi gangguan ventilasi

4) Monitor saturasi oksigen

Rasional: Membantu mendeteksi hipoksia yaitu kondisi ketika kadar oksigen dalam darah terlalu rendah

5) Monitor hasil *x-ray thoraks*

Rasional: Membantu dalam menegakkan diagnosis

Terapeutik

6) Pertahankan kepatenan jalan napas

Rasional: Mempertahankan kepatenan jalan napas dapat membantu mengurangi resiko hipoksia, yaitu kondisi ketika kadar oksigen dalam darah terlalu rendah

7) Posisikan semi fowler atau fowler

Rasional: Posisi fowler atau semi fowler dapat membantu mengurangi kongesti pada paru-paru, sehingga pasien dapat bernapas lebih mudah

8) Berikan oksigen

Rasional: Memberikan oksigen dapat membantu meningkatkan kadar oksigen dalam darah, sehingga mereka dapat bernapas lebih mudah dan efektif

Edukasi

9) Anjurkan untuk selalu mempertahankan posisi semi fowler atau fowler

10) Ajarkan teknik napas dalam

Kolaborasi

11) Kolaborasi pemberian bronkodilator

b. Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah Defisit Nutrisi teratasi

Kriteria Hasil:

1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat 5

2) Verbalisasi keinginan untuk makan meningkat 5

- 3) Perasaan cepat kenyang menurun 5
- 4) Berat badan membaik 5
- 5) Indeks Masa Tubuh (IMT) membaik 5
- 6) Nafsu makan membaik 5

Intervensi Utama: Manajemen Nutrisi

Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi

Rasional: Menentukan derajat masalah dan membuat intervensi yang tepat

- 2) Identifikasi makanan yang disukai

Rasional: Membantu dalam peningkatan nutrisi pasien

- 3) Monitor asupan makanan

Rasional: Mengetahui dan mempertahankan keseimbangan nutrisi tubuh

- 4) Monitor berat badan

Rasional: Mengetahui kecukupan dan status nutrisi pasien

Terapeutik

- 5) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai

Rasional: Makanan yang menarik dan suhu yang sesuai dapat meningkatkan daya tarik atau selera untuk makan yang banyak

Edukasi

- 6) Ajarkan diet yang diprogramkan

Rasional: Dengan mematuhi diet yang diprogramkan akan mempercepat pemenuhan kebutuhan nutrisi sehingga dapat mempercepat proses pemulihan

c. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah Intoleransi Aktivitas teratasi

Kriteria Hasil:

- 1) Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 5
- 2) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat
- 3) Keluhan lelah menurun 5
- 4) Perasaan lemah menurun 5
- 5) Frekuensi nadi membaik 5
- 6) Saturasi oksigen membaik 5
- 7) Frekuensi napas membaik 5

Intervensi Utama:

Intervensi Utama: Manajemen Energi

Observasi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

Rasional: mengidentifikasi faktor-faktor terkait kelelahan dapat bermanfaat dalam mengenali penyebab potensial dan membangun rencana perawatan kolaboratif

- 2) Monitor kelelahan fisik

Rasional: Kelelahan dapat membatasi kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas

Terapeutik

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

Rasional: Duduk disisi tempat tidur dapat membantu pasien merasa lebih nyaman dan mengurangi kelelahan

Edukasi

4) Anjurkan tirah baring

Rasional: Membatasi penggunaan energy sehingga tidak terjadi kelelahan

5) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Rasional: Melakukan aktivitas secara bertahap dapat membantu mengurangi kelelahan dan meningkatkan energi

d. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien dan keluarga dapat mengikuti arahan yang diberikan

Kriteria hasil:

- 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat 5
- 2) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 5
- 3) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 5
- 4) Pernyataan tentang masalah yang dihadapi menurun 5
- 5) Perilaku membaik 5

Intervensi Utama: Edukasi Kesehatan

Edukasi

1) Jelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit TB Paru (pengertian, penyebab tanda dan gejala, cara penularan, pencegahan)

Rasional: Membantu meningkatkan pemahaman mereka tentang kondisi kesehatan dan pengobatan yang diperlukan

2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

Rasional: Perilaku hidup bersih dan sehat dapat membantu meningkatkan kesehatan dan mengurangi resiko penyakit

e. Resiko Penyebaran Infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan penyebaran infeksi tidak terjadi serta pasien dapat menunjukkan tindakan pencegahan penyebaran infeksi kuman TB Paru

Kriteria Hasil:

1) Menggunakan masker meningkat 5

2) Kebersihan tangan meningkat 5

3) Etika batuk meningkat 5

Intervensi Utama: Manajemen Pengendalian Infeksi

Observasi

1) Kaji patologi penyakit dan potensial penyebab infeksi melalui droplet udara selama batuk, bersin, meludah, bicara, tertawa.

Rasional: Membantu pasien menyadari atau menerima perlunya mematuhi program pengobatan untuk mencegah pengaktifan berulang atau komplikasi serta membantu pasien atau orang terdekat untuk mengambil langkah dalam mencegah infeksi ke orang lain

2) Identifikasi orang lain yang berisiko (mis. Anggota keluarga, sahabat karib atau teman

Rasional: Orang-orang yang terpajan ini perlu program edukasi untuk mencegah penyebaran kuman TB

Terapeutik

3) Batasi jumlah pengunjung

Rasional: Membatasi jumlah pengunjung dapat membantu mengurangi resiko infeksi

4) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Rasional: Mencuci tangan dapat mencegah penyebaran infeksi dari satu orang ke orang lain

