

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 jalan Prof. Dr. W. Z. Yohanes. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah Ruangan Perawatan Khusus (RPK) dimana ruangan ini merupakan ruangan isolasi yang merawat pasien berpenyakit menular yang ditularkan lewat udara, percikan ludah, droplet (airbone). Ruangan Perawatan Khusus terdiri dari tiga ruangan dengan kapasitas sembilan tempat tidur yang terdiri dari ruangan Flamboyan A jumlah tiga tempat tidur, ruangan Flamboyan B tiga tempat tidur dan ruangan Flamboyan C tiga tempat tidur. Secara struktural RPK RSUD Ende terdiri atas kepala ruangan yang dibantu tenaga perawat sebanyak 12 orang yang dimana dalam pelayanan mereka dibagi kedalam tiga tim jadwal dinas. dinas pagi, sore dan malam.

2. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 09 Mei 2025, pukul 19:15

1) Identitas

a) Identitas Pasien

Pasien adalah seorang perempuan dengan inisial Ny. Y. N. W, berusia 41 tahun, beragama Katolik, dan berasal dari suku bangsa

Ende Lio. Ia telah menikah dan memiliki latar belakang pendidikan terakhir Sekolah Dasar (SD). Saat ini, pasien berdomisili di Jalan Ahmad Yani. Pasien masuk Rumah Sakit pada hari Jumat, 09 Mei 2025, dan pengkajian awal dilakukan pada hari yang sama. Berdasarkan catatan rekam medis dengan nomor 12-28-18, pasien datang dengan diagnosa medis: Tuberkulosis Paru

b) Identitas penanggung jawab

Nama Tn. F. F. A, usia 42 Tahun, hubungan keluarga suami, pekerjaan petani, alamat Jl. Ahmad Yani.

2) Status Kesehatan

a) Status Kesehatan Saat Ini

1) Keluhan Utama

Pasien mengeluh sesak napas

2) Riwaya Keluhan Utama

Pasien mengatakan sesak napas sejak dari tiga hari yang lalu, batuk berdahak campur darah sejak dari dua minggu yang lalu, nyeri di dada pada saat batuk, nyeri tertusuk-tusuk, berkeringat pada malam hari sejak dari tiga bulan lalu, nafsu makan tidak ada, mudah lelah saat melakukan aktivitas dan dibantu sebagian oleh keluarga saat melakukan aktivitas, ada riwayat demam.

3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit

Pasien mengatakan alasan masuk rumah sakit karena sesak napas sejak dari tiga hari yang lalu, batuk berdarah campur darah sejak dari dua minggu yang lalu, nyeri di dada pada saat batuk, nyeri tertusuk-tusuk, berkeringat pada malam hari sejak dari tiga bulan lalu, nafsu makan tidak ada, mudah lelah saat melakukan aktivitas, akhirnya keluarga membawa pasien ke RSUD Ende tepatnya di UGD pada hari jumat tanggal 09 Mei 2025, pada pukul 13.35 dan dilakukan pemeriksaan laboratorium BTA dan hasilnya positif, akhirnya dipindahkan ke Ruang Perawatan Khusus (RPK) pada hari jumat tanggal 09 Mei 2025 pukul 14. 55 dan dirawat inap.

4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Pasien mengatakan sebelum datang ke rumah sakit upaya yang dilakukan untuk mengatasi batuk berdarah dan nyeri dada yaitu minum air hangat.

b) Status Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan pernah menderita penyakit Tuberkulosis (TBC) pada tahun 2023. Saat itu, pasien sempat menjalani perawatan inap selama dua minggu di Rumah Sakit Umum Daerah Ende, sebelum melanjutkan terapi pengobatan TBC secara rawat jalan. Sesuai dengan standar pengobatan

TBC, pasien awalnya menjalani pengobatan selama enam bulan, namun kemudian terapi diperpanjang selama tiga bulan tambahan karena kondisi yang belum sepenuhnya membaik. namun, pasien mengakui bahwa konsumsi obat tidak dijalankan secara tuntas dan teratur hingga akhir masa pengobatan.

2) Pernah Dirawat

Pasien mengatakan pernah dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah Ende selama dua minggu dengan penyakit TBC di Tahun 2023 lalu.

3) Alergi

Pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi obat-obatan maupun alergi makanan dan minuman.

4) Kebiasaan (Merokok, Kopi, Alkohol)

Pasien mengatakan tidak ada riwayat merokok, minum kopi dan riwayat mengkonsumsi alkohol.

c) Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan bahwa dalam keluarganya terdapat riwayat penyakit lambung, yang dialami oleh beberapa anggota keluarga terdekat. Selain itu, pasien juga menyebutkan bahwa ayah kandungnya pernah menderita Tuberkulosis (TBC).

d) Diagnosa medis dan terapi yang didapat sebelumnya

Pasien Ny. Y. N. W. menyatakan bahwa dirinya pernah mendapatkan diagnosis medis Tuberkulosis (TBC) pada tahun 2023. Saat itu, pasien awalnya menjalani pengobatan selama enam bulan, namun kemudian terapi diperpanjang selama tiga bulan tambahan karena kondisi yang belum sepenuhnya membaik. Namun, pasien mengakui bahwa konsumsi obat tidak dijalankan secara tuntas dan teratur hingga akhir masa pengobatan.

3. Pola kebutuhan dasar (Bio-Psiko-Sosial-Kultural-Spirituan)**a. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan**

Pasien mengatakan kesehatan sangat penting. Ia menyampaikan bahwa baginya kesehatan adalah hal yang sangat berharga, dan menjadi bagian utama dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Oleh karena itu, setiap kali mengalami keluhan atau gangguan kesehatan, pasien selalu berinisiatif untuk datang ke fasilitas kesehatan guna mendapatkan pemeriksaan dan pengobatan yang tepat.

b. Pola Nutrisi-Metabolik

Pasien mengatakan sebelum sakit, memiliki pola makan yang teratur. Ia makan tiga kali sehari dengan porsi satu piring penuh yang selalu dihabiskan, tanpa adanya keluhan atau gangguan pencernaan. Nafsu makan pada saat itu berada dalam kondisi normal, dan asupan gizi tercukupi sesuai dengan kebutuhan hariannya. Namun, sejak sakit dan menjalani perawatan di rumah

sakit, pola makan pasien mengalami perubahan. Pasien makan dalam porsi kecil tapi sering, baik makanan yang disediakan oleh rumah sakit maupun dari makanan yang dibawa oleh keluarga yang menjenguk. Meski demikian, pasien sering tidak menghabiskan makanannya dan pasien mengatakan nafsu makan tidak ada.

c. Pola Eliminasi

1) BAB

Sebelum sakit, pasien mengatakan bahwa buang air besar (BAB) berlangsung lancar, dengan frekuensi sekitar 1 hingga 2 kali per hari, yang umumnya dipengaruhi oleh pola makan harian. Dalam kondisi tersebut, pasien tidak mengalami keluhan seperti nyeri, kesulitan, atau perubahan konsistensi feses. Namun, sejak dirawat di rumah sakit pada hari jumat, 09 Mei 2025, terjadi perubahan pada pola BAB pasien dan baru dua kali BAB, dengan konsistensi sedikit cair dan berwarna kuning.

2) BAK

Sebelum sakit, pasien mengatakan bahwa pola buang air kecil (BAK) berjalan normal dan lancar, dengan frekuensi satu hingga tiga kali dalam sehari. Selama periode tersebut, pasien tidak merasakan keluhan atau gangguan apa pun saat berkemih. Namun, sejak mengalami sakit, pasien melaporkan adanya penurunan frekuensi BAK, yakni menjadi hanya satu kali dalam sehari.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Aktivitas

Dalam menjalani masa perawatan, Ny. Y. N. W. masih mampu melakukan sebagian aktivitas secara mandiri, khususnya dalam hal makan dan minum, yang dilakukan tanpa bantuan. Namun, untuk aktivitas lainnya seperti ke kamar mandi, toileting (buang air), berpakaian, dan berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi atau sebaliknya, pasien membutuhkan bantuan penuh dari anggota keluarga.

2) Latihan

Pasien mengatakan sebelum sakit, ia melakukan pekerjaan sehari-hari sebagai Ibu rumah tangga yaitu mencuci pakaian, masak, sapu halaman, dan bahkan bekerja di sebuah usaha laundry. Namun, sejak kondisi kesehatannya menurun akibat Tuberkulosis Paru, aktivitas fisik pasien mengalami penurunan. Saat ini, pasien mengaku hanya mampu berbaring di tempat tidur sepanjang hari karena merasa tubuhnya lemas dan tidak bertenaga.

e. Pola Kognitif dan Persepsi

Selama masa perawatan, Ny. Y. N. W. menunjukkan kemampuan kognitif yang masih baik. Ia mampu merespons dengan tepat saat diajak berkomunikasi, menunjukkan bahwa kesadaran dan fungsi berpikirnya dalam batas normal. Ketika

ditanya mengenai informasi pribadi, pasien dapat menyebutkan namanya dengan benar serta mengingat tanggal lahirnya, yaitu 26 Desember 1984, dengan jelas dan tanpa ragu. Dari segi fungsi sensorik, pasien melaporkan bahwa penglihatannya masih jelas dan tidak mengalami gangguan visual. Begitu pula dengan pendengaran, pasien mampu menangkap percakapan dengan baik dan merespons suara secara adekuat. Hal ini menunjukkan bahwa fungsi sensorik pasien, baik visual maupun auditori, masih dalam kondisi normal, mendukung interaksi dan komunikasi efektif selama proses perawatan berlangsung.

f. Pola persepsi dan konsep diri

Pasien mengatakan ia seorang perempuan bernama Y. N. W, berusia 41 Tahun dan kerja di laundry sejak dari tahun 2023. Pasien adalah seorang istri bagi suaminya dan seorang ibu dari ke dua anaknya. Pasien mengatakan bersyukur dengan postur tubuhnya yang pas-pasan karena merupakan pemberian dari Tuhan. Pasien mengatakan jika ia sudah sembuh ingin bekerja lagi di laundry dan membantu suami yang mencari nafkah untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga. Saat ini pasien mengatakan bahwa ia mengetahui dirinya dan juga sebagai seorang pasien diruangan Perawatan Khusus (RPK).

g. Pola Tidur dan Istirahat

Sebelum sakit, pasien Ny. Y. N. W. memiliki pola tidur yang teratur dan cukup, di mana ia biasanya mulai tidur pada pukul 21.00 malam dan bangun sekitar pukul 05.00 pagi. Namun, sejak mengalami sakit, terutama dengan keluhan batuk akibat Tuberkulosis Paru, kualitas tidurnya mengalami penurunan. Pasien mengeluhkan bahwa tidurnya kini tidak nyenyak dan tidak merasa puas, serta sering terbangun di malam hari karena batuk yang mengganggu.

h. Pola Peran dan Hubungan

Pasien mengatakan berperan sebagai ibu rumah tangga, selama dirawat di rumah Sakit berhubungan baik dengan petugas kesehatan maupun keluarga dan pasien yang ada di ruangan RPK, sebelum sakit biasanya melakukan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga seperti memasak, cuci pakaian, membersihkan halaman rumah dan bekerja di laundry untuk mencari uang dan membantu suami yang mencari nafkah untuk istri dan anak demi memenuhi kebutuhan sehari-hari dan sangat aktif untuk bersosialisasi dengan masyarakat sekitar.

i. Pola Toleransi- Stress Koping

Klien mengatakan saat ada masalah dalam keluarga selalu menyelesaikan secara baik-baik dengan suami, saat ini klien

mengatakan bahwa ia tidak kuatir tentang penyakitnya dan merasa yakin bahwa ia akan sembuh.

j. Pola Nilai- Kepercayaan

Pasien mengatakan ia beragama katholik, sering pergi ibadah ke gereja dan selalu berdoa.

