

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**A. Hasil studi kasus****1. Gambaran umum Lokasi dan studi kasus**

Studi kasus dilakukan di RSUD Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah yang berada di Jl. Prof. Dr. W.Z. Yohanes. Adapun batas wilayah RSUD Ende sebagai berikut : Sebelah utara berbatasan dengan :Jalan samratulangi. Sebelah timur berbatasan dengan: Pemukiman penduduk, sebelah barat berbatasan dengan: Kali /sungai kering, sebelah selatan berbatasan dengan: Jl. Prof.Dr. W.Z. Yohanes.RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah Ruangan Perawatan Khusus dimana ruangan ini merupakan ruangan isolasi yang merawat pasien berpenyakit menular yang ditularkan lewat udara, percikan ludah, droplet (airborne). Ruangan Perawatan Khusus terdiri dari 3 ruangan dengan kapasitas bed 9 yang terdiri dari ruangan Flamboyan A jumlah 3 bed, ruangan Flamboyan B 3 bed dan ruangan Flamboyan C 3 bed dengan kebutuhan tenaga perawat 12 orang yang terdiri dari Diploma 3 berjumlah 11 orang, dan Strata Satu (S1) Keperawatan Ners berjumlah 1 orang dengan struktur organisasi tertinggi adalah kepala Ruangan.

B. Studi Kasus

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 30 juni 2025, di ruangan perawatan khusus RSUD Ende.

- a. Studi kasus dilakukan pada Tn. I.A. yang berumur 56 tahun di RSUD Ende ruang penyakit khusus ruangan F1. Pasien berjenis kelamin laki-laki. Beragama khatolik, tinggal di Rajawawo, status pasien duda, dengan pendidikan SMP. Penanggung jawab pasien yaitu Tn.sebagai anak kandung yang berumur 29 tahun, tinggal bersama dengan pasien di Rajawawo.

1) Riwayat kesehatan

- a) Keluhan utama:Pasien mengeluh batuk lendir bercampur darah.
- b) Riwayat kesehatan saat ini: Pasien mengatakan lemah, batuk lendir bercampur darah, warna sputum kekuningan, batuk terus menerus dengan durasi kurang lebih 1 menit dan tidak di sertai demam (suhu: 36°c / axilla).
- c) Riwayat kesehatan masa lalu: Pasien mengatakan padatahun 2017 pernah mengalami sesak napas, maag dan di rawat di rumah sakit di batam kurang lebih 1 minggu karena setelah keluar dari sakit penyakit pasien sering kambuh dan pada akhirnya pada tahun 2019 pasien kembali ke kalimantan dan disana pasien terkena lagi sesak dan di antar oleh keluarga ke

rumah sakit dan di diagnosa penyakit TBC karena salah satu keluarga pasien ada yang menderita penyakit TBC.

- d) Riwayat penyakit keluarga :Pasien mengatakan bahwa saudara kandung pasiennya ada yang menderita penyakit TBC paru dan tidak ada keluarga lain yang menderita penyakit TBC seperti pasien. Karena selama di batam pasien hidup satu rumah dengan saudaranya yang menderita TBC.

2) Pemeriksaan pola kesehatan

a) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan di rumahnya terdapat beberapa ventilasi rumah yang dibuat dengan baik untuk pertukaran udara sehingga udara segar dapat masuk ke dalam ruangan dan membuang udara yang pengap. Hal ini dilakukan untuk menjaga kualitas udara di ruangan tetap sehat.

Keadaan saat ini: Pasien juga mengatakan bahwa penyakit yang dideritanya saat ini membutuhkan kepatuhan dalam pengobatan dan pasien masih rutin mencuci tangan sebelum dan sesudah makan.

b) Pola nutrisi Metabolik

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan makan 3x sehari dengan

porsi satu piring dan dihabiskan, pasien makan dengan menu seperti nasi, sayuran hijau, kadang-kadang lauk seperti ikan, telur, tahu tempe. Pasien minum 5-6 gelas/hari (1200 cc), pasien tidak ada pantangan dalam makan maupun minum, BB: 49 Kg.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan nafsu makannya berkurang karena mual. Jenis makanan yang dikonsumsi diet lunak (bubur) makan 3x sehari dengan diet tinggi kalori dan protein seperti nasi, sayuran hijau, telur dan daging. Pasien hanya menghabiskan setiap menu (1 porsi makan) 2-3 sendok makan yang disajikan di rumah

sakit. Minum 8 gelas/hari (1600 cc), BB: 40 Kg.

c) Pola eliminasi

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan BAB 1-2x sehari, dengan konsistensi padat tapi tidak keras, tidak ada keluhan saat BAB, BAK 4-5x/hari warna kuning, tidak ada keluhan saat BAK.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan saat ini BAK dalam sehari 4-5x/hari warna urin kuning jernih, bau khas, tidak ada nyeri saat BAK sedangkan BAB selama di Rumah sakit 2 hari sekali.

d) Pola aktifitas dan latihan

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan tidak ada keluhan seperti pusing, sesak dan mual, ataupun cepat lelah saat beraktifitas.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan ActivityDailyLiving (ADL) aktifitasnya dibantu sebagian oleh keluarga seperti ke kamar mandi, makan, toileting dan menghias diri.

e) Pola istirahat dan tidur

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan bahwa ia tidur malam dari jam 22.00-04.30 dan istirahat siang 1-2 jam. Saat tidur maupun istirahat tidak ada keluhan batuk ataupun sesak napas. pasien masih bisa tidur nyenyak

Keadaan saat ini: pasien mengatakan bahwa walaupun batuk tapi masih bisa tidurnya nyenyak. Pasien mulai tidur dari jam 20.30-04.30 dan ketika istirahat siang hari sekitar 1-2 jam.

f) Pola kognitif dan persepsi sensori

Kebiasaan sehari-hari: Pasien mengatakan dapat melihat dengan jelas, dapat mencium aroma dan meraba serta mendengar dengan baik.

Keadaan saat ini : Pasien dapat melihat dengan jelas saat perawat menunjukkan angka 1 pasien mampu menyebutkan angka tersebut dan dapat mencium aroma bebauan seperti saat perawat memberikan aroma minyak kayu putih pasien mampu membedakan aroma minyak kayu putih dari aroma yang lainnya.

g) Pola konsep diri dan persepsi diri

Kebiasaan sehari-hari: Pasien mengatakan menyukai semua bagian anggota tubuhnya. Pasien adalah tulang punggung keluarga dan bertanggung jawab dalam mengurus anak-anaknya

Keadaan saat ini: Pasien mengatakan saat ini sebagai seorang pasien yang menjalani masa perawatan dan rutin mengkonsumsi obat, mengikuti setiap anjuran dokter serta berharap cepat pulih dari sakitnya sehingga bisa menjalankan kembali perannya sebagai seorang ayah. Pasien juga mengatakan keluarga menerima kondisinya dan selalu mendukungnya dan pasien agar tidak merasa rendah diri karena sakitnya.

h) Pola reproduksi dan seksualitas

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan ia adalah seorang ayah yang sudah menduda dan mempunyai satu anak yang belum menikah

Kebiasaan saat ini: pasien mengatakan saat ini pasien tidak ada keluhan yang lain di system reproduksinya.

i) Pola peran dan Hubungan dengan sesama

Kebiasaan sehari-hari: pasien adalah seorang ayah tulang punggung keluarga. Pasien juga mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarganya ia memiliki hubungan baik dengan lingkungannya, baik tetangga, teman ataupun keluarganya.