Edukasi

5) Ajarkan 6 langkah mencuci tangan

Rasional: Mencuci tangan dapat membantu mencegah penyebaran infeksi

6) Ajarkan etika batuk

Rasional: Etika batuk dapat membantu mencegah penyebaran infeksi

7) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

Rasional: Asupan nutrisi yang cukup dapat membantu mengoptimalkan sistem imun

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan selesai dan dilakukan dari tanggal 20-22 Mei 2025

a. Hari Pertama, Selasa 20 Mei 2025

1) Diagnosa I

Tindakan untuk mengatasi masalah Pola Napas Tidak Efektif adalah, pukul 08.00 wita: Mengkaji keluhan pasien H/ Pasien mengatakan sesak napas, badab terasa lemas dan berkeringat. Pukul 08.10 wita: Mengatur

posisi semi fowler H/ Mengatur posisi pasien dengan cara meninggi tempat tidur bagian kepala 45°. pukul 08.20 wita: Mengukur TTV H/ TD: 107/70 mmHg, Nadi: 84x/menit, suhu tubuh:35,6°C, respirasi: 26x/menit, SpO2: 96%. Pukul 08.30 wita: Melayani Obat Anti Tuberkulosis (OAT) 3 kaplet. Pukul 08.40 wita: Melayani injeksi obat Ondansentron 4 mg/IV. Pukul 08.50 wita: Melayani injeksi obat Metil Prednizolone 62,5 mg/IV. Pukul 09.00 wita: Melayani nebu Combivent 1 respul/inhalasi. Pukul 09.10 wita: Melayani injeksi obat Omeprazole 4 mg/IV. Pukul 09.20 wita: Melayani infus NaCl 0,9% 5 Tpm. Pukul 09.30 wita: Menganjurkan pasien agar tetap menggunakan Oksigen Nasal Canul 5 Lpm selama perawatan dan mengajarkan teknik napas dalam. Pukul 09.40 wita: Menganjurkan pasien agar tetap mempertahankan posisi semi fowler pada saat sesak napas.

2) Diagnosa II

Tindakan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi adalah pukul 09.50 wita: Mengkaji status nutrisi pasien H/status nutrisi kurang (kurus) dengan indeks masa tubuh 16, 03. Pukul 10.00⁰ wita: Menimbang Berat Badan H/33 Kg. Pukul 10.20 wita: Mengidentifikasi makanan yang disukai H/pasien hanya menyukai makanan berupa sup hangat. Pukul 10.30 wita: Menganjurkan pasien untuk diet tinggi kalori dan tinggi protein. Pukul 10.35 wita: Menganjurkan pasien untuk makan dengan porsi sedikit tapi sering pukul 10.40 wita: Menganjurkan keluarga untuk menyajikan makanan dengan tampilan yang menarik dan dalam kondisi hangat, pukul 08.30 wita: Melayani pasien makan pagi H/pasien makan dengan porsi banyak namun tidak dihabiskan (2-3 sendok makan).

3) Diagnosa III

Tindakan untuk mengatasi masalah Intoleransi Aktivitas adalah pukul 10.50 wita: Mengkaji aktivitas pasien H/Pasien mengatakan masih lemah saat melakukan aktivitas ke kamar mandi pukul 11.00 wita: Memonitor kelelahan fisik H/pasien mengatakan masih lemah saat melakukan aktifitas seperti ke kamar mandi pukul 11.10 wita: Menganjurkan pasien untuk melakukan aktifitas sesuai batas kemampuan pasien H/Pasien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas karena badan masih terasa lemas. Pukul 11.15 wita: Membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan aktifitas personal hygiene seperti cara menggunakan diapers, melap pasien dan menyisir rambut. Pukul 11.20 wita: Memberikan edukasi kepada keluarga tentang personal hygiene pukul 11.30 wita: Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan seperti mobilisasi ke kamar mandi sesuai toleransi pasien untuk mencegah terjadinya konstipasi (peningkatan motilitas usus) serta mencegah kekakuan pada sendi.

4) Diagnosa IV

Tindakan untuk mengatasi masalah Defisit Pengetahuan adalah pukul 11.40 wita: Menjelaskan secara singkat tentang penyakit Tuberkulosis Paru (pengertian, penyebab, tanda dan gejala, cara penularan serta cara mencegah) H/ Tuberkulosis Paru adalah salah satu penyakit infeksi yang di sebabkan oleh *Mycobakterium Tuberculosis*. Pukul 11.50 wita Menjelaskan penyebab TB Paru H/TB Paru di sebabkan oleh bakteri yang di sebut *mycobacterium tuberculosis*, Perokok, Konsumsi alkohol tinggi, Anak usia

<5 tahun dan lansia, Memiliki kontak erat dengan orang dengan penyakit TB aktif yang infeksius. Pukul 12.20 wita: Menjelaskan cara penularan TB Paru H/ Infeksi akan terjadi apabila orang lain menghirup udara yang mengandung percik renik dahak yang infeksius tersebut dan Pada waktu batuk atau bersin pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak. Perlu di ingat bahwa TBC tidak menular melalui berjaba tangan dengan penderita TBC, berbagi makanan atau minuman, menyentuh seprai atau dudukan toilet, berbagi, sikat gigi, bahkan berciuman. Pukul 12.30: Menjelaskan cara mencegah H/ Rutin mengkonsumsi obat sesuai anjuran dokter, selalu tutup mulut dengan tisu saat batuk atau bersin, menyediakan tissue dalam kantong plastik, mencuci tangan setelah batuk atau bersin, menghindari kunjungan orang lain yang menderita TB Paru, menghindari keramaian/ kerumunan orang atau menggunakan transportasi umum.

