

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Pada Bab ini akan di uraikan hasil penelitian tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien tuberculosis paru di wilayah kerja Puskesmas pambotanjara. Adapun hasil penelitian sebagai berikut:

4.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Puskesmas pambotanjara merupakan salah satu pusat kesehatan masyarakat yang terletak di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Kabupaten Sumba Timur, yang beralamat di JL. Cut Nyak Dien, Kecamatan Kota Waingapu. Puskesmas pambotanjara merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan. Puskesmas pambotanjara adalah puskesmas tipe non-rawat inap, yang berarti mereka memberikan pelayanan kesehatan yang tidak memerlukan rawat inap. Lokasi penelitian dilakukan di Desa pambotanjara yang menjadi wilayah kerja Puskesmas pambotanjara . Desa pambotanjara adalah sebuah desa yang terletak di kecamatan Kota Waingapu, Kabupaten Sumba Timur dengan jumlah penduduk 2.080 jiwa pada tahun 2025. Desa pambotanjara terdiri dari 5 dusun 03 RW dan 04 RT. Studi kasus yang digunakan adalah kunjungan terhadap Pasien Mengan menggunakan asuhan keperawatan dengan analisis mengenai peningkatan status kesehatan Pasien Mengan tuberculosis paru. Pada Bab ini penulis mengemukakan hasil dari asuhan keperawatan melalui lima proses keperawatan yaitu: pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi pada pasien Ny.M (Klien)

4.2 Hasil Asuhan Keperawatan

4.2.1 Pengkajian

1. Identitas umum

Data umum dari penelitian ini adalah terdiri dari umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan partisipan pasien Tbc yang ada di Desa Pambotanjara, Puskesmas Pambotanjara akan dijelaskan sebagai berikut :

Tabel 4.1 Data Umum Partisipan

Data umum pasien	Pasien I
Nama	Ny.M
Umur	36 Tahun
Agama	Kristen protestan
Pekerjaan	Ibu rumah tangga
Pendidikan	SD
Alamat	Palawewa

Berdasarkan data tersebut disimpulkan bahwa 1 orang yang diteliti berumur 36 tahun, berjenis kelamin perempuan, tingkat pendidikan yaitu SD, beragama kristen protestan dan pekerjaan partisipan bekerja sebagai ibu rumah tangga.

2. Komposisi Keluarga

Tabel komposisi keluarga 4.2

No	Nama	Hubungan Dengan KK	Umur	Pendidikan	Imunisasi
1.	Tn. B	Suami	42 thn	SD	Tidak ingat
2.	Ny.M	Istri	36 thn	SD	Tidak ingat
3.	An. R	Anak	23 thn	SMA	Lengkap
4.	An. G	Anak	21thn	SMA	Lengkap

5.	An. O	Anak	18 thn	SMA	Lengkap
6.	An. Y	Anak	14 thn	SMP	Lengkap

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa Ny. M memiliki 1 orang suami bernama Tn.B berumur 42 tahun dengan riwayat pendidikan SD, dan memiliki 4 orang anak bernama an. R,G,O, dan an. Y,dengan tingkat pendidikan terakhir 3 orang anak yaitu SMA dan 1 orang masi SD. Ny.M mengatakan bahwa keempat anaknya sudah mendapatkan semua imunisasi.

3. Identitas khusus pasien

Dalam penelitian ini, data khusus terdiri dari satu partisipan, yang diidentifikasi melalui pemeriksaan, diagnosa keperawatan, intervensi implementasi, dan evaluasi yang dilakukan pada pasien hipertensi dengan nyeri akut di Desa Pambotanjara, Puskesmas Pambotanjara.:

4. Riwayat kesehatan

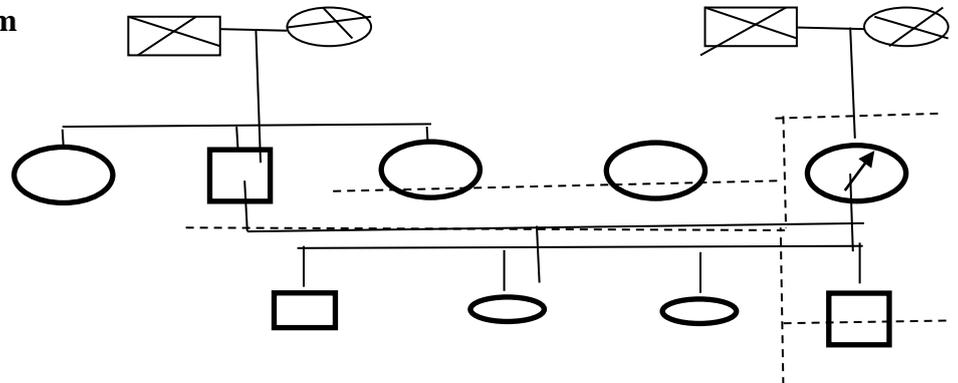
Tabel 4.3 Riwayat kesehatan

Pengkajian	Pasien M
Keluhan utama	Pasien mengatakan sulit tidur malam karena sering batuk
Riwayat kesehatan dahulu	Pasien mengatakan pernah mengalami penyakit TB Paru pada tahun 2020 dan minum obat sampai 2022, setelah itu pasien tidak meminum obat (putus obat) dan pasien tidak pernah kontrol ke Rumah Sakit maupun puskesmas terdekat,dan tidak ada hasil pemeriksaan selanjutnya yang mengatakan negatif

Berdasarkan tabel 4.3 keluhan utama yang di rasakan Ny.M adalah dia mengeluh sulit tidur karena sering batuk. Ny.M juga mengatakan pernah

memiliki riwayat TBC pada tahun 2020 dan tidak menyelesaikan pengobatan sampai tuntas.

5. Genogram



Keterangan :

: Meninggal

: Laki-laki

: Perempuan

: Hubungan pernikahan

: Keturunan

----- : Tinggal serumah

: pasien



a) Tipe keluarga : Keluarga tradisional

b) Suku Bangsa : Sumba Asli

c) Agama : Kristen protestan

d) Status sosial ekonomi keluarga : anak pasien bekerja sebagai petani untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga

6. Riwayat Dan Tahap Perkembangan Keluarga

1. Tahap perkembangan keluarga saat ini : Ny.M mengatakan iya memiliki 4 orang anak dan 3 orang anaknya sudah berkeluarga.
2. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi : Ny.M mengatakan ketiga anaknya sudah berkeluarga dan mereka memenuhi kebutuhan mereka masing-masing, sedangkan anak bungsu tinggal bersama Ny.M dan suami.

7. Riwayat Kesehatan Keluarga Inti

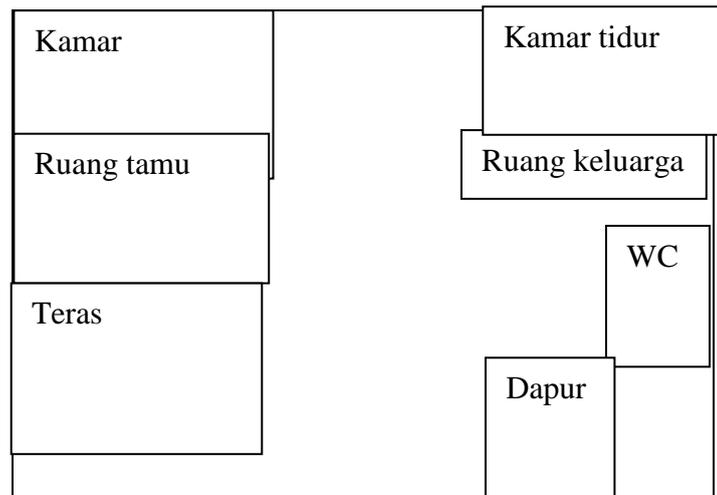
1. Riwayat keluarga sebelumnya : Ny D mengatakan bahwa sebelumnya tidak ada anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama dengannya.
2. Sumber pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan : puskesmas
3. Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga

Table 4.4 riwayat Kesehatan masing-masing anggota keluarga

No	Nama	Hubungan Dengan KK	Umur	Kanadaan kes.	Imunisasi
1.	Tn. B	Suami	42 thn	Sehat	Tidak ingat
2.	Ny.M	Istri	36 thn	Sakit	Tidak ingat
3.	An. R	Anak	23 thn	sehat	Lengkap
4.	An. Y	Anak	21 thn	sehat	Lengkap
5.	An. O	Anak	19 thn	sehat	Lengkap
6.	An. G	Anak	14 thn	sehat	Lengkap