Keadaan saat ini: pasien tidak dapat menjalankan perannya sebagai ayah Kepala rumah tangga. Pasien juga memiliki hubungan baik dengan para perawat atau sesama pasien dalam ruangan tersebut.

j) Pola Mekanisme Penyesuaian Toleransi Terhadap Stress

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

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

k) Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

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

Keadaan saat ini: pasien mengatakan bahwa ia tidak pernah ke gereja tapi, Pasien selalu berdoa didalam hatinya meminta kepada Tuhan agar lekas Sembuh.

3) Pemeriksaan fisik

Pada tanggal 30 juni 2025 pukul 07.00 keadaan umum pasien tampak lemah, kesadaran komposmentis, GCS: 15 (E: 4,V: 5,M:6) TD: 90/70mmHg, N: 88x/m, SpO2 : 99% RR : 24x/m, pada kepala tidak terdapat benjolan, rambut tampak bersih, konjungtiva pucat, sklera tidak ikterik, mata sembab, telinga tampak bersih, dan tidak ada cairan yang keluar, hidung simetris, terpasang nasal canul 4 lpm, mukosa bibir lembab, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, dada simetris, menggunakan otot bantu pernapasan, bunyi paru , bunyi napas rhonci, abdomen simetris, tidak ada nyeri tekan, bunyi bising usus normal 18x/m, pemeriksaan genitalia tidak di lakukan karena menjaga privasi

pasien, ekstremitas atas tidak ada edema, terpasang stoper di tangan kanan, jari tangan lengkap, CR<3 detik, ekstermitas bawah ada edema di sebelah kiri, jari kaki lengkap, fungsi otot baik.

4) Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan darah

Tabel 4.1 pemeriksaan hasil Lab (tanggal 29 juli 2025)

N O	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
1.	WBC	5.69	[10 ³ /μL]	(3.800-10.60)
2	LYMPH#	1.20	[10 ³ /μL]	(1.00-3.70)
3	MONO#	0.70	[10 ³ /μL]	(0.00-0.70)
4	EO#	0.12	[10 ³ /μL]	(0.00-0.40)
5	BASO#	0.07*	[10 ³ /μL]	(0.00-0.10)
6	NEUT#	3.60	[10 ³ /μL]	(1.50-7.00)
7	LYMPH%	21.1-	[%]	(25.0-40.0)
8	MONO	12.3+	[%]	(2.0 - 2.8)
9	EO	2.1	[%]	(2.0 - 4.0)
10	BASO	1.2*	[%]	(0.0 – 1.0)
11	NEUT	63.3	[%]	(50.0-70.0)
12	IG	0.02	[10 ³ uL]	(0.00-7.00)
13	IG	0.4	[%]	(0.0-72.0)
14	RBC	5.56	[10 ⁶ uL]	(4.40-5.90)
15	HGB	14.4	[g/dL]	(13.2-17.3)
16	HCT	46.5	[%]	(40.0-52.0)
17	MCV	83.6	[fL]	(80.0-100.0)
18	MCH	25.9-	[pg]	(26.0-34.0)
19	MCHC	31.0-	[g/dL]	(32.0-36.0)
20	RDW-SD	46]	[Fl]	(37.0-54.0)
21	RDW-CV	15.1+	[%]	(11.5-14.5)
22	PLT	147	[10 ³ /uL]	(150-450)
23	MPV	11.4	[fL]	(9.0-13.0)
24	PCT	0.17	[%]	(0.17-0.35)
25	PDW	13.7	[fL]	(9.0-17.0)
26	P-LCR	35.4	[%]	(13.0-43.0)

2. Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 4.2 Pemeriksaan hasil LAB (Tanggal 30 juli2025)

NO	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
1	ALBUMIN	3.19	g/dl	3.4 - 4.8
2	CREATININ	0.81	Mg/dl	0.67 – 1.17
3	SGOT/AST	25.9	u/l	0 – 35
4	SGPT/ALT	31.9	u/l	4 – 36
5	UREUM	33.4	mg/dl	10 – 50
	BUN	16	mg/dl	8 – 23

5) Terapi

Pada tanggal 30 juni pasien mendapatkan terapi obat Paracetamol infus 3x1gr/iv, Levofloxacin infus 1x500 mg/iv, Ondansentron 3x 4 mg/iv, ceftriaxone 2x1 gr/IV, Methylprednisolone 3x 125 mg/iv, asam tranexamat 3x50 mg/IV, vit k 3x1.

6) Tabulasi data

hasil pengkajian di temukan data sebagai berikut: pasien mengatakan Pasien mengatakan lemah, batuk lendir bercampur darah , bunyi parurunchi, pasien mengatakan nafsu makannya berkurang karena mual. Pasien hanya menghabiskan setiap menu (1 porsi makan) 2-3 sendok makan, ADL dibantu sebagian oleh keluarga seperti, makan, dan menghias diri. TD:90/70 mmHg, Nadi:88x/m, suhu: 36,0°c/axilla, RR: 24x/m, SpO2: 99%, , tepasang kateter, tinggi badan (TB) 150 cm, BB sebelum sakit 49 Kg, BB saat sakit : 40 kg, indeks masa tubuh (IMT) 13,3 (Berat Badan Kurang), pemeriksaan TCM

dengan menggunakan sputum atau dahak ditemukan bakteri *Mycobacterium tuberculosis*

7) Klasifikasi

subyektif : Pasien mengatakan badan lemah, batuk lendir bercampur darah, durasi kurang menit, nafsu makannya berkurang karena mual keadaan umum sedang, kesadaran composmentis, ADL dibantu sebagian oleh keluarga ADL dibantu sebagian oleh keluarga seperti , makan, dan menghias diri, pasien hanya menghabiskan setiap menu (1 porsi makan) 2-3 sendok makan, TD:90/70 mmHg, Nadi:88x/m, suhu: 36,0°C/axilla, RR: 24x/m, SpO2: 99%, terpasang kateter suara napas ronchi , tinggi badan (TB) 150 cm, BB sebelum sakit 49 Kg, BB saat sakit : 40 kg, indeks masa tubuh (IMT) 13,3 (Berat Badan Kurang), pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak ditemukan bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*.