5) Diagnosa V

Tindakan untuk mencegah resiko penyebaran infeksi antara lain:
Pukul 12.40 wita: Menggunakan APD sebelum melakukan tindakan
Pukul 12.50 wita Menganjurkan pasien dan keluarga untuk menggunakan masker selama periode pengobatan TB. Pukul 12.55 wita Menganjurkan pasien dan keluarga untuk batasi pengunjung . Pukul 13.00 wita Mempraktekkan etika batuk dan cuci tangan yang benar kepada pasien dan keluarga H/pasien dan keluarga mengerti cara etika batuk dan cuci tangan. Cara etika batuk yang benar adalah batuk dengan menutup mulut dengan menggunakan lengan bagian dalam serta menggunakan tissue. Sedangkan cuci tangan dengan

menggunakan antiseptic atau hand rub yaitu dengan teteskan handwash/handrub 3-5 tetes kemudian menggosokan kedua telapak tangan, punggung tangan dan sela-sela jari, mengunci tangan, menggosokkan ibu jari dengan gerakan memutar, kemudian ujung-ujung kuku. Pukul 13.20 wita Menganjurkan pasien untuk membuang sputum, dan gunakan masker serta tissue bekas pakai ke tempat sampah medis yang berwarna kuning.

b. Hari kedua tanggal 21 Mei 2025

1) Diagnosa I

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Pola Napas Tidak Efektif adalah pukul 19.00 wita Mengkaji keluhan pasien H/ Pasien mengatakan sesak napas berkurang, badan terasa lemas dan berkeringat. Pukul 19.10 wita Mengatur posisi semi fowler H/ Mengatur posisi pasien dengan cara meninggi tempat tidur bagian kepala 45° serta dialas menggunakan bantal. Pukul 19.20 wita Mengukur TTV H/ TD: 110/78 mmHg, Nadi: 90x/menit, suhu tubuh:36,3°C, respirasi: 22x/menit, Spo2: 96%. Pukul 19.30 wita Melayani Obat Anti Tuberkulosis (OAT) 3 kaplet untuk diminum pagi hari setelah makan. Pukul 19.40 wita Melayani injeksi obat Ondansentron 4 mg/IV. Pukul 19.50 wita Melayani injeksi obat Metil Prednizolone 62,5 mg/IV. 19.00 wita Melayani nebu Combivent 1 respul/inhalasi. Pukul 19.10 wita Melayani injeksi obat Omeprazole 4 mg/IV. Pukul 19.30 wita Menganjurkan pasien agar tetap menggunakan Oksigen Nasal Canul 5 Lpm selama perawatan. Pukul 19.40 wita Mengganti cairan infus Nacl 0,9%.

2) Diagnosa II

Tindakan untuk mengatasi masalah Defisit Nutrisi adalah pukul 19.50 wita: Menganjurkan pasien untuk diet tinggi kalori dan tinggi protein. Pukul 20.00 wita: Menganjurkan pasien untuk makan dengan porsi sedikit tapi sering pukul 20.10 wita: Menganjurkan keluarga untuk menyajikan makanan dengan tampilan yang menarik dan dalam kondisi hangat, pukul 19.25 wita: Melayani pasien makan malam H/pasien makan dengan porsi banyak namun tidak dihabiskan (2-3 sendok makan).

3) Diagnosa III

Tindakan untuk mengatasi masalah Intoleransi Aktivitas adalah pukul 20.20 wita: Menganjurkan pasien untuk melakukan aktifitas sesuai batas kemampuan pasien H/Pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas seperti merubah posisi duduk tanpa bantuan. Pukul 20.30 wita: Membantu pasien duduk disisi tempat tidur. Pukul 20.40 wita: Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan seperti mobilisasi ke kamar mandi sesuai toleransi pasien untuk mencegah terjadinya konstipasi (peningkatan motilitas usus) serta mencegah kekakuan pada sendi.

4) Diagnosa IV

Tindakan untuk mengatasi masalah Defisit Pengatahuan adalah pukul 20.50 wita: Menjelaskan kepada keluarga dan pasien tentang penyebab Urin pasien berwarna merah H/ Urin pasien dengan TB Paru yang berwarna merah bisa disebabkan oleh beberapa faktor, namun yang paling umum

adalah efek samping dari obat OAT dan itu merupakan hal yang normal dan tidak berbahaya.

5) Diagnosa V

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Resiko Penyebaran Infeksi adalah pukul 21.00 wita: Menganjurkan keluarga dan pasien selalu menggunakan masker saat berada dalam ruangan atau saat berinteraksi dengan pasien. Pukul 21.10 wita: Menganjurkan pasien untuk selalu menerapkan etika batuk yang telah diajarkan. Pukul 21.20 wita: Menganjurkan pasien untuk membuang dahak ketempat yang telah disiapkan yaitu ember yang berisi air dan larutan clorin (Bayclin). Pukul 21.30 wita: Menganjurkan keluarga dan pasien agar membuang tissue yang telah dipakai oleh pasien ke tempat sampah plastik yang telah disiapkan. Pukul 21.40 wita: Menganjurkan keluarga untuk membatasi pengunjung (cukup 1-2 orang pengunjung).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam keperawatan untuk menilai keberhasilan tindakan asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi pada Tn. P.M.R. dilaksanakan sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan baik secara subjektif maupun objektif menggunakan evaluasi SOAP.

a. Hari Pertama Selasa, 20 Mei 2025

1) Diagnosa I

S: Pasien mengatakan masih merasakan sesak napas dan badan terasa lemas serta berkeringat

O: KU: pasien tampak lemas, kesadaran komposmentis, berkeringat, TTV:
TD: 107/70 mmHg, Nadi: 84x/menit, suhu tubuh: 35,6°C, respirasi:
26x/menit, SpO₂: 96%, suara napas ronchi

A: Masalah Pola Napas Tidak Efektif belum teratasi

P: Intervensi 1-12 dilanjutkan

2) Diagnosa II

S: Pasien mengatakan belum bisa menghabiskan porsi makannya, biasanya makan 2-3 sendok dalam satu porsi, badan terasa lemas, serta enggan untuk makan

