BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

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

2. Studi Kasus

Studi kasus dilakukan pada Tn. L.W berumur 66 tahun yang dirawat RSUD di Ruang Perawatan Khusus.

a. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 26 Juni 2025, pukul 08.00 WITA di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende

1) Pengumpulan Data

Pasien berinisial Tn. L. W, berjenis kelamin laki-laki, beragama Katholik, status sudah menikah, pendidikan terakhir SD, pekerjaan petani, pasien tinggal di Nangakeo, pasien masuk rumah sakit pada tanggal 25 Juni 2025 dengan diagnosa medis Suspek Tuberculosis Paru, pneumonia dan asites. Penanggung jawab pasien Ny. K. S, umur 35 tahun, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat Nangakeo, hubungan dengan pasien anak mantu.

2) Status Kesehatan

a) Status Kesehatan saat ini

1) Keluhan Utama

Pasien mengatakan sesak napas dan batuk sesekali

2) Riwayat Keluhan Utama

Keluarga pasien mengatakan pasien sesak napas sejak 1 minggu yang lalu disertai lemah. Keluarga juga mengatakan pasien batuk sesekali dan tidak mengeluarkan dahak sejak 2 hari yang lalu

3) Alasan Masuk Rumah Sakit Dan Perjalanan Penyakit Saat Ini

Keluarga mengatakan pasien merasakan sesak napas sejak dirumah disertai badan lemah dan demam tinggi. Pada tanggal 23 Juni 2025 jam 19.00 WITA pasien diantar oleh keluarga ke IGD dengan keluhan sesak napas, lemah dan demam tinggi. Pada pukul 02.00 WITA pasien dipindahkan keruangan ICU dengan keluhan sesak napas dan lemah. Pasien mendapatkan perawatan

selama di ICU dan pada tanggal 25 Juni 2025 pukul 19.00 WITA pasien di pindahkan ke Ruang Perawatan Khusus.

4) Upaya Yang Dilakukan Untuk Mengatasinya

Keluarga mengatakan pada saat melihat kondisi pasien, keluarga langsung mengantar ke Rumah sakit

b) Status Kesehatan Masa Lalu

Keluarga mengatakan pasien pernah mengalami penyakit lambung dan kencing batu pada tahun 2009, dan pernah di antar ke rumah sakit dan dilakukan rawat jalan karena kencing batu. Keluarga mengatakan pasien juga alergi makanan seperti pepaya dan juga ikan kering, kebiasaan pasien saat dirumah yaitu minum kopi sehari 2 kali dan juga merokok 3-4 perhari.

c) Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit seperti pasien

d) Diagnosa Medis Dan Therapy Yang Didapat Sebelumnya

Keluarga mengatakan pada tahun 2009 pasien pernah mendapat therapy dan keluarga mengatakan tidak mengingat therapy yang di dapat.

3) Pola Kebutuhan Dasar

a) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Keluarga mengatakan jika pasien sakit, keluarga langsung memeriksa ke fasilitas kesehatan terdekat yaitu di Puskesmas Nangapenda. Pasien mengatakan bahwa pertama kali menderita penyakit ini. Pasien dan keluarga mengatakan penyakit yang diderita pasien adalah penyakit menular. Pasien dan keluarga mengatakan saat dirumah sakit pasien dan keluarga tidak menggunakan masker. Pasien saat batuk tampak tidak menutup mulut.

b) Pola nutrisi-metabolik

Pasien mengatakan sebelum sakit makan 3x sehari dengan porsi 1 piring penuh dan dihabiskan, makan nasi, sayur, dan ikan. Saat muda sampai umur sekarang dirumah sering makan makanan yang bersantan dan berminyak. Minum 4-5 gelas/hari (1000cc). Pasien mengatakan saat sakit makan hanya 4-5 sendok makan dan porsi makan tidak dihabiskan karena tidak ada nafsu makan dan sakit pada tenggorokan. Makan bubur saring yang diberikan dari rumah sakit. Pasien juga mengatakan minum 4-5 gelas/hari (1000cc)

c) Pola eliminasi

Pasien mengatakan sebelum sakit BAB 2x sehari dengan konsistensi padat, warna kuning dan tidak ada nyeri saat BAB. Pasien mengatakan biasanya BAK 5-6x sehari warna kuning dan tidak ada nyeri saat BAK. Saat sakit pasien mengatakan belum pernah BAB dari masuk awal rumah sakit sampai sekarang dan BAK

pasien terpasang kateter dengan jumlah urine kurang lebih 250cc berwarna kuning kemerahan.

d) Pola aktivitas dan latihan

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien beraktivitas seperti biasa seperti berkebun dan tidak ada keluhan selama beraktivitas. Keluarga mengatakan aktivitas pasien dibantu keluarga Pada saat sakit pasien mengatakan lemah dan lelah sehingga tidak dapat beraktivitas. Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga seperti makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah. Pasien tampak berbaring di tempat tidur.

e) Pola kognitif dan persepsi

Keluarga mengatakan pasien bisa merespon dengan baik saat diajak bicara, saat ditanya, pasien mendengar dengan jelas dan menjawab pertanyaan dengan baik, tidak ada masalah pada mata pasien, pasien dapat mencium aroma bau tidak sedap dan sedap karena penciuman pasien masih baik, pasien dapat melihat dengan jelas.

f) Pola persepsi konsep diri

Pasien mengatakan mampu mengenal identitas dirinya dan bahwa dirinya seorang kepala keluarga. Pasien mengatakan bahwa dirinya sedang sakit dan membutuhkan pengobatan. Pasien mengatakan tidak merasa malu dengan penyakitnya dan saat keluarganya datang pasien berkomunikasi seperti biasa. Pasien

mengatakan ingin sembuh dari penyakitnya dan berkumpul seperti biasa dengan keluarga di rumah.

g) Pola tidur dan istirahat

Pasien mengatakan sebelum sakit tidurnya nyenyak, tidur siang biasanya dari jam 13.00 dan bangun kembali di jam 14.00 dan pada malam hari tidur dari jam 21.00 dan bangun jam 06.00. Total jam tidur pasien 9 jam. Pasien mengatakan pada saat sakit sulit tidur karena sesak napas dan batuk sesekali. Pasien mengatakan pada malam hari sering terbangun pukul 02.00 karena sesak napas dan batuk sesekali dan kembali tidur pukul 03.00.

h) Pola peran hubungan

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

i) Pola seksual reproduksi

Pasien mengatakan sebelum sakit tidak ada masalah pada seksualitas dan saat sakit pasien mengatakan tidak melakukan hubungan seksual karena sedang sakit

j) Pola toleransi stres-koping

Pasien mengatakan sebelum sakit dan saat sakit pasien selalu menceritakan semuanya pada anak dan istrinya masalah yang dihadapinya

k) Pola nilai kepercayaan

Pasien mengatakan sebelum sakit selalu ke gereja tiap hari minggu bersama istrinya. Pasien mengatakan selama sakit pasien selalu berdoa untuk kesembuhannya, pasien selama sakit tidak pernah pergi ke gereja, pasien mengatakan dirinya selalu percaya bahwa penyakit yang dideritanya akan sembuh, dan sangat mempercayai istri, anak maupun keluarganya dalam merawat dirinya saat sakit.

4) Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum : lemah, tingkat kesadaran : composmentis, GCS : 15 (V: 5, M: 6, E: 4). Tanda-tanda vital: Tekanan darah : 95/63 mmHg, Nadi: 71x/m, Suhu : 36,3°C, SpO2: 97%, RR: 26x/m, berat badan saat ini: 50 kg, tinggi badan: 163 cm, IMT : 18,8

- a) **Kepala** : bentuk kepala simetris kanan dan kiri, kulit kepala tampak bersih, rambut beruban, rambut tidak rontok, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan.
- b) **Mata** : konjungtiva anemis, sclera ikterik, bentuk mata simetris, tidak menggunakan alat bantu melihat, adanya kantung mata
- c) **Hidung** : Bentuk simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada lesi dan nyeri tekan, terpasang oksigen NRM 12 lpm.

