

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di RSUD Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah yang berada di Jln. Prof. Dr. W. Z. Yohanes. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah ruangan perawatan khusus (R. Flamboyan) dimana ruangan ini merupakan ruangan isolasi yang merawat pasien penyakit menular, seperti penyakit TB, HIV, Kusta, dan Herpes Zoster. Ruangan perawatan khusus terdiri dari empat ruangan dengan kapasitas 9 sembilan kamar, yang terdiri dari ruangan Flamboyan A jumlah dua kamar, ruangan Flamboyan B jumlah dua kamar, Ruangan Flamboyan C jumlah dua kamar dan ruangan Flamboyan D jumlahnya tiga kamar. Tenaga perawat Ruangan Perawatan Khusus sebanyak 12 orang yang terdiri dari Diploma 3 berjumlah 11 orang dan strata 1 (S1) Keperawatan Ners berjumlah satu orang dengan struktur organisasi tertinggi adalah kepala ruangan. Yang merawat pasien dengan jumlah kasus paling tertinggi dan terbanyak di ruangan Flamboyan adalah TB Paru sebanyak 12 orang pasien di bulan Juni 2025.

2. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 28 Juni 2025, pukul 08:15 WITA di Ruangan Perawatan Khusus RSUD Ende.

1. Identitas

a) Identitas Pasien

Pasien berinisial Tn A.N berusia 76 tahun, pasien beragama Katolik, dan pendidikan terakhir adalah Sekolah Dasar (SD), beralamat di Nangaba (Magengura), status Menikah, pekerjaan Petani. Penanggung jawab pasien adalah anak kandungnya sendiri dengan inisial Ny. A. B, umur 36 tahun, pendidikan terakhir adalah SMP, Pekerjaan Ibu rumah tangga (IRT) dan tinggal di Nangaba (Magengura).

2. Status kesehatan

a) Status kesehatan saat ini

1) Keluhan utama

Pasien mengatakan sesak napas.

2) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan sesak napas sejak satu hari sebelum masuk rumah sakit, batuk kering lendir tidak bisa keluar sudah dua bulan lebih, pasien mengeluh lemah, keringat di malam hari tanpa melakukan aktivitas.

3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami batuk kering, lendir tidak keluar sudah dua bulan. Pasien mengatakan dikampungnya ada tetangga yang menderita penyakit TB paru, disaat pasien berbicara dan duduk berkumpul bersama tetangganya pasien dan tetangganya yang menderita TB paru tidak menggunakan masker. Pada bulan April 2025

pasien pernah dirawat diruangan perawatan khusus dengan keluhan yang sama dengan hasil pemeriksaan pasien positif TB Paru (+). Setelah melakukan perawatan pasien pulang dan mendapatkan resep obat OAT yaitu Rifampicin, Isoniazid, dan Etambutol. Kemudian dua minggu yang lalu pasien mengatakan saat ia minum obat tersebut pasien merasah nyeri seluruh badan, sesaknya bertambah, dan batuk terus-menerus. Pasien langsung berhenti minum obat. Sejak satu hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, pasien mengalami sesak napas, batuk terus-menerus. Keluarga pasien langsung membawa pasien ke puskesmas Ria Raja, setelah melakukan pemeriksaan, dokter menyarankan untuk rujuk ke rumah sakit umum daerah (RSUD) Ende dan tiba di IGD pada pukul 20:15 wita. Tindakan meliputi : pemberian Oksigen Nasal Kanul 3 lpm, pemberian Infus Nacl 20 Tpm, Injeksi Paracetamol 1 gr/Iv, Injeksi Omeprazole 40mg/Iv, Injeksi Ondansetron 4 mg/Iv terapi Nebu Combiven 1 tube. Pada pukul 03 :00 pasien dipindahkan ke ruangan perawatan khusus (RPK)

4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Keluarga pasien mengatakan selama sakit di rumah pasien sering minum air jahe, kencur dan air hangat.

b) Status kesehatan masa lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Keluarga pasien mengatakan setahun yang lalu pasien pernah mengalami penyakit darah tinggi (hipertensi), Pada bulan April 2025 pasien mengalami penyakit Tuberkulosis Paru.

2) Pernah dirawat

Keluarga pasien mengatakan pasien pernah dirawat di ruangan perawatan khusus (RPK) RSUD Ende

3) Alergi

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tidak mempunyai riwayat alergi makanan, obat – obatan maupun debu.

4) Kebiasaan merokok/ minum kopi/ alkohol

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien semasa muda memiliki kebiasaan merokok sehari 2-3 batang, minum kopi sehari 2 kali yaitu disaat pagi dan sore, minum alkohol ketika kumpul bersama dengan teman- teman.

5) Riwayat penyakit keluarga

Keluarga dan pasien mengatakan bahwa keluarga pasien tidak ada menderita riwayat penyakit turunan seperti hipertensi

6) Diagnosa Medis dan Therapi yang didapatkan sebelumnya

Keluarga pasien mengatakan sebelumnya pernah mendapatkan terapi Injeksi Paracetamol 1 gr/ Iv, Injeksi Omeprazole 40 mg/ Iv, Injeksi Ondansetrom 4 mg/ Iv, terapi Nebu Combiven 1 tube.

3. Pola Kebutuhan Dasar (data bio- psiko- sosial- kultural -spiritual)

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan bahwa penyakit yang dideritanya adalah penyakit menular. Keluarga dan pasien mengatakan saat pasien batuk pasien tidak dibawa ke rumah sakit , namun saat pasien batuk semakin parah keluarga pasien langsung membawa pasien untuk di periksa kepuskesmas Ria Raja dan mendapatkan obat dari puskesmas. Setelah diminum dan obatnya habis

pasien kembali batuk. Pasien dan keluarga mengatakan saat di rumah, pasien maupun keluarga tidak menggunakan masker saat pasien batuk. Pasien mengatakan merokok dan minum alkohol sejak masa muda, pada saat sakit pasien sudah berhenti merokok dari dua bulan lalu pada bulan April 2025.

b. Pola nutrisi dan metabolik

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan sehari 3x, porsi banyak 1 piring penuh makan dihabiskan. Jenis makanan yang dikonsumsi pasien adalah nasi, ubi, ikan, telur, sayur, buah pepaya dan pisang. Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki pantangan apapun dalam mengonsumsi makanan dan minuman. Pasien mengatakan minum air kurang lebih 6-7 gelas/ hari (2000 ml). Berat badan sebelum sakit 60 kg. Keadaan saat ini : Tn A.N mengatakan nafsu makan berkurang, makannya dalam sehari 3x, dalam sekali makan hanya mampu menghabiskan 5-6 sendok makan yang disajikan dengan konsistensi lunak dan jenis makanan diet tinggi kalori dan protein seperti bubur, sayuran hijau, telur dan daging. Minum air 6-7 gelas perhari. Pasien tampak lemah, BB 53 kg, dengan berat BB sebelumnya 60 kg, (BB turun, 7 kg), pasien mengatakan berat badannya turun sejak enam bulan lebih dari IMT : 17,9 (BB Kurang).

c. Pola Eliminasi

Pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1-2 kali sehari dengan konsistensi padat, warna hitam kecoklatan, bau khas feses, tidak ada nyeri saat BAB. Pasien mengatakan biasanya BAK kurang lebih 6 kali sehari. Warnanya kuning, aroma khas urine. Tidak ada nyeri saat BAK. Saat sakit pasien mengatakan BAB 1 kali sehari bahkan sampai dua hari sekali, konsistensi padat, warna hitam kecoklatan, tidak ada keluhan saat BAB. Pasien mengatakan BAK 5-6

kali sehari, warna kuning pucat , aroma khas urine, tidak ada keluhan saat BAK.

d. Pola aktivitas dan latihan

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien beraktivitas seperti biasa duduk kumpul dengan keluarga, kerja berkebun seperti biasa. Namun pasien mengatakan mudah capek dan lelah pada saat beraktivitas, pasien langsung sesak napas. Pasien mengatakan saat sakit pasien mudah lelah setelah berjalan karena sesak napas, makan dan minum dibantu istri anak dan perawat. Lap badan pagi dan sore dibantu istri, anak dan perawat , BAB dan BAK di toilet, berpakaian dan berpindah juga dibantu oleh keluarga dan perawat.

e. Pola kognitif dan persepsi

Keluarga mengatakan pasien masih bisa merespon dengan baik saat diajak bicara. Saat ditanya pasien pendengarannya kurang jelas dan lama baru menjawab, tidak ada masalah pada mata pasien. Pasien dapat mencium aroma bau tidak sedap karena penciuman pasien masih baik.

f. Pola persepsi konsep diri

Pasien mampu mengenali identitasnya, namanya A. N. Pasien adalah seorang kepala keluarga, pasien mengatakan bahwa dirinya sedang sakit dan membutuhkan pengobatan. Pasien mengatakan tidak merasa malu atau minder terhadap penyakitnya, mengatakan ingin sembuh dari penyakitnya dan berkumpul seperti biasa dengan keluarga di rumah.

g. Pola istirahat dan Tidur

- 1) Sebelum sakit : Pasien mengatakan bahwa ia tidur di malam hari dari pukul 21:00 -05: 30 dan istirahat siang 1-2 jam. Biasanya tidur nyenyak.