O: Satu porsi makan yang dihabiskan 2-3 sendok, tampak lemas

A: Masalah Defisit Nutrisi belum teratasi

P: Intervensi 1-6 dilanjutkan

3) Diagnosa III

S: Pasien mengatakan aktivitasnya masih dibantu keluarga seperti makan dan minum, toileting, mandi, berpakaian, dan berpindah

O: Pasien tampak lemas, kesadaran apatis, GCS: 12

A: Masalah Intoleransi Aktivitas belum teratasi

P: Intervensi 1-5 dilanjutkan

4) Diagnosa IV

S: Keluarga mengatakan sudah paham tentang apa yang telah dijelaskan khususnya penyakit TB Paru

O: Keluarga dan pasien tampak paham dan mampu menjelaskan tentang penyebab dan cara penularan serta pencegahan penyakit TB Paru

A: Masalah Defisit Pengetahuan sebagian teratasi

P: Intervensi 1 dan 2 dipertahankan

5) Diagnosa V

S:

O: Keluarga dan pasien tampak menggunakan masker, rutin mencuci tangan, keluarga sudah menyiapkan tempat khusus untuk membuang sputum dan barang yang digunakan pasien

A: Masalah Penyebaran Infeksi tidak terjadi

P: Intervensi 1-7 dipertahankan

b. Hari kedua 21 Rabu, 21 Mei 2025

1) Diagnosa I

S: Pasien mengatakan sesak napas berkurang, lemas berkurang namun masih berkeringat

O: KU: Baik, kesadaran composmentis, terpasang oksigen nasal canul 3 Lmp, respirasi: 20x/menit, SpO2: 98%, Nadi: 92x/menit,

A: Masalah Pola Napas Tidak Efektif sebagian teratasi

P: Intervensi 1-12 dilanjutkan

2) Diagnosa II

S: Pasien mengatakan makannya sudah banyak, biasanya makan 7-8 sendok dalam satu porsi, lemas berkurang, nafsu makan meningkat

O: Satu porsi makan yang dihabiskan 7-8 sendok, tampak lemas

A: Masalah Defisit Nutrisin sebagian teratasi

P: Intervensi 1-6 dilanjutkan

3) Diagnosa III

S: Pasien mengatakan pasien mengatakan sudah bisa melakukan sebagian aktivitas seperti makan dan minum, berpakaian, dan rubah posisi (duduk tanpa dibantu)

O: Aktvita pasien sebagian dibantu keluarga seperti toileting, mandi

A: Masalah Intoleransi Aktivitas sebagian teratasi

P: Intervensi 1-5 dipertahankan

4) Diagnosa IV

S: Keluarga mengatakan sudah paham tentang apa yang telah dijelaskan khususnya penyakit TB Paru

O: Keluarga dan pasien tampak paham dan mampu menjelaskan tentang penyebab dan cara penularan serta pencegahan penyakit TB Paru

A: Masalah Defisit Pengetahuan sebagian teratasi

P: Intervensi 1 dan 2 dipertahankan

5) Diagnosa V

S:

O: Keluarga dan pasien tampak menggunakan masker, rutin mencuci tangan, keluarga sudah menyiapkan tempat khusus untuk membuang sputum dan barang yang digunakan pasien

A: Masalah Penyebaran Infeksi tidak terjadi

P: Intervensi 1-7 dipertahankan

Catatan Perkembangan

Hari Kamis, 22 Mei 2025

1) Diagnosa I

S: Pasien mengatakan tidak sesak lagi

O: KU: Baik, kesadaran composmentis, oksigen nasal canul sudah dilepas, respirasi: 20x/menit, SpO₂: 98%, Nadi: 92x/menit,

A: Masalah Pola Napas Tidak Efektif teratasi

P: Intervensi dipertahankan

I: Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Pola Napas Tidak Efektif adalah pukul 13.00 wita: Mengkaji keluhan pasien H/ Pasien mengatakan tidak sesak lagi, pukul 13.10 wita: Mengukur TTV H/ TD: 128/82 mmHg, Nadi: 90x/menit, suhu tubuh:36,3°C, respirasi: 18x/menit, SpO₂: 96%. Pukul 13.30 wita: Melayani Obat Anti Tuberkulosis (OAT) 3 kaplet untuk diminum pagi hari setelah makan. Pukul 13.40 wita: Melayani injeksi obat Ondansentron 4 mg/IV. Pukul 13.50 wita: Melayani injeksi obat Metil Prednizolone 62,5 mg/IV. Pukul 14.00 wita: Melayani nebu Combivent 1 respul/inhalasi. Pukul 14.10 wita: Melayani injeksi obat Omeprazole 4 mg/IV. Pukul 14.30 wita: Mengganti cairan infus Nacl 0,9%.

E: KU: Baik, kesadaran composmentis, GCS: 15 (V:4, M:5, E:6), TTV: TD: 120/80 mmHg, Nadi: 90x/menit, Suhu:35.6°C, Respirasi: 20x/menit, SpO₂:99%, pasien mengatakan tidak sesak lagi serta keringat berkurang

2) Diagnosa II

S: Pasien mengatakan makannya sudah banyak, biasanya makan 7-8 sendok dalam satu porsi, lemas berkurang, nafsu makan meningkat

O: Satu porsi makan yang dihabiskan 7-8 sendok, tampak lemas

A: Masalah Defisit Nutrisin sebagian teratasi

P: Intervensi 1-6 dilanjutkan

I: Tindakan untuk mengatasi masalah Defisit Nutrisi adalah pukul 14.50

wita: Menganjurkan pasien untuk diet tinggi kalori dan tinggi protein.