4) Pemeriksaan fisik

a. Keadaan Umum: baik, kesadaran composmentis. GCS: 15 V6 M5 E4. Tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, RR: 23x/m, Suhu: 36,3⁰C, SPO₂: 96%, tanpa O₂ 93 %. TB: 145 cm. BB: sebelum sakit: 52 kg, saat sakit : 44 kg. IMT: 20, 93 (Ideal). BBI: 38,25 kg.

b. Keadaan Fisik (IPPA)

1) Kepala

Inspeksi : Bentuk kepala simetris, rambut berminyak, kulit kepala bersih, tidak ada benjolan di kepala.

2) Wajah

Inspeksi : Kunjingtiva pucat, napas cuping hidung, mukosa bibir pucat dan kering, mulut kotor, terpasang O₂ nasal kanul 3 L/menit.

3) Dada

Inspeksi :Adanya retraksi dinding dada, ada otot bantu pernapasan. Palpasi : fokal fremitus: terdapat getaran yang lebih kuat di punggung sebelah kiri. Perkusi : saat di perkusi terdengar

suara pekak pada dada sebelah kiri. Auskultasi : saat di auskultasi terdengar suara napas ronchi

4) Integumen

Inspeksi: Akral teraba hangat, pucat, turgor kulit menurun.

5) Ekstermitas

Inspeksi: Terpasang stoper Infus Nacl 0,9% 8 tpm pada ekstermitas sebelah kiri, sejak dari UGD pada hari jumat 09 Mei 2025.

5) Pemeriksaan Penunjang

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

WBC: $8.37 \times 10^3 \mu\text{L}$ (nilai rujukan $3.60-11.00 \times 10^3 \mu\text{L}$), NET%: $52.8 \times 10^3 \mu\text{L}$ (nilai rujukan $50.0- 70.0 \times 10^3 \mu\text{L}$), HB: 9.0 g/dl (nilai rujukan 11.7- 15.5 g/dl), PLT: 408 u/l (nilai rujukan 150-440 u/l), SGOT: 55.5 u/l (nilai rujukan 0-35 u/l), SGPT: 45.8 u/l (nilai rukan 4-36 u/l).

b. Foto Rontgen

a) Foto Thoraks

Jantung dalam keadaan batas normal. Terdapat peradangan paru bagian kiri yang dicurigai sebagai infeksi tuberculosis yang masih aktif dan tidak ada kelainan pada tulang dada.

b) Pemeriksaan X-Ray Thorax Ap

Terdapat opasitas homogen di hemithorax sinistra yang menumpulkan sudut costophrenicus sinistra, tampak opasitas di lobus superior pulmo sinistra disertai pemeriksaan trakhea ke arah sinistra, tampak infiltrat di apex dan paricardial pulmo dextra, sinus costophrenicus dextra lancip, kedua diafragma licin dan tidak mendatar, cor sulit di evaluasi karena tertutup opasitas, sistema tulang yang tervisualisasi intak, efusi pleura sinistra, atelektasis, lobus superior pulmo sinistra, pneumonia dextra.

c) Pemeriksaan MTB/ RIF.

Pada pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak yang di temukan bakteri *Mycobacterium Tuberculosis Paru*.

d) Penatalaksanaan/ Pengobatan

Paracetamol 3 x 1 gr/ IV. Jam pemberian: 08.00, 14.00, 20.00, berfungsi mengurangi demam dan nyeri, kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap paracetamol, penyakit hati parah. Ceftriaxone 2 x 1 gr/ IV - Jam pemberian: 08.00, 20.00 obat antibiotik berfungsi untuk mengobati infeksi bakteri. kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap ceftriaxone atau antibiotik sejenis, neonatus dengan hiperbilirubinemia. Levofloxacin 1 x 500 mg/IV Jam pemberian: 08.00 berfungsi

untuk mengobati infeksi bakteri, kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap levofloxacin atau antibiotik sejenis, anak-anak, ibu hamil, dan ibu menyusui. Ondansetron 3 x 4 mg/IV Jam pemberian: 08.00, 14.00, 20.00 berfungsi untuk mencegah mual dan muntah, kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap ondansetron. Methylpredisolon 3 x4 mg/IV Jam pemberian: 08.00, 14.00, 20.00 Kortikosteroid berfungsi untuk mengurangi peradangan dan reaksi alergi, kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap methylprednisolon, infeksi sistemik tanpa pengobatan. Asam Tranaxamat 3 x 500 mg/IV Jam 08.00, 14.00, 20.00 berfungsi menghambat fibrinolisis untuk mengurangi perdarahan, kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap asam tranexamat, trombosis. Vitamin B6 1 x1 tab, Suplemen vitamin untuk menjaga kesehatan saraf dan metabolisme. kontraindikasi: Jarang memiliki kontraindikasi, namun perlu berhati-hati pada pasien dengan kondisi tertentu. Nebolizer ventolin 3 x 1/ inhalasi Jam pemberian: 08.00, 14.00, 20.00 Bronkodilator untuk mengobati asma dan COPD, kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap salbutamol. Salbutamol 3 x2 mg Jam pemberian: 08.00, 14.00, 20.00 Bronkodilator untuk mengobati asma dan COPD, kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap salbutamol. CTM 2 x 4 mg Jam pemberian: 08.00, 20.00 Antihistamin untuk

mengobati alergi, kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap chlorpheniramine. OAT 1 x 3 Tablet - Jam pemberian: 08.00
Obat Anti Tuberkulosis untuk mengobati TB, kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap obat TB, kondisi hati parah.

6) Tabulasi data

Pasien mengeluh sesak napas sejak dari tiga hari yang lalu, batuk berdahak bercampur darah sejak dari dua minggu yang lalu, nyeri di dada pada saat batuk, nyeri tertusuk-tusuk, berkeringat pada malam hari sejak dari tiga bulan lalu, nafsu makan tidak ada, makan sedikit tapi sering, mengalami penurunan berat badan, mudah lelah saat melakukan aktivitas dan di bantu sebagian oleh keluarga saat melakukan aktivitas, ada riwayat demam, sering terbangun pada malam hari karena batuk, tidur tidak merasa puas, ada sputum, warna sputum kuning beraroma bau amis, ada suara napas ronchi, napas cuping hidung, ada retraksi dinding dada, tampak gelisah, adanya otot bantu pernapasan, pasien nampak kurus, konjungtiva pucat, kulit pucat, mukosa bibir pucat dan kering, pada pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak yang ditemukan bakteri *Mycobacterium Tuberculosis Paru*, fokal fremitus: terdapat getaran yang lebih kuat di punggung sebelah kiri, torax terdapat peradangan ke dua paru bagian atas yang di curigai sebagai tuberculosis yang masih aktif dan tidak ada kelainan pada tulang dada, efusi pleura sinistra, atelektasis, lobus superior pulmo sinistra, pneumonia dextra, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, terpasang infus NaCl

0,9% 8 tpm, BB : 44 kg, TB: 145 cm, IMT: 20,93 BBI: 38,25 kg, WBC: $8.37 \times 10^3 \mu\text{L}$ (nilai rujukan $3.60-11.00 \times 10^3 \mu\text{L}$), NET%: $52.8 \times 10^3 \mu\text{L}$ (nilai rujukan $50.0- 70.0 \times 10^3 \mu\text{L}$), HB: 9.0 g/dl (nilai rujukan 11.7- 15.5 g/dl), PLT: 408 u/l (nilai rujukan 150-440 u/l), SGOT: 55.5 u/l (nilai rujukan 0-35 u/l), SGPT: 45.8 u/l (nilai rukan 4-36 u/l), GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.

7) **Klasifikasi data**

DS: Pasien mengeluh sesak napas sejak dari tiga hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, batuk berdahak bercampur darah sejak dari dua minggu yang lalu, nyeri di dada pada saat batuk, nyeri tertusuk-tusuk, skala nyeri 3 (nyeri ringan), berkeringat pada malam hari sejak dari tiga bulan lalu, nafsu makan tidak ada, makan sedikit tapi sering, mengalami penurunan berat badan, mudah lelah saat melakukan aktivitas dan di bantu sebagian oleh keluarga saat melakukan aktivitas, adanya riwayat demam, sering terbangun pada malam hari karena batuk, tidur tidak mera puas, adanya riwayat demam.

DO: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien nampak sesak napas, adanya sputum, warnah sputum kuning beraroma bau amis, adanya suara ronchi, napas cuping hidung, adanya retraksi dinding dada, gelisah, adanya otot bantu pernapasan, pasien nampak kurus, kunjungtiva pucat, mukosa bibir pucat dan kering,

fokal fremitus: terdapat getaran yang lebih kuat di punggu sebelah kiri, pada pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak yang di temukan bakteri *Mycobacterium Tuberculosis Paru*, terdapat peradangan ke dua paru bagian atas yang di curigai sebagai tuberculosis yang masih aktif dan tidak ada kelainan pada tulang dada, efusi pleura sinistra, atelektasis, lobus superior pulmo sinistra, pneumonia dextra, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm, BB : 44 kg, TB: 145 cm, IMT: 20,93 BBI: 38,25 kg, WBC: 8.37 x10³µL (nilai rujukan 3.60-11.00 x10³µL), NET%: 52.8 x10³µL (nilai rujukan 50.0- 70.0 x10³µL), HB: 9.0 g/dl (nilai rujukan 11.7- 15.5 g/dl), PLT: 408 u/l (nilai rujukan 150-440 u/l), SGOT: 55.5 u/l (nilai rujukan 0-35 u/l), SGPT: 45.8 u/l (nilai rukan 4-36 u/l), GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°c, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.

