

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran umum lokasi studi kasus

Studi kasus dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Ende (RSUD Ende), yang merupakan Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Ende yang berada di Jalan Samratulangi. RSUD Ende terdiri dari beberapa Ruangan, salah satunya adalah Ruang Perawatan Khusus (RPK). Ruang perawatan Khusus (RPK) merupakan Ruang Isolasi yang merawat pasien berpenyakit menular yang dimana penularannya melalui udara. Ruang perawatan khusus (RPK) terdiri dari 1 ruangan dengan 4 kelas, kapasitas 11 bed yang terdiri dari Kelas Flamboyan A jumlah 3 bed, Kelas Flamboyan B jumlah 3 bed, Kelas Flamboyan C jumlah 2 bed dan Kelas Flamboyan D jumlah 3 bed. Tenaga Perawat Ruang Perawatan Khusus (RPK) sebanyak 12 orang yang terdiri dari Diploma III berjumlah 11 orang dan Strata 1 (S1) Keperawatan Ners berjumlah 1 orang dengan struktur organisasi tertinggi adalah Kepala Ruangan.

2. Pengkajian

Pada tanggal 18 Juni 2025

a. Pengumpulan Data

1. Identitas Klien

Klien berinisial Ny. M.T usia 56 Tahun, klien beragama Katolik status klien sudah menikah, pendidikan terakhir klien SD,

pekerjaan petani. Klien tinggal di Aekuru Nuabosi, klien masuk rumah sakit pada tanggal 17 Juni 2025 dengan Diagnosa medis TBC, Nomor RM 149272. Penanggung jawab Klien Tn. E.M usia 63 tahun, yang merupakan suami Klien.

2. Status Kesehatan

a) Status kesehatan saat ini

1. Keluhan Utama

Klien mengatakan batuk, batuk berdarah, sulit mengeluarkan dahak, sesak napas, demam dan menggigil pada malam hari, selera makan menurun, berat badan menurun, cepat lelah, nyeri dada dan pusing.

2. Riwayat keluhan Utama

Klien mengatakan batuk, batuk berdarah, sulit mengeluarkan dahak, sesak napas, demam dan menggigil pada malam hari, selera makan menurun, berat badan menurun, cepat lelah, nyeri dada dan pusing selama kurang lebih 4 bulan.

3. Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini.

Klien mengatakan batuk, batuk berdarah, sulit mengeluarkan dahak, sesak napas, demam dan menggigil pada malam hari, selera makan menurun, berat badan menurun, cepat lelah, nyeri dada dan pusing selama

kurang lebih 4 bulandan belum sembuh dengan obat-obatan medis maupun tradisional. Karena cemas keluarga klien kemudian membawah klien Ke IGD RSUD Ende pada hari Selasa 17 Juni 2025. Di IGD klien diperiksa dan di cekBTAkarena dicurigai terkena penyakit TBC sesuai dengan keluhan yang di katakan oleh klien dan hasilnya (+), Klien dianjurkan oleh dokter untuk Rawat Inap dan dirawat di Ruang Perawatan Khusus (RPK).

4. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya.

Klien mengatakan selama sakit di rumah klien membeli obat-obatan di Apotek dan mengonsumsi obat kampung seperti minum air jahe kemudian jeruk nipiscampur kecap.

b) Status kesehatan masa lalu

1. Penyakit yang pernah dialami

Klien mengatakan sebelumnya klien pernah mengalami penyakit yang sama tetapi pasien putus obat. Pasien baru mengonsumsi obat OAT 2 bulan karena pasien merasa sudah sembuh. Obat yang diberikan yaitu kombinasi dari 4 macam obat yaitu isoniazid, rifampisin, pirazinamida, dan etambutol.

2. Pernah dirawat

Klien mengatakan pernah dirawat di RSUD Ende dengan penyakit yang sama pada tahun lalu bulan April.

3. Alergi

Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi baik obat, makanan, maupun debu.

4. Kebiasaan (merokok, kopi, alcohol dll)

Klien mengatakan tidak memiliki kebiasaan minum kopi, begadang, merokok, maupun minum alcohol. Hanya makan sirih pinang. Klien mengatakan yang mempunyai kebiasaan tersebut suami dan anak klien.

c) Riwayat penyakit keluarga

Klien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami penyakit TBC. Hanya hipertensi dan Asam urat.

d) Diagnosa medis yang pernah didapat sebelumnya

Klien mengatakan diagnosa yang pernah di dapat sebelumnya TBC dan terapi yang didapat sebelumnya OAT dan putus obat sudah kurang lebih 4 bulan.

3. Pola kebutuhan dasar

a. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien mengatakan bahwa kesehatan sangat penting, tetapi ketika sakit klien lebih menggunakan obat tradisional dan hanya sesekali memeriksa ke puskesmas.

b. Pola Nutrisi-Metabolik

Sebelum sakit klien mengatakan klien makan 3x sehari dengan porsi makan 1 piring dihabiskan, jenis makanan yang dikonsumsi klien adalah nasi, sayur, ubi, dan ikan tetapi sekali-sekali dikarenakan faktor ekonomi klien, klien tidak memiliki pantangan apapun dalam mengonsumsi makanan dan klien biasa minum kurang lebih 8 gelas belimbing setara dengan 2000 cc air. Namun saat sakit klien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi makan tidak dihabiskan karena klien tidak memiliki selera untuk makan, jenis makanan yang dikonsumsi klien adalah bubur yang disediakan oleh rumah sakit (nasi, ikan, sayur, telur, bubur) keluhan saat makan mual dan muntah, anoreksia dan malaise dan biasanya klien minum air hangat kurang lebih 6 gelas belimbing setara dengan 1500 cc sehari.

c. Pola Eliminasi

Klien mengatakan sebelum sakit klien biasa BAB kurang lebih 0-2x sehari dengan konsistensi lunak, berwarna coklat, bau khas feces, klien biasa BAK kurang lebih 2-3x sehari, berwarna kuning, aroma khas urin. Saat sakit klien mengatakan BAB 1x tadi sore konsistensi lunak, warna kuning, bau khas feces dan tidak ada keluhan selama BAB,

klien BAK 2-4x sehari, berwarna kuning, aroma khas urin dan tidak ada keluhan selama BAK.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Klien mengatakan untuk makan dan minum klien dapat melakukannya sendiri, untuk mandi, berpakaian dan berpindah ke tempat lain klien dibantu oleh suami dan anaknya, sedangkan untuk toileting klien menggunakan diapers. Klien mengatakan sebelum sakit ia biasa pergi ke kebun atau berjalan – jalan ke tetangga sekitar, sedangkan saat sakit ia hanya bisa berbaring dan duduk saja karena kondisinya yang lemah dan cepat lelah.

e. Pola kognitif dan persepsi

Pasien masih bisa merespon dengan baik ketika diajak bicara, saat ditanya tentang beberapa hal seperti Tanggal lahirnya pasien masih mengingat dengan baik, penglihatan pasien masih jelas.

f. Pola persepsi-konsep diri

Gambaran Diri : Pasien mengatakan menerima kondisinya saat ini

Harga diri : Pasien mengatakan dirinya berharga bagidirinya sendiri, keluarga, maupun orang sekitar

Ideal diri : Pasien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama keluarga serta melakukan kembali aktivitas sehari-hari.

Peran diri : Pasien mengatakan klien berperan sebagai ibu Rumah Tangga.