2) Saat sakit : Pasien mengatakan sulit tidur, sering terbangun karena batuk dan sesak napas pada saat malam hari , tidur kurang lebih 6 jam.

h. Pola seksual dan hubungan

Pasien mengatakan tidak ada keluhan mengenai bagian reproduksinya

i. Pola peran hubungan

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien mempunyai hubungan baik dengan keluarga, tetangga maupun dilingkungan sekitarnya. Walaupun pasien sakit, pasien masih berhubungan baik dengan keluarga, petugas kesehatan, dan teman- temannya. Saat pasien sakit banyak orang yang datang berkunjung ke rumah sakit , namun mereka duduk dekat dengan pasien selalu memakai masker karena pasien menderita penyakit menular. Sebagai langkah pencegahan, pengunjung selalu memakai masker untuk meningkatkan risiko penyebaran penyakit. Pasien tidak dikucilkan oleh keluarga, tetangga maupun teman- temannya.

j. Pola toleransi stress koping

Keluarga pasien mengatakan kalau ada masalah pasien selalu melampiaskan dengan marah – marah, tetapi setelah selesai marah pasien kembali berbicara sama istrinya, mendiskusikan masalah yang terjadi untuk memperoleh jalan keluar. Pasien sangat senang untuk mendiskusikan tentang sakit yang dialaminya dengan anak dan istrinya tentang setiap tindakan yang dilakukan oleh dokter dan perawat untuk kesembuhannya.

k. Pola nilai kepercayaan

Pasien mengatakan sebelum sakit selalu ke gereja setiap hari minggu bersama istrinya. Pasien mengatakan selama sakit pasien selalu berdoa untuk kesembuhannya. Pasien selama sakit tidak pernah pergi ke gereja, pasien

mengatakan dirinya selalu percaya bahwa penyakit yang dideritanya akan sembuh, dan sangat percaya istri, anaknya maupun keluarganya dalam merawat dirinya saat sakit.

4. Pemeriksaan fisik

BB : 53 kg, TB :163 cm, IMT : 17,9 (kurang).

Keadaan umum : lemah, tingkat kesadaran : Composmentis, GCS : 15 (E: 4, V: 5, M: 6). Tanda –tanda vital : Tekanan darah : 144/108 mmHg, Nadi : 88x/menit, Suhu :36,5°C , SPO2 : 96%, RR : 24x/ menit, Berat badan saat ini : 53 kg, Tinggi badan : 163 cm, IMT: = 17,9 (kurang).

Kepala : bentuk kepala simetris antara sisi kanan dan kiri, kulit kepala tampak bersih, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, rambut tidak rontok.

Mata :konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, refleks cahaya (+), pupil isokor, bentuk mata simetris, tidak menggunakan alat bantu melihat.

Hidung : bentuk simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada lesi dan nyeri tekan, terpasang Oksigen Nassal Canul 3 Lpm.

Mulut : mukosa bibir lembap, lidah tampak sedikit kotor, gigi sebelah kanan sudah tidak ada.

Wajah : tampak pucat

Leher : tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid.

Dada : Inspeksi : dada tampak simetris, frekuensi napas 24x/ menit, Palpasi: vokal fremitus teraba di sebelah kanan (getaran yang sebelah kanan lebih kuat terasa saat pasien napas atau berbicara) . Perkusi : terdengar bunyi pekak, Auskultasi : terdapat bunyi napas tambahan ronchi.

Abdomen : Inspeksi : tidak terlihat adanya benjolan atau luka. Auskultasi : terdengar suara bising usus 12x/ menit. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar dan lien. Perkusi : terdapat bunyi tympani.

Ekstermitas atas : Akral taraba hangat, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, terpasang infus Nacl di tangan kanan 20 tpm, pada hari pertama CRT <3 detik, jari- jari tangan lengkap. **Ekstermitas Bawah** ; tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, jari-jari kaki lengkap, dapat menggerakkan seperti biasa dan tidak ada kelainan.

5. Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan

Tabel 4.1 Pemeriksaan laboratorium

Hasil laboratorium tanggal 27 Juni 2025

No	Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai rujukan
1	WBC	8.20	[10 ³ /UL]	(3.80-10.60)
2	LYMPH#	1.77	[10 ³ /UL]	(1.00-3.70)
3	MONO#	0.57	[10 ³ /UL]	(0.00-0.70)
4	EO#	0.63+	[10 ³ /UL]	(0.00-0.40)
5	BASO#	0.04	[10 ³ /UL]	(0.00-0.10)
6	NEUT#	5.19	[10 ³ /UL]	(1.50-7.00)
7	LYMPH	21.6	[%]	(25.0-40.0)
8	MONO	7.0	[%]	(2.0-8.0)
9	EO%	7.7+	[%]	(2.0-4.0)
10	BASO %	0.5	[%]	(0.0-1.0)
11	NEUT	63.2	[%]	(50.0-70.0)
12	IG#	0.01	[10 ³ /UL]	(0.00-7.00)
13	IG %	0.1	[%]	(0.0-72.0)
14	RBC	5.81	[10 ⁶ /UL]	(4.40-5.90)
15	HGB	10.7-	[g/dL]	(13.2-17.3)
16	HCT	32.4-	[%]	(40.0-52.0)
17	MCV	55.8-	[fL]	(80.0-100.0)
18	MCH	18.4-	[pg]	(26.0-34.0)
19	MCHC	33.0	[g/dL]	(32.0-36.0)
20	RDW-SD	36.4-	[fL]	(37.0-54.0)
21	RDW- CV	19.6+	[%]	(11.5-14.5)
22	PLT	59	[10 ³ /UL]	(150-450)
23	MPV		[fL]	(9.8-13.0)
24	PCT		[%]	(0.17-0.35)
25	PDW		[FL]	(9.0-17.0)

b) Hasil pemeriksaan laboratorium (Elektrolit dan Albumin)

Tabel 4.2 Pemeriksaan Darah Lengkap

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 27 Juni 2025

No	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
1	CREATININ	1.19	Mg/dl	0.67-1.18
2	Darah lengkap (dengan Dif)	Terlampir		
3	GLUKOSA SEWAKTU	102	Mg/ dl	70-140
4	SGOT/AST	52.3	u/l	0-35
5	SGPT/ALT	47.0	u/l	4-36
6	UREUM	38.4	Mg/dl	10-50

c) Terapi pengobatan

Terapi yang di berikan oleh dokter dengan dosis obat adalah : Paracetamol 3x1mg/Iv, Omeprazole 2x40 mg/ Iv, Ceftriaxon 2x1 mg/ Iv, terapi Nebu Combiven 3x1 tube.

d) Daftar obat

1. Pemberian Nebu Combiven 3x1 tube, jam: 08:00 pagi, pukul 13: 00, jam 20 :00
2. Injeksi Omeprazole 2x40 mg/Iv dan Ceftriacson 2x1 mg/Iv jam 10: 00 dan 20: 00 wita.

6. Tabulasi data

Pasien mengatakan lemah, sesak napas sudah satu hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit. batuk kering, lendir tidak keluar sudah dua bulan lebih. Lemah, keringat di malam hari tanpa melakukan aktivitas. keluarga pasien mengatakan pasien nafsu makan berkurang saat sakit, makan dalam sehari tiga kali, porsi sedikit. Pasien sekarang tidak bisa makan nasi, sekarang makan bubur 5- 6 sendok. Jenis makanan yang dikonsumsi pasien adalah bubur, lauknya ikan, telur, kadang daging ayam, sayur hijau, buah pepaya, pisang dan minumannya Air hangat 6- 7 gelas (2000 ml). Berat badan pasien saat sakit 53 kg. Pasien

mengatakan tidurnya tidak nyenyak karena batuk terus menerus. Pasien mengatakan di siang hari biasa tidurnya 1-2 jam, bibir lembap, konjungtiva anemis BB sebelumnya 60 kg. Pasien mengatakan saat sakit pasien mudah lelah setelah berjalan karena sesak napas. makan dan minum dibantu istri anak dan perawat, Lap badan pagi dan sore dibantu anak dan perawat BAB dan BAK di toilet, berpakaian dan berpindah juga dibantu oleh keluarga dan perawat. BB saat ini 53 kg, bunyi napas tambahan ronchi, aktivitas dibantu keluarga dan perawat. Pasien dan keluarga saat dirumah tidak menggunakan masker. Keadaan umum lemah, kesadaran Composmentis, tekanan darah : 144/108 mmHg, suhu : 36,5, Nadi : 88x/ menit, RR: 24x/ menit, Spo2 : 96%, CRT <3 detik , BB sebelumnya 60 kg, saat sakit BB 53 kg, Tinggi badan : 163 cm , IMT : 17,9 (kurang). Terpasang oksigen Nasal Canul 3 lpm, dada tampak simetris getaran yang teraba saat pasien bernapas atau berbicara. Frekuensi napas 24 x/ meni vokal fremitus teraba seluru paru, terdengar pekak, terpasang Infus Nacl 20 Tpm ditangan bagian kanan.

7. Klasifikasi Data

Data subyektif : Pasien mengatakan lemah, sesak napas sudah satu hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit. batuk kering, lendir tidak keluar sudah dua bulan lebih. Lemah, keringat malam hari tanpa melakukan aktivitas. Keluarga pasien mengatakan pasien nafsu makan berkurang saat sakit , makan dalam sehari tiga kali, porsi sedikit. Pasien sekarang tidak bisa makan nasi, sekarang makan bubur 5- 6 sendok. Jenis makanan yang dikonsumsi pasien adalah bubur, lauknya ikan , telur,kadang daging ayam, sayur hijau, buah pepaya, pisang dan minumnya Air hangat 6- 7 gelas (2000 ml). Berat badan pasien saat sakit 53 kg. Pasien mengatakan tidurnya tidak nyenyak karena batuk terus menerus. Pasien

mengatakan disiang hari biasa tidurnya 1-2 jam, BB sebelumnya 60 kg. Pasien mengatakan saat sakit pasien mudah lelah setelah berjalan karena sesak napas, makan dan minum dibantu istri anak dan perawat, Lap badan pagi dan sore dibantu anak dan perawat. BAB dan BAK ditoilet, berpakaian dan berpindah juga dibantu oleh keluarga dan perawat. Aktivitas dibantu keluarga dan perawat, pasien dan keluarga dirumah tidak menggunakan masker.