- d) **Mulut:** Mukosa bibir kering, lidah tampak sedikit kotor, gigi berlubang.
- e) **Wajah:** tampak pucat dan pasien tampak mengantuk
- f) **Leher:** Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid.
- g) **Dada : Inspeksi:** dada tampak simetris, frekuensi napas 26x/m, adanya penggunaan otot bantu pernapasan, adanya tarikan dinding dada. **Palpasi :** getaran vokal fremitus pada dada kiri tidak teraba dibandingkan dada sebelah kanan. **Perkusi :** terdengar bunyi redup pada dada kiri. **Auskultasi :** Terdapat bunyi napas tambahan ronchi.
- h) **Abdomen:** Inspeksi tampak kuning pada area abdomen, adanya pembesaran pada perut. **Auskultasi :** terdengar suara bising usus 9x/m. **Palpasi :** adanya nyeri tekan, **Perkusi :** terdapat bunyi tympani.
- i) **Genetalia :** terpasang kateter urine 250cc
- j) **Ekstermitas atas :** Akral teraba hangat, adanya edema pada kedua tangan kanan dan kiri, CRT <3 detik, jari-jari tangan lengkap.
- k) **Eksermitas bawah :** tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, jari-jari kaki lengkap, terpasang infus Nacl 20 tpm,

Kekuatan otot :

4	4
4	4

Saat melakukan pemeriksaan, ekstermitas pasien tampak mampu diangkat namun saat diberikan tekanan, ekstermitas pasien tidak mampu menekan tahanan

5) Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Darah Lengkap

Tabel 4.1 Pemeriksaan Laboratorium tanggal 26 Juni 2025

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
WBC	12.14	[10 ³ /uL]	(3.80-10.60)
LYMPH#	3.26*	[10 ³ /uL]	(1.00-3.70)
MONO#	0.38*	[10 ³ /uL]	(0.00-0.70)
EO#	0.03*	[10 ³ /uL]	(0.00-0.40)
BASO#	0.02	[10 ³ /uL]	(0.00-0.10)
NEUT#	8.45*	[10 ³ /uL]	(1.50-7.00)
LYMPH%	26.9*	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	3.1	[%]	(2.0-8.0)
EO%	0.2	[%]	(2.0-4.0)
BASO%	0.2	[%]	(0.0-1.0)
NEUT%	69.6	[%]	(50.0-70.0)
IG#	1.97	[10 ³ /uL]	(0.00-7.00)
IG%	16.2	[%]	(0.0-72.0)
RBC	3.59	[10 ⁶ /uL]	(4.40-5.90)
HGB	10.4	[g/dL]	(13.2-17.3)
HCT	31.6	[%]	(40.0-52.0)
MCV	88.0	[fL]	(80.0-100.0)
MCH	29.0	[pg]	(26.0-34.0)
MCHC	32.9	[g/dL]	(32.0-36.0)
RDW-SD	42.8	[fL]	(37.0-54.0)
RDW-CV	13.5	[%]	(11.5-14.5)
PLT	40	[10 ³ /uL]	(150-450)
MPV	10.9	[fL]	(9.0-13.0)
PCT	0.04	[%]	(0.17-0.35)
PDW	14.9	[fL]	(9.0-17.0)
P-LCR	34.4	[%]	(13.0-43.0)

b. Hasil Pemeriksaan Faal Hati dan Faal Ginjal

Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium tanggal 26 Juni 2025

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
SGOT/AST	150.7	0-35 U/L

SGPT/ALT	61.4	4-36 U/L
TOTAL BILIRUBIN	8.59	0.1-1.2 mg/dL
BILIRUBIN DIREK	6.02	<0.3 mg/dL
UREUM	87.4	10-50 mg/dL
NATRIUM	147.1	135-145 mmol/L

c. Hasil Pemeriksaan Radiologi

Pemeriksaan X-Ray Thorax AP: tanggal 24-06-2025

- Tampak infiltrat dan ground glass opacity pulmo bilateral
- Kedua sinus costophrenichus lancip
- Kedua diafragma licin dan tak mendatar
- Cor, CTR <0.56
- Sistema tulang yang tervisualisasi intact

6) Pengobatan

Table 4.3 Pengobatan

Nama Obat	Dosis	Indikasi	Kontra Indikasi
Levofloxacin	1x750 mg	Untuk mengobati infeksi yang disebabkan oleh bakteri. Obat ini termasuk dalam kelompok antibiotic	Salah satu kontraindikasi utama levofloxacin adalah riwayat hipersensitivitas atau reaksi alergi
Methylpredni solone	3x62,5 mg	Mengobati berbsasi termasuk reaksi alergi, artritis	Penggunaan methylprednisolone pada pasien hipersensitivitas dan penggunaan pada pasien yang akan melakukan vaksinasi virus hidup
Omeprazole	2x40 mg	Obat ini diindikasikan untuk tukak lambung dan tukak duodenum	Alergi terhadap ome atau kategori obat penghambat pompaprotan lainnya, wanita hamil atau menyusui

Antrain	3x1 gr	Gangguan kecemasan, insomnia, jangka pendek, keadaan tegang otot	Hipersensitivitas terhadap diazepam atau benzodiazepine lainnya
FDC	1x4 table	untuk mengobati penyakit tuberkulosis (TBC), yaitu infeksi bakteri yang disebabkan oleh Mycobacterium tuberculosis. OAT digunakan untuk membunuh atau menonaktifkan bakteri TBC dalam tubuh.	riwayat alergi terhadap salah satu jenis OAT, gangguan fungsi hati atau ginjal yang berat, dan penyakit tertentu yang bisa berinteraksi dengan OAT
B6	1x1 tablet	Defisiensi vit. B6 akibat malnutrisi, alkoholisme, atau penggunaan obat tertentu	Alergi atau hipersensitivitas terhadap piridoksin, gangguan ginjal berate
Sanfuliq	1x1 tablet	Menjaga daya tahan tubuh, membantu proses pemulihan setelah sakit, menamabah nafsu makan	Gangguan metabolisme zat besi, alergi atau hipersensitivitas terhadap salah satu komponene dalam sanfuliq
Nebu Lasalcom		Sebagai bronkodilator pada pasien dengan gejala sesak napas, penyakit paru obstruktif kronik	Alergi atau hipersensitivitas terhadap salbutamol, pratropium bromide, atropine

1) Analisa Data

Pasien mengatakan sesak napas, lemah dan batuk sesekali. Keluarga pasien mengatakan pasien sesak napas sejak 1 minggu yang lalu disertai lemah. Keluarga juga mengatakan pasien batuk sesekali dan tidak mengeluarkan dahak sejak 2 hari yang lalu. Pasien tampak batuk sesekali dan tidak mengeluarkan dahak. Pasien mengatakan saat sakit makan 4-5 sendok makan dan porsi makan tidak dihabiskan karena pasien tidak ada nafsu

makan dan sakit pada tenggorokan. Makanan yang dikonsumsi yaitu bubur saring. Pasien minum 4-5 gelas per hari. Keluarga mengatakan aktivitas pasien dibantu keluarga. Pada saat sakit pasien mengatakan lemah dan lelah sehingga tidak dapat beraktivitas. Aktivitas pasien tampak dibantu keluarga seperti makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah. Pasien mengatakan kesulitan tidur karena sesak napas dan batuk sesekali. Pasien mengatakan sering terbangun pukul 02.00 karena sesak napas dan batuk sesekali, dan tidur kembali pukul 03.00. Saat sakit pasien mengatakan belum pernah BAB dari masuk awal rumah sakit sampai sekarang. Pasien dan keluarga mengatakan tidak menggunakan masker saat di rumah sakit. Saat batuk pasien tampak tidak menutup mulut. Terdapat penggunaan otot bantu napas dan tarikan dinding dada, getaran vokal fremitus disebelah kiri tidak teraba, perkusi redup pada lapang paru kiri, bunyi napas tambahan ronchi, terdapat kantung mata, kekuatan otot 4, terpasang oksigen NRM 12 lpm, tampak kuning pada area abdomen, adanya pembesaran pada perut, keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, GCS: 15, Tekanan darah: 95/63 mmHg, Nadi: 71x/m, Suhu: 36,3°C, SpO2: 97%, RR: 26x/m, berat badan saat ini: 50 kg, tinggi badan: 163 cm, IMT: 18,8, SGOT/AST: 150,7 U/L, SGPT/AL6T: 61,4 U/L.

2) Klasifikasi Data

DS: Pasien mengatakan sesak napas, lemah dan batuk sesekali. Keluarga pasien mengatakan pasien sesak napas sejak 1 minggu yang lalu disertai lemah. Keluarga juga mengatakan pasien batuk sesekali dan tidak mengeluarkan dahak sejak 2 hari yang lalu. Pasien mengatakan saat sakit

makan 4-5 sendok makan dan porsi makan tidak dihabiskan karena pasien tidak ada nafsu makan dan sakit pada tenggorokan. Makanan yang dikonsumsi yaitu bubur saring. Pasien minum 4-5 gelas per hari. Keluarga mengatakan aktivitas pasien dibantu keluarga. Pada saat sakit pasien mengatakan lemah dan lelah sehingga tidak dapat beraktivitas. Aktivitas pasien tampak dibantu keluarga seperti makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah. Pasien mengatakan kesulitan tidur karena sesak napas dan batuk sesekali. Pasien mengatakan sering terbangun pukul 02.00 karena sesak napas dan batuk sesekali, dan tidur kembali pukul 03.00. Pasien dan keluarga mengatakan tidak menggunakan masker saat di rumah sakit. Tampak kuning pada area abdomen, adanya pembesaran pada perut.