Identitas diri : Pasien mengatakan klien adalah seorang wanita berumur 56 tahun dan merupakan seorang istri dan ibu.

g. Pola Tidur dan Istirahat

Sebelum sakit : Pasien mengatakan jarang untuk tidur siang karena harus bekerja ke kebun dan di malam hari pasien tidur kurang lebih 8 jam dari pukul 21.00 - 05.00 WITA. Namun

Saat Sakit : Pasien mengatakan sulit tidur, sering terbangun karena batuk, demam dan sesak napas. Pasien tidur kurang lebih 6 jam dari pukul 02.00-08.00 WITA.

h. Pola peran dan hubungan

Pasien mengatakan selama dirawat, hubungan pasien dengan petugas kesehatan baik, sebelum sakit pasien merupakan seorang ibu rumah tangga dan sangat aktif untuk bersosialisasi dengan masyarakat sekitar.

i. Pola Toleransi stress-koping

Pasien mengatakan untuk mengatasi stress- nya pasien biasa membaca buku doa rohani.

j. Pola nilai-kepercayaan

Pasien mengatakan klien beragama katolik, sering pergi ibadah ke gereja dan selalu berdoa.

4. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum : Lemah, pucat, tampak sesak napas, meringis tingkat kesadaran : Composmentis, GCS : 15 (E: 4, V:5, M:6). Tanda – tanda Vital, Nadi : 131x/m, suhu : 36,6 °C, pernapasan : 28x/m, tekanan Darah : 131/72 mmHg, SPO² : 95%, CRT > dari 3 detik. Berat Badan saat ini : 40,3 Kg, berat badan sebelum sakit : 54 Kg, tinggi Badan : 159 cm, IMT : 15.94 kg/m²

2. Keadaan Fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

Kepala : kulit kepala tampak bersih, tidak ada edema, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan. Wajah : Wajah pasien tampak pucat, area bawah mata terlihat lingkaran hitam (mata panda), Mata : Konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, reflex cahaya (+), pupil isokor. Hidung : Tidak ada pernapasan cuping hidung, terpasang O² 3 Lpm, posisi septum nasal simetris. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid. Thorax, Inspeksi : Dada tampak simetris, frekuensi napas 28x/m, irama napas tidak teratur, Palpasi :Vokal fremitus teraba di seluruh lapang paru, Pengembangan sama di paru kanan dan paru kiri. Perkusi :

Terdapat bunyi padat (pekak). Auskultasi : Terdapat bunyi napas ronchi (+) dan mengi (+). Abdomen Inspeksi : Tidak terlihat adanya benjolan. Auskultasi : Peristaltik usus 9x/ m. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba adanya massa, tidak ada pembesaran hepar dan lien. Perkusi : Terdapat bunyi tympani. Ekstremitas Atas : Tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, terpasang infus Nacl 20 tpm di tangan kiri, CRT> dari3 detik, Akral teraba dingin. Bawah : tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, tonus otot : nilai kekuatan otot 3 (50%)
 keterangan : Dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan berat (gravitasi). Intagumen: inspeksi: warna kulit sawo matang, pucat, ada bekas luka-luka kecil, palpasi: tidak ada nyeri tekan, teraba dingin

5. Pemeriksaan diagnostik

- a) Pemeriksaan darah lengkap

Tabel4.1 Hasil pemeriksaan Laboratorium

Tanggal pemeriksaan: 17 Juni 2025

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Normal
WBC	9.10	[10 ³ /uL	(3.60-11.00)
LYMPH#	0.82-	[10 ³ /uL]	(1.00-3.70)
MONO#	1.26 +	[10 ³ /uL]	(0.00-0.70)
Eo#	0.04	[10 ³ /uL]	(0.00-0.40)
BASO#	0.03	[10 ³ /uL]	(0.00-0.10)
NEUT#	6.95	[10 ³ /uL]	(1.50-7.00)
LYMPH%	9.0-	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	13.8 +	[%]	(2.0-8.0)
EO%	0.4 -	[%]	(2.0-4.0)
BASO%	0.3	[%]	(00-1.0)
NEUT%	76.5 +	[%]	(50.0-70.0)

IG#	0.02	[10 ³ /uL]	(0.00-7.00)
IG%	0.2	[%]	(0.0-72.0)
RBC	2.59 *	[10 ⁶ /uL]	(3.80-5.20)
HGB	3.3 -	(g/dL)	(11.7-15.5)
HCT	13.0 *	[%]	(35.0-47.0)
MCV	50.2 *	[fL]	(80.0-100.0)
MCH	12.7 *	[pg]	(26.0-34.0)
MCHC	25.4 *	[g/dL]	(32.0-36.0)
RDW-SD	----	[fL]	(37.0-54.0)
	24.9 *	[%]	(11.5-14.5)
PLT	547 +	[10 ³ /uL]	(150-440)
MPV	9.1 *	[fL]	(9.0-13.0)
PCT	0.52 *	[%]	(0.17-0.35)
PDW	12.5 *	[fL]	(9.0-17.0)
P-LCR	19.3 *	[%]	(13.0-43.0)

b) Pemeriksaan Foto Thorax: kesan TBC

c) Pemeriksaan Sputum

Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Sputum Analyte Result

Analyte Name	Ct	EndPt	Analyte Result	Probe Check Result
SPC	33.6	132	NA	PASS
IS1081 - IS6110	16.8	567	NA	PASS
rpoB1	19.8	481	POS	PASS
rpoB2	19.6	327	POS	PASS
rpoB3	21.1	221	POS	PASS
rpoB4	146	146	POS	PASS
BTA Positif				

d) Penatalaksanaan/ pengobatan

a) Ceftriaxon: untuk mengobati infeksi yang disebabkan oleh organisme dosis 2x1 gr sehari

- b) Omeprazole: mengobati nyeri ulu hati, tukak lambung, penyakit refluks, atau kondisi lain yang menyebabkan asam lambung berlebih dosis 2x40 mg sehari.
- c) Nebu Lasacom: merupakan obat Asma yang mengandung ipratropium dan salbutamol sulphate dosis 3x1 sehari
- d) Asitromisin: antibiotik yang sering digunakan untuk mengobati infeksi dosis 1x500 gr sehari peroral
- e) Nebu NaCl 0,3%: membantu kesehatan pernapasan dengan membantu mengencerkan dan mengeluarkan lendir dari saluran pernapasan dosis 5cc/12 jam.
- f) OAT: obat anti tuberkulosis untuk membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri TBC. FDC kombinasi dari 4 jenis obat yaitu isoniazid, rifampisin, pirazinamid, ethambutol untuk memudahkan klien dalam mengonsusmsi dan meningkatkan kepatuhan pengobatan dosis 1x3 sehari.

b. Tabulasi Data

Klien mengatakan batuk, batuk berdarah, sulit mengeluarkan dahak, sesak napas, demam dan menggigil pada malam hari, selera makan menurun, berat badan menurun, cepat lelah, nyeri dada dan pusing, mual muntah, anoreksia, malaise, mukosa bibir kering, semua aktivitas klien di bantu, pasien mengatakan sulit tidur pada

malam hari dan sering terbangun karena batuk, keadaan Umum : Lemah, pucat, tampak sesak napas, meringis tingkat kesadaran : Composmentis, GCS : 15 (E: 4, V:5, M:6). Tanda – tanda Vital, Nadi : 131x/m, suhu : 36,6°C, pernapasan : 28x/m, tekanan Darah : 131/72 mmHg, SPO² : 95%, CRT > dari 3 detik. Berat Badan saat ini : 40,3 Kg, berat badan sebelum sakit : 54 Kg, tinggi Badan : 159 cm, IMT : 15,94 kg/m²(kurus), Wajah pasien tampak pucat, area bawah mata terlihat lingkaran hitam (mata panda), Konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, terpasang O² 3 Lpm, Dada tampak simetris, frekuensi napas 28x/m, irama napas tidak teratur, dan Vokal fremitus teraba di seluruh lapang paru, Pengembangan sama di paru kanan dan paru kiri, Terdapat bunyi padat (pekak). Auskultasi : Terdapat bunyi napas ronchi (+) dan mengi (+), terpasang infus NaCl 20 TPM di tangan kiri, CRT > dari 3 detik, Akral teraba dingin, WBC: 9.10, HGB: 3.3, HCT: 13.0, PLT: 574 +, MCV 50.2*, MCH 12.7*, MCHC 25.4*, MPV 9.1*, PCT 0.52*, PDW 12.5*, P-LCR 19.3*, BTA (+).