Data Objektif : keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, tekanan Darah : 144/108 mmHg, Suhu : 36,5°C, Nadi : 88x/ menit, RR: 24x/ menit, SPO2 : 96%, CRT <3 detik , BB sebelumnya 60 kg, saat sakit BB 53 kg, Tinggi badan : 163 cm , IMT : 17,9 (kurang), terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm , dada tampak simetris getaran yang teraba saat pasien bernapas atau berbicara. Frekuensi napas 24 x/ menit, vokal fremitus teraba seluruh paru, terpasang infus Nacl 20 Tpm di tangan kanan. aktivitas dibantu keluarga dan perawat.

8. Analisa Data

Tabel 4.3

No	Sign/ symptom	Etiologi	Problem
1	DS : pasien mengatakan batuk kering, lendir tidak keluar sudah dua bulan lebih DO : keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak batuk kering terus- menerus lendir tidak keluar , dan Terpasang infus Nacl 20 Tpm ditangan kanan TTV: TD : 144/108 mmHg , Nadi : 88x/menit, RR:24x/menit, spO2 :96%, suhu :36,5 °c CRT : < 3 detik	Sekresi tertahan	Bersihkan jalan napas tidak aktif
2	DS : pasien mengatakan sesak napas sudah satu hari sebelum masuk rumah sakit DO : keadaan umum lemah, kesadaran komposmntis, pasien nampak sesak 24x/ menit, fremitus teraba seluruh paru, terdengar pekak, adanya bunyi napas tambahan ronchi.	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif

No	Sign/ symptom	Etiologi	Problem
	Terpasang infus Nacl 20 Tpm TTV: TD :144/108 mmHg, Nadi: 88x/menit, RR: 24x/menit, suhu : 36,5 °c SPO2 :96%		
3	DS : pasien mengatakan mudah lelah setelah berjalan atau melakukan aktivitas karena sesak napas. DO : keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, pasien nampak tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri, aktivitas di bantu oleh keluarga dan perawat seperti lap badan pagi hari dan sore hari, membantu mengganti pakian , berpindah tempat, menyisir rambut, menggosok gigi berjalan ketoilet. Terpasang infus Nacl 20 Tpm, TTV: TD : 144/108 mmHg , Nadi : 88x/menit, RR: 24x/menit, SPO2 :96%, Suhu : 36,5 °c SGOT/AST: 53.1u/l SGPT/ALT: 47.0 u/l	Kelemahan	Intoleransi aktivitas
4	DS: pasien keluarga mengatakan dirumah tidak menggunakan masker DO : keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, pasien nampak batuk kering, lendir tidak keluar, dan disaat pasien batuk tidak menggunkan masker atau tisu 20 Tpm Terpasang infus Nacl TTV: TD : 144/108 mmHg, suhu : 36,5 °c, Nadi : 88x/menit, RR: 24x/menit, SPO2 : 96%	Peningkatan paparan orgaanisme pathogen lingkungan	Faktor Resiko pennybaran infeksi
5	Ds: pasien mengatakan saat sakit tidurnya tidak nyenyak karena batuk terus- menerus, pasien mengatakan disiang hari terkadang bisa tidur setelah diberi Nebu Combiven. Do: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, pasien nampak tidak bisa tidur karena batuk terus- menerus dan suasana ruangan yang ribut. Pasien terpasang infus Nacl 20 tpm, TTV: TD : 144/108 mmHg, Nadi : 88x/menit, suhu :36,5 °c, RR: 24x/menit, spO2 : 96%.	Batuk kering sesak napas, pencahayaan dan suara bising	Gangguan pola tidur

No	Sign/ symptom	Etiologi	Problem
6	Ds : keluarga pasien mengatakan pasien nafsu makan berkurang saat sakit, makan dalam sehari 3x, porsi sedikit pasien tidak bisa makan nasi makan bubur 5-6 sendok, jenis makanan yang dikonsumsi pasien adalah makanan lunak , lauknya kadang ayam, kadang ikan, telur, sayur sup, buah pisang, pepaya, minum air 6-7 gelas (2000 ml), berat badan pasien saat sakit 53 kg. Do : keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, BB : 53 kg, Tinggi badan : 163 cm, IMT : = 17,9 (kurang) Terpasang infus Nacl 20 Tpm. TTV: TD : 144/108 mmHg , suhu : 36,5 °c Nadi : 88x/menit, RR: 24x/menit, SPO2 :96%, HB :10.7-	Peningkatan kebutuhan metabolisme dan keengganan untuk makan	Defisit Nutrisi

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan di tandai dengan :

Ds : pasien mengatakan batuk kering, lendir tidak keluar sudah dua bulan lebih

Do : keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak batuk terus menerus, lendir tidak bisa keluar, bunyi napas ronchi.

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

Ds : pasien mengatakan sesak napas sudah satu hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit

Do : keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak sesak napas frekuensi napas 24x/ menit, volume fremitus paru, terdengar suara pekak, adanya bunyi napas tambahan ronchi

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan di tandai dengan:

Ds : pasien mengatakan mudah lemah, setelah berjalan atau melakukan aktivitas karena sesak napas.

Do : keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak tidak bisa melakukan aktifitas secara mandiri, aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat seperti lab badan pagi hari dan sore hari, membantu mengganti pakian, berpindah tempat, menyisir rambut, menggosok gigi, berjalan ke toilet.

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

Ds : pasien dan keluarga mengatakan dirumah tidak menggunakan masker

Do : keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak batuk lendir tidak keluar, dan batuknya tidak menutup mulut.

- e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

Ds : pasien mengatakan saat sakit tidurnya tidak nyenyak, karena batuk terus – menerus, pasien mengatakan disiang hari kadang bisa tidur setelah diberi nebulizer.

Do : keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak tidak bisa tidur karena batuk terus menerus dan suasana di ruangan ribut

Td : 144/108 mmHg , nadi : 88x/menit, RR: 24x/menit, SPO2 :96%. Suhu : 36,5 °C

- f. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme yang ditandai dengan:

DS : Keluarga pasien mengatakan pasien saat sakit nafsu makan berkurang saat sakit , makan dalam sehari 3x, porsi sedikit pasien tidak bisa makan nasi makan bubur 5-6 sendok, jenis makanan yang dikonsumsi pasien adalah makanan lunak, lauknya kadang ayam, kadang ikan, telur, sayur sup, buah pisang dan biasanya

pasien minum air hangat 6-7 gelas (2000 ml), berat badan pasien saat sakit 53 kg badannya turun kurang lebih sejak enam bulan yang lalu.

DO: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, BB sebelum sakit 60 kg. saat sakit BB 53 kg, Tinggi Bada 163 cm, IMT: = 17,9 (Kurang).

3. Perencana Tindakan Keperawatan

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan

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

Intervensi

Latihan batuk efektif

Observasi

- 1) Identifikasi kemampuan batuk

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

- 2) Monitor adanya retensi sputum.

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

Terapeutik

- 3) Mengatur posisi semi fowler atau fowler.

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

- 4) Buang sekret pada tempatnya

Rasional : mencegah penyebaran infeksi dan meminimalkan resiko komplikasi kesehatan

Edukasi

5) Jelaskan tujuan dan prosedur batuk

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

6) Mengajarkan teknik batuk efektif

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

7) Anjurkan minum air hangat

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

b. Pola napas tidak efektif berhubungan hambatan upaya napas.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola napas membaik dengan Kriteria hasil, dispnea menurun, frekuensi napas membaik.

Intervensi

Manajemen Pola Napas

Observasi

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

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

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

Rasional : Penurunan bunyi napas dapat menunjukkan atelectasis ronkhi, mengi menunjukkan akumulasi secret/ketidakmampuan untuk membersihkan jalan

napas yang dapat menimbulkan penggunaan otot bantu pernapasan dan peningkatan kerja pernapasan..

Terapeutik

3) Memposisikan semi fowler atau fowler

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

4) Berikan oksigen

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

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

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

Intervensi

Manajemen Energi:

Observasi

1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

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

2) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.

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

Edukasi

3) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

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

Terapeutik

4) Lakukan Latihan rentang gerak pasif/aktif

Rasional: Membantu meningkatkan rentang gerak klien dalam beraktivitas.

5) Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan

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

6) Lakukan personal hygiene

Rasional: untuk menjaga kebersihan dan kesehatan diri, baik secara fisik maupun psikologis, untuk meningkatkan kualitas hidup dan mencegah penyakit.

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

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan Kriteria Hasil:

pasien dapat memperlihatkan perilaku sehat (menutup mulut ketika batuk atau bersin), tidak ada muncul tanda-tanda infeksi lanjutan dan tidak ada anggota keluarga yang tertular.

Intervensi

Pencegahan infeksi

Observasi

1) Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik

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

Terapeutik

- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien

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

Edukasi

- 3) Jelaskan tanda dan gejala penyebara infeksi

Rasional : untuk mencegah penyebaran penyakit menular.

- 4) Ajarkan etika batuk

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

- 5) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

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

- e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan gangguan pola tidur menurun dengan Kriteria hasil: kesulitan tidur menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan itirahat tidak cukup menurun

Intervensi

Dukungan Tidur

Observasi

- a. Identifikasi pola aktivitas tidur

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

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

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

Terapeutik

c. Modifikasi lingkungan (misal: pencahayaan, kebisingan).

Rasional : untuk menciptakan lingkungan yang lebih mudah diprediksi, lebih menyenangkan, dan lebih mudah dimengerti, sehingga individu dapat berfungsi dengan baik.