Pukul 15.00 wita: Menganjurkan pasien untuk makan dengan porsi

sedikit tapi sering pukul 14.10 wita: Menganjurkan keluarga untuk

menyajikan makanan dengan tampilan yang menarik dan dalam kondisi

hangat, pukul 14.25 wita: Melayani pasien makan siang H/pasien

makan dengan porsi banyak namun tidak dihabiskan (7-8 sendok makan).

E: Nafsu makan pasien meningkat, porsi makan yang dihabiskan 7-8 sendok 3x/hari

3) Diagnosa III

S: Pasien mengatakan pasien mengatakan sudah bisa melakukan sebagian aktivitas seperti makan dan minum, berpakaian, dan rubah posisi (duduk tanpa dibantu)

O: Aktvita pasien sebagian dibantu keluarga seperti toileting, mandi,

A: Masalah Intoleransi Aktivitas sebagian teratasi

P: Intervensi 1-5 dipertahankan

I: Tindakan untuk mengatsi masalah Intoleransi Aktivitas adalah pukul

14.40 wita: Menganjurkan pasien untuk melakukan aktifitas sesuai batas kemampuan pasien H/Pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas seperti merubah posisi duduk tanpa bantuan, makan dan minum, berpakaian. Pukul 15.00 wita: Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan seperti mobilisasi ke kamar mandi sesuai toleransi pasien untuk mencegah terjadinya konstipasi (peningkatan motilitas usus) serta mencegah kekakuan pada sendi.

E: keadaan umum baik, lemah berkurang, ADL sebagian mandiri.

4) Diagnosa IV

S: Keluarga mengatakan sudah paham tentang apa yang telah dijelaskan khususnya penyakit TB Paru

O: Keluarga dan pasien tampak paham dan mampu menjelaskan tentang penyebab dan cara penularan serta pencegahan penyakit TB Paru

A: Masalah Defisit Pengetahuan teratasi

P: Intervensi 1 dan 2 dipertahankan

I: Tindakan untuk mengatasi masalah Defisit Pengetahuan adalah pukul 16.00 wita: Menjelaskan kepada keluarga dan pasien tentang penyebab Urin pasien berwarna merah H/ Urin pasien dengan TB Paru yang berwarna merah bisa disebabkan oleh beberapa faktor, namun yang paling umum adalah efek samping dari obat OAT dan itu merupakan hal yang normal dan tidak berbahaya.

E: Pasien dan keluarga tampak paham tentang penyakit TB Paru itu sendiri dan sudah melakukan beberapa pencegahan seperti selalu menggunakan masker dan rutin mencuci tangan.

5) Diagnosa V

S:

O: Keluarga dan pasien tampak menggunakan masker, rutin mencuci tangan, keluarga sudah menyiapkan tempat khusus untuk membuang sputum dan barang yang digunakan pasien

A: Masalah Penyebaran Infeksi tidak terjadi

P: Intervensi 1-7 dipertahankan

I: Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Resiko Penyebaran Infeksi adalah pukul 16.20 wita Menganjurkan keluarga dan pasien selalu menggunakan masker saat berada dalam ruangan atau saat berinteraksi dengan pasien. Pukul 16.30 wita: Menganjurkan pasien untuk selalu menerapkan etika batuk yang telah diajarkan. Pukul 16.40 wita: Menganjurkan pasien untuk membuang dahak ketempat yang telah disiapkan yaitu ember yang berisi air dan larutan clorin (Bayclin). Pukul 16.50 wita: Menganjurkan keluarga dan pasien agar membuang tissue yang telah dipakai oleh pasien ke tempat sampah plastik yang telah disiapkan. Pukul 17.00 wita: Menganjurkan keluarga untuk membatasi pengunjung (cukup 1-2 orang pengunjung).

E: Keluarga dan pasien tampak menggunakan masker, rutin mencuci tangan, keluarga sudah menyiapkan tempat khusus untuk membuang sputum dan barang yang digunakan pasien

B. PEMBAHASAN

Pelaksanaan keperawatan untuk Tn. P. M. R 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. P.M.R di RSUD Ende di Ruang Perawatan Khusus.

1. Pengkajian

Hasil pengkajian pada studi kasus Tn. P. M. R. ditemukan Pasien mengatakan sesak napas, badan terasa lemas, berkeringat di malam hari tanpa beraktivitas, tidak ada nafsu makan, berta badan menurun dari 60 kg turun sampai 33 kg , terdapat retraksi dinding dada, suara napas rochi.

Hal ini sesuai dengan peneltian yang dilakukan Fitriani, Pratiwi, Betty & Suwisnu (2020) menjelaskan bahwa Gejala utama pasien TB paru adalah batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan.

Amiar & Setiyono (2020) menjelaskan bahwa pada pasien dengan tuberkulosis paru biasanya akan mengalami sesak nafas. Hal ini biasanya terjadi di penderita dengan TB Paru disebabkan oleh paru yang mengembang tidak sempurna karena bagian paru yang terkena bakteri *Mycobacterium tuberculosis* tidak mengandung udara (kolaps) serta didukung oleh hasil pemeriksaan X-Ray pada

tanggal 18 Mei 2025 didapatkan gambaran rontgen paru yang putih atau berawan, pada kedua sisi paru yang merupakan cairan efusi pleura.

Pasien juga mengeluhkan berkeringat malam sampai membasahi baju dan tempat tidur, keringat malam pada pasien tuberkulosis aktif terjadi sebagai respon salah satu molekul sinyal peptida yaitu *tumour necrosis factor alpha* (TNF- α) yang dikeluarkan oleh sel-sel sistem imun di mana mereka bereaksi terhadap bakteri infeksius *Mycobacterium tuberculosis* (Rahmah & Rosfadilla (2025)).