8) Analisa Data

Analisa Data

NO	Sign	Etiologi	Problem
1.	DS:pasien mengatakan badan lemah, batuk lendir bercampur darah. DO : batuk lendir bercampur darah, TD :	Spasme jalan napas	Bersihan jalan napas tidak efektif

	90/70mmHg,nadi:88×/m, suhu : 36,0°c/axilla, RR: 24×/m, SpO2: 99%,terpasang kateter, suara napas ronchi, warna sputum kekuningan		
2	DS:pasien mengatakan nafsu makannya berkurang karena mual. DO: pasien hanya menghabiskan setiap menu (1 porsi makan) 2-3 sendok makan, tinggi badan (TB) 150 cm, BB sebelum sakit 49 Kg, BB saat sakit:40 kg, indeks masa tubuh (IMT) 13,3 (Berat Badan Kurang).	Peningkatan kebutuhan metabolisme	Defisit nutrisi
3	DS:pasien mengatakan badan lemah. DO:keadaan umum lemah, ADL dibantu sebagian oleh keluarga, makan, dan menghias diri, terpasang kateter	Kelemahan	Intoleransi aktifitas
4	DS: faktor resiko DO:pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak di	Peningkatan paparan organisme phatogen	Resiko penyebaran infeksi

temukan bakteri lingkungan
Mycobacterium

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah di lakukan pengkajian, maka data-data hasil pengkajian di buat dalam bentuk Analisa data di tentukan diagnosa keperawatan.

a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas, ditandai dengan :

DS: pasien mengatakan lemah, batuk lendir bercampur darah

DO: batuk lendir bercampur darah, TD:90/70 mmHg,

Nadi:88x/m, suhu: 36,0°C/axilla, RR: 24x/m, SpO2: 99%,

ronchi terdengar pada lobus paru atas.

b. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme, yang ditandai dengan:

DS: pasien mengatakan nafsu makannya berkurang karena mual.

DO: pasien hanya menghabiskan setiap menu (1 porsi makan)

2-3 senduk makan tinggi badan (TB) 150 cm, BB sebelum

sakit 49 Kg, BB saat sakit : 40 kg, indeks masa tubuh

(IMT) 13,3 (Berat Badan Kurang).

c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, yang ditandai dengan:

DS: pasien mengatakan badan lemah.

DO:keadaan umum lemah, ADL dibantu sebagian oleh keluarga

seperti ke kamar mandi, makan, toileting dan menghias diri.

d. Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan, yang ditandai dengan:

DS: faktor resiko

DO: didapatkannya infiltrat pada kedua lobus superior, pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak ditemukan bakteri Mycobacterium Tuberculosis.

3. Intervensi Keperawatan

Sebelum dibuatkan rencana keperawatan terhadap masalah yang ditemukan, masalah tersebut disusun dalam bentuk prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani. Adapun urutan prioritas masalah mengacu pada tingkatan, prioritas utama yaitu mengancam kehidupan, prioritas kedua mengancam kesehatan. Prioritas ketiga dan seterusnya yang mengganggu proses pertumbuhan dan perkembangan. Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya akan dibuat rencana keperawatan.

Prioritas masalah :

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif
- b. Defisit Nutrisi
- c. Intoleransi Aktivitas
- d. Resiko penyebaran infeksi

4. Perencanaan

Berdasarkan masalah diatas maka dibuatkan perencanaan keperawatan sebagai berikut:

1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan masalah bersihan jalan napas tidak efektif dapat teratasi.

Kriteria hasil :

- a) Pola napas membaik
- b) Tidak sesak napas.
- c) Peningkatan sekret berkurang
- d) Bunyi napas normal
- e) Respiratori dalam batas normal 16-20 x/menit.

Intervensi : **Manajemen jalan napas**

Observasi

- a) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) R/Penurunan bunyi napas dapat menunjukkan atelektasis
- b) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) R/Suara napas tambahan seperti atelectasis, ronchi, mengi menunjukkan akumulasi sekret.
- c) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) R/Terjadi infeksi apabila sputum dengan warna kuning atau hijau, putih atau kelabu dan terjadi edema paru apabila sputum berwarna

merah mudah, mengandung darah dengan jumlah yang banyak.

Terapeutik

- d) Atur posisi semi fowler atau fowler R/Memaksimalkan ekspansi paru dan pemasukan oksigen dalam tubuh.
- e) Berikan minum hangat R/Minuman hangat dapat mengencerkan dahak

Edukasi

- f) Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik. R/Dapat Meningkatkan ventilasi alveoli dan memelihara pertukaran gas.
- g) Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam R/Membantu dalam mengeluarkan dahak.

2) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan metabolisme tubuh

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan masalah deficit nutrisi dapat teratasi.

Kriteria hasil :

- a) Nafsu makan kembali normal.
- b) Porsi makan dihabiskan
- c) Berat badan bertambah.

- d) Frekuensi makan membaik

Intervensi :**Manajemen Nutrisi**

Observasi

- a) Identifikasi status nutrisi R/Menentukan derajat masalah dan membuat intervensi yang tepat
- b) Identifikasi makanan yang disukaiR/ Membantu dalam peningkatan asupan nutrient pasien
- c) Monitor asupan makanan R/Mengetahui dan mempertahankan keseimbangan nutrisi tubuh.
- d) Monitor berat badan.

Terapeutik

- e) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai.
R/Makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai dapat meningkatkan daya tarik atau selera untuk makan yang banyak

Edukasi

- f) Ajarkan diet yang diprogramkan R/Dengan mematuhi diet yang diprogramkan akan mempercepat pemenuhan kebutuhan nutrisi sehingga dapat mempercepat proses pemulihan.

3) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x24 jam diharapkan toleransi aktifitas meningkat.

Kriteria hasil:

- a) Keluhan lelah menurun
- b) Dispnea saat aktivitas menurun,
- c) Dispnea setelah aktivitas menurun,
- d) Frekuensi nadi membaik (60-100x/m)

Intervensi: Manajemen Energi

- a) Identifikasi aktifitas pasien yang menyebabkan kelelahan.
R/ Mengidentifikasi faktor-faktor terkait dengan kelelahan dapat bermanfaat dalam mengenali penyebab potensial dan membangun rencana perawatan kolaboratif.
- b) Monitor kelelahan fisik R/Kelelahan dapat membatasi kemampuan pasien untuk melakukan aktifitas.
- c) Anjurkan tirah baring R/Membatasi penggunaan energy sehingga tidak terjadi kelelahan.
- d) Anjurkan aktivitas secara bertahap. R/Melatih toleransi pasien dalam melakukan aktifitas sehingga tidak menimbulkan kelelahan.

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

Tujuan: pasien dapat menunjukkan tindakan pencegahan penyebaran infeksi kuman TB

Kriteria hasil :

- a) Pasien akan mencegah terjadi risiko penyebaran infeksi bagi orang lain
- b) Pasien dapat memperlihatkan perilaku sehat (menutup mulut ketika batuk atau bersin)
- c) Tidak ada muncul tanda-tanda infeksi lanjutan dan tidak ada anggota keluarga yang tertular.