c. Klasifikasi Data

DS: Klien mengatakan batuk, batuk berdarah, sulit mengeluarkan dahak, sesak napas, demam dan menggigil pada malam hari, selera makan menurun, berat badan menurun, cepat lelah, nyeri dada dan pusing, mual muntah, anoreksia, malaise, semua aktivitas klien di bantu, pasien mengatakan sulit tidur pada

malam hari dan sering terbangun karena batuk, BB sebelum sakit 54 kg

DO: Mukosa bibir kering, keadaan Umum : Lemah, pucat, tampak sesak napas, meringis tingkat kesadaran : Compositis, GCS : 15 (E: 4, V:5, M:6). Tanda – tanda Vital, Nadi : 131x/m, suhu : 36,6°C, pernapasan : 28x/m, tekanan Darah : 131/72 mmHg, SPO² : 95%, CRT > dari 3 detik. Berat Badan saat ini : 40,3 Kg, tinggi Badan : 159 cm, IMT :Wajah pasien tampak pucat, area bawah mata terlihat lingkaran hitam (mata panda), Konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, terpasang O₂ 3 Lpm, Dada tampak simetris, frekuensi napas 28x/m, irama napas tidak teratur, dan Vokal fremitus teraba di seluruh lapang paru, Pengembangan sama di paru kanan dan paru kiri, Terdapat bunyi padat (pekak). Auskultasi : Terdapat bunyi napas ronchi (+) dan mengi (+), terpasang infus NaCl 20 TPM di tangan kiri, CRT> dari 3 detik, Akral teraba dingin, WBC: 9.10, HGB: 3.3, HCT: 13.0, PLT: 574 +, MCV 50.2*, MCH 12.7*, MCHC 25.4*, MPV 9.1*, PCT 0.52*, PDW 12.5*, P-LCR 19.3*, BTA (+).

d. Analisa Data

Tabel 4.3 Analisa Data

No	Sign/symptom	Etiologi	Problem
1.	<p>DS: klien mengatakan sulit mengeluarkan dahak, sesak Napas</p> <p>Do: keadaan umum lemah, pasien tampak sesak Napas, Batuk berdahak, penurunan, Terdapat bunyi padat (pekak), bunyi napas Tambahan Ronchi (+) dan mengi(+), irama Napas tidak teratur, terpasang O² nasal kanul 3 Lpm TTV: TD: 131/72 mmHg, N: 131x/m, RR: 28x/m, suhu: 36,6⁰C, SpO²: 95%</p>	Akumulasi Sekret	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif
2.	<p>DS: Selera makan menurun, berat badan sebelum sakit 54 kg, mual muntah, anoreksia, malaise</p> <p>DO: Pasien tampak lemah, membran mukosa kering, Berat Badan saat ini : 40,3, IMT: 15,94 kg/m²</p>	Peningkatan kebutuhan metabolisme tubuh	Deficit Nutrisi
3.	<p>DS: Klien mengatakan sesak napas</p> <p>DO: Keadaan umum lemah, pasien tampak sesak Napas, Batuk berdahak, penurunan gerakan dinding dada, Terdapat bunyi padat (pekak), bunyi napas Tambahan Ronchi (+) dan mengi(+), irama Napas tidak teratur, terpasang O₂ nasal kanul 3 Lpm TTV: TD: 131/72 mmHg, N: 131x/m,</p>	Perubahan membran alveolus-kapiler	Gangguan pertukaran Gas

	RR: 28x/m, suhu: 36,6 °C, SpO2: 95%			
4.	DS: Klien mengatakan cepat lelah, sesak napas, lemah DO: Keadaan umum pasien tampak lemah, tampak sesak napas, semua aktivitas pasien di bantu, terpasang infus Nacl 20 Tpm di ekstermitas atas kiri, Tanda-tanda vital: TD: 131/72 mmmHg, N: 131x/m, RR: 28x/m, suhu: 36,6°C, Sp02: 95%	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi Aktivitas	
5.	DS: - DO: Terpasang infus Nacl 20 TPM, di ekstermitas kiri atas, HGB: 3.3 g/dl, hasil pemeriksaan Sputum BTA (+)	BTA (+)	Resiko Infeksi	penularan
6.	DS: pasien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun pada malam hari, batuk, sesak napas Do: Keadaan umum: lemah, pucat, area sekitar mata hitam(mata panda), konjungtiva anemis, batuk terus menerus, mukosa bibir kering	Proses Penyakit	Gangguan pola Tidur	
7.	DS: Klien mengatakan pusing dan lemah DO: Pasien tampak lemah, pucat, konjungtiva anemis, akral teraba dingin, CRT > dari 3 detik, HGB: 3.3 g/dl,	Penurunan konsentrasi hemaglobin	Perfusi Perifer Tidak Efektif	Tidak

e. Prioritas Masalah

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif
- b. Perfusi perifer tidak efektif
- c. Gangguan pertukaran gas
- d. Defisit nutrisi
- e. Intoleransi aktivitas
- f. Gangguan pola tidur
- g. Risiko penularan infeksi

3. Diagnosa keperawatan

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Akumulasi

Sekret ditandai dengan:

DS: Klien mengatakan sulit mengeluarkan dahak, sesak Napas

Do: Keadaan umum lemah, pasien tampak sesak Napas, Batuk berdahak, terdapat bunyi padat (pekak), bunyi napas Tambahan Ronchi (+) dan mengi(+), irama Napas tidak teratur, terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm TTV: TD: 131/72 mmHg, N: 131x/m, RR: 28x/m, suhu: 36,6°C, SpO2: 95%

2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan

konsentrasi hemoglobin ditandai dengan:

DS: Klien mengatakan pusing dan lemah

DO: Pasien tampak lemah, pucat, konjungtiva anemis, akral teraba dingin, CRT > dari 3 detik, HGB: 3.3 g/dl,

3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran kapiler-alveoli ditandai dengan :

DS: Klien mengatakan sesak napas

DO: Keadaan umum lemah, pasien tampak sesak Napas, Batuk berdahak, penurunan gerakan dinding dada, Terdapat bunyi padat (pekak), bunyi napas Tambahan Ronchi (+) dan mengi(+), irama Napas tidak teratur, terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm TTV:

TD: 131/72 mmHg, N: 131x/m, RR: 28x/m, suhu: 36,6°C,

SpO2: 95%

4. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Peningkatan kebutuhan metabolisme tubuh ditandai dengan:

DS: Selera makan menurun, berat badan sebelum sakit 54 kg, mual muntah, anoreksia, malaise

DO: Pasien tampak lemah, membran mukosa kering, Berat Badan saat ini : 40,3, IMT: 15,94 kg/m² (kurus)

5. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan:

DS: Klien mengatakan cepat lelah, sesak napas, lemah

DO: Keadaan umum pasien tampak lemah, tampak sesak napas, semua aktivitas pasien di bantu , terpasang infus Nacl 20 Tpm di ekstermitas atas kiri, Tanda-tanda vital: TD: 131/72 mmHg, N: 131x/m, RR: 28x/m, suhu: 36,6°C, SpO2: 95%