Pada pasien TB Paru mengalami penurunan berat badan dikarenakan pasien mengalami penurunan nafsu makan sehingga proses metabolisme berkurang yang akan menyebabkan status nutrisi dalam tubuh berkurang. Didukung oleh penelitian Dhanny & Sefriantina (2021) pasien tuberkulosis membutuhkan lebih banyak asupan energi untuk mempertahankan fungsi tubuh yang disebabkan oleh peningkatan laju metabolisme basal (BMR) yang menyebabkan penurunan berat badan. Di sisi lain, asupan makanan dapat berdampak negatif pada pasien tuberkulosis karena penurunan nafsu makan dan gangguan gastrointestinal, yang mengakibatkan kekurangan gizi. Malnutrisi selanjutnya dapat menyebabkan gangguan fungsi kekebalan karena kekurangan nutrisi mengubah interaksi antara makrofag dan limfosit-T. Adanya kekurangan asupan energi dan protein inilah yang mampu menyebabkan seseorang mengalami status gizi yang buruk dan akan lebih mudah terserang berbagai penyakit infeksi salah satunya adalah tuberkulosis.

Data di atas terdapat kesenjangan antara teori dan kasus pada Tn. P. M. R dimana tidak ditemukan batuk lebih dari dua minggu, batuk berdahak dan bercampur darah dikarenakan tidak ada produksi sekret yang mengental dan tertahan yang dapat menghambat jalan napas sebagai penyebab dari batuk tidak

efektif. Sedangkan yang menyebabkan Tn. P. M. R mengalami sesak napas adalah terjadinya penumpukan cairan efusi pleura pada kedua sisi paru. Hal ini didukung oleh hasil pemeriksaan X-Ray pada tanggal 18 Mei 2025 didapatkan gambaran rontgen paru yang putih atau berawan pada kedua sisi paru yang merupakan cairan efusi pleura.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Diagnosa Keperawatan yang muncul pada Tn. P. M. R adalah Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan, Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, Resiko Penyebaran Infeksi berhubungan dengan Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.

Diagnosa yang ada pada teori tetapi tidak terdapat pada kasus adalah Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas, Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. Diagnosa ini tidak ditegakan karena tidak ada sianosis dan produksi sekret yang mengental yang dapat menghambat jalan napas sehingga tidak terjadi hipoventilasi yang akan

berdampak pada pola napas yang efektif dan tekanan antara oksigen dengan karbonmonoksida pada alveoli dalam keadaan yang seimbang sehingga tidak terjadi gangguan pertukaran gas. Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahman, dkk (2022) menjelaskan bahwa tidak ditemukannya diagnosa keperawatan gangguan pertukaran gas, bersihan jalan napas tidak efektif pada pasien dimana tidak ada produksi sekret yang mengental dan tertahan yang dapat menghambat jalan napas yang menyebabkan pasien sianosis dan saturasi oksigen turun di bawah level normal.

Sedangkan hipetermia pada Tn. P. M. R tidak terjadi karena pada saat pasien di IGD telah diberikan paracetamol sehingga pelepasan endotoksin (pirogen endogen) yang merangsang prostaglandin dihambat oleh paracetamol maka siklooksigenase yang memproduksi prostaglandin tidak dapat diteruskan ke hipotalamus (set point) sebagai pusat thermoregulator dan demam tidak dipersepsikan.

Diagnosa yang tidak ada pada teori tetapi ditemukan pada kasus adalah Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Dari hasil wawancara pada pasien Tn. P. M. R, ditemukan data bahwa pasien dan keluarga belum mengetahui penyakit TB Paru (pengertian, penyebab, cara penularan, dan cara mencegah) serta ditemukan data bahwa jenjang pendidikan yang dicapai oleh pasien dan keluarga rata-rata Sekolah Dasar (SD). Menurut Ningsih, Ovany, & Anjelina, (2022) menjelaskan bahwa salah satu penyebab Defisit Pengetahuan dalam upaya pencegahan penularan TB Paru adalah kurangnya informasi dan edukasi dari petugas kesehatan tentang TB Paru yang menyebabkan masyarakat umum memiliki pengetahuan yang sedikit tentang TB Paru.

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 pasien stress dengan kondisinya yang sudah dua tahun sakit dan belum juga sembuh.

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen didapatkan hasil diagnosa dengan intoleransi aktivitas dengan pasien tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari dan tidak bisa duduk secara mandiri sehingga intervensi yang dilakukan pada penelitian ini adalah manajemen energy.

Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi karena ditemukan data bahwa pasien dan keluarga belum mengetahui penyakit TB Paru (pengertian, penyebab, cara penularan, dan cara mencegah) serta ditemukan data

bahwa jenjang pendidikan yang dicapai oleh pasien dan keluarga rata-rata Sekolah Dasar (SD).

Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan dibuktikan dengan faktor resiko pasien dan keluarga tidak menggunakan masker di dalam ruangan, pengunjung 4-5 orang dan tidak menyediakan tempat sampah khusus untuk pasien.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada Tn. P. M. R dengan diagnosis medis Tuberkulosis Paru disesuaikan dengan diagnosis keperawatan menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017), Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2019)

a. Pola Napas Tidak Efektif

Masalah pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dengan tujuan dan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah pola napas tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil dispnea menurun, penggunaan otot bantu pernapasan menurun, pemanjangan fase ekspirasi menurun, frekuensi napas membaik.

Rencana tindakan yang diberikan adalah monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas, monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering), auskultasi bunyi napas, monitor saturasi oksigen, monitor hasil X-Ray Thoraks, pertahankan kepatenan jalan napas, posisikan semi fowler atau fowler, berikan oksigen, anjurkan untuk selalu

mempertahankan posisi semi fowler atau semi fowler, ajarkan teknik napas dalam, kolaborasi pemberian bronkodilator

b. Defisit Nutrisi

Masalah defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) dengan tujuan dan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah defisit nutrisi teratasi dengan kriteria hasil porsi makan yang dihabiskan meningkat, verbalisasi keinginan untuk makan meningkat, perasaan cepat kenyang menurun, berat badan membaik, indeks masa tubuh (IMT) membaik, nafsu makan membaik.