Edukasi

d. Jelaskan pentingnya tidur

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

e. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

Rasional : membantu mengatur ritme sirkulasi tubuh, meningkatkan kualitas

f. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi kembali membaik dengan Kriteria hasil : Nafsu makan membaik, porsi makan dihabiskan meningkat, Frekuensi makan membaik

Manajemen Nutrisi

Observasi

1) Identifikasi status nutrisi

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

2) Identifikasi makanan yang disukai

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

3) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient

Rasional : Melihat kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan pasien.

4) Monitor asupan makanan

Rasional : Mengidentifikasi kekurangan dan kebutuhan makanan.

5) Monitor berat badan

Rasional : Memberikan informasi tentang kebutuhan diet

Terapeutik

6) Sajikan makanan secara menarik.

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

7) Berikan makanan tinggi kalori tinggi protein

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

4. Implementasi keperawatan

Implementasi pada Tn. A.N. dilakukan selama 3 hari pada tanggal 28 Juni 2025 - 30 Juni 2025. Implementasi dilakukan sesuai masing –masing diagnosa keperawatan :

a. Hari pertama implementasi sabtu 28 Juni 2025

a) Berihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi tertahan yang ditandai dengan : Ds : pasien mengatakan batuk kering, lendir tidak keluar sudah dua bulan lebih, Do : keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak batuk terus menerus, lendir tidak bisa keluar, bunyi napas ronchi. pukul 08:00 Wita Mengidentifikasi kemampuan batuk dari pasien, pasien nampak batuk kering terus menerus, lendir tidak bisa keluar. pukul 08:10 wita Memonitor adanya retensi sputum : sputum tidak bisa keluar. pukul 08:25 mengatur posisi semi Fowler atau Fowler, dengan menaikkan bed tempat tidur keposisi setengah duduk dan mengatur posisi bantal dibelakang punggung pasien. pukul 08:39 wita Menganjurkan pasien disaat batuk memakai masker atau menutup mulut dengan tangan atau kain. pukul 08:50 wita Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk kepada pasien untuk mengeluarkan lendir atau benda asing dari saluran pernapasan. Pukul 09:05 wita mengajarkan pasien untuk menggunakan teknik batuk efektif, pasien mau mengikuti dengan meminta pasien menarik napas melalui hidung, tahan selama 3 detik kemudian hembuskan perlahan melalui mulut, lakukan selama 3 kali, dikali ketiga meminta pasien untuk batuk dengan kuat bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi tertahan bertujuan untuk membantu mengeluarkan dahak. Pukul 09:15 wita menganjurkan pasien untuk minum air hangat bertujuan untuk mengencerkan dahak. Pukul 09:30 wita mengajarkan keluarga dan pasien cara uap manual untuk mengencerkan dahak dan bisa mengeluarkan dahak dengan menggunakan air panas yang di tuangkan ditempat seperti ember atau baskom kemudian tuangkan minyak kayu putih meminta pasien menutup daerah kepala dengan posisi ember dibawah lalu hirupkan.

b) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Ds: Pasien mengatakan sesak napas sudah satu hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, Do : keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak sesak napas frekuensi napas 24x/ menit, volume fremitus paru, terdengar suara pekak, adanya bunyi napas tambahan ronchi. pukul 09 :45 wita memonitor adanya bunyi napas tambahan: adanya bunyi napas tambahan ronchi. Pukul 09: 50 wita mengatur posisi semi fowler atau fowler pada pasien dengan menaikkan bed tempat tidur tidur keposisi setengah duduk dan meninggikan bantal dibelakang punggung pasien, pasien mengatakan setelah bantal ditinggikan merasa sedikit lebih nyaman untuk bernapas. Pukul 10:00 wita membantu memberikan dan memasang Oksigen Nasaal Canul 3 lpm pada pasien. pukul 10: 05 wita menganjurkan pasien untuk selalu minum air hangat untuk menjaga agar dehidrasi atau kekurangan cairan.

c) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Ds : pasien mengatakan mudah lemah, setelah berjalan atau melakukan aktivitas karena sesak napas. Do : keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak tidak bisa melakukan aktifitas secara mandiri, aktivitas di bantu oleh keluarga dan perawat seperti lab badan pagi hari dan sore hari, membantu mengganti pakian, berpindah tempat, menyisir rambut, menggosok gigi, berjalan ke toilet. Pukul 10:10 wita mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan, pasien mengatakan dirinya lemah karena sesak napas. Pukul 10:15 wita membantu pasien untuk berjalan ke toilet (BAB). Pukul 10 : 20 wita membantu pasien seperti (lab badan pasien menggunakan dengan air sabun dan tisu basa, membantu menggantikan baju pasien dan mnenyisir rambut pasien). Pukul 10:30 wita

membantu memberikan pasien makan sekaligus menyuapi pasien makan, pasien mengatakan dirinya belum bisa makan sendiri karena lemah.

- d) Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan

Ds : pasien dan keluarga mengatakan di rumah tidak menggunakan masker

Do : keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak batuk lendir tidak keluar, dan batuknya tidak menutup mulut. Jam 10:40 wita membatasi jumlah pengunjung agar penyakit yang diderita pasien tidak dapat tertular dengan cepat. Pukul 10 :45 wita selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak langsung dengan pasien dan lingkungan untuk menghindari penularan. pukul 11: 00 wita menjelaskan pada pasien dan keluarga cara mencuci tangan dengan baik dan benar menggunakan 6 langkah. Pukul 11:05 wita menganjurkan pasien dan keluarga untuk selalu menggunakan masker di rumah sakit, di rumah maupun di luar rumah bertujuan untuk mencegah penularan pada orang disekitarnya. Pukul 11 : 10 wita mengajarkan kepada pasien 3 cara batuk dengan benar menggunakan siku, tisu dan masker dengan hasil: pasien mengikuti apa yang diajarkan. Pukul 11:20 wita mengedukasikan kepada pasien jika membuang lendir jangan buang sembarang, buanglah pada tempatnya yang sudah disediakan seperti ditempat yang berisi air kosong, lalu menguap harus tutup dengan tisu atau masker bertujuan untuk mencegah penularan.

- e) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan yang ditandai dengan:

Ds : pasien mengatakan saat sakit tidurnya tidak nyenyak, karena batuk terus – menerus, pasien mengatakan disiang hari kadang bisa tidur setelah diberi Nebu Combiven.

Do :keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak tidak bisa tidur karena batuk terus menerus dan suasana di ruangan ribut. Pukul 11:25 wita mengidentivikasi pola aktivitas tidur. Hasil pasien susah tidur bahkan tidak bisa tidur sama sekali karena batuk, tidurnya 10-15 menit kemudian terbangun lagi karena batuk terus menerus. Pukul 11:30 wita mengidentifikasi faktor penganggu tidur, pasien mengatakan faktor penganggu tidur sekarang adalah batuk. Pukul 11: 35 wita memodifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan), hasilnya pasien pada saat jam istirahat terkadang tidak bisa istirahat karena suara bising seperti kebisingan dari keluarga pasien dan keluarga pasien lain, dan pada malam hari pasien mengatakan tidak bisa tidur jika lampuhnya tidak dimatikan. pukul 11:40 wita menjelaskan dan memberikan edukasi pada pasien tentang pentingnya tidur, hasil pasien memahami dan mau melakukan, tidur baik membantu meningkatkan sistem imun tubuh dan menjaga kesehatan fisik dan mental.

- f) Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme yang di tandai denga: DS : Keluarga pasien mengatakan pasien nafsu makan berkurang saat sakit, makan dalam sehari 3 kali, porsi sedikit pasien tidak bias makan nasi makan bubur 5-6 sendok, jenis makanan yang dikonsumsi pasien adalah makanan lunak, lauknya kadang ayam, kadang ikan, telur, sayur sup, buah pisang dan biasanya pasien minum air hangat 6-7 gelas (2000 ml) ,berat badan pasien saat sakit 53 kg, DO: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, , BB sebelum sakit 60 kg, saat sakit BB 53 kg, Tinggi Bada

163 cm, IMT: = 17,9 (Kurang). Pukul 09:17 wita mengidentifikasi status nutrisi seperti mengetahui keadaan nutrisi pasien untuk mengetahui apakah kebutuhan zat gizi terpenuhi dengan pengukuran berat badan sekarang 53 kg termasuk kurang dan Tinggi bada 163 cm. Pukul 09:19 mengukur berat badan pasien, hasil berat badan 53 kg. Pukul 09:21 wita memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga untuk makan makanan yang tinggi protein dan tinggi kalori seperti daging sapi sesekali, kacang-kacangan, telur, buah buahan seperti alpukat, papaya, pisang tahu tempe hasil pasien menngerti dan mau mengikuti. Pukul 09:32 wita menganjurkan kepada pasien untuk melakukn oral hygiene sebelum makan, hasil pasien meelakukan apa yang diajarkan agar nafsu makan meningkat. Pukul 09:35 wita menganjurkan pada pasien untuk makan makanan dalam porsi hangat agar daya tarik pasien untuk makan meningkat, hasil keluarga mau mengikuti apa yang di ajarkan dan menyediakan makanan yang hangat. Pukul 10:40 wita menganjurka pasien untuk makan TKTP untuk memenuhi kebutuhan energi dan menambah berat badan untuk mencukupi normal.

b. Implentasi hari kedua Minggu 29 Juni 2025

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret tertahan

Ds : pasien mengatakan batuk kering, lendir tidak keluar sudah dua bulan lebih, Do : keadan umu lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak batuk terus menerus, lendir tidak bisa keluar, bunyi napas ronchi. Pukul 08:00 wita mengidentifikasi atau melihat kemampuan batuk dari pasien, hasil pasien nampak batuk kering terus- menerus, lendir tidak bisa keluar. Pukul 08 : 05 wita memonitor adanya retensi sputum: hasil sputum tidak bisa keluar. Pukul 08:20 wita menganjurkan pasien untuk membuang

sekret pada tempat yang telah disediakan seperti diember yang berisi air kosong, dan saat pasien menguap menutup mulut pake tisu, atau pake masker. Pukul 08:30 wita menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif kepada pasien untuk mengeluarkan lendir atau benda asing dari saluran pernapasan. Pukul 08:50 wita menganjurkan pasien untuk menggunakan teknik batuk efektif dengan hasil : pasien mau mengikuti dengan meminta pasien menarik napas melalui hidung, tahan selama 3 detik kemudian hembuskan perlahan melalui mulut lakukan selama 3 kali, dikali ketiga meminta pasien untuk batuk dengan kuat bertujuan untuk membantu mengeluarkan dahak. Pukul 09:05 wita menganjurkan pasien untuk minum air hangat bertujuan untuk mengencerkan dahak, hasil dahak kering. Pukul 09:15 wita menganjurkan keluarga dan pasien cara uap manual untuk mengencerkan dahak dan bisa mengeluarkan dahak dengan menggunakan air panas yang dituangkan ditempat seperti ember atau baskom kemudian tuangkan minyak kayu putih selanjutnya menutup daerah kepala dengan posisi ember dibawah lalu hirup.

2) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Ds : pasien mengatakan sesak napas sudah satu hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, Do : keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak sesak napas frekuensi napas 24x/ menit, volume fremitus paru, terdengar suara pekak, adanya bunyi napas tambahan ronchi. Pukul 09:25 wita memonitor adanya bunyi napas tambahan:hasil adanya bunyi napas tambahan ronchi. Pukul 09: 45 wita mengatur posisi semi fowler atau fowler pada pasien dengan menaikkan bed tempat tidur keposisi setengah duduk dan meninggikan bantal dibelakang punggung pasien,

hasil : pasien mengatakan setelah bantal ditinggikan merasa sedikit lebih nyaman untuk bernapas. Pukul 10 : 30 wita memasang Oksigen Nasal kanul 3 lpm pada pasien.

3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Ds : pasien mengatakan mudah lemah, setelah berjalan atau melakukan aktivitas karena sesak napas. Do : keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak tidak bisa melakukan aktifitas secara mandiri, aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat seperti lab badan pagi hari dan sore hari, membantu mengganti pakian, berpindah tempat, menyisir rambut, menggosok gigi, berjalan ke toilet. Pukul 11 :15 wita mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan, hasil pasien mengatakan dirinya belum bisa melakukan aktivitas. Pukul 11:40 wita membantu pasien untuk berjalan ke toilet (BAB).jam 11: 55 wita membantu keluar seperti (lab badan pasien menggunakan dengan air sabun dan tisu basa, membantu menggantikan baju pasien dan menyisir rambut pasien), hasil: pasien belum bisa melakukan secara mandiri. Pukul 12:15 wita membantu memberikan pasien makan sekaligus menyuapi pasien makan,hasil: pasien mengatakan dirinya belum bisa makan sendiri karena lemah.

4) Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan

Ds : pasien dan keluarga mengatakan di rumah tidak menggunakan masker

Do : keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak batuk lendir tidak keluar, dan batuknya tidak menutup mulut. Pukul 12:20

wita membatasi jumlah pengunjung agar penyakit yang diderita pasien tidak dapat tertular dengan cepat, hasil : pengunjung dan keluarga bisa memahami apa yang dijelaskan oleh perawat. Pukul 12: 25 wita selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak langsung dengan pasien dan lingkungan untuk menghindari penularan, hasil keluarga dan pasien mengikuti apa yang diajarkan. Pukul 12: 450 wita menjelaskan pada pasien dan keluarga cara mencuci tangan dengan baik dan benar menggunakan 6 langkah hasil : keluarga dan pasien mau mengikuti apa yang diajarkan perawat dan mengikuti cara mencuci tangan dengan enam langkah. Pukul 13:05 wita menganjurkan pasien dan keluarga untuk selalu menggunakan masker dirumah sakit, dirumah maupun diluar rumah bertujuan untuk mencegah penularan pada orang disekitarnya hasil : keluarga dan pasien selalu menggunakan masker. Pukul 13:10 wita mengajarkan kepada pasien 3 cara batuk dengan benar menggunakan siku, tisu dan masker dengan hasil: pasien mengikuti apa yang diajarkan. Pukul 13:20 wita mengedukasikan kepada pasien jika membuang lendir jangan buang sembarang, buanglah pada tempatnya yang sudah disediakan seperti ditempat yang berisi air kosong, lalu menguap harus tutup dengan tisu atau masker bertujuan untuk mencegah penularan.

- 5) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan yang ditandai dengan:

Ds : pasien mengatakan saat sakit tidurnya tidak nyenyak, karena batuk terus-menerus, pasien mengatakan disiang hari kadang bisa tidur setelah diberi Nebu Combiven.

Do :keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak tidak bisa tidur karena batuk terus-menerus dan suasana di ruangan ribut. Pukul 11:25 wita mengidentifikasi pola aktivitas tidur, hasil : pasien mengatakan dirinya susah tidur bahkan tidak bisa tidur sama sekali karena batuk, tidurnya 10-15 menit kemudian terbangun lagi karena batuk terus menerus. Pukul 11:30 wita mengidentifikasi faktor pengganggu tidur,hasil : pasien mengatakan faktor pengganggu tidur sekarang adalah batuk. Pukul 11: 35 wita memodifikasi lingkungan (mis: pencahayaan , kebisingan) pasien mengatakan pada saat jam istirahat terkadang tidak bisa istirahat karena suara bising seperti kebisingan dari keluarga pasien dan keluarga pasien lain, dan pada malam hari pasien mengatakan tidak bisa tidur jika lampuhnya tidak dimatikan. Pukul 11:40 wita menjelaskan dan memberikan edukasi pada pasien tentang pentingnya tidur dengan hasil tidur yang baik membantu meningkatkan sistem kekebalan yang berfungsi lebih efektif, membantu melawan infeksi TB, mempercepat penyembuhan dan juga dapat menghilangkan stress.

- 6) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme yang ditandai dengan: DS : Keluarga pasien mengatakan pasien, nafsu makan berkurang saat sakit,makan dalam sehari 3x, porsi sedikit pasien tidak bias makan nasi makan bubur 6 -7 sendok, jenis makanan yang dikonsumsi pasien adalah makanan lunak, lauknya kadang ayam, kadang ikan, telur, sayur sup, buah pisang, papaya, alpukat dan biasanya pasien minum air hangat 6-7 gelas (2000 ml) ,berat badan pasien saat sakit 53 kg, DO: keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, , BB sebelum sakit 60 kg, saat sakit BB 53 kg, Tinggi Bada 163 cm, IMT: = 17,9

(Kurang). Pukul 08:30 wita mengidentifikasi status nutrisi seperti mengetahui keadaan nutrisi pasien untuk mengetahui apakah kebutuhan zat gizi terpenuhi dengan pengukuran berat badan sekarang 53 kg termasuk kurang dan tinggi badan 163 cm. Pukul 09:10 mengukur berat badan pasien, hasil : berat badan 53 kg. Pukul 09:21 wita memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga untuk makan makanan yang tinggi protein dan tinggi kalori seperti daging sapi sesekali, kacang-kacangan, telur, buah buahan seperti alpukat, papaya, tahu tempe, hasil pasien dan keluarga memahami dan mau mengikuti. Pukul 09:37 wita menganjurkan kepada pasien untuk melakukan oral hygiene sebelum makan agar nafsu makan meningkat dengan hasil: pasien merasa lebih nyaman dan nafsu makannya jadi meningkat. Pukul 10:00 wita menganjurkan pada pasien untuk makan makanan dalam porsi hangat agar daya tarik pasien untuk makan meningkat, hasil : keluarga mau mengikuti apa yang diajarkan.

- c. Hari ke tiga Tindakan keperawatan yang dilakukan pada hari Senin tanggal 30 Juni 2025, dibuat dalam bentuk catatan perkembangan dan dilaporkan pada bagian evaluasi

5. Evaluasi Keperawatan

1) Evaluasi Hari Sabtu Tanggal 28 Juni 2025, Jam : 14 :00 wita

- a) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi tertahan .
pukul 08 : 55 wita **Data subjektif** : pasien mengatakan batuk kering lendir tidak bisa keluar. **Data objektif** : keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, pasien nampak batuk kering lenndir tidak bisa keluar . **A** : Masalah bersihan jalan napas idak efektif belum teratasi. **P** : intervensi dilanjutkan (1,2,3,4,5,6,7,8)

- b) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Pukul 08 : 55 wita **Data Subjektif** : pasien mengatakan sesak napas. **Data Objektif** : keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien nampak sesak napas dengan frekuensi napas 24x/ menit, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm. **A** : Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi, **P** : intervensi dilanjutkan (1,2,3,4).
- c) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Pukul 08:55 wita **Data Subjektif** : pasien mengatakan lemah karena sesak napas yang menyebabkan pasien belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri. **Data Objektif** : keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak lemah karena sesak napas setelah beraktivitas, seperti ke toilet, berpindah tempat duduk atau ke tempat tidur, **A** : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi, **P** : intervensi di lanjutkan (1, 2,3)
- d) Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan. Pukul 09:25 wita **Data subjektif** : pasien mengatakan sudah paham dan akan melakukan bila sudah keluar rumah sakit maupun belum keluar rumah sakit. **Data Objektif** : keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, pasien nampak paham dan akan melakukan apa yang telah dijelaskan dan diajarkan . **A** : masalah resiko infeksi tidak terjadi. **P** : intervensi dipertahankan (1,2,3,4,5,6).
- e) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Pukul 09 :30 wita **Data subjektif** : pasien mengatakan tidak bisa tidur karena batuk terus menerus dan suara bising dari keluarga pasien. **Data Objektif** : keadaan umum baik, kesadaran komposmenis, pasien nampak lemah, mata

sayup, dan batuk terus menerus. **A:** gangguan pola tidur belum teratasi. **P :** Intervensi di lanjutkan (1,2,3)