7) Analisa data

Tabel 4. 1 Analisa Data

Sgn/symptom	Etiologi	Masalah
DS: Pasien mengeluh sesak napas sejak dari tiga hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, batuk berdahak campur darah.	hipersekresi jalan napas	bersihan jalan napas tidak efektif
DO: Adanya suara napas ronchi, nampak batuk berdahak campur darah, adanya sputum, warna sputum kuning		

beraroma bau amis, terpasang O ₂ nasal kanul 3 lpm, RR: 23x/m, SpO ₂ : 96%.		
DS: Pasien mengeluh sesak napas sejak dari tiga hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit.	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif
DO: Pasien nampak sesak napas, napas cipung hidung, adanya otot bantu pernapasan, terpasang infus Nacl 0,9 % 8 tpm, terpasang O ₂ nasal kanul 3 lpm, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO ₂ : 96%.		
DS: Pasien mengatakan nyeri di dada saat batuk	Agan pencedera fisik	Nyeri akut
P: Nyeri saat batuk		
Q: Nyeri menetap		
R: Nyeri di dada sebelah kiri		
S: Skala nyeri 3 (nyeri ringan)		
T: Nyeri dirasakan selama 1-2 menit		
DO: Pasien tampak gelisah, tampak meringis saat batuk, tampak menunjukkan area yang nyeri di dada		
DS: Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena batuk, tidur tidak merasa puas.	Hambatan lingkungan	Gangguan pola tidur
DO: Konjungtiva pucat, mukosa bibir pucat dan kering, terpasang infus Nacl 0,9 % 8 tpm, terpasang O ₂ nasal kanul 3 lpm, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi:		

82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO ₂ : 96%.		
DS: Pasien mengatakan nafsu makan tidak ada, makan sedikit tapi sering, satu piring nasi tidak dihabiskan, pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan. BB sebalum sakit 55 kg.	Faktor psikologis (Stres, keenganan untuk makan)	efisit nutrisi
DO: Pasien tampak kurus, keadaan mulut kotor, terpasang infus Nacl 0,9 % 8 Tpm, terpasang O ₂ nasal kanul 3 lpm, BB : 44 kg, TB: 145 cm, IMT: 20,93 BBI: 38,25 kg, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO ₂ : 96%.		
DS: Mudah lelah saat melakukan aktivitas dan dibantu sebagian oleh keluarga saat melakukan aktivitas ke kamar mandi, atau berpondah posisi dari tempat tidur ke kursi ataupun sebaliknya, berkeringat pada malam hari sejak 3 bulan yang lalu.	Kelemahan	Intoleransi aktivitas
DO: Pasien nampak dibantu saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi dan berpindah tempat, terpasang infus Nacl 0,9 % 8 tpm, terpasang O ₂ nasal kanul 3 lpm, PLT: 408 u/l (nilai rujukan 150-440 u/l), SGOT: 55.5 u/l (nilai rujukan 0-35		

<p>u/l), SGPT: 45.8 u/l (nilai rukan 4-36 u/l), HB: 9.0 x10³μL, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3^oc, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.</p>		
Faktor resiko:	'eningkatan paparan organisme pathogen lingkungan	Resiko penyebaran infeksi
<p>Keluarga tampak tidak memaikai masker saat berada di ruangan perawatan khusus (PK), fokal fremitus: terdapat getaran yang lebih kuat di pungung sebelah kiri, Pada pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak yang di temukan bakteri <i>Mycobacterium Tuberculosis Paru</i>, fokal fremitus: terdapat getaran yang lebih kuat di pungung sebelah kiri, terdapat peradangan ke dua paru bagian atas yang di curigai sebagai tuberculosis yang masih aktif dan tidak ada kelainan pada tulang dada, efusi pleura sinistra, atelektasis, lobus superior pulmo sinistra, pneumonia dextra, terpasang infus Nacl 0,9 % 8 Tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, SGPT: 45.8 u/l (nilai rujukan 4-36 u/l), HB: 9.0 x10³μL</p>		

3. Diagnosa Keperawatan

- a) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Hiperekresi jalan napas ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan sesak napas sejak dari tiga hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, batuk berdahak campur darah.

DO: Adanya suara napas rochi, nampak batuk berdahak campur darah, adanya sputum, warnah sputum kuning beraroma bau amis, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3^oc, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.

- b) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas di tandai dengan:

DS: Pasien mengatakan sesak napas sejak dari tiga hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit.

DO: Pasien nampak sesak napas, napas cupung hidung, adanya otot bantu pernapasan, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3^oc, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.

- c) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik di tandai dengan:

DS: Pasien mengatakan nyeri di dada saat batuk

P: Nyeri saat batuk

Q: Nyeri menetap

R: Nyeri di dada sebelah kiri

S: Skala nyeri 3 (nyeri ringan)

T: Nyeri dirasakan selama 1-2 menit

DO: Pasien tampak gelisah, tampak meringis saat batuk, tampak menunjukkan area yang nyeri di dada sebelah kiri.

d) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena batuk, tidur tidak merasa puas.

DO: Konjungtiva pucat, mukosa bibir pucat dan kering, turgor kulit menurun, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.

e) Defisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (Stres, keanginan untuk makan ditandai dengan)

DO: Pasien mengatakan nafsu makan tidak ada, nafsu makan tidak ada, makan sedikit tapi sering, makan satu piring nasi tidak dihabiskan, pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan.

DO: Pasien tampak kurus, keadaan mulut kotor, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, BB : 44 kg, TB: 145 cm, IMT: 20,93 BBI: 38,25 kg, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.

f) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan:

DS: Mudah lelah saat melakukan aktivitas dan di bantu sebagian oleh keluarga saat melakukan aktivitas ke kamar mandi dan berpindah posisi dari tempat tidur ke kursi ataupun sebaliknya, berkeringat pada malam hari sejak tiga bulan yang lalu.

DO: pasien nampak dibantu saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi dan berpindah tempat, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, SGOT: 55.5 u/l (nilai rujukan 0-35 u/l), SGPT: 45.8 u/l (nilai rujukan 4-36 u/l), HB: 9.0 g/dl, GCS: 15 V6 M5 E4.

g) Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan ditandai dengan:

Faktor resiko: Keluarga tampak tidak memaikai masker saat berada di ruangan perawatan khusus (PK), fokal fremitus: terdapat getaran yang lebih kuat di punggung sebelah kiri, Pada pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak yang di temukan bakteri *Mycobacterium Tuberculosis Paru*, fokal fremitus: terdapat getaran yang lebih kuat di punggung sebelah kiri, terdapat peradangan ke dua paru bagian atas yang di curigai sebagai tuberculosis yang masih aktif dan tidak ada kelainan pada tulang dada, efusi pleura sinistra, atelektasis, lobus superior pulmo sinistra, pneumonia dextra, terpasang infus Nacl 0,9 % 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, PLT: 408 u/l

(nilai rujukan 150-440 u/l), SGOT: 55.5 u/l (nilai rujukan 0-35 u/l),
SGPT: 45.8 u/l (nilai rukan 4-36 u/l).

4. Intervensi Keperawatan

- a) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Hipersekresi jalan napas ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan sesak napas sejak dari tiga hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, batuk berdahak campur darah.

DO: Adanya suara napas ronchi, nampak batuk berdahak campur darah, adanya sputum, warnah sputum kuning beraroma bau amis, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3^oc, RR: 23x/m, SpO₂:96%.

Tujuan & Kriteria hasil:

Setelah dilakukan tindakan Asuhan Keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah bersihan jalan napas dapat teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Batuk efektif meningkat
- 2) Produksi sputum menurun
- 3) Dispnea membaik
- 4) Frekuensi napas membaik

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.

Edukasi

3) Berikan minum hangat

Rasional : Minum hangat dapat mengencerkan dahak (secret).

4) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari

Rasional: Agar kebutuhan cairan dapat terpenuhi dan bisa mengencerkan dahak

5) Ajarkan teknik batuk efektif

Rasional : Dapat mengeluarkan secret dari saluran pernapasan dan meningkatkan ekspansi paru.

6) Lakukan fisioterapi dada

Rasional: Membantu membersihkan secret dari bronkus dan mencegah penumpukan secret serta memperbaiki pergerakan dan aliran secret.

Kolaborasi

- 7) Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran

Rasional : Membantu memaksimalkan proses pengeluaran sputum.

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

DS: Pasien mengatakan sesak napas sejak dari tiga hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit.

DO: Pasien nampak sesak napas, napas cupung hidung, adanya otot bantu pernapasan, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV.TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3^oc, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.

Tujuan & Kriteria hasil

Setelah dilakukan tindajan Asuhan Keperawatan selam 3 x 24 jam diharapkan masalah nyeri akut dapat teratasi dengan kreteria hasil:

- 1) Dispnea menurun
- 2) Penggunaan otot bantu napas menurun
- 3) Pernapasan cuping hidung menurun
- 4) Frekuensi napas membaik
- 5) Kedalaman napas membaik

Intevensi keperawatan: Manajemen jalan napas (SIKI)

Observasi

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

Rasional: Frekuensi, irama, kedalaman, dan Upaya napas dapat menunjukkan pola napas yang tidak efektif.

- 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 air hangat

Rasional : Minum hangat dapat mengencerkan dahak (secret)

- 5) Berikan oksigen

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

Kolaborasi

6) Kolaborasi pemberian bronkodilator

Rasional: Bronkodilator meningkatkan ukuran lumen percabangan trakeobronkial, sehingga menurunkan tahanan terhadap aliran udara.

c) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik di tandai dengan:

DS: Pasien mengatakan nyeri di dada saat batuk

P: Nyeri saat batuk

Q: Nyeri menetap

R: Nyeri di dada sebelah kiri

S: Skala nyeri 3 (nyeri ringa)

T: Nyeri dirasakan selama 1-2 menit

DO: Pasien tampak gelisah, tampak meringis saat batuk, tampak menunjukkan area yang nyeri di dada sebelah kiri.

Tujuan & Kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan Asuhan Keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Gelisah menurun
- 4) Kesukitan tidur menurun

Intervensi: Manajemen Nyeri (SIKI)

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri.
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingankan nyeri

Terapeutik

- 4) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- 5) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (Mis, suhu ruangan, pencahayaan)

Edukasi

- 6) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 7) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 8) Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- 9) Kolaborasi pemberia analgetik
- e) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena batuk, tidur tidak merasa puas.

DO: Konjungtiva pucat, mukosa bibir pucat dan kering, turgor kulit menurun, terpasang infus Nacl 0,9 % 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm. GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3^oc, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.

Tujuan & kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan Asuhan Keperawatan selama 3 x 24 jam di masalah gangguan pola tidur dapat teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Kesulitan tidur menurun
- 2) Keluhan tidak puas tidur menurun
- 3) Keluhan pola tidur berubah menurun
- 4) Keluhan istirahat tidak cukup menurun

Intervensi keperawatan: Dukungan Tidur (SIKI)

Observasi

- 1) Identifikasi pola aktivitas
- 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur

Terapeutik

- 3) Modifikasi faktor pengganggu tidur (Mis, pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)
- 4) Fasilitasi menghilangkan stres

Edukasi

- 5) Jelaskan tidur yang cukup selama sakit
- 6) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
- 7) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur

- f) Defisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (Stres, keangasan untuk makan ditandai dengan):

DO: Pasien mengatakan nafsu makan tidak ada, nafsu makan tidak ada, makan sedikit tapi sering, satu piring nasi tidak dihabiskan, mengalami penurunan berat badan.