DO: Terdapat penggunaan otot bantu napas dan tarikan dinding dada, getaran vokal fremitus disebelah kiri tidak teraba, perkusi redup pada lapang paru kiri, bunyi napas tambahan ronchi, terdapat kantung mata, pasien tampak batuk sesekali dan tidak mengeluarkan dahak, saat batuk pasien tampak tidak menutup mulut, keadaan umum lemah, kekuatan otot 4, tampak kuning pada area abdomen, adanya pembesaran pada perut.

terpasang oksigen NRM 12 lpm kesadaran composmentis, GCS: 15, Tekanan darah: 95/63 mmHg, Nadi: 71x/m, Suhu: 36,3°C, SpO2: 97%, RR: 26x/m, berat badan saat ini: 50 kg, tinggi badan: 163 cm, IMT: 18,8, SGOT/AST: 150,7 U/L, SGPT/AL6T: 61,4 U/L

7) Analisa Data

Table 4.4 Analisa Data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
--------------	----------	---------

<p>DS: pasien mengatakan batuk sesekali dan tidak mengeluarkan dahak sejak 2 hari yang lalu</p> <p>DO: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tampak batuk sesekali dan tidak mengeluarkan dahak, bunyi napas ronchi</p>	<p>Hipersekresi jalan napas</p>	<p>Bersihan jalan napas tidak efektif</p>
<p>DS: pasien mengatakan sesak napas sejak 1 minggu yang lalu</p> <p>DO: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, terdapat penggunaan otot bantu napas dan tarikan dinding dada, getaran vokal fremitus disebelah kiri tidak teraba, perkusi redup pada lapang paru kiri, bunyi napas tambahan ronchi, terpasang oksigen NRM 12 lpm, RR: 26x/menit</p>	<p>Hambatan Upaya napas</p>	<p>Pola napas tidak efektif</p>
<p>DS: Pasien mengatakan saat sakit makan 4-5 sendok makan dan porsi makan tidak dihabiskan karena pasien tidak ada nafsu makan dan sakit pada tenggorokan.</p> <p>DO: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, IMT: 18,8</p>	<p>Peningkatan kebutuhan metabolisme dan keengganan untuk makan</p>	<p>Defisit nutrisi</p>
<p>DS: pasien mengatakan lemah dan lelah sehingga tidak dapat beraktivitas</p>	<p>Kelemahan</p>	<p>Intoleransi aktivitas</p>

DO: keadaan umum lemah, Aktivitas pasien tampak dibantu keluarga seperti makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah, kekuatan otot 4		
DS: Pasien mengatakan kesulitan tidur karena sesak napas dan batuk sesekali. Pasien mengatakan sering terbangun pukul 02.00 karena sesak napas dan batuk sesekali, dan tidur kembali pukul 03.00.	Kurang control tidur	Gangguan pola tidur
DO: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, terdapat kantung mata, tampak mengantuk, TD : 95/63 mmHg		
DS: Saat sakit pasien mengatakan belum pernah BAB dari masuk awal rumah sakit sampai sekarang	Ketidacukupan diet	Konstipasi
DO: bising usus 9x/menit		
DS: pasien dan keluarga mengatakan tidak menggunakan masker saat di rumah sakit	Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan	Resiko penyebaran infeksi
DO: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tampak batuk sesekali dan tidak mengeluarkan dahak, pasien saat batuk tampak tidak menutup mulut		
DS:	Asites	Risiko ketidakseimbangan cairan
DO: adanya pembesaran pada perut, tampak kuning pada area abdomen, SGOT/AST: 150,7 U/L, SGPT/AL6T: 61,4 U/L		

b. Diagnosa Keperawatan

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

DS: Pasien mengatakan batuk sesekali dan tidak mengeluarkan dahak sejak 2 hari yang lalu

DO: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tampak batuk sesekali dan tidak mengeluarkan dahak, bunyi napas ronchi

2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan :

DS: pasien mengatakan sesak napas sejak 1 minggu yang lalu

DO: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, terdapat penggunaan otot bantu napas dan tarikan dinding dada, getaran vokal fremitus disebelah kiri tidak teraba, perkusi redup pada lapang paru kiri, bunyi napas tambahan ronchi. RR: 26x/menit

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

DS: Pasien mengatakan saat sakit makan 4-5 sendok makan dan porsi makan tidak dihabiskan karena pasien tidak ada nafsu makan dan sakit pada tenggorokan.

DO: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, IMT: 18,8

4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan :

DS: pasien mengatakan lemah dan lelah sehingga tidak dapat beraktivitas

DO: keadaan umum lemah, Aktivitas pasien tampak dibantu keluarga seperti makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah, kekuatan otot 4

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

DS: Pasien mengatakan kesulitan tidur karena sesak napas dan batuk sesekali. Pasien mengatakan sering terbangun pukul 02.00 karena sesak napas dan batuk sesekali, dan tidur kembali pukul 03.00

DO: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, terdapat kantung mata, tampak mengantuk, TD: 95/63 mmHg

6. Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan diet di tandai dengan:

DS: Saat sakit pasien mengatakan belum pernah BAB dari masuk awal rumah sakit sampai sekarang

DO: bising usus 9x/menit

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

DS: pasien dan keluarga mengatakan tidak menggunakan masker saat di rumah sakit

DO: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tampak batuk sesekali dan tidak mengeluarkan dahak, pasien saat batuk tampak tidak menutup mulut

8. Risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan asites ditandai dengan:

DS:

DO: adanya pembesaran pada perut, tampak kuning pada area abdomen, SGOT/AST: 150,7 U/L, SGPT/AL6T: 61,4 U/L

Berdasarkan diagnosa keperawatan diatas maka prioritas masalah keperawatan diantaranya:

1. Bersihan jalan napas tidak efektif
2. Pola napas tidak efektif
3. Defisit nutrisi
4. Intoleransi aktivitas
5. Gangguan pola tidur
6. Konstipasi
7. Resiko penyebaran infeksi
8. Risiko ketidakseimbangan cairan

c. Perencanaan Tindakan Keperawatan

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan Kriteria hasil: Batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, mengi menurun.

Intervensi

Observasi

- 1) Identifikasi kemampuan batuk

Rasional: ketidakmampuan membersihkan jalan napas dapat menimbulkan penggunaan otot bantu pernapasan dan peningkatan kerja pernapasan.

2) Monitor adanya retensi sputum.

Rasional : mengatasi obstruksi jalan napas akibat produksi sputum yang berlebihan dengan memonitor kita bisa mengetahui adanya masalah dalam bersihan jalan napas yang dapat menyebabkan sesak, bunyi napas tambahan.

Terapeutik

3) Atur posisi semi fowler atau fowler.

Rasional: posisi semi fowler atau fowler membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan.

4) Buang sekret pada tempatnya

Rasional: mencegah penyebaran infeksi dan meminimalkan resiko komplikasi Kesehatan

Edukasi

5) Jelaskan tujuan dan prosedur batuk

Rasional: tujuan batuk adalah mengeluarkan lendir, kotoran dari saluran pernapasan untuk menjaga paru-paru bersih dan lancar

6) Ajarkan teknik batuk efektif

Rasional: membantu mengeluarkan dahak, mengurangi sesak napas, dan meningkatkan kenyamanan.

7) Anjurkan minum air hangat

Rasional: air hangat dapat membantu melancarkan pencernaan dan dapat mengencerkan dahak.

2. Pola napas tidak efektif berhubungan hambatan upaya napas.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola napas membaik dengan Kriteria hasil: Penggunaan otot bantu napas menurun, dispnea menurun, pernapasan cuping hidung menurun, frekuensi membaik.

Intervensi

Manajemen Pola Napas

Observasi

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

Rasional: mengetahui adanya perubahan atau masalah pada perapasan, seperti gangguan frekuensi napas, irama napas, kedalaman upaya napas, yang dapat mengindikasikan adanya kondisi medis yang perlu ditangani.

2) Monitor bunyi napas tambahan (mis:ronkhi, mengi)

Rasional: Penurunan bunyi napas dapat menunjukkan atelectasis ronkhi, mengi menunjukkan akumulasi secret/ketidakmampuan untuk membersihkan jalan napas yang dapat menimbulkan penggunaan otot bantu pernapasan dan peningkatan kerja pernapasan..

Terapeutik

3) Posisikan semi fowler atau fowler

Rasional: Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan.

4) Berikan oksigen

Rasional: Alat dalam memperbaiki hipoksemia yang dapat terjadi sekunder terhadap penurunan ventilasi/menurunnya permukaan alveolar paru.

Edukasi

5) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari

Rasional: Pemasukan tinggi cairan membantu untuk mengencerkan secret, membuatnya mudah dikeluarkan.

3. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan status nutrisi kembali membaik dengan Kriteria hasil: nafsu makan membaik, porsi makan dihabiskan meningkat, frekuensi makan membaik

Manajemen Nutrisi

Observasi

1) Identifikasi status nutrisi

Rasional: Status nutrisi pasien menunjukkan berapa banyak asupan nutrisi yang dibutuhkan klien.

2) Identifikasi makanan yang disukai

Rasional: Makanan yang disukai klien dapat menarik kemampuan keinginan makan pasien.

3) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient

Rasional: Melihat kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan pasien.

4) Monitor asupan makanan

Rasional: Mengidentifikasi kekurangan dan kebutuhan makanan.

Terapeutik

5) Berikan makanan tinggi kalori tinggi protein

Rasional: memenuhi kebutuhan nutrisi yang meningkat, terutama pada kondisi seperti: peningkatan kebutuhan energy, peningkatan kebutuhan pritein, mencegah penurunan berat badan, meningkatkan selera makan.

6) Lakukan oral hygnie sebelum makan

Rasional: meningkatkan nafsu makan pada pasien

4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan Kriteria hasil: keluhan lelah menurun, sesak saat aktivitas menurun, sesak setelah aktivitas menurun.

Intervensi

Manajemen Energi:

Observasi

1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

Rasional: mengetahui penyebab kelelahan yang dialami, sehingga dapat diambil langkah-langkah yang tepat untuk mengatasi dan mengurangi gejala tersebut.

2) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Rasional: Mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait aktivitas yang akan dilakukan.

Edukasi

3) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

Rasional: Mempertahankan pernafasan lambat, sedang dan latihan yang diawasi memperbaiki kekuatan otot asesori dan fungsi pernafasan.

4) Anjurkan tirah baring

Rasional : agar tidak terjadi komplikasi lain

Terapeutik

5) Lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif

Rasional: Membantu meningkatkan rentang gerak klien dalam beraktivitas.

5. Gangguan pola tidur berhubungan dengan batuk berdahak dan sesak napas, pencahayaan dan suara bising

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan gangguan pola tidur menurun dengan Kriteria hasil: kesulitan tidur

menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan itirahat tidak cukup menurun

Intervensi

Dukungan Tidur

Observasi

1) Identifikasi pola aktivitas tidur

Rasional: mengetahui kebutuhan dan kemampuan individu, serta membantu dalam perencanaan asuhan keperawatan yang tepat.

2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan psikologis)

Rasional : dengan mengetahui factor-faktor apa saja yang menyebabkan gangguan tidur, maka kita dapat melakukan intervensi yang tepat untuk mengatasi masalah tersebut.

Terapeutik

3) Modifikasi lingkungan (miss: pencahayaan, kebisingan).

Rasional : untuk menciptakan lingkungan yang lebih mudah diprediksi, lebih menenangkan, dan lebih mudah di mengerti, sehingga individu dapat berfungsi dengan baik.

Edukasi

4) Jelaskan pentingnya tidur

Rasional : tidur yang cukup sangat penting untuk kesehatan dengan menjaga pola tidur yang baik agar dapat membangkitkan kreativitas, kemampuan, menata emosional dan mental stabil.

5) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

Rasional : membantu mengatur ritme sirkulasi tubuh, meningkatkan kualitas tidur, dan mengurangi risiko masalah tidur.

6. Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan diet

Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil : Frekuensi defekasi membaik, keluhan defekasi sulit menurun, peristaltik usus membaik

Intervensi :

Manajemen Eliminasi Fekal

Observasi

a) Monitor buang air besar

Rasional : memastikan buang air besar lancar dan tetap dalam batas normal sehingga mencegah komplikasi lebih lanjut

b) Monitor tanda gejala konstipasi

Rasional : mendeteksi secara dini adanya konstipasi dan mencegah komplikasi tambahan

Terapeutik

c) Berikan air hangat setelah makan

Rasional : pemberian air hangat dapat dilakukan dengan tujuan membantu merelaksasi otot saluran cerna dan merangsang pergerakan usus

d) Sediakan makan tinggi serat

Rasional : makanan tinggi serat mampu melunakkan feses dengan menahan air dalam feses sehingga menjadi lebih lunak dan mudah dikeluarkan

Edukasi

e) Anjurkan mengonsumsi makanan yang tinggi serat

Rasional : makanan tinggi serat mampu melunakkan feses sehingga mengonsumsi makanan tinggi serat disarankan pada penderita konstipasi

7. Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan Kriteria Hasil: pasien dapat memperlihatkan perilaku sehat (menutup mulut ketika batuk atau bersin), tidak ada muncul tanda-tanda infeksi lanjutan dan tidak ada anggota keluarga yang tertular.

Intervensi

Pencegahan infeksi

Observasi

1) Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik

Rasional : Tanda dan gejala infeksi membantu untuk mengetahui tindakan yang akan dilakukan.

Terapeutik

2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien

Rasional : penyebaran infeksi dapat terjadi ketika kontak langsung dengan pasien yang terkena tuberculosis paru, cuci tangan dapat mengurangi resiko infeksi.

Edukasi

3) Jelaskan tanda dan gejala penyebaran infeksi

Rasional : untuk mencegah penyebaran penyakit menular.

4) Ajarkan etika batuk

Rasional : mengetahui cara batuk yang baik dan benar agar mengurangi resiko terjadinya infeksi

5) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

Rasional : mencuci tangan dengan benar salah satu cara terbaik untuk mencegah terjadinya infeksi.

8. Risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan asites

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : asites menurun

Intervensi :

Pemantauan cairan

Tindakan

Observasi

1) Monitor tekanan darah

Rasional : membantu mengidentifikasi perubahan yang terjadi dan mencegah komplikasi

Terapeutik

- 2) Batasi asupan cairan dan garam

Rasional: menjaga keseimbangan cairan tubuh

Edukasi :

- 3) Ajarkan cara membatasi cairan

Rasional : untuk menjaga keseimbangan cairan dalam tubuh

d. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi pada Tn. L.W dilakukan selama 3 hari pada tanggal 26 Juni 2025- 28 Juni 2025. Implementasi dilakukan sesuai masing-masing diagnosa keperawatan:

- 1) Implementasi hari pertama, Kamis 26 Juni 2025

- a) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan, DS: pasien mengatakan batuk sesekali dan tidak mengeluarkan dahak sejak 2 hari yang lalu, DO: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tampak batuk sesekali dan tidak mengeluarkan dahak, bunyi napas ronchi. Jam 09.00 mengidentifikasi kemampuan batuk dari pasien: pasien tampak batuk sesekali dan tidak mengeluarkan lendir. Jam 09.02 memonitor adanya retensi sputum: tidak adanya dahak yang keluar. Jam 09.04 mengatur posisi semi fowler atau fowler dengan menaikkan bad tempat tidur pasien ke posisi setengah duduk dan mengatur posisi bantal di belakang punggung pasien. Jam 09.08 menganjurkan ke

pasien jika ada dahak dibuang ke tempat yang telah disediakan seperti di ember yang berisi air kosong. Jam 09.10 menjelaskan tujuan dan prosedur batuk kepada pasien untuk mengeluarkan lendir dari saluran pernapasan. Jam 09.12 mengajarkan pasien teknik batuk efektif: pasien mau mengikuti dengan meminta pasien menarik napas melalui hidung, tahan selama 3 detik kemudian hembuskan melalui mulut, lakukan selama 3 kali, dikali ketiga meminta pasien untuk batuk dengan kuat. Jam 09.15 wita menganjurkan pasien untuk minum air hangat bertujuan untuk mengencerkan dahak. Jam 10.00 memberikan nebu lasalcom

b) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan, DS: pasien mengatakan sesak napas sejak 1 minggu yang lalu, DO: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, terdapat penggunaan otot bantu napas dan tarikan dinding dada, getaran vokal fremitus disebelah kiri tidak teraba, perkusi redup pada lapang paru kiri, bunyi napas tambahan ronchi. RR: 26x/menit. Jam 09.02 memonitor pola napas dengan frekuensi napas 26x/menit. Jam 09.04 mengatur posisi semi fowler atau fowler dengan menaikkan bad tempat tidur pasien ke posisi setengah duduk dan mengatur posisi bantal di belakang punggung pasien. Jam 09.07 membantu memberikan dan memasakan oksigen NRM 12 lpm pada pasien. Jam 09.20 menganjurkan pasien untuk selalu minum air hangat untuk mengencerkan dahak

c) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dan keengganan untuk makan ditandai dengan, DS: Pasien mengatakan saat sakit makan 4-5 sendok makan dan porsi makan tidak dihabiskan karena pasien tidak ada nafsu makan dan sakit pada tenggorokan, DO: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, IMT: 18,8. Jam 09.20 mengidentifikasi status nutrisi seperti mengetahui keadaan nutrisi pasien apakah zat gizi terpenuhi atau tidak. Jam 09.22 mengidentifikasi makanan yang disukai, makanan yang disukai pasien yaitu bubur dan juga buah-buahan seperti apel. Jam 09.25 mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient dapat mencapai status gizi yang optimal pada pasien. Jam 09.32 menganjurkan kepada pasien untuk melakukan oral hygiene sebelum makan agar nafsu makan meningkat. Jam 12.00 memonitor asupan makanan, makanan yang disediakan 1 porsi tapi pasien hanya makan 4-5 sendok saja. Jam 12.05 memberikan edukasi kepada pasien untuk makan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein seperti daging tapi sesekali, kacang-kacangan, telur, buah-buahan, tahu dan tempe.

d) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan, DS: pasien mengatakan lemah dan lelah sehingga tidak dapat beraktivitas, DO: keadaan umum lemah, Aktivitas pasien tampak dibantu keluarga seperti makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah, kekuatan otot 4. Jam 09.35 mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan

kelemahan, pasien mengatakan dirinya lemah karena sesak napas. Jam 09.40 memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, pasien mengatakan ketika menggerakkan atau membalik badan kekiri atau kekanan pasien merasa tidak nyaman sehingga napas semakin sesak. Jam 10.00 melakukan latihan gerak pasif atau aktif dengan menyuruh pasien mengangkat tangan, menggerakkan kaki yang tujuannya agar mencegah kekakuan pada otot. 13.00 menganjurkan tirah baring agar tidak lemah.

- e) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan, DS: Pasien mengatakan kesulitan tidur karena sesak napas dan batuk sesekali., DO: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, terdapat kantung mata. Jam 09.30 mengidentifikasi pola aktivitas tidur, pasien mengatakan dirinya susah tidur karena sesak napas dan batuk sesekali, tidur hanya 10-15 menit kemudian terbangun karena sesak napas dan batuk sesekali. Jam 09.40 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, pasien mengatakan faktor pengganggu tidur yaitu sesak napas dan batuk sesekali. Jam 10.50 memodifikasi lingkungan, pasien mengatakan pada saat jam istirahat terkadang tidak bisa tidur karena suara bising dari anggota keluarga dan keluarga pasien lain yang berkunjung. Jam 11.25 menjelaskan pentingnya tidur yang dapat membantu meningkatkan sistem imun tubuh dan menjaga Kesehatan fisik dan mental. Jam 11.30 menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur untuk meningkatkan sistem imun dan menjaga kesehatan.

- f) Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan diet di tandai dengan DS: Saat sakit pasien mengatakan belum pernah BAB dari masuk awal rumah sakit sampai sekarang DO: bising usus 9x/menit. Pukul 09.30 Memonitor gejala konstipasi dengan hasil : frekuensi peristaltik usus 9x/menit. Pukul 12.50 Menyediakan makanan tinggi serat dengan hasil : pasien makan 4-5 sendok makan saja dan porsi makanan tidak dihabiskan. Pukul 13.00 Menganjurkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil : meminta kepada pasien agar beraktivitas seperti miring kiri kanan dan duduk di bed sambil dibantu keluarga. Pukul 13.30 : Memberikan air hangat setelah makan dengan hasil : diberikan air minum segelas atau 200 cc.
- g) Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan ditandai dengan, DS: pasien dan keluarga mengatakan tidak menggunakan masker saat di rumah sakit, DO: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tampak batuk sesekali dan tidak mengeluarkan dahak. Jam 10.31 memonitor tanda dan gejala infeksi, pasien tampak batuk sesekali dan keluarga tidak menggunakan masker ketika pasien sedang batuk. Jam 11.10 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien untuk menghindari penularan. Jam 11.40 menjelaskan tanda dan gejala penyebaran infeksi dengan menjelaskan kepada pasien dan keluarga jika tidak menggunakan masker saat di rumah sakit dan diluar rumah sakit itu dapat menyebabkan penularan ke orang lain.

Jam 11.55 mengajarkan etika batuk dengan cara mengajarkan kepada pasien 3 cara batuk dengan benar yaitu menutup mulut dan hidung dengan menggunakan siku, tisu dan masker dengan hasil pasien ikut dengan apa yang di ajarkan. Jam 13.00 mengajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar kepada pasien dan keluarga dengan cara 6 langkah.

h) Risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan asites di tandai dengan DS:-, DO: adanya pembesaran pada perut, tampak kuning pada area abdomen, SGOT/AST: 150,7 U/L, SGPT/AL6T: 61,4 U/L. Jam 11.55 memonitor tekanan darah dengan hasil TD: 95/63 mmHg, jam 10.55 mengajurkan membatasi asupan cairan dan garam, Jam 11.58 mengajarkan cara membatasi cairan dengan cara mengurangi minum air

2) Implementasi hari kedua, Jumad 27 Juni 2025

a) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan, DS: pasien mengatakan batuk sesekali dan tidak mengeluarkan dahak sejak 2 hari yang lalu, DO: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tampak batuk sesekali dan tidak mengeluarkan dahak, bunyi napas ronchi. Jam 08.10 mengidentifikasi kemampuan batuk, pasien tampak batuk sesekali dan mengeluarkan dahak berwarna kuning. Jam 08.12 memonitor adanya retensi sputum, adanya sputum berwarna kuning. Jam 08.15 wita mengatur posisi semi fowler atau fowler dengan menaikkan bad tempat tidur pasien ke posisi setengah duduk dan mengatur posisi

bantal di belakang punggung pasien. Jam 08.18 wita menganjurkan pasien untuk membuang dahak pada tempat yang telah disediakan seperti ember yang berisi air kosong. Jam 08.20 wita menjelaskan tujuan dan prosedur batuk kepada pasien untuk mengeluarkan lendir. Jam 08.22 wita mengajarkan pasien teknik batuk efektif dengan hasil pasien mau mengikuti dengan meminta pasien menarik napas melalui hidung, tahan selama 3 detik kemudian hembuskan melalui mulut, lakukan selama 3 kali, dikali ketiga meminta pasien untuk batuk dengan kuat bertujuan untuk membantu mengeluarkan dahak. Jam 08.25 wita menganjurkan minum air hangat untuk mengencerkan dahak. Jam 10.00 memberikan nebu lasalcom.

b) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan, DS: pasien mengatakan sesak napas sejak 1 minggu yang lalu, DO: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, terdapat penggunaan otot bantu napas dan tarikan dinding dada, getaran vokal fremitus disebelah kiri tidak teraba, perkusi redup pada lapang paru kiri, bunyi napas tambahan ronchi. RR: 26x/menit. Jam 08.11 memonitor pola napas dengan frekuensi napas 28x/menit. 08.13 memonitor bunyi napas tambahan dengan hasil bunyi napas tambahan ronchi. Jam 08.15 mengatur posisi semi fowler atau fowler dengan menaikkan bad tempat tidur pasien ke posisi setengah duduk dan mengatur posisi bantal di belakang punggung pasien. Jam 08.17 menganjurkan pasien untuk selalu minum air hangat untuk mengencerkan dahak .

c) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dan keengganan untuk makan ditandai dengan, DS: Pasien mengatakan saat sakit makan 4-5 sendok makan dan porsi makan tidak dihabiskan karena pasien tidak ada nafsu makan dan sakit pada tenggorokan, DO: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, IMT: 18,8. Jam 09.00 mengidentifikasi makanan yang disukai dengan hasil makanan yang disukai pasien yaitu bubur dan juga buah-buahan seperti apel. 08.19 menganjurkan kepada pasien untuk oral hygiene sebelum makan agar nafsu makan meningkat. Jam 12.00 memonitor asupan makanan dengan hasil makanan yang dimakan 4-5 sendok makan saja dari 1 porsi yang disediakan. Jam 12.10 memberikan edukasi kepada pasien untuk makan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein seperti daging tapi sesekali, kacang-kacangan, sayuran, telur, buah-buahan, tempe dan tahu.

d) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan, DS: pasien mengatakan lemah dan lelah sehingga tidak dapat beraktivitas, DO: keadaan umum lemah, Aktivitas pasien tampak dibantu keluarga seperti makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah, kekuatan otot 4. Jam 08.25 wita mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan dengan hasil pasien mengatakan dirinya lemah karena sesak napas. Jam 11.00 menganjurkan tirah baring kepada pasien

agar tidak mudah lelah. Jam 11.10 melakukan latihan gerak pasif atau aktif dengan hasil menyuruh pasien mengangkat tangan, menggerakkan kaki yang tujuannya agar mencegah terjadinya kekakuan otot dan pasien tampak melakukannya.