Rencana tindakan yang dilakukan pada diagnosa kedua yaitu, identifikasi status nutris, identifikasi makanan yang disukai, monitor asupan makanan, monitor berat badan, sajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai, ajarkan diet yang diprogramkan.

c. Intoleransi Aktivitas

Masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dengan tujuan dan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil kekuatan tubuh bagian bawah meningkat, keluhan lelah menurun, perasaan lemah menurun, frekuensi nadi membaik, saturasi oksigen membaik, frekuensi napas membaik

Rencana tindakan yang dilakukan pada diagnosa ketiga yaitu, identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik, fasilitasi duduk di sisi tempat tidur jika tidak dapat berpindah atau berjalan, anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

d. Defisit Pengetahuan

Masalah defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dengan tujuan dan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan tindakan keperawat 3x24 jam diharapkan masalah defisit pengetahuan teratasi dengan kriteria hasil perilaku sesuai anjuran meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, pernyataan tentang masalah yang dihadapi menurun, perilaku membaik.

Rencana tindakan yang dilakukan pada diagnosa keempat yaitu, berfokus pada edukasi kepada pasien dan keluarga tentang penyakit TB Paru (pengertian, penyebab, tanda dan gejala, cara penularan, dan pencegahan).

e. Resiko Penyebaran Infeksi

Masalah resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan dengan tujuan dan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko penyebaran infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil menggunakan masker meningkat, kebersihan tangan meningkat, etika batuk meningkat

Rencana tindakan yang dilakukan pada diagnosa kelima yaitu, 7 intervensi: kaji patologi penyakit dan potensial penyebab infeksi melalui droplet udara selama batuk, bersin, meludah, bicara, tertawa, identifikasi orang lain yang berisiko (mis. Anggota keluarga, sahabat karib atau teman, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, anjurkan 6 langkah mencuci tangan, ajarkan etika batuk,

anjurkan mengatakan asupan nutrisi. Dalam hal ini tidak ada kesenjangan antara teori maupun kasus.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan pasien. Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan yang berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dimana tindakan dilakukan dan diselesaikan, sebagaimana digambarkan dalam rencana yang telah dibuat berdasarkan kondisi Tn. P.M.R. Semua tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2016.

a. Pola Napas Tidak Efektif

Tindakan pertama adalah memonitor efektivitas pernapasan yaitu frekuensi dan bunyi napas tambahan setiap 8 jam. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Suhendar, Suhrudi, (2022), kecepatan pernapasan menunjukkan adanya upaya tubuh untuk memenuhi kebutuhan oksigen.

Tindakan yang kedua yaitu memberikan teknik non farmakologis seperti atur posisi semi fowler dan latih teknik napas dalam. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nurliah, Syamsuddin, Rahman, Yurnaningsih (2024) menyimpulkan bahwa terapi non farmakologis dengan *Pursed Lips Breathing* atau bernafas dengan bibir mengerucut dapat membantu meningkatkan asupan oksigen, karena bibir yang mengerucut dapat membantu memperpanjang pernafasan pada saat bernafas, sehingga karbon dioksida yang dikeluarkan oleh alveoli meningkat sehingga asupan oksigen semakin

meningkat sedangkan penerapan posisi semi fowler sendiri dengan menggunakan perlengkapan tempat tidur dan bantal yang cukup untuk menopang area punggung sehingga memberikan kenyamanan pada saat tidur dan dapat mengurangi kondisi gangguan pernafasan pada pasien TB Paru. Memberikan tindakan posisi semi fowler menggunakan gravitasi untuk mengembangkan paru-paru dan mengurangi tekanan organ dalam perut pada diafragma, sehingga diafragma dapat terangkat dan paru-paru mengembang secara optimal serta memenuhi volume tidal paru-paru.

Tindakan yang ketiga yaitu memberikan oksigen. Pada Tn. P. M .R telah terpasang oksigen nasal canul 5 Lpm. Hal ini dilakukan agar kebutuhan oksigen bisa tercukupi dan tubuh menjadi adekuat serta nilai SPO₂ > 95% dapat dipertahankan maka diperlukan adanya terapi oksigen Khazanah & Agustin, (2022). Menurut Tarwato dan Wartonah (2023) pemenuhan kebutuhan oksigen dapat dipenuhi dengan terapi oksigen. Terapi oksigen adalah pemberian oksigen lebih dari udara atmosfer atau FIO₂ > 21%. Tujuan terapi oksigen adalah mengoptimalkan oksigen jaringan dan mencegah asidosis respiratorik, mencegah hipoksia jaringan, menurunkan kerja napas dan kerja otot, serta mempertahankan PAO₂ > 60% mmHg atau SAO₂ > 90%.

b. Defisit Nutrisi

Tindakan yang dilakukan adalah mengkaji status nutrisi untuk mengetahui apakah pasien mengalami gizi kurang yang dibuktikan dengan hasil timbangan berat badan serta Indeks Masa Tubuh (IMT). Menganjurkan pasien untuk makan dengan porsi sedikit tapi sering agar status nutrisi dalam tubuh tetap terpenuhi. Menganjurkan keluarga untuk menyajikan makanan dengan tampilan

menarik dan dalam kondisi hangat dengan tujuan agar pasien memiliki nafsu makan. Menurut Jauhari & Nita (2022), Diet Tinggi Kalori Tinggi Protein (TKTP) adalah diet yang mengandung energi dan protein di atas kebutuhan normal.

c. Intoleransi Aktivitas

Tindakan yang dilakukan adalah menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas sesuai batas kemampuan seperti merubah posisi duduk tanpa bantuan dan juga menggerakkan anggota tubuh lainnya seperti tangan dan kaki.