DO: Pasien tampak kurus, keadaan mulut kotor, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 tpm, BB : 44 kg, TB: 145 cm, IMT: 20,93 BBI: 28,25 kg, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu:36,3^oc, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.

Tujuan & kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan Asuhan Keperawatan selama 3 x 24 jam di masalah gangguan pola tidur dapat teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Berat badan membaik
- 2) Rekuensi napas membaik
- 3) Nafsu makan membaik

Intravena : Manajemen Nutrisi

Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi

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

- 2) Identifikasi makanan yang disukai

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

3) Monitor asupan makanan

Rasional : Memonitor asupan makanan dapat menentukan atau menilai status gizi, mengoptimalkan nutrisi, dan meningkatkan kualitas hidup.

4) Monitor berat badan

Rasional : mengukur berat badan rutin dapat membantu memantau perubahan berat badan dan mengembangkan rencana untuk mengoptimalkan berat badan.

Terapeutik

5) Sajikan makanan secara menarik.

Rasional: Makanan yang menarik dapat menarik minat pasien untuk makan.

6) Berikan makanan tinggi kalori tinggi protein

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

Kolaborasi

8) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan.

d) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan:

DS: Mudah lelah saat melakukan aktivitas dan dibantu sebagian oleh keluarga saat melakukan aktivitas ke kamar mandi dan berpindah posisi dari tempat tidur ke kursi ataupun sebaliknya, berkeringat pada malam hari sejak tiga bulan yang lalu.

DO: Pasien nampak dibantu saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi dan berpindah tempat, terpasang infus NaCl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, SGOT: 55.5 u/l (nilai rujukan 0-35), SGPT: 45.8 u/l (nilai rujukan 4-36), HB: 9.0 g/dl (nilai rujukan 11.7-15.5 g/dl), GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3^oc, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.

Tujuan & Kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan Asuhan Keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Saturasi oksigen meningkat
- 2) Keluhan lelah menurun
- 3) Dispnea saat aktivitas menurun
- 4) Dispnea setelah aktivitas menurun

Intervensi Keperawatan: Manajemen Energi (SIKI)

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.

Terapeutik

- 3) Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan

Rasional: Aktivitas distraksi yang menyenangkan dapat memberikan rasa nyaman pada klien.

Edukasi

- 5) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

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

Kolaborasi

- 6) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Rasional: Pemberian gizi yang cukup dapat meningkatkan energi klien.

- g) Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan ditandai dengan:

Faktor resiko: Keluarga tampak tidak memakai masker saat berada di ruangan perawatan khusus (PK), Pada pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak yang ditemukan bakteri *Mycobacterium tuberculosis paru*, terdapat peradangan ke dua paru bagian atas yang dicurigai sebagai tuberculosis yang masih aktif dan tidak ada kelainan pada tulang dada, efusi pleura sinistra, atelektasis, lobus superior pulmo sinistra, pneumonia dextra, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm, terpasang

O₂ nasal kanul 3 lpm, PLT: 408 u/l (nilai rujukan 150-440 u/l), SGOT: 55.5 u/l (nilai rujukan 0-35 u/l), SGPT: 45.8 u/l (nilai rukan 4-36 u/l),

Tujuan & Kreteria hasil

Setelah dilakukan tidakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan masah resiko penyebaran infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Kebersihan tangan meningkat
- 2) Kultur sputum membaik

Intervensi Keperawatan: Pencegahan Infeksi (SIKI)

Observasi

- 1) Monitor tanda dan 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 dan lingkungan pasien

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

Edukasi

- 3) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

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

4) Ajarkan etika batuk

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

5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan

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

6) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.

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

5. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan selesai dan dilakukan dari tanggal 09-11 Mei 2025.

a. Hari Pertama, jumat 09 Mei 2025, jam 19. 12

1) Diagnosa 1

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif antara lain: Mengukur tanda-tanda vital: TTV. TD: 110/80 mmHg, N: 82x/m, RR: 23x/m, Suhu: 36,2°C, SPO₂: 96%, Melayani injeksi vitamin K satu ampul di lengan kiri, Mengkaji keluhan pasien, Hasil: pasien mengatakan batuk campur darah, Mengidentifikasi kemampuan batuk Hasil: pasien mampu batuk dan mengeluarkan dahak campur darah. Memonitor adanya resistensi sputum, Hasil: Sputum berwarna kuning bercampur darah,

beraroma bau amis dan kental, Melakukan fisioterapi dada pada pasien untuk membantu mengencerkan dahak, Menganjurkan minum air hangat untuk mengencerkan dahak, Melayani nebu combiven 1 respul, Mengajarkan teknik batuk efektif dengan cara. Menganjurkan pasien duduk tegak, dengan kaki menyentuh lantai atau bersandar di tempat tidur, lalu pasien tarik napas dalam-dalam melalui hidung, ditahan selama beberapa detik. Kemudian batuk kuat Saat melepaskan napas, batukkan dengan kuat dan pendek, Setelah batuk, keluarkan dahak yang terlepas di tempat yang sudah disiapkan menganjurkan pasien diulangi: Lakukan langkah-langkah ini beberapa kali sesuai kebutuhan, Melayani pemberian obat Acetylcysteine 1 tablet/ oral.

2) Diagnosa II

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah pola napas tidak efektif antara lain: Mengkaji keluhan pasien Hasil: pasien mengatakan masih sesak napas, Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, dan usaha napas). Hasil: frekuensi napas 23x/m, adanya napas cuping hidung, adanya retraksi dinding dada, Memonitor bunyi napas tambahan (mis. ronkhi, mengi), Hasil: saat di auskultasi terdengar suara napa tambahan yaitu suara ronchi, Mengatur posisi semo-fowler untuk meningkatkan ekspansi paru dengan menaikan kepala tempat tidur dan mengalaskan bantal bagian kepala pasien

menjadi sudut antara 30-45 derajat, Kolaborasi pemberian O₂ nasal kanul 3 L/ menit, Melayani pemberian salbutamol 2 mg/ oral.

3) Diagnosa III

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut antara lain: Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Hasil: pasien mengatakan nyeri saat batuk, nyeri menetap, nyeri di dada, skala nyeri 3, nyeri disakan selama 1-2 menit, Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: pasien mengatakan skala nyeri yang di rasakan 3, Mengidentifikasi faktor yang memperberat rasa nyeri, Hasil: pasien mengatakan faktor yang memperberat nyeri yaitu saat batuk, Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam) dengan cara Mengatur Posisi pasien dengan nyaman, pastikan punggung lurus dan bahu rileks, Menganjurkan pasien tarik napas perlahan melalui hidung, isi perut dengan udara, dan tahan selama 1-2 detik, kemudian di hembuskan napas melalui mulut secara perlahan-lahan dan di ulangi sampai nyerinya hilang, Menjelaskan strategi meredakan nyeri seperti teknik relaksasi napas dalam dan kompres hangat atau kompres dingin, Menganjurkan teknik nonfarmakologis seperti yang sudah di ajarkan untuk mengurangi rasa nyeri. Melayani injeksi obat paracetamol 1 gr/ IV.

4) Diagnosa IV

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah intoleransi aktivitas antara lain: Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil: pasien mengatakan mudah lelah saat melakukan aktifitas seperti ke kamar mandi dan berpindah tempat, Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Hasil: pasien bisa ke kamar mandi namun masih dibantu oleh anaknya, Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan seperti mobilisasi ke kamar mandi sesuai toleransi pasien untuk mencegah terjadinya konstipasi (peningkatan motilitas usus) serta mencegah kekakuan pada sendi.

5) Diagnosa V

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan pola tidur antara lain: Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur. Hasil: pasien mengatakan sering terbsngun pada malam hsri dikarenakan batuk dan sesak napas. Modifikasi faktor pengganggu tidur dengan cara membatasi keluarga atau pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar pasien dapat beristirahat. Menjelaskan kepada pasien bahwa waktu tidur yang cukup dapat menambah energy dan mempercepat proses penyembuhan.

6) Diagnosa VI

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi antara lain: Melayani diet makan TKTP pada pasien. Melayani injeksi omeprazole 40 mg/ Iv. Mengidentifikasi status nutrisi. Hasil: Tinggi badan 145 cm, Berat badan 44 kg, IMT 20, BBI 40,5 kg. Memonitor asupan makanan. Hasil: pasien mengatakn nafsu makan tidak ada, biasanya makan sedikit tapi sering, satu piring nasi makan tidak dihabiskan. Menganjurkan keluarga untuk selalu menyajikan makanan yang disukai dan dengan tampilan yang menarik serta masih hangat dan tetap memperhatikan diet pasien. Menganjurkan kepada pasien untuk melakukan oral hygiene sebelum makan. Menganjurkan pasien untuk makan sedikit demi sedikit dengan frekuensi sering.

7) Diagnosa VII

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko penyebaran infeksi antara lain: Menggunakan APD sebelum melakukan tindakan. Melayani ijeksi asam tranaxamet acid 500 mg/ IV. Menganjurkan kepada keluarga untuk menggunakan APD seperti masker jika berada dalam ruangan agar tidak penularan penyakit. Melayani injeksi ceftruxone 1 gr/ IV. Melayani pemberian OAT 1 tablet/ oral. Melayani injeksi Levofloxacin 500 mg/IV. Menganjurkan pasien dan keluarga tentang etika batuk dan cuci tangan yang benar dengan mengulang kembali langkah-

langkahnya. Hasil: pasien dan keluarga mengerti cara etika batuk dan cuci tangan. Cara etika batuk yang benar adalah batuk dengan menutup mulut dengan menggunakan lengan bagian dalam serta menggunakan tisu. Sedangkan cuci tangan dengan menggunakan antiseptic atau hand rub yaitu dengan teteskan handwash/handrub 3-5 tetes kemudian menggosokkan kedua telapak tangan, punggung tangan dan sela-sela jari, mengunci tangan, menggosokkan ibu jari dengan gerakan memutar, kemudian ujung-ujung kuku.

b. Hari kedua, sabtu 10 Mei 2025

1) Diagnosa I

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif antara lain: melayani pemberian Nebolizer Ventolin 1/ inhalasi. Mengkaji keluhan pasien, Hasil: pasien mengatakan masih batuk, Mengidentifikasi kemampuan batuk, Hasil: pasien mengatakan mampu batuk dan masih ada sedikit flek darah. Melakukan fisioterapi dada pada pasien untuk membantu mengencerkan secret. Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik batuk efektif agar dapat mengeluarkan secret dengan cara. Menganjurkan pasien duduk tegak, dengan kaki menyentuh lantai atau bersandar di tempat tidur, lalu pasien tarik napas dalam-dalam melalui hidung, ditahan selama beberapa detik. Kemudian batuk kuat Saat melepaskan napas, batukkan dengan kuat dan pendek, Setelah batuk, keluarkan dahak yang terlepas di tempat yang sudah

disiapkan menganjurkan pasien diulangi: Lakukan langkah-langkah ini beberapa kali sesuai kebutuhan, Melayani pemberian obat Acetylcysteine 1 tablet/ oral. Menganjurkan pasien untuk minum air hangat untuk mengencerkan dahak.