8. Pengkajian Lingkungan

1. Karakteristik rumah
 - a. Gambaran tipe tempat tinggal : rumah panggung
 - b. Denah rumah



- I : Teras
- II : Ruang tamu
- III : Kamar
- VI : kamar
- V : Ruang keluarga
- VI : Dapur
- VII :Kamar mandi

- c. Gambar kondisi rumah (dapur) : dapur kayu
- d. Kamar mandi : 1 buah
- e. Mengkaji penggunaan tempat tidur di dalam rumah : terdapat 3 kamar tidur dan digunakan sesuai fungsi
- f. Mengkaji keberadaan umum kebersihan dan sanitasi rumah : rumah tampak bersih
- g. Mengkaji perasaan subjektif keluarga terhadap rumah : keluarga nyonya M mengatakan merasa nyaman tinggal di rumah tersebut
- h. Evaluasi edukasi pembuangan sampah : belum ada tempat sampah khusus
- i. Penataan/pengaturan rumah : sesuai fungsinya
- j. Karakteristik tetangga dan komunitas Rw.: terdapat tetangga terdekat
- k. Mobilitas geografis keluarga : menggunakan motor
- l. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat : Saling gotong royong.
- m.** sistem pendukung keluarga : Ny.M mengatakan Tn B, menjadi orang yang paling didengar di dalam keluarga dan masih menjadi orang yang berperan penting dalam pengambilan keputusan di dalam

keluarga.

9. Struktur Keluarga

Tabel 4.5 struktur keluarga

Pola struktur	Pasien M
Peran dalam keluarga	Seorang istri
Pekerjaan	Ibu rumah tangga
Pola komunikasi	keluarga saling terbuka satu sama lain apabila ada masalah
Nilai dan norma	keluarga menerapkan nilai-nilai agama kristen protestan pada keluarga nya

10. Fungsi Keluarga.

Tabel 4.6 Fungsi Keluarga

Fungsi	Pasien M
Afektif	Keluarga Pasien M ada rasa saling memiliki Memberi dukungan satu sama lain dan menerapkan hidup saling menghargai
Sosialisasi	Keluarga Pasien M merupakan keluarga yang hidup Rukun dan saling berinteraksi satu sama lain dan mereka selalu melakukan silaturahmi ke tetangga
Perawatan kesehatan	keluarga Pasien M mengatakan belum mengetahui tentang apa itu hipertensi
Reproduksi	Reproduksi, dan sudah memiliki 4 orang anak
Ekonomi	keluarga Pasien M bekerja sebagai petani dan ibu Rumah tangga.
Ekonomi	keluarga Pasien M bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga

11. Stres Dan Koping Keluarga

Table 4.7 stres dan koping keluarga

1	Stresor dalam jangka pendek dan panjang	Bagaimana merawat Ny. M yang mengalami hipertensi untuk menghindari komplikasi menjadi stres jangka pendek bagi keluarganya.
2	Kemampuan keluarga untuk mengatasi situasi dan stres	Respon keluarga Ny. M adalah bahwa mereka selalu membawa Ny. M ke puskesmas untuk berobat jika dia mengalami keluhan atau obatnya habis.
3	Strategi koping yang digunakan	Ny. M akan berbicara dengan anak jika dia tidak dapat menemukan solusi untuk masalah. Biasanya, setelah berbicara dengan mereka, dia dapat membuat keputusan yang lebih baik.
4	Strategi adaptasi disfungsional	Di keluarga Ny. M tidak ditemukan adanya cara-cara maladaptif dalam mengatasi masalah

12. Pemeriksaan Fisik (Setiap individu anggota keluarga)

Tabel 4.8
Nama anggota keluarga

No	Pemeriksaan fisik	Nama : Tn.B Umur : 42 thn	Nama :Ny.M Umur : 36 thn	Nama : Umur: 23 thn
1.	Keluhan/riwayat saat ini	pada saat pengkajian Tn B tidak memiliki keluhan /riwayat penyakit sekarang	Ny.M sulit tidur karena sering batuk	Pada saat pengkajian An.G, tidak memiliki keluhan /riwayat penyakit sekarang
2.	Riwayat penyakit sebelumnya	Tn.B mengatakan pada tahun 2024, tepatnya di bulan juni dia pernah di rawat di RSUD Umu rara meha karena sakit lambung	Ny.M mengatakan pernah mengalami penyakit TBC di tahun 2020 dan tidak berobat secara tuntas.	An.G. mengatakan tidak pernah mengalami sakit yang parah, jika sakit iya hanya mengalami batuk, pilek, dan sakit badan akibat kelelahan bekerja di ladang.