- e) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan, DS: Pasien mengatakan kesulitan tidur karena sesak napas dan batuk sesekali. DO: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, terdapat kantung mata, tampak mengantuk, TD: 95/63 mmHg. Jam 08.20 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, pasien mengatakan faktor pengganggu tidur yaitu sesak napas dan batuk sesekali. Jam 08.22 mengidentifikasi pola aktivitas tidur, pasien mengatakan dirinya susah tidur karena sesak napas dan batuk sesekali, tidur hanya 10-15 menit kemudian terbangun karena sesak napas dan batuk sesekali. Jam 08.25 menjelaskan pentingnya tidur yang dapat membantu meningkatkan sistem imun tubuh.
- f) Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan diet di tandai dengan DS: Saat sakit pasien mengatakan belum pernah BAB dari masuk awal rumah sakit sampai sekarang DO: bising usus 9x/menit. Pukul 09.00 Memonitor buang air besar dengan hasil : pasien mengatakan masih belum buang air besar. Pukul 09.30 Memonitor gejala konstipasi dengan hasil : frekuensi peristaltik usus 7x/menit. Pukul 12.50 Menyediakan makanan tinggi serat dengan hasil : pasien makan 4-5 sendok makan saja dan porsi makanan tidak

dihabiskan. Pukul 13.00 Menganjurkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil : meminta kepada pasien agar beraktivitas seperti miring kiri kanan dan duduk di bed sambil dibantu keluarga. Pukul 13.30 : Memberikan air hangat setelah makan dengan hasil : diberikan air minum segelas atau 200cc.

g) Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan ditandai dengan, DS: pasien dan keluarga mengatakan tidak menggunakan masker saat di rumah sakit, DO: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tampak batuk sesekali dan tidak mengeluarkan dahak, pasien saat batuk tampak tidak menutup mulut. Jam 10.25 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien untuk menghindari penularan. Jam 10.30 menjelaskan tanda dan gejala penyebaran infeksi dengan menjelaskan kepada pasien dan keluarga jika tidak menggunakan masker saat di rumah sakit dan diluar rumah sakit itu dapat menyebabkan penularan ke orang lain. Jam 10.40 mengajarkan etika batuk dengan cara mengajarkan kepada pasien 3 cara batuk dengan benar yaitu menutup mulut dan hidung menggunakan siku, tisu dan masker dengan hasil pasien ikut dengan apa yang di ajarkan. Jam 10.55 mengajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar kepada pasien dan keluarga dengan cara 6 langkah.

h) Risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan asites di tandai dengan DS:-, DO: adanya pembesaran pada perut, tampak kuning pada area abdomen SGOT/AST: 150,7 U/L, SGPT/ALT:

61,4 U/L. Jam 10.55 memeriksa tanda dan gejala hipervolemi dengan hasil adanya pembesaran pada perut, Jam 11.55 memonitor tekanan darah dengan hasil TD: 97/68 mmHg

3) Hari ke tiga Tindakan keperawatan yang dilakukan pada hari sabtu tanggal 28 Juni 2025, dibuat dalam bentuk catatan perkembangan dan dilaporkan pada bagian evaluasi

e. Evaluasi

a) Evaluasi hari Kamis tanggal 26 Juni 2025, jam 13.30 wita

1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan, **Data Subjektif:** pasien mengatakan batuk sesekali dan tidak mengeluarkan dahak sejak 2 hari yang lalu, **Data Objektif:** keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tampak batuk sesekali dan tidak mengeluarkan dahak, bunyi napas ronchi. **A :** masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi, **P:** intervensi dilanjutkan nomor 1,2,3,4,5,6,7

2) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan, **Data Subjektif:** pasien mengatakan sesak napas, **Data Objektif:** keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, terdapat penggunaan otot bantu napas dan tarikan dinding dada, getaran vokal fremitus disebelah kiri tidak teraba, perkusi redup pada lapang paru kiri, bunyi napas tambahan ronchi. RR: 26x/menit. **A:** masalah pola napas tidak efektif belum teratasi, **P:** intervensi dilanjutkan nomor 1,2,3,4.

- 3) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dan keengganan untuk makan ditandai dengan, **Data Subjektif:** Pasien mengatakan saat sakit makan 4-5 sendok makan dan porsi makan tidak dihabiskan karena pasien tidak ada nafsu makan dan sakit pada tenggorokan, **Data Objektif:** keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, IMT: 18,8, **A:** masalah defisit nutrisi belum teratasi, **P:** intervensi dilanjutkan nomor 2,4,5,6
- 4) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan, **Data Subjektif:** pasien mengatakan lemah dan lelah sehingga tidak dapat beraktivitas, **Data Objektif:** keadaan umum lemah, Aktivitas pasien tampak dibantu keluarga seperti makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah, kekuatan otot 4, **A:** masalah intoleransi aktivitas belum teratasi, **P:** intervensi dilanjutkan nomor 1,3,4
- 5) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan, **Data Subjektif:** Pasien mengatakan kesulitan tidur karena sesak napas dan batuk sesekali. **Data Objektif:** Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, terdapat kantung mata, **A:** masalah gangguan pola tidur belum teratasi, **P:** intervensi dilanjutkan nomor 1,2,3,4
- 6) Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan diet di tandai dengan **Data Subjektif:** Saat sakit pasien mengatakan belum pernah BAB dari masuk awal rumah sakit sampai sekarang **Data Objektif:**

bising usus 9x/menit, **A** : masalah konstipasi belum teratasi. **P** :
intervensi di lanjutkan nomor 1,2,3,4,5

- 7) Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan ditandai dengan, **Data Subjektif**: pasien dan keluarga mengatakan tidak menggunakan masker saat di rumah sakit, **Data Objektif**: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tampak batuk sesekali dan tidak mengeluarkan dahak, **A**: masalah resiko penyebaran infeksi Sebagian teratasi, **P**: intervensi dilanjutkan nomor 2,3,4,5
 - 8) Risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan asites di tandai dengan **Data Subjektif**:-, **Data Objektif**: adanya pembesaran pada perut, tampak kuning pada area abdomen, SGOT/AST: 150,7 U/L, SGPT/ALT: 61,4 U/L, **A**: masalah risiko ketidakseimbangan cairan belum teratasi, **I**: intervensi dilanjutkan nomor 1,2,3,4
- b) Evaluasi hari Jumad tanggal 27 Juni 2025, jam 13.30 wita
- a) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan, **Data Subjektif**: pasien mengatakan batuk sesekali dan mengeluarkan dahak berwarna kuning, **Data Objektif**: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tampak batuk sesekali dan mengeluarkan dahak berwarna kuning, bunyi napas ronchi. **A**: masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi, **P**: intervensi dilanjutkan nomor 1,2,3,4,5,6,7
 - b) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan, **Data Subjektif**: pasien mengatakan sesak napas,

Data Objektif: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, terdapat penggunaan otot bantu napas dan tarikan dinding dada, getaran vokal fremitus disebelah kiri tidak teraba, perkusi redup pada lapang paru kiri, bunyi napas tambahan ronchi. RR: 28x/menit, **A:** masalah pola napas tidak efektif belum teratasi, **P:** intervensi dilanjutkan nomor 1,2,3,5

c) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan, **Data Subjektif:** pasien mengatakan makan 4-5 sendok makan dan porsi makan tidak dihabiskan, **Data Objektif:** keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, IMT: 18,8, **A:** masalah defisit nutrisi sebagian belum teratasi, **P:** intervensi dilanjutkan nomor 2,4,5,6

d) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan, **Data Subjektif:** pasien mengatakan lemah dan lelah sehingga tidak dapat beraktivitas, **Data Objektif:** keadaan umum lemah, aktivitas pasien tampak dibantu keluarga seperti makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah, kekuatan otot 4, **A:** masalah intoleransi aktivitas belum teratasi, **P:** intervensi dilanjutkan nomor 1,3,4

e) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan, **Data Subjektif:** pasien mengatakan kesulitan tidur karena sesak napas dan batuk sesekali. **Data Objektif:** keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tampak batuk sesekali dan

- tidak mengeluarkan dahak, terdapat kantung mata. **A:** masalah gangguan pola tidur belum teratasi, **P:** intervensi dilanjutkan no 2,3,4
- f) Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan diet di tandai dengan **Data Subjektif:** Saat sakit pasien mengatakan belum pernah BAB dari masuk awal rumah sakit sampai sekarang **Data Objektif:** bising usus 7x/menit, **A :** masalah konstipasi belum teratasi. **P :** Intervensi dilanjutkan nomor 3, 5
- g) Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan ditandai dengan, **Data Subjektif:** pasien dan keluarga mengatakan tidak menggunakan masker saat di rumah sakit, **Data Objektif:** keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tampak batuk sesekali dan tidak mengeluarkan dahak
- 9) Risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan asites di tandai dengan **Data Subjektif:-**, **Data Objektif:** adanya pembesaran pada perut, tampak kuning pada area abdomen, SGOT/AST: 150,7 U/L, SGPT/ALT: 61,4 U/L, **A:** masalah risiko ketidakseimbangan cairan belum teratasi, **I:** intervensi dilanjutkan nomor 1,2
- c) Catatan perkembangan dilakukan pada tanggal 28 Juni 2025