2) Diagnosa II

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah pola napas tidak efektif antara lain: Mengkaji keluhan pasien, Hasil: pasien mengatakan masih sesak napas. Memonitor suara napas tambahan, Hasil: masih terdengar suara napas ronchi saat di auskultasi. Mengatur posisi semi fowler dengan mengalaskan dua bantal di bagian kepala dan meningikan bagian kepala tempat tidur pasien. Melayani salbotamol 2mg.

3) Diagnosa III

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut antara lain: mengkaji keluhan pasien, Hasil: pasien mengatakan nyeri di dada saat batuk sudah berkurang, skala nyeri 2 (nyeri ringan). Menjelaskan strategi meredakan nyeri seperti teknik relaksasi napas dalam dan kompres hangat atau kompres dingin. menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, Menganjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam) dengan cara: Mengatur Posisi pasien **dengan nyaman, pastikan punggung lurus dan bahu rileks**, lalu menganjurkan pasien tarik napas perlahan-lahan melalui hidung dan tahan selama

1-2 detik, kemudian di hembuskan napas melalui mulut secara perlahan-lahan dan di ulangi sampai nyerinya hilang.

4) Diagnosa IV

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah intoleransi aktivitas antara lain: Mengkaji aktivitas pasien, Hasil: Pasien mengatakan masih lemah saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Hasil: pasien mengatakan ke dua kaki terasa lemah saat melakukan aktifitas seperti ke kamar mandi dan berpindah tempat. Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap seperti duduk di sisi tempat tidur, berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi atau berjalan di dalam ruangan atau ke kamar mandi. Melakukan pengukuran kekuatan otot pasien (nilai kekuatan otot 4, mampu melakukan gerakan normal tetapi belum dapat menahan tahanan maksimal).

5) Diagnosa V

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan pola tidur antara lain: Mengidentifikasi pola aktivitas, Hasil: pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena batuk. Memodifikasi faktor pengganggu tidur dengan cara membatasi keluarga atau pengunjung agar pasien dapat beristirahat, Menjelaskan kepada pasien bahwa waktu tidur yang cukup dapat menambah energy dan mempercepat proses penyembuhan.

6) Diagnosa VI

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah defisit nutri antara lain: Memonitor asupan makanan, Hasil: Menganjurkan pasien untuk tetap diet tinggi kalori dan protein, Hasil: pasien mengkonsumsi makanan yang didapat dari rumah sakit seperti nasi, putih telur, sayur, tahu tempe, ikan dan buah pisang. Menganjurkan keluarga untuk menyajikan makanan yang disukai dan dengan tampilan yang menarik serta masih hangat. Menyanjurkan pasien untuk makan sedikit demi sedikit dengan frekuensi sering.

7) Diagnosa VII

Tindakan yang diberikan untuk mengatasi masalah resiko penyebaran infeksi antara lain: Memakai makai APD lengkap sbelum melakukan tindakan. Menganjurkan pasien dan keluarga untuk tetap menggunakan masker selama periode pengobatan TB. Hasil : keluarga pasien tidak menggunakan masker saat berada di ruangan RPK Menganjurkan pasien dan keluarga untuk membatasi pengunjung. Melakukan edukasi kesehatan tentang Tuberculosis paru seperti menjelaskan pengertian TB, tanda dan gejala TB, cara pencegahan, cara penularan TB dan komplikasi dari TB. Hasil: pasien mampu mengetahui dan menjelaskan cara penularan TB, tanda dan gejala dari Tuberculosis pari.

6. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam keperawatan untuk menilai keberhasilan tindakan asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi pada Ny. S. N .W dilaksanakan sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan baik secara subjektif maupun objektif menggunakan evaluasi SOAP.

a. Hari pertama, jumat 09 Mei 2025

1. Diagnosa I

S: Pasien mengatakan masih sesak napas berdahak campur darah, sputum berwarna kuning kental campur darah, aroma sputum bau amis, pasien mengatakan sudah sedikit paham terkait teknik batuk efektif yang sudah diajarkan.

O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien tampak sesak napas, tampak adanya sputum dan bercampur darah, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm, GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36^oc, RR: 23x/m, SpO₂:96%.

A: Masalah bersihan jalan napas belum teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan.

2. Diagnosa II

S: pasien mengatakan masih sesap napas

O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien tampak masih sesak napas, adanya napas cuping hidung, retraksi dinding

dada, adanya suara napas ronchi, terpasang O₂ nasal kanul 3 L/menit, terpasang infus NaCl 0,9%. GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36^oc, RR: 23x/m, SpO₂:96%.

A: Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan.

3. Diagnosa III

S: Pasien mengatakan masih merasakan nyeri saat batuk, skala nyeri 3, faktor yang memperberat rasa nyeri yaitu saat batuk dan sedikit paham terkait teknik relaksasi napas dalam yang sudah di ajarkan.

O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, skala nyeri 3 (nyeri ringan), pasien tampak sedikit paham terkait teknik relaksasi napas dalam yang sudah di ajarkan, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, terpasang infus NaCl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm. GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36^oc, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.

A: Masalah nyeri akut belum teratasi

P: Intervensi di lanjutkan

4. Diagnosa IV

S: Pasien mengatakan masih mudah lelah saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi dan berpindah tempat.

O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien nampak kelelahan saat berpindah tempat, ke kamar mandi dan dibantu oleh anaknya, terpasang O₂ nasal kanul 3 L/ menit, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm. GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36°c, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.

A: Masalah Intoleransi belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

5. Diagnosa V

S: Pasien mengatakan tidur tidak merasa puas, masih sering terbangun pada malam hari karena batuk.

O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, conjunctiva pucat, mukosa bibir pucat dan kering, terpasang O₂: nasal kanul 3 lpm, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm. GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36°c, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.

A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan.

6. Diagnosa VI

S: Pasien mengatakn nafsu makan tidak ada, biasanya makan sedikit tapi sering, satu piring nasi makan tidak dihabiskan dan sudah pahan terkait yang sudah di ajurkan.

O: Keadaan umum baik kesadaran composmentis, pasien makan dalam satu porsi di habiskan ½ porsi dengan jenis makanan nasi,

sayur, tahu, ikan dan buah pisang yang didapatkan dari rumah sakit, terpasang O₂ nasal kanul 3 L/ menit, pasien terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm. GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36^oc, RR: 23x/m, SpO₂: 96%

A: Masalah Defisit nutrisi belum terasi

P: Intervensi dilanjutkan

7. Diagnosa VII

S: Pasien mengatakan masih batuk berdahak campur darah dan sudah paham terkait etika batuk dan cara mencuci tangan yang benar menggunakan handrub yang sudah di ajarkan.

O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien dan keluarga tampak paham terkait etika batuk dan cara mencuci tangan, namun keluarga dan pasien tidak memakai masker, wadah tempat pembuangan sputum tidak ada, terpasang O₂ nasal kanul 3 L/ menit, pasien terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm. GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36^oc, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.

A: Masalah resiko penyebaran infeksi belum teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan.

b. Hari ke dua sabtu 10 Mei 2025

1. Diagnosa I

S: Pasien mengatakan masih sesak napas, batuk berdahak campur darah.

O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien tampak masih sesak napas, batuk berdahak campur darah, terpasang O₂ nasal kanul 3 L/ menit, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm, TTV. TD: 110/85 mmHg, Nadi: 85 x/m, suhu: 36,5°C, RR: 23 x/m, SPO₂: 98%.

A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

2. Diagnosa II

S: Pasien mengatakan masih sesak napas

O: Keadaan umum baik kesadaran composmentis, adanya napas cuping hidung, suara ronchi, terpasang O₂ nasala kanul 3 L/menit, TTV. TD: 110/85 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36,5°C, RR: 21x/m, SpO₂:98%.

A: Masalah polanapas tidak efektif belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan.

3. Diagnosa III

S: Pasien mengatakan nyeri didada saat batuk sudah berkurang dan skala nyeri 2 (ringan).

O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien tampak meringis saat batuk, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, terpasang infus Nacl 0,9% 8 L/menit, TTV. TD: 110/85 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36,5°C, RR: 21x/m, SpO₂:98%.

A: masalah nyeri akut sebagian teratasi

P: Intervensi 6-9 di lanjutkan

4. Diagnosa IV

S: Pasien mengatakan kelelahan saat beraktivitas sudah berkurang namun masih di bantu saat ke kamar mandi

O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien tampak di bantu saat berjalan ke kamar mandi dan berpindah dari tempat tidur ke kursi, terpasang O₂ nasala kanul 3 L/menit, terpasang infus Ncl 0,9% 8 tpm, TTV. TD: 110/85 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36,5°C, RR: 21x/m, SpO₂:98%.

A: Masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

5. Diagnosa V

S: Pasien mengatakan dapat tidur dengan baik dan nyenyak, hanya 1 kali bangun karena batuk

O: Keadaan umum baik, kesadaran compokmentis, terpasang O₂ nasala kanul 3 L/menit, terpasang infus Ncl 0,9% 8 tpm, TTV. TD: 110/85 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36,5°C, RR: 21x/m, SpO₂:98%.

A: Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian

P: Intervensi di pertahankan

6. Diagnosa VI

S: Pasien mengatakn nafsu makan sudah sedikit membaik

O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, porsi makanan yang dihabiskan 1 opreng yang dibagikan dari rumah sakit dihabiskan, terpasang O₂ nasala kanul 3 L/menit, terpasang infus Ncl 0,9% 8 tpm, TTV. TD: 110/85 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36,5°C, RR: 21x/m, SpO₂:98%.

A: Masalah defisit nutrisi teratasi sebagian.

P: Intervensi di pertahankan.

7. Diagnosa VII

S: Pasien mengatakan masih batuk berdahak campur darah

O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, keluarga tampak menggunakan masker dan pasien membuang sputum di wadah yang dicampurkan dengan cairan desinfektan, terpasang O₂ nasala kanul 3 L/menit, terpasang infus Ncl 0,9% 8 tpm, TTV. TD: 110/85 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36,5°C, RR: 21x/m, SpO₂:98%.