3.	Penampilan umum : a) Tahap perkembangan	Tipe keluarga ini berada pada tipe keluarga inti dengan Tn.B sebagai kepala keluarga dan Ny.M sebagai istri, serta An. G yang selalu menemani kedua orang tuanya, semua saudara tertua sudah berkeluarga.	Tipe keluarga ini berada pada tipe keluarga inti dengan Tn.B sebagai kepala keluarga dan Ny.M sebagai istri, serta An. G yang selalu menemani kedua orang tuanya, semua saudara tertua sudah berkeluarga.	Tipe keluarga ini berada pada tipe keluarga inti dengan Tn.B sebagai kepala keluarga dan Ny.M sebagai istri, serta An. G yang selalu menemani kedua orang tuanya, semua saudara tertua sudah berkeluarga.
	b), Jenis kelamin c). Cara berpakaian d) Kebersihan personal	- Laki-laki - rapi - Bersih	-Perempuan - rapi - Bersih	-Laki-laki - rapi -Bersih
4	Status mental dan cara berbicara a) status emosi :	Pada saat pengkajain Tn. B dapat mengontrol dirinya dan dapat mengontrol perkataan.	Pada saat pengkajain Ny.M dapat mengontrol dirinya dan dapat mengontrol perkataan.	Pada saat pengkajain An.G dapat mengontrol dirinya dan dapat mengontrol perkataan.
	b)Tingkat kecerdasan	Pada saat pengkajian Tn. B dapat menjawab pertanyaan sesuai dengan apa yang ditanyakan.	Pada saat pengkajian Ny. M dapat menjawab pertanyaan sesuai dengan apa yang ditanyakan	Pada saat pengkajian Tn. G dapat menjawab pertanyaan sesuai dengan apa yang ditanyakan
	c) Orientasi	Berorientasi baik, pandangan mata baik. Dapat menjawab pertanyaan kritis	Berorientasi baik, pandangan mata baik. Dapat menjawab pertanyaan kritis Normal	Berorientasi baik, pandangan mata baik. Dapat menjawab pertanyaan kritis Normal
	d) proses berpikir	Normal		
	e) Gaya berbicara			

5	Tanda-tanda vital	TD:123/70 mmHg N: 70 x/m S: 36,5 RR: 20x/m	TD:160/98 mmHg N: 70 x/m S: 36,5 RR: 20x/m	TD:115/80 mmHg N: 63 x/m S: 36,9 RR: 20x/m
6	Pemeriksaan kulit	Inspeksi: tampak keriput, tidak ada kemerahan atau bintik-bintik tidak mengalami sakit kulit Palpasi :kulit teraba kerin	Inspeksi: tampak keriput, tidak ada kemerahan atau bintik-bintik tidak mengalami sakit kulit Palpasi :kulit teraba kering	Inspeksi: kulit tampak kencang, tidak ada kemerahan atau bintik-bintik tidak mengalami sakit kulit Palpasi :kulit teraba lembab
	Pemeriksaan kuku	Kuku tampak kotor , Panjang dan kurang terawat	Kuku tampak kotor , Panjang dan kurang terawat	Kuku tampak sedikit kotor, panjang dan kurang terawat
	Pemeriksaan kepala	Rambut tampak bersih, tidak ada lesi, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri kepala	Rambut tampak bersih, tidak ada lesi, tidak ada benjolan, ada nyeri kepala, skala nyeri 6, nyeri dirasakan terus menerus saat tensi naik.	Rambut tampak bersih, tidak ada lesi, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri kepala
	Pemeriksaan muka	Wajah simetris kanan-kiri, tidak ada nyeri tekan, tidak ada gangguan syaraf sensasi wajah.	Wajah simetris kanan-kiri, tidak ada nyeri tekan, tidak ada gangguan syaraf sensasi wajah.	Wajah simetris kanan-kiri, tidak ada nyeri tekan, tidak ada gangguan saraf sensasi wajah.
10	Pemeriksaan mata	Simetris kanan kiri, pandangan tampak kabur	Simetris kanan kiri, pandangan tampak kabur.	Simetris kanan kiri, tidak ada gangguan pada mata.
	Pemeriksaan telinga	Simetris kanan kiri, terdapat serumen, dan telinga jarang dibersihkan	Simetris kanan kiri, terdapat serumen, dan telinga jarang dibersihkan	Simetris kanan kiri, dan terapiat cerumen
		Kedua lubang hidung tidak ada	Kedua lubang hidung tidak ada	Kedua lubang hidung tidak ada kelainan, tidak ada sekret, tidak