6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Proses Penyakit ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun pada malam hari, batuk, sesak napas

Do: Keadaan umum: lemah, pucat, area sekitar mata hitam(mata panda), konjungtiva anemis, batuk terus menerus, mukosa bibir kering

7. Risiko penularan infeksi berhubungan dengan BTA (+) ditandai dengan:

DS: -

DO: terpasang infus Nacl 20 Tpm, di ekstermitas kiri atas, HGB: 3.3 g/dl, hasil pemeriksaan Sputum BTA (+)

4. Intervensi Keperawatan

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Akumulasi Sekret ditandai dengan:

DS: Klien mengatakan sulit mengeluarkan dahak, sesak Napas

Do:Keadaan umum lemah, pasien tampak sesak Napas, Batuk berdahak, terdapat bunyi padat (pekak), bunyi napas Tambahan Ronchi (+) dan mengi(+), irama Napas tidak teratur, terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm TTV: TD: 131/72 mmmHg, N: 131x/m, RR: 28x/m, suhu: 36,6 °C, SpO2: 95%

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah bersihan jalan napas tidak efektif membaik dengan kriteria hasil: Produksi sputum menurun, bunyi napas mengi/wheezing menurun, sesak napas menurun, Respiratori dalam batas normal 16-20x/menit

Intervensi : Latihan Batuk efektif (SIKI)**Observasi**

- 1) Identifikasi kemampuan batuk

Rasional : Ketidakmampuan untuk membersihkan jalan napas yang dapat menimbulkan penggunaan otot bantu pernapasan dan peningkatan kerja pernapasan.

- 2) Monitor adanya retensi sputum

Rasional: Mengetahui apakah terdapat perubahan warna dan aroma pada sputum.

Terapeutik

- 3) Atur posisi semi fowler atau fowler

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

- 4) Buang secret pada tempat sputum

Rasional: Penyebaran virus dapat terjadi jika secret dibuang pada sembarang tempat hingga terhirup oleh orang sehat.

Edukasi

- 5) Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif.

Rasional: Prosedur batuk efektif yang tepat meningkatkan pengeluaran dahak secara maksimal.

Kolaborasi

- 6) Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu

Rasional: Membantu memaksimalkan proses pengeluaran sputum.

2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemaglobin ditandai dengan:

DS: Klien mengatakan pusing dan lemah

DO: Pasien tampak lemah, pucat, konjungtiva anemis, akral teraba dingin, CRT > dari 3 detik, HGB: 3.3 g/dl,

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil:
Warna kulit pucat menurun, kelemahan otot menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, tekanan darah sistolik dan diastolik membaik

Intervensi keperawatan

Observasi

- 1) Monitor tanda- tanda vital,

Rasional : Memantau keadaan umum pasien.

2) Monitor adanya reaksi transfuse darah,

Rasional : Mengetahui adanya ketidakcocokan sehingga timbul reaksi seperti gatal- gatal.

Edukasi

3) Anjurkan pasien untuk mengonsumsi sayuran hijau,

Rasional : Untuk mempercepat proses produksi sel darah merah.

4) Edukasi pasien rencana pemberian transfuse darah,

Rasional : Memberi tahu pasien transfuse darah untuk menambah kadar hemoglobin dalam tubuh.

Kolaborasi

5) Kolaborasi pemberian tranfusi darah,

Rasional : Menambah kadar hemboglobin dalam tubuh.

3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran kapiler-alveoli ditandai dengan :

DS: Klien mengatakan sesak napas

DO: Keadaan umum lemah, pasien tampak sesak Napas, Batuk berdahak, penurunan gerakan dinding dada, Terdapat bunyi padat (pekak), bunyi napas Tambahan Ronchi (+) dan mengi(+), irama Napas tidak teratur, terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm TTV: TD: 131/72 mmHg, N: 131x/m, RR: 28x/m, suhu: 36,6 oC, SpO2: 95%

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil:
Batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, dispnea membaik, frekuensi napas membaik, pola napas membaik, saturasi oksigen membaik

Intervensi pemantauan Respirasi:

Observasi

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

Rasional : Mengetahui frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas menunjukkan adanya bradypnea/takipnea, ronkhi/mengi, dan penggunaan otot bantu pernapasan.

2) Monitor pola napas

Rasional : Untuk mengetahui sejauh mana penurunan bunyinas indikasi atleksi, ronkhi indikasi akumulasi sekret atau ketidakmampuan membersihkan jalan napas sehingga otot-otot aksesori digunakan dan kerja pernapasan meningkat.

3) Monitor kemampuan batuk efektif

Rasional : Peningkatan batuk efektif dapat meningkatkan proses pengeluaran sekret.

4) Monitor adanya produksi sputum

Rasional : Produksi sputum yang dihasilkan mengetahui seberapa banyak produksi sputum yang dihasilkan klien.

5) Auskultasi bunyi napas

Rasional : Bunyi napas mungkin redup karena penurunan aliran udara atau area konsolidasi, adanya mengindkasikan spasme bronkus/ tertahannya secret

6) Monitor saturasi oksigen

Rasional : Untuk menunjukkan jumlah oksigen yang terikat dengan protein di dalam sel darah merah

7) Berikan terapi oksigen

Rasional: Menambah kadar oksigen

4. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Peningkatan kebutuhan metabolisme tubuh ditandai dengan:

DS: Selera makan menurun, berat badan sebelum sakit 54 kg, mual muntah, anoreksia, malaise

DO: Pasien tampak lemah, membran mukosa kering, Berat Badan saat ini : 40,3, IMT: 15,94 kg/m² (kurus)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil

:Berat badan membaik , Frekuensi makan membaik ,
Nafsu makan membaik

Intervensi : Manajemen Nutrisi

Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi

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

- 2) Monitor asupan makanan

Rasional : Mengidentifikasi kekurangan dan kebutuhan makanan.

Terapeutik

- 3) Berikan makanan tinggi kalori tinggi protein

Rasional: Makanan tinggi kalori dan tinggi protein dapat membantu meningkatkan system kekebalan tubuh.

Edukasi

- 4) Anjurkan pasien makan dengan porsi kecil tetapi sering dengan suhu makanan yang hangat

Rasional: Makanan yang hangat dapat meningkatkan nafsu makan

5. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan:

DS: Klien mengatakan cepat lelah, sesak napas, lemah

DO: Keadaan umum pasien tampak lemah, tampak sesak napas, semua aktivitas pasien di bantu , terpasang infus Nacl 20 Tpm di ekstermitas atas kiri, Tanda-tanda vital: TD: 131/72 mmHg, N: 131x/m, RR: 28x/m, suhu: 36,6°C, SpO2: 95%

Tujuan: Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: Saturasi oksigen meningkat, keluhan lelah menurun, dispnea saat aktivitas menurun, Dispnea setelah aktivitas menurun

Intervensi Keperawatan : Manajemen Energi

Observasi

1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

Rasional: Merokok, suhu ekstrim dan stress menyebabkan vasokonstriksi yang meningkatkan beban kerja jantung dan kebutuhan oksigen.

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.