Intervensi: **Manajemen pengendalian infeksi**

- a) Kaji patologi penyakit dan potensial penyebaran infeksi melalui droplet udara selama batuk, bersin, meludah, bicara, tertawa. R/Membantu pasien menyadari/menerima perlunya mematuhi program pengobatan untuk mencegah pengaktifan berulang atau komplikasi serta membantu pasien atau orang terdekat untuk mengambil langkah dalam mencegah infeksi ke orang lain
- b) Identifikasi orang lain yang beresiko, missal: anggota keluarga, sahabat karib/teman R/Orang-orang yang terpajan

ini perlu program edukasi untuk mencegah penyebaran kuman TB

- c) Kaji tindakan kontrol infeksi, misal: penggunaan masker.
R/Dapat membantu mencegah terjadinya transmisi/penyebaran kuman TB
- d) Anjurkan pasien untuk batuk/bersin dan mengeluarkan pada tisu serta menghindari meludah disembarang tempat.
- e) R/Perilaku yang diperlukan untuk mencegah penyebaran kuman TB
- f) Ajarkan teknik mencuci tangan yang tepat, dorong untuk mengulangi demonstrasi R/Untuk mencegah penyebaran kuman TB
- g) Tekankan pentingnya untuk tidak menghentikan terapi obat, R/Periode singkat berakhir 2-3 hari setelah terapi awal, tetapi pada infeksi rongga paru yang meluas atau sedang, resiko penyebaran infeksi dapat berlanjut sampai 3-6 bulan.
- h) Anjurkan pasien untuk diet tinggi protein R/Membantu pasien dalam proses pembentukan sistem imunitas untuk mempercepat proses penyembuhan penyakit yang nyaman.
(bebas kebisingan)

5. Implementasi

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan selesai dan dilakukan dari tanggal 30 juni-2 juli 2025.

a. Hari Pertama, Senin 30 juni 2025

1) Diagnosa I : Bersihan jalan napas tidak efektif

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif antara lain : 07.15 wita Mengkaji keluhan pasien H/ Pasien mengatakan batuk lendir Bercampur darah 07.20 wita Mengauskultasi bunyi paru tambahan H/ terdapat bunyi ronchi , Pukul 07.40 wita Melayani obat oral codein 20 mg + salbutamol 2 mg + CTM 4 mg +, Pukul 08.00 wita Memonitor sputum H/ warna sputum kuning bercampur darah Pukul 08.15 wita Mengukur tanda-tanda vital. H/TD: 90/70 mmHg ,Nadi 88x/m, suhu 36,1oc/axilla, RR 24x/m, SpO2 99%. 20.00 wita Melayani terapi obat anti TBC (OAT) 3 kaplet (2 jam postcoenam) 09.00 wita Melayani injeksi Methylprednisolone 125 mg/iv + Ceftriaxone 1 g/iv + asam tranexamat 500 mg/iv, vit k 1 ampul/im Pukul 09.05 wita Memberikan posisi semi fowler H/ Pasien berbaring dengan posisi semifowler atau setengah duduk.

2) Diagnosa II : Defisit nutrisi

Tindakan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi adalah 07.00 wita Mengkaji status nutrisi pasien H/status nutrisi kurang (kurus) dengan indeks masa tubuh 13, 33.07.40

wita Menimbang Berat Badan H/30 Kg 07.47wita
Mengidentifikasi makanan yang Disukai H/pasien hanya
menyukai makanan berupa sup hangat pukul08.00wita
Menganjurkan pasien untuk diet tinggi kalori dan tinggi
Protein 08.30wita Menganjurkan keluarga untuk menyajikan
Makanan dengan tampilan yang menarik dan dalam kondisi
Hangat

3) Diagnosa III : Intoleransi aktivitas

Jam 07.00 Mengkaji aktivitas pasien H/Pasien
mengatakan Masih lemah saat melakukan aktivitas ke kamar
mandi Jam 07.30 Memonitor kelelahan fisik H/pasien
mengatakan masih lemah Saat melakukan aktifitas seperti ke
kamar mandi `Jam 07.40 Menganjurkan pasien untuk
melakukan aktifitas sesuai batas Kemampuan pasien H/Pasien
sudah dapat melakukan aktivitas Seperti ke kamar mandi Jam
07.45 Membantu pasien untuk Memenuhi kebutuhan aktifitas
personal hygiene seperti cara , melap pasien. Jam 08.35
Memberikan edukasi kepada keluarga tentang personal
hygiene Jam 08.38 Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas
yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan seperti mobilisasi
ke kamar mandi sesuai toleransi pasien untuk mencegah

terjadinya konstipasi (peningkatan motilitas usus) serta mencegah kekakuan pada sendi.

4) Diagnose IV : Resiko penyebaran infeksi

Tindakan untuk mencegah resiko penyebaran infeksi antara lain: Pukul 07.00 wita Menggunakan APD sebelum melakukan tindakan Pukul 08.35 wita Menganjurkan pasien dan keluarga untuk menggunakan masker selama periode pengobatan TB. Pukul 08.45 wita Menganjurkan pasien dan keluarga untuk batasi pengunjung . Pukul 08.55 wita Mengajarkan pasien etika batuk dan cuci tangan yang benar H/pasien dan keluarga mengerti cara etika batuk dan cucitangan. Cara etika batuk yang benar adalah batuk dengan menutup mulut dengan menggunakan lengan bagian dalam serta menggunakan tissue. Sedangkan cuci tangan dengan menggunakan antiseptic atau handrub yaitu dengan teteskan handwash/handrub 3-5 tetes kemudian menggosokan kedua telapak tangan, punggung tangan dan sela-sela jari, mengunci tangan, menggosokkan ibu jari dengan gerakan memutar, kemudian ujung-ujung kuku. Pukul 09.35 wita Menganjurkan pasien untuk membuang sputum, dan gunakan masker sertatissue bekas pakai ke tempat sampah medis yang berwarna kuning.

b. Hari Kedua, Selasa 01 Juli 2025

1) Diagnosa I : Bersihan jalan napas tidak efektif

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif antara lain : Pukul 07.00 wita Mengkaji keluhan pasien, H/ Pasien mengatakan batuk lendir bercampur darah sudah berkurang. Pukul 07.05 wita Melayani obat oral codein 20 mg + salbutamol 2 mg + CTM 4 mg +, Pukul 07.30 wita Memonitor sputum H/ warna sputum kuning terdapat flek darah sudah berkurang. Pukul 07.45 wita Mengukur tanda-tanda vital. H/TD: 100/70 mmHg, Nadi 84x/m, suhu 36,5°C/axilla, RR 24x/m, SpO2 98%. 08.00 wita Melayani terapi obat anti TBC (OAT) 3 kaplet (2 jam postcoenam) 09.00 wita Melayani injeksi Methylprednisolone 125 mg/iv + Ceftriaxone 1 g/iv + asam tranexamat 500 mg/iv, vit k 1 ampul/im Pukul 09.05 wita Memberikan posisi semi fowler H/ Pasien berbaring dengan posisi semifowler atau setengah duduk.

2) Diagnosa II : Defisit Nutrisi

Tindakan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi adalah 08.00 wita Menganjurkan pasien untuk tetap diet tinggi kalori dan tinggi protein 08.30 wita Menganjurkan keluarga untuk menyajikan makanan yang disukai dan

dengan tampilan yang menarik serta masih hangat. 08.40 wita
Menganjurkan pasien untuk makan sedikit demi sedikit
dengan frekuensi sering.