Pemeriksaan hidung	kelainan, tidak ada sekret, tidak ada pernafasan cuping hidung	kelainan, tidak ada sekret, tidak ada pernafasan cuping hidung	ada pernafasan cuping hidung
Pemeriksaan mulut dan rongga tenggorokan	Mulut tampak kotor, tidak ada kelainan bentuk.	Mulut tampak kotor, lidah tampak kotor, tidak ada kelainan bentuk.	Mulut tampak kotor, lidah tampak kotor, tidak ada kelainan bentuk.
	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan, tidak ada gangguan menelan	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tengkuk terasa tegang	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan, tidak ada gangguan menelan
Pemeriksaan leher	Tidak ada sumbatan jalan nafas, tidak menggunakan otot bantu nafas, tidak ada dalam upaya nafas.	Tidak ada sumbatan jalan nafas, tidak menggunakan otot bantu nafas, tidak ada dalam upaya nafas.	Tidak ada sumbatan jalan nafas, tidak menggunakan otot bantu nafas, tidak ada dalam upaya nafas.
Pemeriksaan sistem pernafasan	Tidak ada gangguan pada jantung, tidak memiliki riwayat tekanan darah tinggi	Jantung berdebar, sering merasa capek, memiliki Riwayat tekanan darah tinggi.	Tidak ada gangguan pada jantung, tidak memiliki riwayat tekanan darah tinggi
Sistem kardiovaskulär	Tidak ada gangguan sering merasa sakit di daerah punggung, dan pinggang	Tidak ada gangguan Terasa nyeri di daerah sendi, pergelangan tangan dan kaki	Tidak ada gangguan
Payudara dan aksila			

Ekstermitas

13. Balita Stunting : tidak ada

14. Harapan Keluarga

1. Terhadap masalah Kesehatan : keluarga pasien mengatakan agar selalu terhindar dari segala macam penyakit yang ada
2. Terhadap petugas Kesehatan yang ada : agar sering-sering melakukan pemeriksaan kepada masyarakat terlebih khusus untuk masyarakat yang jauh dari akses layanan Kesehatan.

15. Pemeriksaan Penunjang (Lab, Rontgen, Dll)

-Tidak dilakukan pemeriksaan

16. Klasifikasi Data

**Tabel 6 1 Klasifikasi data
Data Subjektif Dan Data Objektif**

-
1. Data Subjektif (Ds):
 1. Pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari karena batuk
 2. Pasien mengatakan tidak puas tidur
 3. Pasien mengatakan mengeluh pola tidur berubah
 4. Pasien mengatakan mengeluh istirahat tidak cukup
 - Data Objektif (Do):
 1. Tampak ada kantung pada mata bawah
 2. Mata berwarna hitam keabu-abuan
 3. Tampak kurang tidur
 4. Lingkaran mata tampak menghitam
 5. Tampak batuk sesekali

17. Analisa Data

Tabel 7 1 Analisis data

Data (Ds&Do)	Masalah (Problem)	Penyebab (Etiologi)
DS: a. Pasien mengatakan sulit tidur pada malam	Gangguan pola tidur (D.0055)	Hambatan lingkungan

<p>hari karena batuk</p> <p>b. Pasien mengatakan tidak puas tidur</p> <p>c. Pasien mengatakan</p> <p>d. mengeluh pola tidur berubah</p> <p>e. Pasien mengatakan mengeluh istirahat tidak cukup</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ada kantung pada mata bawah 2. Mata berwarna hitam keabu-abuan 3. Tampak kurang tidur 4. Lingkaran mata tampak menghitam 5. Tampak batuk sesekali 		
---	--	--

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Tabel 8 1 Diagnosa keperawatan

Diagnosa Keperawatan
<p style="text-align: center;">Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan di tandai dengan:</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari karena batuk 2. Pasien mengatakan tidak puas tidur 3. Pasien mengatakan mengeluh pola tidur berubah 4. Pasien mengatakan mengeluh istirahat tidak cukup <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ada kantung pada mata bawah 2. Mata berwarna hitam keabu-abuan 3. Tampak kurang tidur 4. Lingkaran mata tampak menghitam <p style="text-align: center;">Tampak batuk sesekali</p>