- f) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme. Pukul 08:10 wita **Data Subjektif:** pasien mengatakan pasien mengatakan makan dalam sehari 3× dengan porsi sedikit, tidak bisa makan nasi makan bubur 5-6 sendok. **Data Objektif:** keadaan umum baik, kesadaran composmentis, berat badan 53 kg, tinggi badan 163 cm IMT: = 17,9 (Kurang). **A:** Masalah defisit nutrisi belum teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan (2, 3, 4, 5)

2) Evaluasi hari kedua Minggu 29 Juni 2025, Jam : 14 :00 wita

- a) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Jam 09 :10 wita **Data Subjektif :** pasien mengatakan batuk kering , lendir tidak bisa keluar. **Data Objektif:** keadaaan umum baik, kesadaran komposmentis, pasien nampak batuk kering, lendir tidak bisa keluar. **A :** masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi. **P :** intervensi dilanjutkan (1,2,3,4,5,6,7,8)
- b) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Pukul 09:20 wita **Data Subjektif :** pasien mengatakan sesak napas. **Data Objektif :** keadaan baik, kesadaran komposmentis, pasien nampak sesak napas dengan frekuensi napas 24x/ menit, terpasang oksigen nasal canul 3 lpm. **A :** masalah pola napas tidak efektif belum teratasi. **P:** intervensi dilanjutkan (1,2,3)
- c) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Pukul 09 : 45 wita **Data Subjektif :** pasien mengatakan kelemahan karena sesak napas, belum

bisa melakukan aktivitas sendiri. **Data Objektif** : keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, pasien nampak lemah dan sesak napas setelah beraktivitas, seperti ke toilet, berpindah tempat duduk atau ke tempat tidur. **A**: masalah Intoleransi aktivitas belum teratasi, **P**: intervensi dilanjutkan (1,2,3)

d) Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan. Pukul 10 :30 wita **Data Subjektif** : pasien mengatakan sudah paham dan akan melakukan bila sudah keluar rumah sakit maupun belum keluar rumah sakit **Data Objektif** : keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, pasien nampak paham dan mau mengikuti yang di ajarkan. **A** : Masalah resiko penyebaran infeksi tidak terjadi. **P**: intervensi dipertahankan (1,2,3,)

e) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Pukul 09 :30 wita **Data subjektif** : pasien mengatakan tidak bisa tidur karena batuk terus menerus dan suara bising dari keluarga pasien. **Data Objektif** : keadaan umum baik, kesadaran komposmenis, pasien nampak lemah, mata sayup, dan batuk terus menerus. **A**: gangguan pola tidur belum teratasi. **P** : Intervensi dilanjutkan (1,2,3)

f) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme. Pukul 08:10 wita **Data Subjektif**: pasien mengatakan pasien mengatakan makan dalam sehari 3x dengan porsi sedikit, tidak bisa makan nasi makan bubur 5-6 sendok. **Data Objektif**: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, berat badan 53 kg, tinggi badan 163 cm IMT: = 17,9 (Kurang). **A**: Masalah defisit nutrisi belum teratasi. **P**: Intervensi dilanjutkan (2, 3, 4, 5).

3) Catatan perkembangan dilakukan pada Senin tanggal 30 Juni 2025 Pukul : 07:00

a) Diagnosa pertama bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi tertahan

Pukul 08 :05 wita **Data Subjektif** : pasien masih batuk kering lendir tidak bisa keluar. **Data Objektif** : keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, pasien nampak batuk kering, lendir tidak bisa keluar. **A**: masalah bersihan jalan napas belum teratasi. **P** : intervensi dilanjutkan (2,3,4,5) **I** : mengidentifikasi atau melihat kemampuan batuk dari pasien, dengan hasil pasien nampak batuk kering lendir tidak bisa keluar, memonitor adanya retensi sputum dengan hasil : dahak tidak bisa keluar, menganjurkan pasien untuk membuang sekret pada tempat yang telah disediakan seperti ember yang di isi air kosong, menguap menutup mulut dengan tissu atau masker. Menganjurkan pasien untuk minum air hangat bertujuan untuk mengencerkan dahak, menganjurkan pasien untuk uap manual bila sekret susah untuk keluar. **E** : pukul 09:25 wita pasien mengatakan masih batuk kering, lendir tidak bisa keluar, keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi, intervensi dilanjutkan.

b) Diagnosa kedua Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Pukul 09:40 wita **Data Subjektif** : pasien mengatakan masih sesak napas. **Data Objektif** : pasien tampak lemah, kesadaran composmentis, pasien nampak sesak dengan frekuensi napas 24x/ menit, terpasang oksigen nasal canul 3 Lpm, bunyi napas tambahn ronchi, **A** : masala pola napas tidak

efektif belum teratasi. **P** : intervensi di lanjutkan (2,3,4) **I** : memonitor pola napas dengan frekuensi napas 24x/ menit, memonitor adanya bunyi napas tambahan ronchi. **E** : Pukul 10:45 wita keadaan lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak sesak dengan frekuensi 24/ menit, adanya bunyi napas tambahan ronchi, terpasang oksigen nasaal kanul 3 lpm, masalah pola napas belum teratasi, intervensi dipertahakan .

c) Diagnosa ketiga intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Pukul 10:05 wita **Data subjektif** : pasien mengatakan lemah karena sesak napas. **Data Objektif** : keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak lemah belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri karena sesak. **A** : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi. **P**: intervensi di lanjutkan (2,3,4,5,6). **I** : membantu lab muka dan badan pasien dengan menggunakan air sabun dan tisu basa, mengganti pakaian pasien, menyisir rambut pasien, membantu mengantar pasien ke toilet. **E**: pukul 10 :55 wita keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak lemah belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri, Masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi, intervensi dilanjutkan (2,3,4,6).

d) Diagnosa keempat Resiko penyebaran infeksi berhubungan peningkatan paparan organisme pathgen lingkungan

Pukul 11 :00 wita **Data Subjektif**: pasien mengatakan paham dan akan melakukan setelah mendapatkan penjelasan dari perawat atau petugas kesehatan. **Data Objektif**: keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, pasien nampak sudah paham dengan apa yang dijelaskan. **A**: Masalah resiko penyebaran infeksi tidak terjadi. **P**: Intervensi dilanjutkan (2,3,4,5,6). **I**: Menjelaskan kembali kepada pasien dan keluarga tentang tanda dan

gejala infeksi pada pasien TB seperti batuk berdahak lebih dari 2 minggu, demam di malam hari, keringat di malam hari tanpa melakukan aktivitas, mudah lemah dan lelah, menganjurkan kembali pasien dan keluarga untuk selalu menggunakan masker, menganjurkan kembali pada cara batuk dengan benar menggunakan 3 cara menggunakan siku, tisu dan masker, menganjurkan kepada pasien untuk membuang secret pada tempatnya tempat yang berisi air kosong, atau tissue bisa juga secretnya dikubur agar tidak bisa menular ke orang-orang sehat. **E:** pukul 11:35 wita keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak sudah paham dengan apa yang dijelaskan, dan sudah melakukannya, masalah resiko penyebaran infeksi tidak terjadi, intervensi dipertahankan

e) Diagnosa kelima Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

Pukul 11:30 wita Data subjektif : pasien mengatakan tidak bisa tidur karena batuk terus-menerus dan suara bising dari keluarga pasien. **Data Objektif** : keadaan umum baik, kesadaran komposmenis, pasien nampak lemah, mata sayup, dan batuk terus menerus. **A:** masalah gangguan pola tidur belum teratasi. **P** : Intervensi dilanjutkan (2,3,4,5) **I:** memberikan edukasi kepada pasien tentang pentingnya tidur dengan hasil tidur yang baik membantu sistem kekebalan tubuh yang berfungsi lebih efektif, membantu melawan infeksi TB dan mempercepat penyembuhan dan juga dapat menghilangkan stress. **E** : pukul 11 : 40 wita keadaan umum lemah, kesadaran komposmenis, masalah gangguan pola tidur belum teratasi, intervensi dilanjutkan (2,3,4,5)

f) Diagnosa keenam Defisit Nurisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme

Pukul 08:00 wita **Data Subjektif:** pasien mengatakan makan bubur dalam porsi sedikit dan dihabiskan, **Data Objektif:** keadaan umum baik, kesadaran composmentis, berat badan 53 kg. **A:** Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan (2,3,4,5,6). **I:** Memberikan edukasi pada pasien dan keluarga untuk makan tinggi protein dan tinggi kalori, seperti tempe tahu, daging, kacang-kacangan, telur buah buahan seperti alpukat, papaya sayuran seperti wortel, labu, bayam, kangkung, menganjurkan pada pasien untuk melakukan oral hygiene sebelum makan agar napsu makan meningkat, menganjurkan untuk makan makanan dalam porsi hangat agar daya tarik pasien untuk makan meningkat. **E:** pukul 08:35 wita keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, berat badan 53 kg, masalah defisit nutrisi sebagian teratasi, intervensi dilanjutkan

B. Pembahasan

Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada pasien Tn. A. N. di RPK RSUD Ende.

1. Interpretasi dan diskusi Hasil

a. Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian pada studi kasus Tn. A. N ditemukan pasien mengatakan sesak napas, batuk kering lendir tidak bisa keluar sudah dua bulan lebih, tidak bisa tidur karena batuk terus menerus, badan lemah, lemas, wajah tampak pucat, konjungtiva anemis, bunyi napas ronchi, suara napas pekak, nafsu makan menurun, berat badan menurun, tampak kurus, keringat di malam hari tanpa melakukan aktivitas, semua aktivitas dibantu keluarga dan perawat.