d. Defisit Pengetahuan

Tindakan yang dilakukan adalah berfokus pada edukasi kepada pasien maupun keluarga terkait penyakit Tuberkulosis Paru (pengertian, penyebab, faktor resiko, cara penularan dan cara pencegahan). Hal ini didukung oleh penelitian Andriani & Hidayat (2024) tentang Edukasi Kesehatan dalam Meningkatkan Defisit Pengetahuan tentang Pencegahan Penularan Tuberkulosis (TBC). Sedangkan menurut Manik, Rochado & Siregar (2020) dimana menjelaskan tentang tujuan dari edukasi kesehatan sendiri adalah meningkatkan pengetahuan penderita TB Paru terhadap penyakitnya sehingga penderita dapat mengendalikan sesuatu yang berkaitan dengan penyakit tersebut dengan harapan mereka dapat berperilaku lebih baik dalam menjaga, mencegah, menghindari atau mengatasi resiko terjadinya penularan TB Paru terhadap orang lain.

e. Resiko Penyebaran Infeksi

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko penyebaran infeksi adalah menganjurkan keluarga dan pasien selalu menggunakan masker saat berada dalam ruangan atau saat berinteraksi dengan sesama, menganjurkan

pasien untuk membuang dahak dan barang-barang yang telah terkontaminasi oleh pasien ketempat yang telah disiapkan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rizaldi & Wibowo (2020) tentang Penggunaan masker HEPA memberikan perlindungan bagi petugas kesehatan yang berhubungan dekat dengan pasien tuberkulosis. Hal ini sangat penting ketika petugas kesehatan sedang mengawasi prosedur yang memicu batuk, misalnya bronkoskopi, atau induksi dahak dengan menggunakan larutan garam hipertonik nebulised.

5. Evaluasi

Hasil Evaluasi pada tanggal 22 Mei 2025 menunjukkan masalah Pola Napas Tidak Efektif teratasi dengan hasil Pasien mengatakan tidak sesak lagi KU: Baik, kesadaran composmentis, oksigen nasal canul sudah dilepas, respirasi: 20x/menit, SpO₂: 98%, Nadi: 92x/menit.

Pada masalah keperawatan Defisit Nutrisi sebagian teratasi dengan hasil: Pasien mengatakan makannya sudah banyak, biasanya makan 8 sendok dalam satu porsi, lemas berkurang, nafsu makan meningkat, Satu porsi makan yang dihabiskan 8 sendok. Evaluasi ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Dita (2019) bahwa pada hari ketiga defisit nutrisi teratasi sebagian dengan hasil pasien mengatakan bahwa nafsu makan menurun sudah berkurang dan sudah dapat menghabiskan delapan sendok dalam satu porsi beserta biscuit, buah-buahan dan perasaan mual sudah berkurang.

Pada masalah Intoleransi Aktivitas sebagian teratasi dengan hasil pasien mengatakan sudah bisa melakukan sebagian aktivitas seperti makan dan minum,

berpakaian, dan rubah posisi (duduk tanpa dibantu), aktivitas pasien sebagian dibantu keluarga seperti toileting, mandi.

Pada masalah keperawatan Defisit Pengetahuan sebagian teratasi dengan hasil Keluarga mengatakan sudah paham tentang apa yang telah dijelaskan khususnya penyakit TB Paru keluarga dan pasien tampak paham dan mampu menjelaskan tentang penyebab dan cara penularan serta pencegahan penyakit TB Paru. Evaluasi tanggal 21 Mei 2025 pada diagnosa keperawatan Defisit Pengetahuan sebagian teratasi dengan hasil keluarga mengatakan sudah paham tentang apa yang telah dijelaskan khususnya penyakit TB Paru, keluarga dan pasien tampak paham dan mampu menjelaskan tentang penyebab dan cara penularan serta pencegahan penyakit TB Paru. Sedangkan evaluasi pada hari ketiga tanggal 22 Mei 2025 masalah Defisit Pengetahuan teratasi dengan hasil Keluarga mengatakan sudah paham tentang apa yang telah dijelaskan khususnya penyakit TB Paru keluarga dan pasien tampak paham dan mampu menjelaskan tentang penyebab dan cara penularan serta sudah melakukan beberapa pencegahan penyakit TB Paru seperti selalu menggunakan masker, rutin mencuci tangan dan menyiapkan tempat pembuangan sputum atau air luduh pasien serta tempat sampah plastik khusus untuk membuang barang-barang yang sudah digunakan pasien.

Pada masalah Penyebaran Infeksi tidak terjadi dengan hasil Keluarga dan pasien tampak menggunakan masker, rutin mencuci tangan, keluarga sudah menyiapkan tempat khusus untuk membuang sputum dan barang yang digunakan pasien.

C. Keterbatasan Studi Kasus

Dalam melakukan penelitian studi kasus ini terdapat keterbatasan yaitu faktor orang atau manusia, orang dalam hal ini pasien yang hanya berfokus pada satu pasien saja membuat peneliti tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah-masalah yang mungkin didapatkan dari pasien yang lainnya dengan diagnosa yang sama dan sulitnya referensi yang digunakan dalam 5 tahun terakhir.

D. Implikasi untuk Keperawatan

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

a. Sebagai Pendidik

Peran perawat sebagai pendidik yaitu memberikan informasi berupa pengajaran mengenai pengetahuan dan keterampilan dasar, pada studi kasus nyata ini ditemukan perawat menjelaskan apa yang kurang dimengerti pasien dari segi fasilitas maupun lainnya.

b. Sebagai Advokat

Pada studi kasus nyata ini ditemukan peran perawat sebagai advokat adalah perawat selalu mendampingi pasien apabila pasien mengalami kesulitan dan membutuhkan bantuan.