Kolaborasi

4) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Rasional: Pemberian gizi yang cukup dapat meningkatkan energi klien

6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Proses Penyakit ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun pada malam hari, batuk, sesak napas

DO: Keadaan umum: lemah, pucat, area sekitar mata hitam(mata panda), konjungtiva anemis, batuk terus menerus, mukosa bibir kering

Tujuan: Setelah dilakukan perawatan 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: Keluhan sulit tidur menurun, Keluhan sering terjaga menurun, Keluhan tidak puas tidur menurun, Keluhan pola tidur berubah menurun, Keluhan istirahat tidak cukup menurun

Intervensi dukungan tidur

Observasi

- 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur

Rasional: Untuk mendata masalah yang dialami pasien

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

Rasional: Untuk mengumpulkan data yang mendukung dalam pemenuhan kebutuhan pasien

Terapeutik

- 3) Modifikasi lingkungan

Rasional: Untuk memberikan rasa nyaman kepada pasien

Edukasi

- 4) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

Rasional: Agar pasien tahu mengenai pentingnya istirahat yang cukup

7. Risiko penularan infeksi berhubungan dengan BTA (+) ditandai

dengan:

DS: -

DO: Terpasang infus NaCl 20 Tpm, di ekstermitas kiri atas, HGB: 3.3 g/dl, hasil pemeriksaan Sputum BTA (+)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :
Kebersihan tangan meningkat, Kultur sputum membaik

Intervensi keperawatan : Pencegahan Infeksi .

Terapeutik

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

Rasional: Penyebaran infeksi dapat terjadi ketika kontak dengan pasien yang mengalami TBC, cuci tangan dapat mengurangi resiko infeksi.

Edukasi

2) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional: Mengetahui tanda dan gejala infeksi merupakan langkah awal untuk mencegah terjadinya infeksi.

3) Ajarkan etika batuk

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

4) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan

Rasional: Makanan yang mengandung banyak nutrisi dapat meningkatkan system kekebalan tubuh agar dapat melawan virus yang menyerang.

5) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.

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

6) Anjurkan keluarga untuk menggunakan APD

Rasional: Mengurangi penyebaran infeksi

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi pada Ny.M.T dilakukan selama 3 hari pada tanggal 18-20Juni 2025. Implementasi dilakukan sesuai dengan masing- masing diagnosa keperawatan.

a. Hari Pertama Pada Tanggal 18 Juni 2025

1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Akumulasi Sekret.

Jam 14.00 Mengukur Tanda-Tanda Vital: TD: 114/80 mmHg, N: 118x/m, suhu: 37,5°C, RR: 26x/menit, SpO2: 95%. Jam 14.10 Mengidentifikasi kemampuan batuk pasien, hasil: pasien mampu batuk, hanya sulit untuk mengeluarkan dahak. Jam 14.20 Memonitor adanya retensi sputum, hasil : Sputum berwarna putih dan bertekstur kental. Jam 14.25 Memberikan terapi Nebu NaCl 0,3%, hasil: Sebelum Nebu menganjurkan

Klien untuk minum air hangat, setelah Nebu melakukan fisioterapi dada pada Klien untuk membantu mengencerkan sekret sampai Klien batuk efektif. Jam 14.40 Memposisikan Klien posisi semi fowler. Jam 14.50 Mengajarkan pasien untuk buang sekret pada tempat sputum untuk menghindari penyebaran bakteri. Jam 15.00 Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif, hasil: Klien mengerti dan dapat mencontohi apa yang di ajarkan. Jam 15.45 memberikan Klien O² 3 Lpm. Jam 15.50 Menganjurkan Klien untuk banyak minum air hangat.

2) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Jam 14.00 Mengukur Tanda-Tanda Vital: TD: 114/80 mmHg, N: 118x/m, suhu: 37,5°C, RR: 26x/menit, SpO₂: 95%, CRT >3 detik. Jam 14.25 Memberi tahu Klien rencana transfusi darah. Jam 14.30 Melayani tranfusi darah pada Ny. M.T. Jam 14.35 Memonitor adanya reaksi transfuse darah, Hasil: tidak ada reaksi seperti gatal-gatal atau kemerahan pada saat tranfusi darah. Jam 14.55 Menganjurkan pasien untuk banyak mengonsumsi sayuran hijau (bayam).

3) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveoli-kapiler

Jam 14.00 Jam 14.00 Mengukur Tanda-Tanda Vital: TD: 114/80 mmHg, N: 118x/m, suhu: 37,5°C, RR: 26x/menit, SpO₂: 95%.

Jam 14.15 memonitor kemampuan batuk efektif, hasil: pasien mampu batuk, hanya sulit untuk mengeluarkan dahak. Jam 14.20 monitor adanya sputum, hasil: Ada produksi sputum, berwarna putih dan bertekstur kental. Jam 14 25 mengauskultasi bunyi napas, hasil: ada bunyi napas tambahan yaitu ronchi dan mengi. Jam 15.45 memberikan Klien O² 3 Lpm

4) Defisit Nutrisi Berhubungan Dengan Peningkatan Kebutuhan Metabolisme Tubuh

Jam 14.00 Mengukur Tanda-Tanda Vital: TD: 114/80 mmHg, N: 118x/m, suhu: 37,5°C, RR: 26x/menit, SpO₂: 95%. Jam 14.15 Mengidentifikasi status nutrisi Klien, hasil: klien mengatakan di rumah biasa makan nasi, ubi, sayur, ikan sekali-sekali, ketika sakit selera makan klien mulai berkurang. Jam 15.25 Memonitor asupan makanan Klien. Jam 15.30 Memonitor berat badan klien, hasil: BB: 40,3 kg. jam 15.35 Mengajukan klien untuk makan makanan yang tinggi kalori dan protein dan menganjurkan klien untuk makan dalam porsi kecil tetapi sering. Jam 18.00 Mengantarkan Klien makan malam, jam 19.00 Melayani injeksi omeprazole 40mg/Iv, Cefriaxon 1 gr/Iv, asitromisin 500 gr PO dan OAT 3 tablet PO.

5) Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Jam 14.00 Mengukur Tanda-Tanda Vital: TD: 114/80 mmHg, N: 118x/m, suhu: 37,5°C, RR: 26x/menit, SpO2: 95%. Jam 15.00 Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, hasil: Klien mudah lelah dikarenakan kekurangan kadar hemoglobin dalam tubuh. Jam 15.05 Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, hasil: pasien mengatakan cepat lelah dan sesak napas setelah aktivitas. Jam 16.00 Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap seperti duduk di sisi tempat tidur. Jam 18.00 Melayani diit makan TKTP pada pasien.

6) Gangguan pola Tidur berhubungan dengan proses penyakit.

Jam 14.00 Mengukur Tanda-Tanda Vital: TD: 114/80 mmHg, N: 118x/m, suhu: 37,5°C, RR: 26x/menit, SpO2: 95%. 14.25 Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. Jam 19.00 Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, pasien mengatakan sulit tidur dikarenakan batuk dan sesak napas. Jam 19.10 Memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi keluarga atau pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar pasien dapat beristirahat. Jam 19.20 Menjelaskan kepada pasien bahwa waktu tidur yang cukup dapat menambah energi dan mempercepat proses penyembuhan.

7) Risiko Penularan Infeksi Berhubungan Dengan BTA (+).

Jam 14.00 Mengukur Tanda-Tanda Vital: TD: 114/80 mmHg, N: 118x/m, suhu: 37,5°C, RR: 26x/menit, SpO2: 95%. Jam 14.10 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi. Jam 15.00 mengajarkan etika Batuk. Jam 15.10 menganjurkan klien untuk memperbanyak asupan nutrisi dan cairan. Jam 15.15 mengajarkan Klien mencuci tangan dengan baik dan benar. Jam 15.20 menganjurkan keluarga memakai masker saat berkontak dengan klien dan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien

b. Hari kedua pada Tanggal 19 Juni 2025

1) Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Berhubungan Dengan Akumulasi Sekret.