Hal ini sesuai dengan tanda dan gejala menurut Manurung (2023) mengatakan bahwa orang dengan TB Paru umumnya merasakan demam seperti influenza yang bersifat hilang timbul, penurunan nafsu makan dan berat badan, batuk-batuk selama kurang lebih 3 minggu, batuk berdarah, dapat disertai darah, perasaan tidak enak, lemah, sesak napas, nyeri pada dada, mudah lelah saat beraktivitas, tidur yang terganggu akibat batuk, keringat berlebihan saat malam hari, wajah tampak pucat, konjungtiva anemis, suara napas pekak, auskultasi bunyi ronchi, penurunan fremitus basah.

Dari data diatas menunjukan adanya kesenjangan yang terdapat yaitu data yang ada pada teori sebagian tidak ada pada kasus nyata Tn. A. N. seperti batuk darah dan demam yang hilang timbul, sianosis, panas/ hipertermi.

Hal ini menunjukan adanya kesenjangan yang terdapat dalam teori dan kasus nyata pada pasien Tn. A. N. Adalah batuk kering lendir tidak bisa keluar, sedangkan dalam teori menurut penelitian Batuk berdarah pada pasien TB dikarenakan infeksi Mycobacterium sudah sampai merusak parenkim paru dan infeksi TB sudah berkembang dan menyerang jaringan paru-paru termasuk pembuluh darah sehingga menyebabkan pembuluh darah pecah. Hal ini didukung oleh penelitian (Erwatyningsih, Erni; Purwanta ; Subekti, Haru;, 2019) yang menyatakan adanya batuk berdarah dan keparahan penyakit karena TB paru adalah keadaan lanjut dari gejala batuk yang ada dan merupakan tanda adanya kerusakan dari pembuluh darah pada dinding kavitas paru.

Hal ini menunjukan adanya kesenjangan yang terdapat dalam teori dan kasus nyata pada pasien Tn. A. N. tidak ditemukan pasien mengalami demam yang hilang timbul. Sedangkan dalam teori menurut penelitian ditemukan Demam hilang timbul pada pasien TB Paru dikarenakan sistem imun tubuh berusaha

melawan infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, yang menyebabkan reaksi inflamasi dan peningkatan suhu tubuh. Demam ini bisa muncul dan menghilang dalam beberapa waktu, dan dapat berlangsung hingga lebih dari 3 minggu. Reaksi Sistem Imun, Saat tubuh terinfeksi bakteri TB, sistem imun akan merespon dengan menghasilkan sel-sel yang melawan infeksi. Proses ini melibatkan pelepasan zat-zat yang menyebabkan demam, Peningkatan Suhu tubuh, demam adalah tanda bahwa tubuh sedang berjuang melawan infeksi. Suhu tubuh yang meningkat dapat membantu menghambat pertumbuhan bakteri dan mempercepat proses penyembuhan.

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

Batuk pada pasien TB diperlukan untuk mengeluarkan bahan – bahan yang bersifat radang karena bronkus akibat dari infeksi *Mycobacterium tuberculosis* yang menyerang paru – paru sehingga mengganggu ekspansi paru – paru dan menyebabkan batuk. Batuk ini berkembang dari batuk kering yang tidak produktif menjadi batuk produktif yang mengeluarkan dahak setelah peradangan terjadi. Kuman tuberculosis yang masuk ke saluran pernapasan akan meninfeksi saluran pernapasan bawah dan dapat menimbulkan terjadinya batuk produktif dan darah.

Hal ini akan menurunkan fungsi kerja silia dan mengakibatkan penumpukan sekret pada saluran pernapasan, sehingga mengakibatkan gangguan kebutuhan oksigenasi.

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

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan yang terdapat dalam teori dan kasus nyata pada pasien Tn. A. N. Adalah Terjadi penurunan nafsu makan diakibatkan oleh efek samping dari obat OAT yang diminum menyebabkan terjadinya mual muntah yang membuat pasien tidak nafsu makan. Sedangkan dalam teori menurut penelitian nafsu makan menurun pada pasien TB terjadi karena adanya tanda dan gejala lain seperti batuk membuat pasien merasa tidak nyaman untuk makan sehingga mengalami penurunan nafsu makan. Hal ini didukung oleh penelitian. (Aida, Ni Kadek Kumara; Masyeni, Dewa Ayu Putri Sri; Ningrum, Rima Kusuma;, 2022) efek samping yang paling sering ditimbulkan pada pengobatan OAT adalah mual. Reaksi mual biasanya ditimbulkan akibat mengonsumsi obat OAT golongan antibiotik seperti rifampisin, isoniazid, dan etambutol. Obat golongan ini dapat mengakibatkan peningkatan asam lambung sehingga dapat dikonsumsi setelah makan. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian

sebelumnya yang menyatakan bahwa sejenis obat OAT dapat menimbulkan efek samping yang berbeda tergantung dari reaksi imun tubuh terhadap pengobatan yang diberikan.

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

b. Diagnosa Keperawatan

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

Pada Diagnosa keperawatan yang diangkat pada pasien Tn. A. N sebanyak 6 diagnosa keperawatan antara lain : Bersihan jalan napas tidak efektif, Pola napas tidak efektif, Defisit nutrisi, Intoleransi aktivitas, Gangguan pola tidur,

Resiko penyebaran infeksi. Sedangkan diagnosa yang ada diteori terdapat 8 diagnosa keperawatan sedangkan dikasus mengangkat 6 diagnosa keperawatan.

Hal ini menunjukkan adanya sesenjangan antara kasus nyata dan teori, didalam kasus nyata tidak ada masalah keperawatan hipertermia karena suhu tubuh pasien Tn. A. N. 36,5 °c dan tidak mengalami demam yang hilang timbul Namun didalam teori ditemukan masalah keperawatan hipertermi karena mengalami demam yang hilang timbul dan suhu tubuh meningkat, bisa terjadi apabila fagositosis kuman yang menyebabkan terjadinya pleuritis lokal (peradangan pada pleura yaitu lapisan yang melapisi paru – paru dan rongga dada) peradangan kerusakan jaringan akibat pleuritis lokal dapat memicu respon imun tubuh sehingga memunculkan gejala demam, keringat dimalam hari yang menimbulkan masalah hipertermi (Kardiyudiani, 2020).

Pada teori juga ditemukan diagnosa keperawatan gangguan pertukaran gas tidak ditegakan dalam kasus Tn. A.N karena tidak ditemukan data-data yang mendukung untuk ditegakkannya masalah tersebut. Menurut SDKI (2016) data yang mendukung untuk ditegakkannya masalah gangguan pertukaran gas adalah PCO₂ meningkat atau menurun, sesak napas, pusing, PO₂ menurun, bunyi napas tambahan, sianosis, napas cuping hidung, pola napas abnormal, pucat, kesadaran menurun. data yang ditemukan pada pasien saat pengkajian, seperti pusing, bunyi napas ronki, dan pucat belum cukup untuk menegaskan diagnosa keperawatan gangguan pertukaran gas karena tidak ada tanda-tanda lain seperti sianosis, dan tidak ada hasil pemeriksaan analisa gas darah yang mendukung diagnosa keperawatan tersebut.

Pada kasus nyata ditemukan masalah Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan hal ini dikarenakan pada pasien

tuberkulosis paru (TB paru) lendir atau mukus bisa menumpuk disaluran pernapasan sebagai akibat dari peradangan dan infeksi yang terjadi. Hubungan antara lendir dan bersihan jalan napas tidak efektif dalam konteks TB paru adalah sebagai berikut : peradangan dan produksi lendir : infeksi TB paru merupakan peradangan di paru-paru dan saluran pernapasan. Peradangan ini merangsang produksi lendir yang berlebihan. Lendir ini bisa menjadi kental dan viskos, membuatnya sulit untuk dikeluarkan. Penumpukan lendir :lendir yang menumpuk dapat menghambat aliran udara dan membuat pernapasan menjadi tersumbat. Hal ini mengurangi efektivitas bersihan jalan napas karena lendir yang banyak dapat menghalangi saluran pernapasan, membuat pasien merasa kesulitan untuk bernapas dengan baik. Efek pada fungsi pernapasan : penumpukan lendir dan infeksi yang mendasarinya dapat menyebabkan batuk kronis dan sesak napas. Kinerja sistem pernapasan menjadi kurang efektif karena jalan napas yang terhambat oleh lendir, yang gilirannya dapat memperburuk gejala TB paru. Bersihan jalan napas tidak efektif merupakan suatu keadaan dimana individu mengalami ancaman yang nyata atau potensial berhubungan dengan ketidakmampuan untuk batuk secara efektif. Pengertian lain juga menyebutkan bahwa bersihan jalan napas juga tidak efektif merupakan ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2016).

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dikarenakan pada pasien TB paru mengalami kesulitan mengambil dan mengeluarkan oksigen karena adanya infeksi mycobakterium tuberculosis yang membentuk kavitas (rongga) pada paru –paru sehingga menyebabkan peningkatan kerja otot pernapasan dan ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan oksigen

dalam tubuh. Hal ini didukung oleh penelitian (Adawiah & Yanto, 2021) pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, karena jika terjadi sesak napas terjadi akibatnya adanya obstruksi saluran pernapasan sehingga pasien mengalami hambatan dalam proses bernapas. Sesak napas dapat diketahui dengan pola napas yang tidak teratur dan terjadi peningkatan pada frekuensi pernapasan.