3) Diagnosa III : Intoleransi aktifitas

Tindakan untuk mengatasi intoleransi aktifitas
adalah; Jam 07.15 Mengkaji aktivitas pasien H/Pasien
mengatakan masih lemah saat melakukan aktivitas ke kamar
mandi Jam 07.30 Memonitor kelelahan fisik H/pasien
mengatakan masih lemah saat melakukan aktifitas seperti ke
kamar mandi `Jam 07.40 Menganjurkan pasien untuk
melakukan aktifitas sesuai batas kemampuan pasien
H/Pasien sudah dapat melakukan aktivitas seperti ke kamar
mandi Jam 08.35 Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas
yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan seperti mobilisasi
ke kamar mandi sesuai toleransi pasien untuk mencegah
terjadinya konstipasi (peningkatan motilitas usus) serta
mencegah kekakuan pada sendi.

4) Diagnos IV : Resiko penyebaran Infeksi

Tindakan untuk mencegah resiko penyebaran infeksi
antara lain: Pukul 07.00 wita Menggunakan APD sebelum
melakukan tindakan Pukul 08.05 wita Menganjurkan
padakeluarga untuk tetap menggunakan masker selama periode

pengobatan TB. Pukul Pukul 08.58 wita Mengingatkan pasien dan keluarga tentang etika batuk dan cuci tangan yang benar dengan mengulang kembali langkah-langkahnya H/pasien dan keluarga mengerti cara etika batuk dan cuci tangan. Cara etika batuk yang benar adalah batuk dengan menutup mulut dengan menggunakan lengan bagian dalam serta menggunakan tissue. Sedangkan cuci tangan dengan menggunakan antiseptic atau handrub yaitu dengan teteskan handwash/handrub 3-5 tetes kemudian menggosokkan kedua telapaktangan, punggung tangan dan selasela jari, mengunci tangan, menggosokkan ibu jari dengan gerakan memutar, kemudian ujung-ujung kuku. Pukul 09.35 witaMenganjurkan pasien untuk membuang sputum, dan gunakan masker serta tissue bekas pakai ke tempat sampah medis yang berwarna kuning.

6. Evaluasi

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

1) Hari Pertama, Senin 30 juni 2025

a) Diagnosa Pertama : bersihan jalan napas tidak efektif

S: Pasien mengatakan batuk lendir bercampur darah

O: keadaan umum sedang, kesadaran composmentis, batuk lendir bercampur darah (+), ronchi terdengar pada lobus paru atas, RR:24x/m, SPO2 :98%

A: masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1-5

b) Diagnosa Kedua : defisit nutrisi

S : Pasien mengatakan masih mual dan nafsu makan berkurang

O : 1 porsi makan dihabiskan 3-4 sendok A: masalah defisit nutrisi belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1-7

c) Diagnosa Ketiga : intoleransi aktivitas

S : Pasien mengatakan masih lemah saat ke kamar mandi

O :ADL dibantu sebagian oleh keluarga seperti ke kamar mandi, makan, toileting dan menghias diri.

A: masalah intoleransi aktifitas belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1-5

d) Diagnosa Keempat : Resiko penyebaran infeksi

S: Pasien mengatakan batuk masih ada flek darah

O : pasien tampak menggunakan masker dan rutin mencuci tangan serta membuang sputum, dan tissue bekas pakai pada tempat sampah medis.

A: masalah resiko penyebaran infeksi belum teratasi

P: intervensi 1-7 dilanjutkan

2) Hari Kedua, Selasa, 01 Juni 2024

a) Diagnosa Pertama : bersihan jalan napas tidak efektif

S: Pasien mengatakan batuk lendir bercampur darah disertai nyeri dada sudah berkurang

O: keadaan umum sedang, kesadaran composmentis, batuk lendir bercampur darah berkurang, ronchi terdengar pada lobus paru atas, RR:24x/m, SPO2 :98%

A: masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1-5

b) Diagnosa Kedua : defisit nutrisi

S: Pasien mengatakan masih mual dan nafsu makan berkurang

O : 1 porsi makan dihabiskan 4-5 sendok

A: masalah defisit nutrisi belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1-7

c) Diagnosa Ketiga : intoleransi Aktivitas

S : Pasien mengatakan masih lemah saat ke kamar mandi

O : ADL dibantu sebagian oleh keluarga seperti ke kamar mandi, makan, toileting dan menghias diri.

A: masalah intoleransi aktivitas belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1-4

d) Diagnosa Keempat : resiko penyebaran infeksi

S: pasien mengatakan batuk masih ada flek darah

O: pasien dan keluarga tampak menggunakan masker dan rutin mencuci tangan serta membuang sputum, dan tissue bekas pakai pada tempat sampah medis.

A: masalah resiko penyebaran infeksi belum teratasi

P: intervensi 1-7 dilanjutkan

Catatan Perkembangan

3) Hari Rabu, 02 juli 2025

1. Diagnosa Pertama

S: Pasien mengatakan batuk darah tidak lagi

O: keadaan umum sedang, batuk lendir bercampur darah bunyi paru vesikuler di seluruh lapang paru RR 24x/m, SpO2: 97%.

A: masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi

P: intervensi dipertahankan

I: Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif antara lain : Pukul 07.00 wita Mengkaji keluhan pasien, H/ Pasien mengatakan batuk lender bercampur darah sudah tidak lagi. Pukul 07.05 wita Melayani obat oral codein 20 mg + salbutamol 2 mg + CTM 4 mg +, Pukul 07.30 wita Memonitor sputum H/ warna sputum kuning tidak ada flek/bercak darah Pukul 07.45 wita Mengauskultasi bunyi paru bunyi paru H/ bunyi paru vesikuler terdengar diseluruh lapang paru. Pukul 07.45 wita Mengukur tanda-tanda vital. H/TD: 100/80 mmHg, MAP: 93

mmHg, Nadi 84x/m, suhu 36,5oc/axilla, RR 24x/m, SpO2 98%. 20.00 wita Melayani terapi obat anti TBC (OAT) 3 kaplet (2 jam post coenam) 08.25 wita Menganjurkan pasien untuk tetap patuh dalam pengobatan TB selama 6 bulan 09.00 wita Melayani injeksi Methylprednisolone 125 mg/iv + Ceftriaxone 1 g/iv + asam tranexamat 500 mg/iv, vit k 1 ampul/im Pukul 09.05 wita Memberikan posisi semi fowler H/ Pasien berbaring dengan posisi semifowler atau setengah duduk. Pukul 09.10 wita Memberikan nebulizer combivent 1 respule/ inhalasi. Pukul 09.10 wita Menganjurkan pasien untuk minum air hangat .Pukul 09.15 wita Melayani levofloxacin infus 500 mg/iv.

E: Keadaan umum sedang, kesadaran composmentis, batuk darah tidak lagi

2. Diagnosa Ketiga

S: Pasien mengatakan mual tidak lagi dan fasu makan mulai membaik

O: 1 porsi makan dihabiskan 4-5senduk

A: masalah defisit nutrisi belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1-7

I: Tindakan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi adalah 19.00 wita Mengidentifikasi makanan yang disukai H/pasien hanya menyukai makanan berupa sup hangat

dan bubur hangat 20.00wita Menganjurkan pasien untuk tetap diet tinggi kalori dan tinggi protein H/pasien mengkonsumsi makanan seperti putih telur dan 1 porsi makan sudah bisa dihabiskan ½ 20.30wita Menganjurkan keluarga untuk menyajikan makanan yang disukai dan dengan tampilan yang menarik serta masih hangat. 20.40witaMenganjurkan pasien untuk makan sedikit demi sedikit dengan frekuensi sering.