Jam 08.00 Mengukur TTV pasien TD: 103/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 87x/m, RR: 25x/m, SPO2: 98%, melayani terapi injeksi ceftriaxon 1 gr/IV, melayani omeprazole 40 mg/IV, melayani Nebu Lasacom 1 ampul. Jam 08.10 Mengidentifikasi kemampuan batuk, pasien mampu batuk dan dapat mengeluarkan sekret sedikit. Jam 08.25 Memposisikan pasien semi fowler untuk membantu pernapasan pasien lebih baik. Jam 08.30 Memotivasi dan memantau pasien untuk melakukan teknik batuk efektif. Jam 08.40 Menganjurkan pasien untuk minum air hangat agar dapat mengencerkan sekret. Jam 10.00

Memberikan terapi Nebu NaCl 0,3% , hasil: setelah Nebu melakukan fisioterapi dada pada Klien untuk membantu mengencerkan sekret sampai Klien batuk efektif. Jam 10.15 memotivasi pasien untuk buang sekret pada tempat sputum.

2) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Jam 08.00 Mengukur TTV pasien TD: 103/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 87x/m, RR: 25x/m, SPO2: 98% CRT >3 detik. Jam 09.00 Menganjurkan Klien untuk banyak mengonsumsi sayuran hijau seperti sayur bayam. Jam 10.00 melayani tranfusi darah pada Ny M.T. Jam 10.30 Memonitor adanya reaksi tranfusi darah seperti gatal-gatal dan kemerahan.

3) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveoli-kapiler

Jam 08.00 Mengukur TTV pasien TD: 103/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 87x/m, RR: 25x/m, SPO2: 98%. Jam 08.10 memonitor batuk efektif, hasil: Pasien mampu batuk dan dapat mengeluarkan sekret sedikit. Jam 08.15 Memonitor adanya produksi sputum. Jam 08.20 mengatur O² pasien. Jam 08.25 mengauskultasi bunyi napas, hasil: ronchi (+), mengi (+).

4) Defisit Nutrisi Berhubungan Dengan Peningkatan Kebutuhan Metabolisme Tubuh

Jam 08.00 Mengukur TTV pasien TD: 103/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 87x/m, RR: 25x/m, SPO2: 98%. Jam 08.15 Memonitor asupan makanan, pasien makan makanan yang dibagikan oleh RS (nasi, sayur, ikan) porsi makan dihabiskan. Jam 12.00 Melayani diit makan TKTP, pasien menghabiskan ½ porsi makanan yang diberikan.

5) Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Jam 08.00 Mengukur TTV pasien TD: 103/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 87x/m, RR: 25x/m, SPO2: 98%. Jam 08.10 Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, pasien mudah lelah dikarenakan kekurangan kadar hemoglobin dalam tubuh. . Jam 08.20 Menganjurkan pasien untuk duduk di sisi tempat tidur jika belum kuat berjalan atau berpindah. Jam 08.40 Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap seperti duduk di sisi tempat tidur, duduk di kursi, berpindah.

6) Gangguan pola Tidur berhubungan dengan proses penyakit

Jam 08.00 Mengukur TTV Klien TD: 103/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 87x/m, RR: 25x/m, SPO2: 98%. Jam 08.10 Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, hasil: Klien mengatakan sulit tidur

dikarenakan batuk dan sesak napas. Jam 09.00 Memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi keluarga atau pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar Klien dapat beristirahat. Jam 09.10 memotivasi klien waktu tidur yang cukup dapat menambah energi dan mempercepat proses penyembuhan

7) Risiko Penularan Infeksi Berhubungan Dengan BTA (+).

Jam 08.00 Mengukur TTV Klien TD: 103/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 87x/m, RR: 25x/m, SPO2: 98%. Jam 10.00 memotivasi klien ketika batuk menggunakan etika batuk yang sudah di ajarkan. Jam 10.15 menganjurkan klien untuk tetap memperbanyak asupan nutrisi dan cairan. Jam 10.20 Menganjurkan keluarga untuk tetap memakai masker dan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.

c. Hari ketiga pada tanggal 20 Juni 2025

1) Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Berhubungan Dengan Akumulasi Sekret.

Jam 08.00 memonitor TTV: TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C. Jam 08.10 Mengidentifikasi kemampuan batuk, pasien mampu batuk dan dapat mengeluarkan sekret sedikit. Jam 08.15 memonitor adanya retensi sputum. 08.25 memotivasi pasien untuk tetap menjaga penyebaran infeksi dengan tidak membuang sekret di sembarang tempat dan memposisikan posisi senyaman mungkin untuk

mengurangi sesak napas. Jam 10.00 Memberikan terapi Nebu NaCl 0,3%.

2) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Jam 08.00 memonitor TTV: TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C, CRT>3 detik. Jam 10.00 melayani transfusi darah pada Ny M.T. Jam 12.00 memonitor adanya reaksi transfusi seperti gatal-gatal atau kemerahan. Jam 12.05 memotivasi pasien untuk tetap memperbanyak makan sayuran hijau seperti bayam.

3) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveoli-kapiler

Jam 08.00 memonitor TTV: TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C. Jam 08.10 memonitor kemampuan batuk efektif, hasil: Pasien mampu batuk dan dapat mengeluarkan sekret sedikit. Jam 08.15 memonitor adanya sputum. Jam 08.20 mengauskultasi bunyi napas, hasil: Ronkhi (+), mengi (-). Jam 09.00 melepas O² Klien.

4) Defisit Nutrisi Berhubungan Dengan Peningkatan Kebutuhan Metabolisme Tubuh

Jam 08.00 memonitor TTV: TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C. Jam 12.00 mengantarkan makanan ke Klien. Jam 12.15 memotivasi klien untuk tetap

mengonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein. Jam 12.20 menganjurkan klien jika selera makan menurun klien bisa mengonsumsi makanan dalam porsi kecil tetapi sering dan makan makanan yang hangat.

5) Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Jam 08.00 memonitor TTV: TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C. Jam 08.15 Memotivasi pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap. Jam 08.30 memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.

6) Gangguan pola Tidur berhubungan dengan proses penyakit

Jam 08.00 memonitor TTV: TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C. jam 08.15 mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. Jam 13.00 Memberitahu keluarga untuk menjaga ketenangan agar klien dapat beristirahat. Jam 13.05 memberitahu pasien untuk banyak istirahat dan tidur yang cukup untuk membantu proses penyembuhan.

6. Evaluasi Keperawatan

Tanggal 18 Juni 2025

Diagnosa I

S: Pasien mengatakan mampu batuk, tetapi sulit untuk mengeluarkan sekret

O: Keadaan umum : lemah, pucat, kesadaran : composmentis, tampak sesak napas, batuk berdahak, suara napas ronchi(+), mengi (+), terpasang O₂ nasal kanul 3 Lpm, terpasang infus 20 TPM di ekstermitas kiri atas. TD: 114/80 mmHg, N: 118x/m, suhu: 37,5°C, RR: 26x/menit, SpO₂: 95%

A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

Diagnosa Ke II

S: Pasien mengatakan masih merasa lemah dan pusing

O: Keadaan umum : lemah, kesadaran : composmentis, CRT>3 detik, wajah tampak pucat, membran mukosa pucat, konjungtiva anemis, terpasang O₂ Nasal kanul 3 Lpm, terpasang infus NaCl 20 TPM , TD: 114/80 mmHg, N: 118x/m, suhu: 37,5°C, RR: 26x/menit, SpO₂: 95%

A: Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

Diagnosa Ke III

- S:** Klien mengatakan masih sesak napas
- O:** Keadaan umum: Klien tampak sesak napas, batuk berdahak, lemah, ronchi (+), mengi(+), terpasang O² nasal kanul 3 Lpm, terpasang infus 20 TPM di ekstermitas kiri atas,TTV: TD: 114/80 mmHg, N: 118x/m, suhu: 37,5°C, RR: 26x/menit, SpO₂: 95%
- A:** Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi
- P:** Intervensi dilanjutkan