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 9 1 intervensi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Sasaran	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan	Klien	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x60 menit di harapkan Pola tidur membaik Dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur membaik 2. Keluhan tidak puas tidur membaik	<p>Dukungan tidur</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktifitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan 2. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: terapi relaksasi) <p>Terapi relaksasi napas dalam</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 2. Pasang sarung tangan bersih 3. Tempatkan Pasien Mi tempat paling tenang dan nyaman 4. Ciptakan lingkungan yang tenang tanpa gangguan 	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mendata masalah yang dialami pasien 2. Untuk mengumpulkan data yang mendukung dalam pemenuhan kebutuhan pasien <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memberikan rasa nyaman terhadap pasien 2. Untuk membantuk peningkatan kualitas tidur yang baik

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 11 imlementasi keperawatan

Dx kep	Hari /tgl	Implementasi dan respon	Paraf mahasiswa
Gangguan pola tidur berhubungan dengan kondisi klinis terkait (Obstruksi Paru)	2 Februari 2025	1. Mengucapkan salam Respon: pasien membalas salam	
	09.00	2. Mengobservasi TTV Respon: TTV: TD: 110/80, N:71x/m, S:36°C, RR:24x/m	
	10.13	3. Memvalidasi keadaan pasien Respon: pasien mengatakan masih batuk dan sesak serta tidak bisa tidur pada malam hari	
		4. Mengingat kontrak Respon: pasien tersenyum dan mengangguk	
		5. Menjelaskan tujuan Respon: pasien mengatakan bersedia menerima penjelasan terapi yang akan di praktekkan	
	10.18	6. Mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur Respon: klien mengatakan sulit tidur	
	7. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur Respon klien: karena batuk dan sesak serta nyeri otot		
	8. Memodifikasi lingkungan Respon klien: tidak ada linkunan yan mengganggu		
	9. Melakukan pengkajian nyeri Respon: P: Nyeri saat batuk dan saat berbaring, Q: nyeri seperti tertusuk jarum dan tertindih beban berat, R: Nyeri dada dan otot, S: Skala nyeri 4 (sedang), T: Nyeri saat batuk		
	10. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan Terapi relaksasi napas dalam		
	10.15	11. Melakukan kebersihan tangan 6 langkah	
		12. Memasang sarung tangan bersih	
		13. Menempatkan Pasien Mi tempat paling tenang dan nyaman (Bersandar)	
	10.28	14. Menciptakan lingkungan yang tenang tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman.	
		15. Memberikan posisi yang nyaman Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi	
		16. Melatih melakukan teknik napas dalam:	

	10.30	17. Meminta klien menarik nafas dalam dan mengisi paru dengan udara, dalam 3 hitungan.	
	10.55	18. Udara dihembuskan perlahan-lahan sambil membiarkan tubuh menjadi rileks dan nyaman. 19. Melakukan penghitungan bersama klien. 20. Meminta klien bernafas beberapa kali dengan irama normal. 21. Meminta klien mengulangi kegiatan menarik nafas dalam dan menghembuskannya	
	11.15	22. Meminta klien mengonsentrasikan pikiran. Meminta klien mengulangi langkah keempat dan mengonsentrasikan pikiran pada dada, otot dan kelompok yang lain 23. Setelah seluruh tubuh klien rileks, ajarkan untuk bernafas secara perlahan-lahan. 24. Mendemonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik	
Gangguan pola tidur berhubungan dengan kondisi klinis terkait (Obstruksi Paru)	4 februari 2025	1. Mengucapkan salam -Respon: pasien membalas salam 2. Mengobservasi TTV -Respon: TTV: 120/90 mmHg, N: -66x/m, RR: 22x/m, S:36,5°c 3. Memvalidasi keadaan pasien -Respon: pasien mengatakan masih batuk dan sesak serta tidak bisa tidur 4. pada malam hari Mengingatkan kontrak -Respon: pasien tersenyum dan mengangguk 5. Mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur -Respon: klien menatakan sudah bisa tidur walaupun masih terganggu karna batuk 6. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur Respon klien: batuk 7. Memodifikasi lingkungan Respon klien: tidak ada yang mengganggu 8. Melakukan pengkajian nyeri Respon: P: Nyeri saat batuk dan saat berbaring, Q: nyeri seperti tertusuk jarum dan tertindih beban berat, R: Nyeri dada dan otot, S: Skala nyeri 3 (ringan), T: Nyeri saat batuk	
	10.00		
	10.20		