3. Diagnosa Ketiga

S : pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas sederhana.

O : aktivitas sudah bisa dilakukan secara mandiri.

A: masalah intoleransi aktifitas teratasi sebagian

P: Lanjutkan intervensi 1-4

I: Tindakan untuk mengatasi intoleransi aktifitas adalah;

Jam 07.15 Mengkaji aktivitas pasien H/Pasien mengatakan

sudah bisa melakukan aktivitas sederhana (mandi, makan,

toileting,dan menghias diri) secara mandiri Jam 07.30

Memonitor kelelahan fisik H/pasien mengatakan sudah

tidak lelah saat melakukan aktivitas `Jam 07.40

Menganjurkan pasien untuk melakukan aktifitas sesuai

batas kemampuan pasien H/Pasien sudah dapat melakukan

aktivitas seperti ke kamar mandi secara mandiri Jam 08.35

Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan seperti mobilisasi ke kamar mandi sesuai toleransi pasien untuk mencegah terjadinya konstipasi (peningkatan motilitas usus) serta mencegah kekakuan pada sendi.

E:keadaan umum sedang, lemah berkurang, ADL mandiri.

4. Diagnosa Keempat

S: Pasien mengatakan batuk tidak ada flek darah dan keluarga rutin

menggunakan masker dan cuci tangan

O : pasien dan keluarga tampak menggunakan masker dan rutin mencuci tangan serta membuang sputum, dan tissue bekas pakai pada tempat sampah medis.

A: masalah resiko penyebaran infeksi teratasi sebagian

P: intervensi 1-7 dilanjutkan

I: Pukul 07.00 wita Menggunakan APD sebelum melakukan tindakan

Pukul 07.30 wita Menganjurkan pasien dan keluarga untuk tetap menggunakan masker selama periode pengobatan TB. Pukul 07.45 wita Menganjurkan pasien dan keluarga untuk membatasi pengunjung. Pukul 08.58 wita Mengajarkan kembali pasien tentang etika batuk dan cuci tangan yang benar H/pasien dan

keluarga mengerti cara etika batuk dan cuci tangan. Cara etika batuk yang benar adalah batuk dengan menutup mulut dengan menggunakan lengan bagian dalam serta menggunakan tissue. Sedangkan cuci tangan dengan menggunakan antiseptic atau handrub yaitu dengan teteskan handwash/hand rub 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. Pukul 09.35 wita Menganjurkan pasien untuk membuang sputum, dan gunakan masker serta tissue bekas pakai ke tempat sampah medis yang berwarna kuning. 09.45 wita Menganjurkan pasien dan keluarga untuk tetap patuh menggunakan alat pelindung diri selama periode pengobatan.

C. 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 Tn. I.A di Ruang Perawatan Khusus.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data- data pasien supaya dapat mengidentifikasi masalah-masalah , kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan.

Data pengkajian pada studi kasus Tn. I.U ditemukan pasien mengatakan, batuk lendir bercampur darah, lemah, nyeri dada kanan tembus ke belakang , nyeri tumpul yang dirasakan saat batuk, dengan durasi kurang lebih 1 menit, bunyi paru ronchi terdengar pada lobus atas, pasien mengatakan nafsu makannya berkurang karena mual. Pasien hanya menghabiskan setiap menu (1 porsi makan) 2-3 sendok makan, TD:90/70 mmHg, Nadi:88x/m, suhu: 36,0°C/axilla, RR: 24x/m, SpO2: 99%, ekspresi ronchi terdengar pada lobus paru atas, tinggi badan (TB) 150 cm, BB sebelum sakit 40 Kg, BB saat sakit : 30 kg, indeks masa tubuh (IMT) 13,3 (Berat Badan Kurang). WBC/Leukosit 10,9 x103 μ L, Didapatkannya infiltrat pada kedua lobus superior, pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak ditemukan bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*.

Manifestasi klinis TB Paru menurut Mar'iyah, K., & Zulkarnain (2021) adalah: berat badan turun selama tiga bulan berturut-turut, demam, meriang, batuk ini bersifat nonremitting (tidak pernah reda atau intensitas semakin lama semakin parah), dada terasa nyeri, sesak napas, nafsu makan

tidak ada atau berkurang, mudah lesu atau malaise, berkeringat pada malam hari walaupun tanpa aktivitas fisik, dahak bercampur darah.

Hal ini terdapat kesenjangan antara teori dan kasus Tn. I. A dimana tidak ditemukan sesak napas, demam, dan berkeringat malam hari dimana demam meriang dan keringat malam hari tidak dirasakan pasien karena tidak terjadinya pelepasan endotoksin yang merangsang prostaglandin (substansi kimia yang menyebabkan peradangan) sehingga demam tidak dipersepsikan pada set point (hipotalamus).

Hal ini didukung oleh teori Suhatriadja (2020) demam merupakan gejala utama dari TB Paru yang sering muncul pada sore dan malam hari disertai dengan keringat malam hari sebagai akibat pelepasan dari endotoksin (pirogen endogen) yang merangsang prostaglandin sehingga demam dipersepsikan pada set point (Thermoregulator). Sedangkan sesak napas pada pasien tidak ditemukan karena tidak ada produksi secret yang mengental yang dapat menghambat jalan napas sebagai penyebab dari sesak napas, yang terjadi pada pasien adalah batuk darah dengan konsistensi yang encer sehingga tidak menghambat jalan napas (oksigen). Sedangkan yang ada pada kasus semuanya ada pada teori.

Lendir bercampur darah pada orang yang terkena TBC PARU biasanya disebabkan oleh kerusakan jaringan paru akibat infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Kuman menyerang jaringan paru,

Pada pasien TB paru dapat terdengar bunyi napas ronchi karena adanya peradangan dan kerusakan jaringan paru akibat infeksi

Mycobacterium tuberculosis yang menghasilkan sekret/dahak di saluran napas. Sekret ini menimbulkan sumbatan sebagian pada bronkus atau bronkiolus, sehingga saat udara melewati saluran napas, terdengar bunyi ronchi yang bersifat kasar seperti “mengorok”. Bunyi ini biasanya lebih jelas saat ekspirasi dan dapat berkurang atau hilang setelah batuk, karena sekret berpindah atau keluar.

Pada pasien TB paru, nyeri tumpul saat batuk terjadi karena peradangan pleura, kerusakan jaringan paru, penumpukan sekret, dan ketegangan otot dinding dada; ketika batuk, tekanan intratoraks meningkat dan peregangan jaringan yang meradang serta kerja otot yang berlebihan menimbulkan rasa nyeri tumpul di dada.

Nafsu makan berkurang di sebabkan oleh peradangan sistemik yang menyebabkan rasa cepat kenyang, lemah dan malas makan.

Mual pada pasien TB biasanya di sebabkan oleh efek infeksi TB proses peradangan dan toksin kuman dapat mengiritasi lambung dan memicu mual, psikologis: stres cemas atau menolak makanan tertentu juga bisa menimbulkan rasa mual.