A: Masalah Resiko penyebaran infeksi sebagian teratasi

P: Intervensi dipeertahankan.

c. Catatan perkembangan hari ke tiga, minggu 11 Mei 2025

1. Diagnosa I

S: Pasien mengatakan masih batuk, batuk campur darah sedikit

O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien tampak masih batuk dan adanya sputum, terpasang infus Ncl

0,9% 8 tpm, TTV. TD: 120/75 mmHg, Nadi: 89 x/m, Suhu: 36,4°C, RR: 20x/m, SpO₂:99%.

A: Masalah bersihan jalan napas teratasi sebagian

P: Intervensi di pertahankan

I: Mengidentifikasi kemampuan batuk Hasil: Pasien mengatakan mampu batuk dan flek darah sedikit, Melakukan fisioterapi dada pada pasien untuk membantu mengencerkan secret. Mengajarkan pasien untuk melakukan teknik batuk efektif agar dapat mengeluarkan secret. Mengajarkan pasien untuk minum air hangat untuk mengencerkan dahak, Melayani pemberian Nebolizer.

E. Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien mengatakan masih batuk dan batuk darah sedikit, terpasang infus Ncl 0,9% 8 tpm. Masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi.

2. Diagnosa II

S: Pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang

O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang, napas ciping hidung dan otot bantu pernapasan sudah tidak ada, terpasang infus Ncl 0,9% 8 tpm, TTV. TD: 120/75 mmHg, Nadi: 89 x/m, Suhu: 36,4°C, RR: 20x/m, SpO₂:99%.

A: Masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi.

P: Intervensi dipertahankan

I: Memberikan oksigen nasal kanul 3 L/menit, Hasil: pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang dan pakai oksigen kadang-kadang.

E: Keadaan umum baik: kesadaran composmentis, pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang, memakai oksigen sudah kadang-kadang, napas cuping hidung sudah tidak ada, terpasang infus Ncl 0,9% 8 tpm, TTV. TD: 120/75 mmHg, Nadi: 89 x/m, Suhu: 36,4°C, RR: 20x/m, SpO₂99%, masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi.

3. Diagnosa III

S: Pasien mengatakan sudah tidak nyeri lagi pada saat batuk.

O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, terpasang infus Ncl 0,9% 8 tpm. TTV. TD: 120/75 mmHg, Nadi: 89 x/m, Suhu: 36,4°C, RR: 20x/m, SpO₂: 99%.

A: Masalah nyeri akut teratasi

P: Intervensi dihentikan

4. Diagnosa IV

S: Pasien mengatakn kelelahan saat beraktivitas sudah tidak lagi dan ke kamar mandi sudah bisah sendiri tanpa di bantu.

O: Keadaan umum baik, kesdaran composmentis, pasien sudah bisah kekamar mandi secara mandiri tanpa di bantu oleh keluarganya,

terpasang infus Ncl 0,9% 8 Tpm. TTV. TD: 120/75 mmHg, Nadi: 89 x/m, Suhu: 36,4°C, RR: 20x/m, SpO₂: 99%.

A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi

P: Intervensi dihentikan

5. Diagnosa V

S: Pasien mengatakan tidur sering terbangun pada malam hari sudah tidak lagi, sudah tidur nyenyak semalam dan tidur dimulai dari jam 22:00 sampai dengan jam 5 pagi.

O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, terpasang infus Ncl 0,9% 8 tpm.TTV. TD: 120/75 mmHg, Nadi: 89 x/m, Suhu: 36,4°C, RR: 20x/m, SpO₂: 99%.

A: Masalah gangguan pola tidur teratasi

P: Intervensi dihentikan

6. Diagnosa VI

S: Pasien mengatakan nafsu makan sudah membaik dan makan dalam satu porsi piring nasi dihabiskan walaupun makan sedikit demi sedikit.

O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien makan dalam satu piring nasi dihabiskan, terpasang infus Ncl 0,9% 8 tpm, TTV. TD: 120/75 mmHg, Nadi: 89 x/m, Suhu: 36,4°C, RR: 20x/m, SpO₂:99%.

A: Masalah defisit nutri teratasi

P: Intervensi dihentikan.

7. Diagnosa VII

S: Pasien mengatakan masih batuk berdahak

O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentik, pasien tampak masih batuk, keluarga pasien tampak tidak menggunakan masker dan anaknya tidur bersamaan dengan ibunya dan tidak memakai masker, pasien membuang dahak di wadah yang berisi cairan desinfektan, terpasang infus Ncl 0,9% 8 tpm.TTV. TD: 120/75 mmHg, Nadi: 89 x/m, Suhu: 36,4°c, RR: 20x/m, SpO₂: 99%.

A: Masalah resiko penyebaran infeksi teratasi sebagian

P: Intervensi dipertahankan

I: Menganjurkan pasien dan keluarga untuk tetap menggunakan masker selama periode pengobatan TB Hasil : keluarga pasien tidak menggunakan masker saat berada di ruangan RPK, Menganjurkan pasien dan keluarga untuk membatasi pengunjung, Melakukan edukasi kesehatan tentang Tuberculosis paru seperti menjelaskan pengertian TB, tanda dan gejala TB, cara pencegahan, cara penularan TB dan komplikasi dari TB Hasil: pasien mampu mengetahui dan menjelaskan cara penularan TB, tanda dan gejala dari TB.

E: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien tampak masih batuk, pasien dan keluarga pasien tampak menggunakan masker, pasien tampak membuang sputum di wadah yang berisi cairan desinfektan, pasien mampu menjelaskan cara pularan TB

seperti menular melalui udara saat penderita TBC batuk, bersin, atau berbicara, dan cara pencegahan menggunakan masker, menyelesaikan pengobatan yang telah diberikan oleh dokter, terpasang infus Ncl 0,9% 8 tpm, TTV. TD: 120/75 mmHg, Nadi: 89 x/m, Suhu: 36,4°C, RR: 20x/m, SpO₂: 99%, masalah resiko penyebaran infeksi sebagian teratasi, intervensi di hentikan.

B. PEMBAHASAN

Asuhan keperawatan pada pasien dengan TB Paru menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada pasien Ny. Y. N. W di Ruang Perawatan Khusus (RPK).

1. Pengkajian

Hasil pengkajian pada hari jumat 09 April 2025 pukul 19.00, Pasien mengalah sesak napas, batuk berdahak bercampur darah, nyeri dada, nyeri tertusuk-tusuk, keringat pada malam hari, nafsu makan tidak ada, makan sedikit tapi sering, penurunan berat badan, mudah lelah, dibantu saat melakukan aktivitas, ada riwayat demam, sering terbangun pada malam hari karena batuk, tidur tidak merasa puas, ada sputum, warna sputum kuning beraroma bau amis, ada suara ronchi, napas cuping hidung, ada retraksi dinding dada, tampak gelisah, ada otot bantu pernapasan, pasien nampak kurus, konjungtiva pucat, mukosa bibir pucat dan kering, pada

pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak yang ditemukan bakteri *Mycobacterium tuberculosis Paru*, fokal fremitus: terdapat getaran yang lebih kuat di punggung sebelah kiri.

Hasil pengkajian pasien Ny. Y. N. W mengalami sesak napas, batuk berdahak campur darah adalah akibat dari infeksi TB yang menyebabkan terjadinya kerusakan pada jaringan paru, obstruksi saluran napas atau kondisi dimana terjadinya penyumbatan atau penyempitan disaluran napas yang dapat menyebabkan gangguan pernapasan. Kumar et al., (2022).

Napas cuping hidung (nasal flaring) merupakan tanda klinis dari distress pernapasan, dan sering ditemukan pada pasien dengan penyakit paru termasuk tuberculosis (TBC) paru terutama pada anak-anak atau orang dewasa. Menurut penelitian Yadav et al., (2022), pasien TBC mengalami napas cuping hidung karena adanya kerusakan jaringan paru, efusi pleura, atau obstruksi saluran pernapasan yang menyebabkan penurunan oksigenasi. Untuk mengatasi hipoksia tubuh berusaha meningkatkan kerja napas. Cuping hidung akan melebar saat inspirasi sebagai upaya tubuh untuk memperluas masuknya udara.

Batuk berdahak pada pasien TBC terjadi karena infeksi bakteri menyebabkan peradangan dan kerusakan jaringan paru, sehingga merangsang produksi lendir dan memicu refleks batuk untuk membersihkan saluran napas, maka terjadi peradangan kronis jaringan alveolus dan dinding kapasitas paru pada saat batuk terus-menerus

sehingga dinding kapasitas atau pembuluh darah disekitarnya pecah dan mengakibatkan perdarahan. (Mulyadi 2022).

Berkeringat pada malam hari disebabkan oleh reaksi sistem imun tubuh memproduksi sel darah putih (sistem imun) untuk melawan bakteri TB. Proses ini dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh, meskipun ringan, dapat memicu tubuh untuk berkeringat. Keringat ini biasanya lebih terasa di malam hari karena tubuh sedang dalam keadaan istirahat, sehingga proses peningkatan suhu tubuh lebih mudah terjadi.

Penurunan berat badan pada pasien TBC disebabkan oleh beberapa faktor, di antaranya: hilangnya nafsu makan (anoreksia) yang mengakibatkan asupan nutrisi yang berkurang, sehingga tubuh tidak dapat memenuhi kebutuhan energi dan nutrisi yang dibutuhkan, Peningkatan metabolisme, tubuh membutuhkan energi yang lebih banyak untuk mengurangi infeksi TBC, sehingga terjadi peningkatan metabolisme yang menyebabkan pembakaran kalori dan lemak yang lebih banyak.

Pada pasien TBC, adanya dahak (sputum) merupakan tanda adanya infeksi bakteri di paru-paru yang menyebabkan peradangan dan peningkatan produksi lendir. Menurut Lee et al., (2022). Pasien dengan Tuberkulosis (TBC) mengalami produksi dahak sebagai akibat dari infeksi dan peradangan pada saluran pernapasan, terutama pada paru-paru. Dahak muncul karena reaksi tubuh dalam membersihkan saluran pernapasan dari sel mati, bakteri, dan produksi inflamasi. Infeksi *Mycobacterium*

tuberculosis merusak jaringan paru, menyebabkan inflamasi dan nekrosis (kematian jaringan), kemudian tubuh merespons dengan meningkatkan produksi mukus (lendir) untuk melindungi dan membersihkan saluran pernapasan dari patogen dan proses ini merangsang refleksi batuk produktif, yaitu batuk berdahak untuk mengeluarkan mukus.

Suara napas ronchi adalah suara tambahan (adventitious) yang terdengar kasar dan biasanya timbul karena adanya cairan atau sekret di saluran napas besar (bronkus). Ronchi sering kali bersifat low-pitched (frekuensi rendah), terdengar seperti "mendengkur", dan dapat berubah atau menghilang setelah batuk, timbulnya suara ronchi karena peradangan bronkus. (Mattaqin. 2017).