Pada kasus nyata ditemukan masalah intoleransi aktifitas dikarenakan pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas secara mandiri seperti makan, minum, lab badan, mengganti pakaian, menyiri rambut, menggosok gigi dan ber-toileting dan berpindah dibantu oleh keluarga dan perawat. Pasien TB paru dapat mengalami intoleransi aktifitas fisik karena beberapa faktor patofisiologi, termasuk kerusakan jaringan paru-paru. Peradangan serta kehilangan berat badan. Hal ini dapat mengganggu proses pertukaran gas, mengurangi kemampuan darah untuk membawahkan oksigen, serta mengurangi kemampuan tubuh untuk melakukan aktifitas. Akibat pasien TB dapat mengalami kesulitan bernapas dan merasa mudah lelah.

Pada kasus nyata ditemukan masalah defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dan kengerangan untuk makan dikarenakan batuk serta pengobatan OAT yang menyebabkan efek samping seperti mual muntah yang membuat pasien kengerangan untuk makan hal ini didukung oleh peneliti (Aida, Masyeni, & Ningrum, 2022) reaksi mual biasanya ditimbulkan akibat mengonsumsi obat OAT golongan antibiotik seperti rifampisin, isoniazid, dan sabutamo. Obat golongan ini dapat mengakibatkan peningkatan asam lambung sehingga tidak dapat dikonsumsi sebelum makan.

Pada kasus nyata ditemukan masalah Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Gangguan pola tidur pada pasien tuberkulosis paru (TB paru) dapat berkaitan dengan proses penyakit dengan gejala TB paru seperti

sesak napas. Ada beberapa alasan mengapa gangguan tidur sering terjadi pada pasien TB paru : pertama sesak napas : salah satu gejala TB paru adalah kesulitan bernapas bernapas atau sesak napas, terutama pada malam hari saat pasien terbaring. Ketika paru- paru terinfeksi dan meradang, fungsi pernapasan menjadi terbatas, yang dapat menyebabkan gangguan tidur, kedua batuk di malam hari, pencahayaan, dan suara bising. Pasien TB paru sering mengalami batuk, terutama di malam hari batuk berulang –ulang dapat mengganggu tidur dan menyebabkan kualitas tidur buruk. Keringat di malam hari yang berlebihan juga merupakan gejala umum TB Paru. Ini dapat membuat pasien merasa tidak nyaman dan terganggu saat tidur.

Pada kasus nyata ditemukan masalah resiko penyebaran infeksi karena pada pasien dan keluarga tidak menggunakan masker selama di rumah sakit maupun diluar rumah. Pasien TB paru dapat menjadi sumber penyebaran infeksi karena bakteri mycobakterium tuberculosis yang terkandung dalam droplet udarah yang dikeluarkan saat pasien batuk, bersin ,atau berbicara. Penyebaran infeksi TB dapat terjadi melalui kontak erat dengan pasien, serta melalui udara yang terkontaminasi dengan bakteri mycobakterium tuberculosis faktor-faktor seperti kepadatan penduduk, ventilasi yang buruk, dan kebersihan yang kurang dapat meningkatkan resiko penyebaran infeksi TB. Selain itu kondisi kesehatan yang lemah, seperti HIV/AIDS, diabetes atau gangguan imun lainnya, dapat meningkatkan kerentanan individu terhadap infeksi TB. Oleh karena itu pengobatan yang efektif dan pengendalian penyebaran infeksi TB adalah kunci untuk mencegah penyebaran penyakit ini.

c. Intervensi Keperawatan

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

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

Masalah bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan sesuai tujuan dan kriteria hasil yang telah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam pada Tn A. N diharapkan masalah bersihan jalan napas teratasi dengan kriteria hasil : batuk efektif meningkat, sputum menurun, dispnea membaik, dan frekuensi napas membaik.

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

Masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelamahan sesuai tujuan dan kriteria hasil yakni setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam pada Tn .A.N diharapkan masalah intoleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil keluhan lelah menurun, sesak saat aktivitas menurun, sesak setelah aktivitas menurun.

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

Masalah gangguan pola tidur berhubungan dengan hamatan lingkungan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yakni setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan pola tidur dapat teratasi dengan kriteria hasil keluhan sulit tiduur, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun.

Masalah resiko penyebaran infeksi dibuktikan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil menggunakan masker meningkat, kebersihan tangan meningkat, etika batuk meningkat.

d. Implementasi Keperawatan

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

Implementasi yang dilakukan pada pasien Tn. A. N. dilaksanakan selama 3 hari sejak tanggal 28-30 Juni 2025.

1) Diagnosa Bersihan jalan napas tidak efektif

Implementasi:

1. Mengidentifikasi kemampuan batuk pasien dilakukan untuk mengetahui apakah batuk yang dialami pasien produktif atau tidak produktif, hasil : 2. memonitor adanya retensi sputum dilakukan agar proses pernapasan dapat berjalan dengan baik guna mencukupi kebutuhan oksigen tubuh. 3. Melakukan fisioterapi dada dapat membantu mengencerkan dahak, dengan hasil : dahak kering. 4. Melatih batuk efektif hasil : meningkatkan ekspansi paru dan, mobilisasi sekresi, dan mencegah efek samping dari retensi sekresi tidak meningkat. 5. Menganjurkan kepada pasien untuk minum banyak air hangat. Hasil : dahak sulit dikeluarkan. Hal ini didukung oleh penelitian dilakukan (Mediarti, Syokumawena, & Alifah, 2023) tentang latihan batuk efektif pasien tuberkulosis paru dengan masalah bersihan jalan napas tidak efektif .

2) Diagnosa pola napas tidak efektif

Implementasi:

1. Mengatur posisi semi Fowler, hasil : pasien mengatakan sesaknya berkurang. 2. Memberikan nebulizer Ventolin 1 tube, hasil : untuk meningkatkan oksigenasi pada pasien, sehingga memudahkan pasien untuk bernapas. Hal ini didukung oleh penelitian (Muzaki & Pritania, 2022) tentang penerapan pemberian terapi Oksigen dan posisi semi Fowler dalam mengatasi masalah pola napas tidak efektif.

3) Masalah intoleransi aktivitas

implementasi :

1. menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap, hasil : pasien belum bisa melakukan perawatan higyene seperti: melap badan, mengganti pakaian, menyisir rambut.

4) Diagnosa defisit nutrisi

Implementasi

1. Memonitor asupan makanan bertujuan untuk meningkatkan energi sehingga pasien memerlukan asupan makanan yang cukup untuk meningkatkan energi.

2. Menganjurkan kepada keluarga untuk selalu menyajikan makanan yang disukai pasien unuk menambah nafsu makan.

3. Menganjurkan kepada pasien untk tidak mengonsumsi makanan kemasan seperti pop mie.

4. Menganjurkan kepada pasien untuk selalu melakukan oral hygiene (sikat gigi dan mulut) sebelum makan dan sesudah makan untuk meningkatkan nafsu makandan membersihkan plak pada mulut.

5. 6. Menganjurkan kepada pasien untuk makan sedikit demi sedikit tapi sering untuk memnuhi kebutuhan nutrisi pada pasien. Memperhatikan diet makan tinggi kalori dan tinggi protein untuk meningkatkan berat badan. Hal ini didukung oleh penelitian (Mediarti, Devi; Syokumawena; Prihartini , Desi, 2024)) tentang implementasi keperawatan dengan masalah nutrisi pada pasien tuberkulosis paru.

5) Diagnosa gangguan pola tidur

Implementasi:

1. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidurbertujuan untuk mengetahui alasan pasien tidak bisa tidur.

2. Memodifikasi lingkungan bertujuan untuk membatasi keluarga atau pengunjung tidak terlalu banyak dalam ruangan karena dapat mengganggu waktu istirahat pasien.

3. Menjelaskan kepada pasien bahwa waktu tidur yang cukup dapat menambahkan energi dan mempercepat

proses penyembuhan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan istirahat tidur pada pasien. Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan (Aprilia , Uci; Hidayat, Ridha;, 2024)) tentang asuhan keperawatan pada Tn .A.N. dengan tuberkulosis paru di ruangan perawatan khusus (RPK) .

6) Diagnosa resiko penyebaran infeksi

Implementasi :

1. Mengajarkan kepada pasien dan keluarga untuk menggunakan APD (mis, masker) jika berada dalam ruangan , maupun diluar rumah. Mengajarkan kepada pasien dan keluarga tentang cara etika batuk dan mencuci tangan yang benar.

e. Evaluasi keperawatan

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

Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi dengan kriteria hasil pasien mengatakan masih batuk kering, lendir tidak bisa keluar terdengar bunyi napas tambahan ronchi. Pola napas tidak efektif belum teratasi dengan kriteria hasil : pasien mengatakan masih sesak napas dengan frekuensi napas yang di hitung 24x/menit. defisit nutrisi sudah teratasi dengan hasil: pasien dan keluarga paham dengan penjelasan yang diberikan oleh perawat mengenai pentingnya kebutuhan nutrisi yang seimbang bagi tubuh. .masalah Intoleransi aktivitas belum teratasi dengan hasil: pasien mengatakan masih merasa lemah karena sesak napas dan belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri. Gangguan pola tidur belum teratasi dengan kriteria hasil: pasien mengatakan tidak bisa tidur Karena batuk, TD: 144/108 mmHg. Resiko penyebaran infeksi teratasi dengan hasil: pasien mengatakan sudah paham dengan apa yang dijelaskan dan diajarkan, dan mau

menerapkan dan melakukannya, pasien dan keluarga nampak menggunakan masker.

2. Keterbatasan Studi Kasus

Keterbatasan yang dialami peneliti dalam melakukan studi kasus yakni :

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

3. Implikasi dalam keperawatan

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

1) Sebagai pendidik

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

2) Sebagai advokat

Pada studi kasus nyata ini ditemukan peran perawat sebagai advokat yakni menjadi penghubung antara pasien dan tim kesehatan lain, dimana perawat selalu melakukan

kolaborasi dengan tim medis lainnya bertujuan untuk mempercepat proses
kekambuhan pasien.

3) Sebagai pemberi perawatan

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