Kelemahan pada pasien TB di sebabkan oleh infeksi kronis TBC menyebabkan peradangan berkepanjangan sehingga energi tubuh banyak terpakai untuk melawan kuman, penurunan nafsu makan asupan gizi berkurang tubuh kekurangan energi dan protein timbul lemah .

2. Diagnosa Keperawatan

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

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. I.A adalah Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas , Ditandai dengan : DS:pasien mengatakan lemah, batuk lendir bercampur Darah, DO:hemoptoe, TD:90/80 mmHg, Nadi:88x/m, suhu: 36,0°C/axilla, RR: 24x/m, SpO2: 99%, Defisit nutrisi Berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme, yang ditandai Dengan: DS: pasien mengatakan nafsu makannya berkurang karena mual. DO: pasien hanya menghabiskan setiap menu (1 porsi makan) 2-3 sendok Makan, tinggi badan (TB) 150 cm, BB sebelum sakit 40 Kg, BB saat sakit: 30 kg, indeks masa tubuh (IMT) 13,3 (Berat Badan Kurang), resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan, yang ditandai dengan: DS: faktor resiko DO:WBC/Leukosit $10,9 \times 10^3 \mu\text{L}$, didapatkannya infiltrat pada kedua lobus superior, pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak ditemukan bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*.

Diagnosa keperawatan yang ada pada teori tetapi tidak ada dikasus adalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidak seimbangan ventilasi-perfusi, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan

upaya napas serta hipetermia berhubungan dengan proses penyakit. Diagnosa ini tidak ditegakan karena tidak ada produksi secret yang mengental yang dapat menghambat jalan napas sehingga tidak terjadi hipoventilasi yang akan berdampak pada pola napas yang efektif dan tekanan antara oksigen dengan karbonmonoksida pada alveoli dalam keadaan yang seimbang sehingga tidak terjadi gangguan pertukaran gas.

Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahman, dkk (2022) <Penatalaksanaan Batuk Efektif Akibat *Tuberkulosis Paru* bahwa tidak ditemukannya diagnosa keperawatan gangguan pertukaran gas, inefektif pola napas, dan hipetermia pada pasien dimana pasien tidak mengalami sesak napas yang menyebabkan pasien sianosis dan saturasi oksigen turun di bawah level normal sedangkan hipetermia pada pasien Tn. I.A tidak terjadi karena pelepasan endotoksin (pirogen endogen) yang merangsang prostaglandin dihambat oleh paracetamol sehingga siklooksigenase yang memproduksi prostaglandin tidak dapat diteruskan ke hipotalamus (set point) sebagai pusat thermoregulator dan demam tidak dipersepsikan.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan adalah segala treatment yang di kerjakan Oleh perawat yang di dasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk Mencapai luaran yang di harapkan .

Intervensi dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan Kondisi pasien. Intervensi keperawatan pada Tn.I.A disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2016 dan Dibandingkan dengan

masalah keperawatan pada kasus. Pada intervensi Bersihan jalan napas tidak efektif terdapat pemberian terapi mukolitik. Pada Intervensi ini sangat kontradiktif dengan kondisi pasien yang batuk lendir bercampur darah dimana ini tidak dianjurkan karena efek mukolitik sebagai pemecah struktur molekul yang membentuk lendir, yang akan merubah Konsistensi lendir menjadi lebih encer dan mudah dikeluarkan lewat batuk yang akan berdampak semakin meningkatnya batuk berdarah tidak dipersepsikan.

Diagnosa satu: bersihan jalan napas tidak efektif untuk mencapai kriteria hasil: pola napas membaik, sesak napas menurun, peningkatan sekret berkurang, bunyi napas normal, respiratori dalam batas normal 16-20x/m. Menggunakan intervensi: manajemen jalan napas.

Kriteria hasil diagnosa kedua, defisit nutrisi yaitu: (**Defisit Nutrisi**) nafsu makan kembali normal, porsi makan di habiskan, berat badan bertambah, frekuensi makan membaik. Menggunakan intervensi: **manajemen nutrisi**

Kriteria hasil pada diagnosa tiga (**intoleransi aktivitas**) yaitu keluhan lelah menurun, dispnea saat aktivitas menurun, dispnea setelah aktivitas menurun, frekuensi nadi membaik(60-100). Intervensi yang digunakan: manajemen energi

Kriteria hasil pada diagnosa empat, (**resiko penyebaran infeksi**) yaitu pasien akan mencegah terjadi resiko penyebaran infeksi bagi orang lain, 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 yang di gunakan : manajemen pengendalian infeksi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan pasien Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan yang berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dimana tindakan dilakukan dan diselesaikan, sebagaimana di gambarkan dalam rencana yang sudah dibuat di atas Semua tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2016.

a. bersihan jalan napas tidak efektif

(1). memonitor pola napas

Pada pasien TB paru, pola napas harus dimonitor karena infeksi dapat merusak jaringan paru, menimbulkan batuk kronis dengan sekret, menurunkan elastisitas paru, serta berisiko menimbulkan komplikasi seperti sesak, efusi pleura, hemoptisis, atau gagal napas, sehingga pemantauan pola napas penting untuk mendeteksi dini gangguan pernapasan, menilai efektivitas terapi, dan mencegah komplikasi serius.

b. memonitor bunyi napas

Pada pasien TB paru, bunyi napas harus dimonitor karena infeksi dan kerusakan paru dapat menimbulkan perubahan suara

pernapasan seperti ronchi, wheezing, atau krekels akibat sekret dan sumbatan jalan napas, sehingga pemantauan ini penting untuk mendeteksi dini gangguan pernapasan, menilai efektivitas terapi, memantau perkembangan penyakit, serta mencegah komplikasi seperti efusi pleura atau pneumonia

c. monitor sputum

Pada pasien TB paru, sputum harus dimonitor karena produksi sputum dapat menunjukkan aktivitas infeksi, tingkat keparahan penyakit, dan respon terhadap pengobatan; perubahan jumlah, warna, konsistensi, atau adanya darah dapat menandakan sumbatan jalan napas, infeksi sekunder, hemoptisis, maupun komplikasi lain, sehingga pemantauan sputum penting untuk menilai perkembangan penyakit, efektivitas terapi, serta mencegah dan mendeteksi komplikasi sejak dini.

d. berikan minum hangat

Pada pasien TB paru, dianjurkan minum air hangat karena membantu mengencerkan dan melonggarkan sekret/dahak di saluran napas sehingga lebih mudah dikeluarkan saat batuk, memberikan rasa lega pada tenggorokan yang sering teriritasi akibat batuk kronis, serta meningkatkan kenyamanan tubuh dan hidrasi. Dengan demikian, minum hangat dapat meringankan gejala, mendukung pembersihan jalan napas, dan membantu proses pemulihan.