Manifestasi klinis menurut Guanabara et al., (2020) yaitu batuk ≥ 2 minggu, batuk dapat disertai nyeri dada, batuk berdahak dapat bercampur darah, sesak napas, malaise atau mudah lelah, mengingil/demam, berat badan yang turun selama tiga bulan berturut-turut, batuk yang bersifat nonremitting (tidak pernah reda atau intensitas semakin lama semakin parah), tidak adanya nafsu makan atau berkurang, mual muntah, berkeringat pada malam hari walaupun tanpa aktifitas fisik, napas cuping hidung, penggunaan otot bantu pernapasan, batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, gelisah, suhu tubuh diatas nilai normal, kejang, kulit terasa hangat, napas cuping hidung, mukosa bibir kering, pucat, terdengar suara napas tambahan seperti ronchi, wheezing, mengik, adanya sputum.

Hal ini terdapat kesenjangan antara teori dan kasus pada pasien Ny. Y. N. W dimana tidak ditemukan suhu tubuh diatas normal (demam), kejang. Demam dan kejang terjadi karena efek pertahanan tubuh (sel darah putih) melawan bakteri. Pernyataan ini didukung oleh Rahman (2022) yang menyatakan bahwa penyebab dari demam akibat proses penyakit. Namun pada kasus Ny. Y. N. W tidak ditemukan demam karena hasil pengkajian menunjukkan bahwa suhu tubuh pasien berada dalam batas normal, yaitu $36,3^{\circ}\text{C}$, jauh dari ambang batas yang menunjukkan demam ($>38^{\circ}\text{C}$) dan juga dalam hal ini pasien telah menjalani pengobatan TBC, yang telah menekan aktivitas bakteri dan mengurangi peradangan aktif dalam tubuh. Ditambah lagi, daya tahan tubuh pasien masih berada dalam kondisi baik, sebagaimana ditunjukkan oleh hasil laboratorium WBC sebesar $8,37 \times 10^4/\mu\text{L}$, yang masih berada dalam rentang normal.

2. Diagnosa keperawatan

Hasil pengkajian pada pasien Ny. Y. N. W terdapat diagnosa keperawatan yaitu: Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi. Menurut Doenges, M & Murr (2019) mengatakan bahwa bersihan jalan napas tidak efektif adalah ketidakmampuan individu untuk membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas agar napas tetap lancar. Pada pasien TBC kondisi ini sangat umum terjadi karena adanya hipersekresi mukus dan produksi sputum yang meningkat sebagai respons inflamasi terhadap infeksi *Mycobacterium tuberculosis paru*. hipersekresi terjadi akibat proses inflamasi kronis di paru yang merangsang kalenjer

golbet dan sel-sel mukosa untuk memproduksi mukus berlebihan. Hal ini dapat menyumbat jalan napas dan mengganggu pertukaran gas, sehingga menyebabkan bersihan jalan napas tidak efektif. Ketika sputum tidak dapat dikeluarkan secara adekuat, akan terjadi penumpukan sekret yang meningkatkan resiko hipoksemia dan infeksi sekunder.

Diagnosa kedua adalah Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas adalah ketidakmampuan seseorang menarik atau menghembuskan napas dengan baik. Hal ini secara langsung mempengaruhi efektivitas pola napas. Ketika upaya napas terhambat, tubuh akan berkompensasi dengan mengubah pola napas, misalnya menjadi cepat, dangkal, atau menggunakan otot bantu napas. Menurut Guyton dan Hall (2016), hambatan upaya napas dapat menyebabkan peningkatan tekanan intrapleural dan penurunan volume tidal, sehingga mempengaruhi efisiensi proses bernapas.

Diagnosa ketiga adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Menurut Guyton & Hall, (2021) batuk merupakan gejala utama akibat iritasi dan peradangan saluran napas oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Batuk yang intens dan berulang menimbulkan tekanan yang berlebihan pada otot-otot toraks, tulang iga, dan jaringan pleura (lapisan paru-paru) dengan demikian batuk itu sendiri berperan sebagai agen pencedera fisik yang memicu dan memperburuk nyeri dada.

Diagnosa keempat adalah gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, Pasien dengan Tuberkulosis (TBC) sering

mengalami gangguan pola tidur akibat kombinasi dari faktor fisik, psikologis, dan farmakologis, antara lain seperti batuk kronis, terutama pada malam hari, sesak napas, dan keringat malam dapat menyebabkan pasien terbangun berulang kali atau sulit memulai tidur. (Zhou et al., 2014)

Diagnosa kelima adalah defisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (Stres, keengganan untuk makan), menurut penelitian Katz (2018) mengatakan bahwa pasien TBC dapat mengalami stres dan keengganan untuk makan karena gejala penyakit seperti demam, batuk, kelelahan dapat menyebabkan keengganan untuk makan dan pengaruh pengobatan. Obat anti-TBC juga dapat menyebabkan efek sampingan seperti mual dan muntah, yang dapat menyebabkan keengganan untuk makan.

Diagnosa keenam intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, Menurut artikel yang dipublikasikan di *Journal of Nursing Science* (2018), kelemahan otot adalah salah satu faktor yang mempengaruhi intoleransi aktivitas pada pasien dengan kondisi medis tertentu. Kelemahan dapat menyebabkan penurunan mobilitas, sehingga individu mengalami kesulitan untuk melakukan aktivitas yang memerlukan pergerakan.

Diagnosa ketujuh adalah resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan. Menurut Murray & Rosenthal (2020) Organisme patogen seperti bakteri, virus, jamur, dan parasit dapat ditemukan di lingkungan, termasuk di air, tanah, makanan, dan

udara. Ketika individu terpapar lingkungan yang tidak higienis atau tercemar, maka berisiko tinggi terinfeksi, apalagi jika sistem imun lemah.

Diagnosa keperawatan yang ada pada teori tetapi tidak ada dikasus adalah gangguan pertukaran gas berhubungan perubahan membran alveolus-kapiler, diagnosa ini tidak ditegakan karena tidak ditemukan keluhan seperti penglihatan kabur, kesadaran menurun, sianosis dan PO_2 menurun dan juga saat ini pasien sedang terpasang O_2 nasala kanul 3 lpm. Penglihatan kabur pada pasien TBC disebabkan oleh beberapa faktor, termasuk efek samping pengobatan, salah satu obat yang digunakan dalam pengobatan TBC adalah etambutol, yang dapat menyebabkan gangguan gangguan atau peradangan pada saraf mata sehingga pada penderita TBC mengalami penurunan kualitas penglihatan dan komplikasi TBC yang menyebar ke otak dan menyebabkan meningitis TB, infeksi pada selaput otak dapat merusak saraf optik dan menyebabkan gangguan penglihatan, termasuk penglihatan kabur, ganda atau bahkan kebutaan.

Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit, diagnosa ini tidak ditegakan karena hasil pengkajian menunjukkan bahwa suhu tubuh pasien berada dalam batas normal, yaitu $36,3^{\circ}C$, jauh dari ambang batas yang menunjukkan demam ($>38^{\circ}C$) dan juga dalam hal ini pasien sudah mendapatkan pengobatan TBC, yang telah menekan aktivitas bakteri dan mengurangi peradangan aktif dalam tubuh. Dan juga sistem kekebalan tubuh pasien masih berada dalam kondisi baik, sebagaimana hasil pemeriksaan laboratorium yaitu nilai WBC sebesar $8,37 \times 10^4/\mu L$, yang

masih berada dalam rentang normal. maka gejala seperti demam bisa mulai hilang bahkan tidak ditemukan. Obat TB yang dikonsumsi dapat bekerja dengan menghambat pertumbuhan bakteri dan mengurangi peradangan yang menyebabkan demam dan juga pasien TBC dengan daya tahan tubuh (sistem imun) yang baik, tubuh mampu mengendalikan pertumbuhan *Mycobacterium Tuberculosis* tanpa menimbulkan gejala sistemik seperti demam. Menurut Madhavia, A, R., & Kumar, R. (2021).

Diagnosa keperawatan nyeri akut tidak ada di teori tetapi pada kasus Ny. Y. N. W ditemukan diagnosa nyeri akut. Nyeri yang dirasakan pada pasien yaitu karena adanya proses inflamasi dan iritasi pada jaringan paru-paru dan pleura yang menyebabkan aktivitas reseptor nyeri. Selain itu, batuk yang terus menerus dan kuat dapat menyebabkan ketegangan otot-otot dada dan bahkan menimbulkan mikrotrauma pada otot atau jaringan sekitar. Menurut Rahman (2023) mengatakan bahwa nyeri yang dirasakan pada pasien TBC karena adanya peradangan pleura (Pleuritis) yaitu peradangan pada selaput paru. pleuritis menstimulasi ujung saraf sensorik (nociceptor) pada pleura sehingga menimbulkan nyeri saat batuk, bersin atau saat menarik napas.

3. Intervensi keperawatan

Tindakan keperawatan dibuat berdasarkan prioritas masalah dan sesuai dengan kondisi pasien. Intervensi keperawatan pada pasien Ny. Y. N. W 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, pasien dan perawat di Ruang Perawatan Khusus (RPK) RSUD Ende.

Masalah bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas, dengan kriteria hasil: batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, dispnea membaik, frekuensi napas membaik. Karena suda dilakukan tindakan fisioterapi dada pada pasien untuk membantu mengencerkan dahak, menganjurkan minum air hangat untuk mengencerkan dahak, melayani terapi nebu combiven 1 respul, mengajarkan teknik batuk efektif. Melayani pemberian obat Acetylcysteine 1 tablet/ oral yang dapat mengencerkan dahak. Dengan kreteria hasil pada hari ketiga teratasi sebagian.

Masalah pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, dengan kreteria hasil: Dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, pernapasan cuping hidung menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik. Karena suda dilakukan tindakan, mengatur posisi semo-fowler untuk meningkatkan ekspansi paru dengan menaikan kepala tempat tidur dan mengalaskan bantal dibagian kepala pasien menjadi sudut antara 30-45 derajat, Kolaborasi pemberian O₂ nasal kanul 3 L/ menit, Melayani pemberian terapi salbutamol 2 mg/ oral.

Masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, dengan kreteria: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, melisah menurun, kesukitan tidur menurun. Memberikan teknik nonfarmakologis

untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam) Menjelaskan strategi meredakan nyeri seperti teknik relaksasi napas dalam dan kompres hangat atau kompres dingin, Menganjurkan kembali teknik nonfarmakologis seperti yang sudah di ajarkan untuk mengurangi rasa nyeri. Melayani injeksi obat paracetamol 1 gr/Iv.

Masalah gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, dengan kriteria hasil: Kesulitan tidur menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun. Modifikasi faktor pengganggu tidur dengan cara membatasi keluarga atau pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar pasien dapat beristirahat. Menjelaskan kepada pasien bahwa waktu tidur yang cukup dapat menambah energy dan mempercepat proses penyembuhan.