1. Diagnosa 1

Jam 10.30, **Data Subjektif:** pasien mengatakan batuk sesekali dan mengeluarkan dahak berwarna kuning, **Data Objektif:** keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tampak batuk sesekali dan mengeluarkan dahak berwarna kuning, bunyi napas ronchi, **A:**

masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi, **P:** intervensi dilanjutkan nomor 1,2,3,4,5,6,7, **I:** Jam 11.50 mengidentifikasi kemampuan batuk, pasien tampak batuk sesekali dan mengeluarkan dahak berwarna kuning, mengatur posisi semi fowler atau fowler dengan menaikkan bad tempat tidur pasien ke posisi setengah duduk dan mengatur posisi bantal di belakang punggung pasien, menganjurkan pasien untuk membuang dahak pada tempat yang telah disediakan seperti ember yang berisi air kosong, mengajarkan pasien teknik batuk efektif dengan hasil pasien mau mengikuti dengan meminta pasien menarik napas melalui hidung, tahan selama 3 detik kemudian hembuskan melalui mulut, lakukan selama 3 kali, dikali ketiga meminta pasien untuk batuk dengan kuat bertujuan untuk membantu mengeluarkan dahak, menganjurkan minum air hangat untuk mengencerkan dahak, memberikan nebu lasalcom, **E:** jam 13.30 Pasien mengatakan batuk sesekali mengeluarkan dahak berwarna kuning, keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi, intervensi dipertahankan.

2. Diagnosa 2

Jam 10.00 **Data Subjektif:** pasien mengatakan sesak napas, **Data Objektif:** keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, terdapat penggunaan otot bantu napas dan tarikan dinding dada, getaran vokal fremitus disebelah kiri tidak teraba, perkusi redup pada lapang paru kiri, bunyi napas tambahan ronchi. RR: 28x/menit, **A:** masalah pola

napas tidak efektif belum teratasi, **P**: intervensi dilanjutkan nomor 1,2,3,5, **I**: **I**: Jam 11.30 memonitor pola napas dengan frekuensi napas 30x/menit, memonitor bunyi napas tambahan yaitu bunyi napas tambahan ronchi, menganjurkan pasien untuk selalu minum air hangat untuk mengencerkan dahak, **E**: 13.30 keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, terdapat penggunaan otot bantu napas dan tarikan dinding dada, getaran vokal fremitus disebelah kiri tidak teraba, perkusi redup pada lapang paru kiri, bunyi napas tambahan ronchi. RR: 30x/menit, masalah pola napas tidak efektif belum teratasi, intervensi dipertahankan.

3. Diagnosa 3

Jam 10.00, **Data Subjektif**: pasien mengatakan makan bubur saring yang disediakan di rumah sakit dan dihabiskan, **Data Objektif**: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, IMT: 18,8, **A**: masalah defisit nutrisi Sebagian teratasi, **P**: intervensi dilanjutkan nomor 2,4,5,6, **I**: Jam 12.30 memonitor asupan makanan dengan hasil makanan menghabiskan makanan yang disediakan, memberikan edukasi kepada pasien untuk makan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein seperti daging tapi sesekali, kacang-kacangan, sayuran, telur, buah-buahan, tempe dan tahu, **E**: jam 13.30 keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, IMT: 18,8, masalah defisit nutrisi sebagian belum teratasi, intervensi dipertahankan.

4. Diagnosa 4

Jam 10.00, Data Subjektif : pasien mengatakan lemah dan lelah sehingga tidak dapat beraktivitas, **Data Objektif:** keadaan umum lemah, aktivitas pasien tampak dibantu keluarga seperti makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah, kekuatan otot 4, **A:** masalah intoleransi aktivitas belum teratasi, **P:** intervensi dilanjutkan nomor 1,3,4, **I:** Jam 13.00 mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan dengan hasil pasien mengatakan dirinya lemah karena sesak napas, menganjurkan tirah baring kepada pasien agar tidak mudah lelah, **E:** jam 13.30 pasien mengatakan masih lemah, kekuatan otot 4, masalah intoleransi aktivitas belum teratasi, intervensi di pertahankan.

5. Diagnosa 5

Jam 10.00, **Data Subjektif:** Pasien mengatakan kesulitan tidur karena sesak napas dan batuk sesekali, **Data Objektif:** keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tampak batuk sesekali dan tidak mengeluarkan dahak, terdapat kantung mata **A:** masalah gangguan pola tidur belum teratasi, **P:** intervensi dilanjutkan no 2,3,4, **I:** Jam 11.20 mengidentifikasi pola aktivitas tidur, pasien mengatakan dirinya susah tidur karena sesak napas dan batuk sesekali, menjelaskan pentingnya tidur yang dapat membantu meningkatkan sistem imun tubuh dan menjaga kesehatan fisik dan mental, **E** jam 13.30: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, terdapat kantung mata, masalah gangguan pola tidur belum teratasi, intervensi dipertahankan

6. Diagnosa 6

Jam 10.00, **Data Subjektif:** pasien mengatakan masih belum bisa buang air besar. **Data Objektif :** frekuensi peristaltik usus 7x/menit.

A : masalah konstipasi belum teratasi. **P :** Lanjutkan intervensi. **I :**

Jam 10.45 Mengajarkan mengonsumsi makanan yang tinggi serat dengan hasil menjelaskan mengenai makanan yang mengandung serat tinggi seperti sayuran dan buah-buahan. **E :** Pukul 13.30 pasien mengatakan masih belum bisa buang air besar, frekuensi peristaltik usus 7x/menit, masalah konstipasi belum teratasi, Intervensi dipertahankan.

7. Diagnosa 7

Jam 10.00, **Data Subjektif:** pasien mengatakan paham dan akan melakukan setelah mendapatkan penjelasan dari kemarin, **Data Objektif:** keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, pasien tampak sudah paham dengan apa yang dijelaskan, **A:** Masalah resiko penyebaran infeksi sebagian teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan, **I:**

Jam 11.00 mengajarkan etika batuk dengan cara mengajarkan kepada pasien 3 cara batuk dengan benar yaitu menggunakan siku, tisu dan masker dengan hasil pasien ikut dengan apa yang diajarkan, mengajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar kepada pasien dan keluarga dengan cara 6 langkah, **E:** jam 13.30, keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, pasien nampak sudah

paham dengan apa yang dijelaskan, dan sudah melakukannya, masalah resiko penyebaran infeksi teratasi, intervensi dihentikan.

8. Diagnosa 8

Jam 10.00, **Data Subjektif**:-, **Data Objektif**: adanya pembesaran pada perut, tampak kuning pada area abdomen. **A**: masalah risiko ketidakseimbangan cairan belum teratasi, **P**: intervensi dilanjutkan nomor 1,2, **I**: Jam 10.55 memeriksa tanda dan gejala hipervolemi dengan hasil adanya pembesaran pada perut, Jam 11.55 memonitor tekanan darah dengan hasil TD: 102/87 mmHg, **E**: jam 13.30 adanya pembesaran pada perut, tampak kuning pada area abdomen, masalah risiko ketidakseimbangan cairan belum teratasi intervensi dipertahankan.

B. Pembahasan

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Tuberculosis Paru dengan menerapkan proses keperawatan yaitu pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi. Pembahasan akan membahas kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada Tn. L.W di ruangan Perawatan Khusus (RPK) RSUD Ende.

1. Pengkajian

Berdasarkan Hasil pengkajian pada studi kasus Tn. L. W. ditemukan pasien mengatakan sesak napas sejak 1 minggu yang disertai lemah, batuk sesekali dan tidak mengeluarkan dahak sejak 2 hari yang lalu, tidak ada nafsu makan, aktivitas pasien dibantu keluarga seperti makan dan minum, toileting,

berpakaian dan berpindah, bunyi napas ronchi, adanya penggunaan otot bantu napas, adanya tarikan dinding dada, belum BAB dari awal masuk rumah sakit

Menurut Guanabara et al., 2020 & Mar'iyah Khusnul., Zulkarnain, 2021 tanda gejala pasien dengan TB Paru adalah batuk ≥ 2 minggu, batuk berdahak, batuk berdahak dapat bercampur darah, nyeri dada, sesak napas, malaise atau mudah lelah, demam, berat badan menurun, nafsu makan tidak ada atau berkurang, berkeringat malam hari walaupun tanpa aktifitas fisik.

Dari data di atas menunjukkan adanya kesenjangan yaitu data yang ada pada teori sebagian tidak ada pada kasus nyata Tn L.W. seperti batuk berdarah, demam (suhu tubuh meningkat), keringat di malam hari.