2. Defisit nutrisi

a. identifikasi status nutrisi

ada pasien TB paru, status nutrisi harus diidentifikasi karena infeksi kronis meningkatkan kebutuhan energi dan protein, sementara nafsu makan sering menurun akibat batuk, demam, mual, dan kelemahan, sehingga pasien berisiko mengalami malnutrisi. Malnutrisi akan menurunkan daya tahan tubuh, memperburuk kerusakan jaringan paru, menghambat penyembuhan, dan menurunkan efektivitas terapi OAT (Obat Anti Tuberkulosis).

b. memonitor berat badan

Berat badan harus dipantau pada pasien tuberkulosis paru-paru karena penurunan berat badan merupakan salah satu gejala utama tuberkulosis, yang disebabkan oleh kebutuhan energi yang meningkat, penurunan nafsu makan, dan infeksi jangka panjang. Berat badan dipantau untuk menilai status gizi, mengevaluasi terapi OAT, menemukan malnutrisi atau penyakit yang lebih parah, dan menentukan kebutuhan intervensi nutrisi

3. Intoleransi aktifitas

a. identifikasi pasien yang menyebabkan kelemahan Pada pasien TB paru, penting mengidentifikasi penyebab kelemahan karena kelemahan dapat timbul akibat infeksi kronis yang menguras energi, malnutrisi karena nafsu makan menurun, efek samping obat

OAT, anemia, gangguan tidur akibat batuk malam, maupun komplikasi penyakit. Jika penyebabnya tidak diketahui, kelemahan bisa berlanjut hingga menghambat aktivitas sehari-hari, memperburuk kondisi umum, dan menurunkan kualitas hidup pasien.

b. Pada pasien TB paru, aktivitas dianjurkan dilakukan secara bertahap karena tubuh mengalami kelemahan, kelelahan fisik, penurunan berat badan, dan gangguan pernapasan akibat infeksi kronis. Aktivitas yang dilakukan bertahap membantu meningkatkan kekuatan dan daya tahan tubuh tanpa membebani paru-paru yang sedang dalam proses penyembuhan, mencegah kelelahan berlebihan atau sesak napas, serta meningkatkan kondisi fisik, nafsu makan, dan kualitas hidup secara perlahan.

4. resiko penyebaran infeksi

a. Pada pasien TB paru, patologi penyakit harus dikaji karena TB menyebabkan kerusakan jaringan paru, terbentuknya granuloma, kavitas, serta proses peradangan kronis yang berpengaruh langsung pada fungsi pernapasan, status nutrisi, dan kondisi umum pasien. Dengan memahami patologi, tenaga kesehatan dapat menentukan prioritas masalah keperawatan, memberikan intervensi yang tepat, memantau perkembangan penyakit, serta mencegah komplikasi seperti hemoptisis, efusi pleura, atau gagal napas.

b. Pada pasien TB paru, orang lain yang berisiko harus diidentifikasi karena penyakit ini menular melalui droplet saat batuk atau bersin, sehingga keluarga, teman serumah, atau orang yang sering kontak erat memiliki kemungkinan tinggi tertular. Identifikasi ini penting untuk melakukan skrining dini, memberikan edukasi pencegahan, melakukan vaksinasi BCG (jika diperlukan), serta memutus rantai penularan.

1. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak.

Hasil evaluasi yang dilakukan tanggal menunjukkan pada diagnose inepektif bersihan jalan napas belum teratasi dengan hasil batuklender bercampur darah berkurang, ronchi terdengar pada lobus paru atas, dapat disimpulkan masalah belum teratasi. Sedangkan tanggal 1 juli 2025 menunjukkan diagnosa inepektif bersihan jalan napas belum teratasi dengan hasil, batuk lendir bercampur darah berkurang, ronchi terdengar pada lobus paru atas disimpulkan masalah belum teratasi. Evaluasi tanggal 2 Juli 2025 menunjukkan padadiagnose inepektif bersihan jalan napasteratasi sebagian dengan hasil pasien tidak batuk darah lagi, bunyi napas vesikuler, menunjukkan jalan napas yang paten (frekuensi napas dalam batasnrmal; RR:24x/m). Evaluasi ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Saranani, dkk 2019) bahwa pada hari ketiga ditemukan evaluasi teratasi

sebagian dengan hasil batuk darah berkurang, pernapasan 24 kali/menit dan bunyi napas vesikuler tidak terpasang oksigen.

Hasil evaluasi yang dilakukan tanggal 30 juni 2025 pada diagnosa keperawatankedua masalah defisit nutrisi belum teratasi dengan hasil pasien mengatakan masih mual dan nafsu makan berkurang, satu porsi makan dihabiskan 3-4 sendok. Evaluasi pada tangga 1 juli 2025 masalah deficit nutrisi belum teratasi dengan hasil pasien mengatakan masih mual dan nafsu makan berkurang, 1 porsi makan dihabiskan 4-5 sendok dan evaluasi pada tanggal 2 juli 2025 masalah defisit nutrisi teratasi sebagian denganhasil pasien sudah menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan. Dapat disimpulkan diagnosa defisit nutrisi telah teratasi. Evaluasi ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan. (Dita, P. 2019) bahwa pada hari ketiga defisit nutrisi teratasi sebagian dengan hasil pasien mengatakan bahwa nafsu makan menurun sudah berkurang dan sudah dapat menghabiskan 8 sendok dalam 1 porsi berserta biscuit, buah-buahan dan perasaan mual sudah berkurang.

Evaluasi pada tanggal 30 Juni 2025 pada diagnosa keperawatan ketiga masalah intoleransi aktifitas belum teratasi dengan hasil: pasien mengatakan badan masih lemah, ADL dibantu sebagian oleh keluarga seperti, makan, dan menghias diri. Evaluasi pada tanggal 1 juli 2025 masalah intoleransi aktifitas belum teratasi dengan hasil: ADL dibantu, , dan menghias diri dan evaluasi pada tanggal 2 Juli 2025pasien dapat melakukan aktifitas secara mandiri tanpa ada keluhan lemah.

Evaluasi tanggal 30 Juni 2025 diagnosa keperawatan keempatresiko penyebaran infeksi belum teratasi dengan hasil pasien mengatakan batukmasih ada flekdarah, pasien membuang sputum, dan tissue bekas pakai pada tempat sampah medis. Evaluasi tanggal 1 Juli 2025 diagnosa resiko penyebaran belum teratasi dengan hasil pasien mengatakan batuk masih ada darah membuang sputum, dan tissue bekas pakai pada tempat sampahmedis. Evaluasi tanggal 2 Juli 2025 masalah resiko penyebaran infeksi tidak terjadi dengan hasil pasien dapat memperlihatkan perilaku sehat (menggunakan masker, mencuci tangan, melakukan etika batuk dengan benar, membuang dahak serta tissue bekas pakai pada tempat sampah medis).

D. Keterbatasan Studi Kasus

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

E. Impliksi untuk Keperawatan

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

1. Sebagai Pendidik

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

2. Sebagai Advokat

Peran perawat sebagai advokat yaitu tindakan perawat dalam mencapai suatu untuk kepentingan pasien atau bertindak untuk mencegah kesalahanyang tidak diinginkan ketika pasien sedang menjalani pengobatan, pada studi kasus nyata ini ditemukan peran perawat sebagai advokat adalah perawat selalu mendampingi pasien apabila pasien mengalami kesulitan dan membutuhkan bantuan.