Masalah defisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (Stres, keenganan untuk makan), dengan kriteria hasil: Berat badan membaik, bekuensi napas membaik, nafsu makan membaik. Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi antara lain: Melayani diet makan TKTP pada pasien. Melayani injeksi omeprazole 40 mg/ IV. Menganjurkan keluarga untuk selalu menyajikan makanan yang disukai dan dengan tampilan yang menarik serta masih hangat dan tetap memperhatikan diet pasien. Menganjurkan kepada pasien untuk melakukan oral hygiene sebelum makan. Menganjurkan pasien untuk makan sedikit demi sedikit dengan frekuensi sering.

Masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, dengan kriteria hasil: Saturasi oksigen meningkat, keluhan lelah menurun, dispnea saat aktivitas menurun, dispnea setelah aktivitas menurun. Mengajarkan melakukan aktivitas secara bertahap. Aktivitas secara bertahap pasien dapat menyesuaikan diri dengan peningkatan aktivitas, mencegah kelelahan yang berlebihan dan mencegah terjadinya komplikasi. Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan seperti mobilisasi ke kamar mandi sesuai toleransi pasien untuk mencegah terjadinya konstipasi (peningkatan motilitas usus) serta mencegah kekakuan pada sendi.

Masalah resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, dengan kriteria hasil: Kebersihan tangan meningkat, kultur sputum membaik. Menggunakan APD sebelum melakukan tindakan. Melayani injeksi asam tranaxamet acid 500 mg/ IV. Mengajarkan kepada keluarga untuk menggunakan APD seperti masker jika berada dalam ruangan agar tidak penularan penyakit. Melayani injeksi ceftriaxone 1 gr/ IV. Melayani pemberian OAT 1 tablet/ oral. Melayani injeksi Levofloxacin 500 mg/IV.

4. Implementasi keperawatan

Dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah direncanakan pada tanggal 09-11 Mei 2025. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada Ny. Y. N. W dapat dijalankan dengan baik karena di dukung oleh saran dan

partisipasi keluarga dan petugas kesehatan. Dan demikian semua intervensi yang di rencanakan dapat dilaksanakan dengan baik.

Tindakan yang dilakukan pada pasien Ny. Y. N. W adalah Menganjurkan pasien minum air hangat, Menurut Sari, M., & Lestari, R. (2023), bahwa air hangat memiliki sejumlah manfaat yang berkaitan dengan melunakan mukus yang kental disaluran pernapasan, sehingga mempermudah pengeluaran sekret melalui batuk atau suction dan air hangat juga dapat membantu menjaga kelembapan saluran napas bagian atas, yang penting untuk mempertahankan fungsi silia dalam membersihkan partikel asing dan lendir. Maka dari itu pemberian air hangat pada pasien dengan masalah bersihan jalan napas tidak efektif sangat penting karena air hangat tersebut dapat mempermudah pengeluaran sekret yang tertahan disaluran pernapasan.

Mengatur posisi semi-fowler dengan mengalaskan dua bantal dikepala pasien dan meninggikan bagian kepala tempat tidur pasien. Menurut penelitian Wulandari & Fitri, (2022). posisi semi fowler atau posisi setengah duduk dengan elevasi kepala tempat tidur sekitar 30–45 derajat) merupakan intervensi keperawatan yang umum diberikan untuk pasien dengan masalah bersihan jalan napas tidak efektif yang bertujuan untuk membantu menurunkan diafragma terhadap paru-paru sehingga ekspansi paru lebih maksimal dan meningkatkan ventilasi.

Melayania terapi salbutamol 2 mg/ oral. Salbutamol dapat bekerja dengan merilekskan otot-otot polos di saluran pernapasan, sehingga

melebarkan bronkus dan meningkatkan aliran udara ke paru-paru dan melebarnya saluran napas, resistensi terhadap aliran udara berkurang, sehingga frekuensi napas dapat menurun dan pernapasan menjadi lebih dalam serta teratur. Hal ini membantu mengurangi sesak napas dan meningkatkan efektivitas pola napas. Sijabat & Sinuraya (2024)

Menjelaskan strategi meredakan nyeri, seperti teknik relaksasi napas dalam dan kompres hangat atau kompres dingin. Mengajarkan memonitor nyeri secara mandiri, Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam). kompres hangat yang diberikan dapat memberikan efek relaksasi, sehingga nyeri yang dirasakan berkurang sedangkan teknik relaksasi napas dalam dapat mengalihkan perhatian dari sensasi nyeri, mengurangi kecemasan dan meningkatkan nyeri secara mandiri. Smith & Walker, (2022).

Mengajarkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap seperti duduk di sisi tempat tidur, berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi atau berjalan di dalam ruangan atau ke kamar mandi. Menurut Yanti & Wulandari, Aktivitas yang dilakukan secara bertahap ini dapat mengembalikan kemampuan fisik pasien secara perlahan dan aman sesuai dengan kondisi pasien, mencegah kelelahan yang berlebihan, meningkatkan kemampuan otot dan meningkatkan rasa percaya diri dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Memodifikasi faktor pengganggu tidur dengan cara membatasi keluarga atau pengunjung agar pasien dapat beristirahat dan

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

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan pada Ny. Y. N. W dengan diagnosa medis Tuberculosis Paru dilakukan selama tiga hari dari tanggal 09 Mei sampai dengan tanggal 11 Mei 2025 dan hasil evaluasi pada hari jumat 09 Mei didapatkan masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi karena pasien masih sesak napas, batuk berdahak campur darah, sputum warna kuning kental campur darah, adanya napas cuping hidung, retraksi dinding dada, adanya suara napas ronchi, masih merasakan nyeri saat batuk, skala nyeri 3 (ringan), faktor yang memperberat rasa nyeri yaitu saat batuk, mudah lelah saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi dan berpindah dari tempat tidur ke kursi ataupun sebaliknya, tidur tidak merasa puas, masih sering terbangun pada malam hari karena batuk, nafsu makan tidak ada, biasanya makan sedikit tapi sering, satu piring nasi makan tidak dihabiskan, masih batuk berdahak campur darah, wadah tempat pembuangan sputum tidak ada, terpasang O₂ nasal kanul 3 L/ menit, pasien terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm. GCS: 15 V6 M5 E4. TTV.TD: 110/80 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36°C, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.

Evaluasi kedua pada hari sabtu 10 Mei 2025 didapatkan masalah bersihan jalan napas dan diagnosa pola napas tidak efektif belum teratasi karena pasien masih sesak napas, batuk berdahak campur darah, adanya napas cuping hidung, suara napas ronchi. Sedangkan masalah nyeri akut,

intoleransi aktivitas, gangguan pola tidur, defisit nutrisi dan resiko penyebaran infeksi teratasi sebagian dengan hasil: Pasien mengatakan nyeri didada saat batuk sudah berkurang dan skala nyeri 2 (ringan), kelelahan saat beraktivitas sudah berkurang namun masih di bantu saat ke kamar mandi, dapat tidur dengan baik dan nyenyak, hanya satu kali bangun karena batuk, nafsu makan sudah sedikit membaik, porsi makanan yang dihabiskan satu ompreng yang dibagikan dari rumah sakit dihabiskan, pasien tampak masi batuk berdahak campur darah, terpasang O₂ keadaan umum baik, kesadaran composmentis, keluarga tampak menggunakan masker dan pasien membuang sputum di wadah yang dicampurkan dengan cairan desinfektan, nasal kanul 3 L/menit, terpasang infus Ncl 0,9% 8 tpm. TTV. TD: 110/85 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36,5^oc, RR: 21x/m, SpO₂: 98%.

Evaluasi ketiga pada hari minggu 11 Mei 2025 didapatkan masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian dengan hasil: pasien mengatakan batuk campur darah suda berkurang. Masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian dengan hasil: memakai oksigen sudah kadang-kadang, napas cuping hidung sudah tidak ada. Masalah nyeri akut teratasi dengan hasil: pasien mengatakan suda tidak nyeri lagi pada saat batuk. Masalah intoleransi aktivitas teratasi dengan hasil: kelelahan saat beraktivitas sudah tidak lagi dan pasien ke kamar mandi sudah bisah sendiri tanpa di bantu oleh keluarga. Masalah gangguan pola tidur teratasi dengan hasil: Pasien mengatakan tidur sering terbangun pada malam hari sudah tidak lagi, suda tidur nyenyak semalam dan tidur dimulai dari pukul 22.00

sampai dengan pada pukul 05 pagi. Masalah defisit nutrisi teratasi dengan hasil: nafsu makan sudah membaik dan makan dalam satu porsi piring nasi dihabiskan walaupun makan sedikit tapi sering. Masalah resiko penyebaran infeksi sebagai teratasi dengan hasil: pasien tampak masih batuk, pasien dan keluarga pasien tampak menggunakan masker, pasien tampak membuang sputum di wadah yang berisi cairan desinfektan, pasien mampu menjelaskan cara pularan TB seperti menular melalui udara saat penderita TBC batuk, bersin, atau berbicara, dan cara pencegahan menggunakan masker, menyelesaikan pengobatan yang telah diberikan oleh dokter, terpasang infus Ncl 0,9% 8 tpm, TTV.TD:120/75 mmHg, Nadi:89 x/m, Suhu:36,4°C, RR:20x/m, SpO₂:99%.

6. Kesenjangan

Pada hasil pengkajian didapatkan kesenjangan dimana pada teori terdapat keluhan yang sering di alami pada pasien TBC yaitu demam (suhu tubuh di atas batas normal) namun pada kasus Ny. Y. N. W tidak ditemukan karena hasil pengkajian menunjukkan bahwa suhu tubuh pasien berada dalam batas normal, yaitu 36,3°C, jauh dari ambang batas yang menunjukkan demam (>38°C) dan juga dalam hal ini pasien telah menjalani pengobatan TBC, yang telah menekan aktivitas bakteri dan mengurangi peradangan aktif dalam tubuh. Ditambah lagi, daya tahan tubuh pasien masih berada dalam kondisi baik, sebagaimana ditunjukkan oleh hasil laboratorium WBC sebesar $8,37 \times 10^4/\mu\text{L}$, yang masih berada dalam rentang normal.

Diagnosa keperawatan nyeri akut tidak ada di teori tetapi pada kasus Ny. Y. N. W ditemukan kasus nyeri akut. Nyeri yang dialami pada pasien yaitu karena adanya proses inflamasi dan iritasi pada jaringan paru-paru dan pleura yang menyebabkan aktivitas reseptor nyeri. Selain itu, batuk yang terus menerus dan kuat dapat menyebabkan ketegangan otot-otot dada dan bahkan menimbulkan mikrotrauma pada otot atau jaringan sekitar. Menurut Rahman (2023) mengatakan bahwa nyeri yang dirasakan pada pasien TBC karena adanya peradangan pleura (Pleuritis) yaitu peradangan pada selaput paru. pleuritis menstimulasi ujung saraf sensorik (nociceptor) pada pleura sehingga menimbulkan nyeri saat batuk, bersin atau saat menarik napas.