Diagnosa Ke IV

- S:** Klien mengatakan nafsu makan masih menurun makan 2 sendok satu porsi tidak dihabiskan
- O:** Keadaan umum: lemah, pucat, Klien menghabiskan ½ porsi makanan yang diberikan, terpasang oksigen Nasal kanul 3 Lpm, terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas kiri atas,TD: 114/80 mmHg, N: 118x/m, suhu: 37,5°C, RR: 26x/menit, SpO₂: 95%
- A:** Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi
- P:** Intervensi dilanjutkan

Diagnosa ke V

- S:** Pasien mengatakan masih merasa lemah dan pusing
- O:** Keadaan umum : lemah, kesadaran : composmentis, , aktivitas pasien dibantu kecuali makan dan bangun dari tempat tidur, terpasang O₂ Nasal Kanul 3 Lpm, terpasang Infus NaCl 20 TPM di

ekstermitas kiri atas, TD: 114/80 mmHg, N: 118x/m, suhu: 37,5°C,
RR: 26x/menit, SpO²: 95%

A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi

P: Intervensi di lanjutkan

Diagnosa ke VI

S: Pasien mengatakan masih sering terbangun di malam hari karena batuk.

O:Keadaan umum: lemah, pucat, mata panda konjungtiva anemis, kesadaran: composmentis, terpasang O₂ nasal kanul 3 Lpm, terpasang infus Nacl 3 TPM, TD: 114/80 mmHg, N: 118x/m, suhu: 37,5°C, RR: 26x/menit, SpO²: 95%

A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

Diagnosa ke VII

S: Klien dan keluarga mengatakan memahami dan mengerti apa yang dijelaskan

O: Klien dan keluarga tampak memahami dan mengerti apa yang di jelaskan

A: Masalah Risiko penularan infeksi sebagian teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

Tanggal 19 Juni 2025

Diagnosa ke I

S: Pasien mengatakan mampu batuk dan mampu mengeluarkan secret sedikit

O: Keadaan umum : baik, batuk berdahak, kesadaran : composmentis, Suara napas ronchi(+), mengi (+), Terpasang O2 3 Lpm, terpasang infus NaCl TPM, TD: 103/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 87x/m, RR: 25x/m, SPO2: 98%

A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

Diagnosa II

S: Pasien mengatakan lemah mulai berkurang dan sedikit pusing

O: Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, CRT>3 detik, konjungtiva anemis, wajah pucat, Terpasang O2 Nasal kanul 3 Lpm, terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas, TD: 103/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 87x/m, RR: 25x/m, SPO2: 98%

A: Masalah perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

Diagnosa Ke III

S: Pasien mengatakan sesak napas sudah mulai berkurang

O:Keadaan umum Klien: baik, kesadaran komposmentis batuk berdahak, sesak napas(-), ronkhi (+), mengi (-), terpasang O² nasal kanul 3 Lpm, terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas kiri atas,

TTV: TD: 103/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 87x/m, RR: 25x/m, SPO2: 98%

A: Masalah gangguan pertukaran gas Sebagian Teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

Diagnosa Ke IV

S: Pasien mengatakan napsu makan mulai membaik

O: Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, Pasien tampak menghabiskan 1 porsi makanan yang diberikan, Terpasang O2 Nasal kanul 3 Lpm, terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas, TD: 103/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 87x/m, RR: 25x/m, SPO2: 98%

A: Masalah defisit Nutrisi sebagian teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

Diagnosa Ke V

S: Pasien mengatakan masih lemah

O:Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, Pasien mampu untuk bangun dari tempat tidur sendiri dan mampu berpindah untuk duduk di kursi, Terpasang O2 Nasal kanul 3 Lpm, terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas, TD: 103/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 87x/m, RR: 25x/m, SPO2: 98%.

A: Masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa Ke VI

S: Pasien mengatakan hanya 1 kali bangun di tengah malam karena batuk

O: Keadaan umum: baik, Terpasang O2 Nasal kanul 3 Lpm, terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas, TD: 103/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 87x/m, RR: 25x/m, SPO2: 98%.

A: Masalah gangguan pola tidur sebagian teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

Diagnosa ke VII

S: -

O: Klien dan keluarga tampak memahami dan mematuhi apa yang di jelaskan

A: Masalah Risiko Infeksi Teratasi

P: Intervensi Dihentikan

Tanggal 20 Juni 2025

Diagnosa Ke I

S: Klien mengatakan mampu batuk dan mengeluarkan sekret

O: Keadaan umum: klien tampak baik, lemah (-), pucat (-), batuk berdahak (+), ronchi (+), mengi (-), Terpasang O2 Nasal kanul 3 Lpm, terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C

A: Masalah Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Sebagian Teratasi

P: Intervensi dihentikan

Diagnosa ke II

S: Klien mengatakan sudah tidak lagi pusing dan lemah mulai berkurang

O: Keadaan umum Klien baik, Lemah (-), pucat(-), konjungtiva sedikit anemis, mukosa bibir sedikit pucat, terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C

A: Masalah perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi

P: Intervensi dihentikan

Diagnose Ke III

S: Klien mengatakan sudah tidak sesak napas

O: Keadaan umum: klien tampak baik, lemah (-), pucat (-), batuk berdahak (+), ronchi (+), mengi (-), infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C

A: Masalah gangguan pertukaran gas teratasi

P: Intervensi dihentikan

Diagnosa Ke IV

S: Pasien mengatakan sudah mau makan Banyak 1 porsi dihabiskan

O: Keadaan umum: baik, pasien tampak menghabiskan makanan yang diberikan, lemah (-), pucat (-), terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C

A: Masalah Defisit Nutrisi sebagian Teratasi

P: Intervensi dihentikan

Diagnosa V

S: Pasien mengatakan sudah tidak lagi lemah cepat lelah mulai berkurang

O: Keadaan umum baik, Lemah (-), pucat (-), terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C

A: Masalah Intoleransi aktivitas Sebagian Teratasi

P: Intervensi dihentikan

Diagnosa VI

S: Pasien mengatakan hanya 1 kali bangun di tengah malam karena batuk

O: Keadaan umum baik, Lemah (-), pucat (-), terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C

A: Masalah Gangguan Pola Tidur sebagian Teratasi

P: Intervensi dihentikan

Catatan perkembangan implementasi hari 3

Diagnosa Ke I

S: Klien mengatakan mampu batuk dan mengeluarkan sekret, **O:** Keadaan umum: klien tampak baik, lemah (-), pucat (-), batuk berdahak (+), ronchi (+), mengi (-), Terpasang O2 Nasal kanul 3 Lpm, terpasang infus NaCl

20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C, **A:** Masalah Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Sebagian Teratasi, **P:** Intervensi dipertahankan

Diagnosa ke II

S: Klien mengatakan sudah tidak lagi pusing dan lemah mulai berkurang,

O: Keadaan umum Klien baik, Lemah (-), pucat(-), konjungtiva sedikit anemis, mukosa bibir sedikit pucat, terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C, **A:** Masalah perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi, **P:** Intervensi dipertahankan

Diagnose Ke III

S: klien mengatakan sudah tidak sesak napas, **O:** keadaan umum: klien tampak baik, lemah (-), pucat (-), batuk berdahak (+), ronchi (+), mengi (-), infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C

A: masalah gangguan pertukaran gas teratasi, **P:** intervensi dihentikan

Diagnosa Ke IV

S: Pasien mengatakan sudah mau makan Banyak 1 porsi dihabiskan, **O:** keadaan umum: baik, pasien tampak menghabiskan makanan yang diberikan, lemah (-), pucat (-), terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C

A: Masalah Defisit Nutrisi sebagian Teratasi, **P:** Intervensi dihentikan

Diagnosa V

S: Pasien mengatakan sudah tidak lagi lemah cepat lelah mulai berkurang, **O:** keadaan umum baik, Lemah (-), pucat (-), terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C

A: Masalah Intoleransi aktivitas Sebagian Teratasi, **P:** Intervensi dihentikan

Diagnosa VI

S: Pasien mengatakan hanya 1 kali bangun di tengah malam karena batuk, **O:** keadaan umum baik, Lemah (-), pucat (-), terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C

A: Masalah Gangguan Pola Tidur sebagian Teratasi, **P:** Intervensi dihentikan

B.Pembahasan

Pemberian asuhan keperawatan pada Ny. M.T dengan masalah Tuberkulosis Paru menggunakan metode pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan antara teori dan praktek (kasus nyata), yang ditemukan pada klien Ny.M.T. di Rumah Sakit Umum Daerah Ende di Ruang Perawatan Khusus.