Menurut Rosfadilla & Rahmah (2025) pada batuk darah atau hemoptisis, darah biasanya berasal dari sirkulasi bronkial. Infeksi TB menyebabkan peradangan serta pembengkakan lapisan pembuluh darah bronkial maupun pulmonal yang dapat merusak dan menyebabkan pecahnya pembuluh darah tersebut. Sehingga saat batuk dapat disertai pengeluaran darah. Selain itu, batuk darah pada TB juga dapat disebabkan oleh pecahnya aneurisme Rasmussen (pembuluh darah bronchial yang melebar pada dinding kavitas TB), namun ini lebih jarang terjadi. Batuk berdarah tidak muncul pada kasus Tn. L. W tersebut karena Tn. L. W belum terinfeksi Mycobaterium Tuberculosis dan belum berkembang dan menyerang jaringan paru-paru. Sedangkan pada pasien Tn. L.W tidak ditemukan batuk darah dikarenakan tidak semua pasien TB Paru mengalami batuk berdarah karena gejala ini biasanya terjadi ketika infeksi TB sudah berkembang dan menyerang jaringan

paru-paru termasuk pembuluh darah, sehingga menyebabkan pembuluh darah pecah.

Pada kasus Tn. L.W. tidak ditemukan pasien mengalami demam yang hilang timbul. Demam hilang timbul pada pasien TB Paru dikarenakan sistem imun tubuh berusaha melawan infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, yang menyebabkan reaksi inflamasi dan peningkatan suhu tubuh. Pada pasien Tn. L.W tidak ditemukan demam hilang timbul. Beberapa alasan mengapa demam tidak ditemukan pada pasien TBC paru karena TBC Laten. Pada kasus TBC laten, bakteri TBC ada di dalam tubuh tetapi tidak aktif dan tidak menimbulkan gejala, termasuk demam. Tahap infeksi demam lebih sering terlihat pada tahap awal infeksi TBC aktif, tetapi dapat hilang seiring dengan perkembangan penyakit kondisi pasien.

Pada kasus Tn. L. W ditemukan masalah keperawatan risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan penyakit asites dan pada pemeriksaan fisik bagian abdomen tampak kuning dan adanya pembesaran pada perut dan terdapat juga hasil laboratorium (SGOT/AST: 150,7) dan (SGPT/ALT 61,4) sedangkan pada teori tidak munculnya masalah risiko ketidakseimbangan cairan. Masalah keperawatan risiko ketidakseimbangan cairan terjadi karena adanya komplikasi dari pasien Tn. L. W.

Rekomendasi yang dilakukan pada Tn. L. W terkait batuk yang dialami Tn. L. W. yaitu mengonsumsi obat sesuai anjuran dokter, terapkan konsumsi air hangat, terapkan batuk efektif dan 3 cara etika batuk, menggunakan masker, dan membuang dahak pada tempat yang berisi cairan clorin. Terkait tidak ada nafsu makan yang dialami Tn. L. W. yaitu makan teratur dengan

porsi kecil dan seimbang, makan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein, istirahat yang cukup. Terkait pembesaran pada perut dan tampak kuning yaitu menganjurkan kepada Tn. L. W dengan makan makanan yang sehat dan bergizi seimbang, serta kurangi konsumsi garam dan makanan berlemak. Terkait hasil pemeriksaan laboratorium yaitu mengonsumsi obat sesuai anjuran dokter.

2. Diagnosa

Menurut Kusnul Mar' Zulkarnain, 2020 diagnosa pada pasien dengan Tuberculosis Paru ada 7 diagnosa keperawatan yaitu: bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, defisit nutrisi, intoleransi aktivitas, hipertermia, resiko penyebaran infeksi.

Sedangkan diagnosa yang diangkat pada kasus Tn. L.W meliputi: bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, defisit nutrisi, intoleransi aktivitas, gangguan pola tidur, konstipasi, resiko penyebaran infeksi dan risiko ketidakseimbangan cairan.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan dimana pada teori terdapat 7 diagnosa sedangkan pada kasus Tn L. W terdapat 8 diagnosa keperawatan. Pada teori, penderita tuberkulosis paru dapat mengalami masalah gangguan pertukaran gas namun pada kasus Tn. L. W tidak ditemukan tanda gejala gangguan pertukaran gas seperti pernapasan cuping hidung dan tidak di jalankannya pemeriksaan laboratorium analisa gas darah. Pada teori juga didapatkan masalah hipertermi namun pada kasus tidak ditemukan karena pasien tidak mengalami peningkatan suhu tubuh dan demam hilang timbul.

Terdapat diagnosa yang tidak ada dalam teori namun ditemukan di kasus yaitu gangguan pola tidur. Gangguan pola tidur merupakan penurunan jumlah, kualitas, dan waktu tidur seseorang yang tidak memadai untuk istirahat. Diagnosa keperawatan ini ditemukan pada pasien karena pasien sesak napas dan batuk sesekali sehingga mengalami kesulitan tidur.

Selain gangguan pola tidur, masalah konstipasi dan risiko ketidakseimbangan cairan juga tidak ada dalam teori namun ditemukan dalam kasus nyata. Konstipasi merupakan penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak. Masalah konstipasi ditemukan karena pasien belum BAB dari masuk awal rumah sakit.

Masalah keperawatan risiko ketidakseimbangan cairan merupakan penurunan, peningkatan, atau percepatan perpindahan cairan dari intravaskuler, interstitial, atau intraseluler. Kasus Tn. L. W ditemukan masalah risiko ketidakseimbangan cairan karena masalah tersebut berhubungan dengan asites sehingga terdapat pemeriksaan laboratorium yaitu SGOT/AST: 150,7 U/L, SGPT/ALT: 61,4 U/L yang hasilnya positif.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien, intervensi keperawatan pada Tn. L.W. disusun berdasarkan menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia tahun 2018 dan dibandingkan dengan masalah keperawatan pada kasus. Semua intervensi baik pada tinjauan teoritis maupun tinjauan kasus dilakukan semua. Pada salah satu

diagnosa keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif terdapat satu rencana keperawatan yang diberikan yaitu kolaborasi pemberian nebu lasalcom.

4. Implementasi Keperawatan

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

Implementasi yang dilakukan pada pasien Tn. L.W dilakukan selama 3 hari sejak tanggal 26-28 Juni 2025. Pada masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif meliputi: mengidentifikasi kemampuan batuk, memonitor adanya retensi sputum. Pada masalah keperawatan pola napas tidak efektif implementasi yang dilakukan meliputi: memonitor pola napas dengan frekuensi napas $30 \times /m$, memonitor bunyi napas tambahan ronchi, menganjurkan untuk minum air hangat untuk mengencerkan dahak. Pada masalah keperawatan defisit nutrisi implementasi yang dilakukan meliputi memonitor asupan makanan, memberikan edukasi untuk makan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, menganjurkan oral hygiene sebelum makan. Pada masalah keperawatan intoleransi aktivitas implementasi yang dilakukan meliputi: melakukan latihan gerak pasif atau aktif, menganjurkan tirah baring. Pada masalah keperawatan gangguan pola tidur implementasi yang dilakukan meliputi : mengidentifikasi pola aktivitas tidur, menjelaskan pentingnya tidur untuk membantu meningkatkan sistem imun tubuh. Pada masalah

keperawatan konstipasi implementasi yang dilakukan memberikan minum air hangat setelah makan dan menganjurkan untuk makan makanan berserat. Pada masalah keperawatan risiko penyebaran infeksi implementasi yang dilakukan meliputi mengajarkan etika batuk, mengajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar.

5. Evaluasi

Evaluasi tindakan keperawatan yang diberikan pada Tn. L. W dengan diagnosa medis Tuberculosis Paru dilakukan berdasarkan tujuan yang ditetapkan pada Tn. L.W.

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi dimana pasien mengatakan masih batuk sesekali dan mengeluarkan dahak berwarna kuning, terdengar bunyi napas tambahan ronchi. Pola napas tidak efektif belum teratasi dimana pasien mengatakan masih sesak napas dengan frekuensi napas yang di hitung $30 \times /m$. Defisit nutrisi sudah teratasi dengan hasil evaluasi: pasien mengatakan makan bubur yang disediakan dan di habiskan. Intoleransi aktivitas belum teratasi dengan hasil: pasien mengatakan masih merasa lemah karena sesak napas dan belum bisa melakukan aktivitas. Gangguan pola tidur belum teratasi dengan hasil: pasien mengatakan tidak bisa tidur karena sesak napas dan batuk sesekali. Konstipasi belum teratasi dengan hasil: pasien mengatakan masih belum BAB. Resiko penyebaran infeksi teratasi dengan hasil: pasien mengatakan sudah paham

dengan apa yang dijelaskan dan diajarkan, dan mau menerapkan dan melakukannya. Risiko ketidakseimbangan belum teratasi dengan hasil adanya pembesaran pada perut dan tampak kuning pada area perut.