1. Pengkajian

Yankes Kemkes (2022), menyatakan tanda dan gejala seseorang yang mengalami TBC umumnya adalah batuk yang berlangsung lama (3 minggu atau lebih) dan tidak sembuh dengan antibiotik, batuk yang disertai dengan dahak dan batuk berdarah, demam dan menggigil, malaise seperti anoreksia, berat badan menurun, sesak napas dan kelelahan. Pada kasus Ny. M.T ditemukan klien mengeluh batuk, sulit mengeluarkan dahak, sesak Napas, selera makan menurun, penurunan BB dari 54 kg menjadi 40.2 kg, Batuk berdarah dan nyeri dada selama kurang lebih 4 bulan, HB 3.3 g/dL, CRT >3 detik. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata, saat pengkajian pada kasus Ny. M.T tidak mengalami demam, namun pasien mengatakan pernah mengalami demam saat awal sakit yaitu kurang lebih 4 bulan yang lalu dan saat pertama di bawah ke RS. Demam pada pasien TB dikarenakan infeksi bakteri aktif selama lebih dari 3 minggu, demam dapat terjadi karena sistem imun sedang bereaksi melawan infeksi bakteri. Sedangkan pada kasus Ny M.T tidak mengalami demam karena pasien sudah diberikan antipiretik (paracetamol). Pada kasus Ny M.T juga ditemukan bahwa pasien pernah mengalami batuk berdarah, dikarenakan bakteri sudah menginfeksi dan merusak parenkim paru, tetapi saat dikaji pasien mengatakan tidak mengalami batuk berdarah. Hal ini dikarenakan pasien telah diberikan terapi antibiotik ceftriaxone 1gr/ IV.Ceftriaxone berperan dalam mengurangi atau menghentikan perkembangan bakteri.Pada pasien Ny.

M.T ditemukan kadar hemoglobin rendah yaitu : 3,3 g/dL. Tuberkulosis dapat menyebabkan kelainan salah satunya adalah anemia (penurunan kadar hemoglobin). Hemoglobin merupakan zat protein yang ditemukan dalam sel darah merah. Hemoglobin terdiri dari zat besi sebagai pembawa oksigen ke seluruh tubuh. Penurunan kadar hemoglobin pada penderita tuberkulosis diakibatkan status nutrisi yang buruk (Nasution, 2015). Kemungkinan juga anemia pada Ny M.T disebabkan karena pasien yang mengalami batuk berdarah selama 4 bulan yang lalu. Selain itu keadaan pasien dengan selera makan menurun yang menyebabkan zat besi dalam tubuh pasien berkurang dan CRT > 3 detik terjadi karena berkaitan langsung dengan kadar hemoglobin yang rendah, dimana fungsi hemoglobin adalah mengikat dan membawa oksigen, apabila hemoglobin rendah maka suplai oksigen ke perifer berkurang.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Price & Wilson, 2005 dikutip dalam Margharita, 2019) Diagnosa keperawatan pada pasien dengan Tuberkulosis paru terdapat 10 diagnosa keperawatan yaitu: Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi sekresi, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, gangguan pola tidur berhubungan dengan proses penyakit, gangguan rasa nyaman aman berhubungan dengan gejala penyakit, defisit

nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme, hipertermi berhubungan dengan proses penyakit, risiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme lingkungan, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Sedangkan diagnose keperawatan yang diangkat pada kasus Ny. M. T terdapat 7 yaitu: Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi sekresi, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveoli-kapiler, defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, gangguan pola tidur berhubungan dengan proses penyakit, risiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme lingkungan. Hal ini menunjukkan kesenjangan dimana diagnose keperawatan pada teori terdapat 10 diagnosa keperawatan sedangkan di kasus hanya mengangkat 7 diagnosa keperawatan. Pada teori terdapat masalah pola napas tidak efektif, hipertermi, dan gangguan rasa nyaman aman tetapi pada kasus Ny M.T tidak ditemukan masalah keperawatan tersebut. Diagnosa pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas juga tidak ditemukan karena tidak adapernapasan cuping hidung, intervensinya tumpang tindih dengan bersihan jalan napas tidak efektif dan frekuensi napasnya dalam rentan normal <25. Pada kasus Ny M.T juga tidak ditemukan diagnosa hipertermi berhubungan dengan proses

penyakit, karena biasanya demam dirasakan pada tahap awal masa infeksi karena system imun sedang bereaksi melawan infeksi bakteri, dan diagnosa gangguan rasa nyaman aman berhubungan dengan gejala penyakit tidak diangkat karena pasien sudah terbiasa dengan kondisi penyakit TBC seperti sesak napas, batuk berdahak.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien. Intervensi keperawatan pada Ny M.T disusun berdasarkan teori menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia tahun 2018 dan dibandingkan dengan masalah keperawatan pada kasus. Semua intervensi baik pada tinjauan teoritis maupun tinjauan kasus sama dan telah dilaksanakan berkat kerja sama keluarga dan pasien. Untuk diagnose keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif sebanyak 7 intervensi keperawatan, untuk diagnosa gangguan pertukaran gas 7 intervensi keperawatan, untuk diagnosa defisit nutrisi sebanyak 5 intervensi keperawatan, untuk diagnosaintoleransi aktivitas sebanyak 5 intervensi keperawatan, diagnosa perfusi perifer tidak efektif sebanyak 6 intervensi keperawatan, diagnosa gangguan pola tidur sebanyak 5 intervensi keperawatan dan untuk diagnosa risiko infeksi, 6 intervensi keperawatan.

4. Tindakan keperawatan

Dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah direncanakan pada tanggal 18 sampai 20 Juni 2025. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada Ny M.T dapat dijalankan dengan baik karena di dukung oleh sarana dan partisipasi

keluarga dan petugas Kesehatan. Dan dengan demikian semua intervensi yang direncanakan dapat dilaksanakan dengan baik

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dan merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien ke arah pencapaian tujuan. Setelah dilaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari masalah Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif sebagian teratasi dengan hasil pasien mampu batuk dan mengeluarkan sputum. Masalah gangguan pertukaran gas teratasi dengan hasil pasien sudah tidak sesak napas dan O_2 sudah di lepas. Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi dengan hasil pasien menghabiskan 1 porsi makanan. Masalah perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi dengan hasil pasien tidak lagi lemah dan pusing. Masalah Intoleransi aktivitas teratasi dengan hasil pasien tidak lagi lemah dan dapat melakukan aktivitas secara mandiri. Masalah gangguan pola tidur teratasi dengan hasil pasien tidak lagi terbangun saat malam hari. Masalah risiko penularan infeksi teratasi dengan hasil klien dan keluarga memahami dan mengikuti apa yang dijelaskan.