	10.30	9. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan(mis: terapi relaksasi. -Respon : Pasien Mapat melakukan terapi secara mandiri dan sedikit dibantu	
Gangguan pola tidur berhubungan dengan kondisi klinis terkait (Obstruksi Paru)	6 Februari 2025 10.00 10.10 10.20 10.22 10.25 10.27	1. Mengucapkan salam -Respon: pasien membalas salam 2. Mengobservasi TTV -Respon: TTV: TD: 120/90 mmhg, N;67, S:36,6, RR: 20 x/m 3. Memvalidasi keadaan pasien -Respon: pasien mengatakan masih batuk dan sesak serta tidak bisa tidur pada malam hari 4. Mengingat kontrak waktu -Respon: pasien tersenyum dan mengangguk 5. Mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur -Respon: klien menatakan tidurnya sudah lebih baik dan klien tampak segar 6. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur -Respon klien: tidak ada yang mengganggu 7. Memodifikasi lingkungan	

4.2.5 Evaluasi keperawatan

Diagnose keperawatan	Hari ke	Evaluasi (SOAP)	Paraf
Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan	Ke-1	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan masih sulit tidur karena masih batuk dan sesak serta nyeri otot dan dada pasien melaporkan saat malam hari tidur sekitar 5-6 jam Pasien mengatakn belum cukup puas tidur karena masi sulit tidur Pasien mengatakan sudah mulai bisa melakukan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri sebelum tidur <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Wajah pasien tampak sedikit lebih segar TTV: TD: 120/80, N:89x/m, S:36°C, RR:20x/m <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Observasi tanda-tanda vital (Pre dan post 	

		<p>implemetasi)</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi pola aktivitas dan tidur (Pre dan post implemetasi) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan Ajarkan teknik relaksasi napas dalam selama 15Menit 	
Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan	Ke-2	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan tadi malam tidur sekitar \pm 6 jam dan belum puas tidur pasien mengatakan tidurnya masi sedikit terganggu karena rasa tegang pada tengkuk Pasien mengatakan sudah mulai cukup puas tidur walaupun masi sedikit kesulitan untuk tidur Pasien mengatakan sudah mulai bisa melakukan teknik relaksasi autogenik secara mandiri sebelum tidur <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Wajah pasien tampak sedikit lebih segar TTV: 120/90 mmHg, N: 77x/m, RR: 20/m, S:36, <p>A:</p> <ol style="list-style-type: none"> Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian <p>P:Lanjutkanintervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Observasi tanda-tanda vital (Pre dan post implemetasi) Identifikasi pola aktivitas dan tidur (Pre dan post implemetasi. Ajarkan teknik relaksasi autogenik selama 15Menit 	
Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan		<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan tadi malam tidur \pm 7 jam Pasien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak dan puas. Pasien mengatakan sudah dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien tampak lebih segar TTV: TD:110/80 mmhg, N:67, S:36,6, RR: 22 x/m <p>A:</p> <ol style="list-style-type: none"> Masalah gangguan pola tidur teratasi <p>P: Intervensi dilanjutkan secara mandiri</p> <ol style="list-style-type: none"> Lanjutkan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri 	

4.3 Pembahasan

Hasil penelitian yang diperoleh melalui pengumpulan data, pengolahan data, dan penyajian data selama perawatan Pasien Mengan Terapi relaksasi napas dalam pada pasien tbc dengan masalah keperawatan Gangguan pola tidur di desa pambotanjara akan di bahas sesuai kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan

4.3.1 Data Umum Pasien

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa klien, ny. m berjenis kelamin perempuan dan berusia 36 tahun.

4.3.2 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dalam proses keperawatan untuk melanjutkan pada tahap selanjutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang muncul pada tahap ini untuk menentukan diagnosa keperawatan. Diagnosa yang di tetapkan untuk merencanakan rancangan rencana yang dilakukan Selanjutnya,tindakan perawatan dan evaluasi mengikuti rencana yang dilakukan.

Pengkajian dilakukan pada Selasa 02 februari 2025. di rumah Pasien Mi Desa pambotanjara. Hasil pengkajian pada klien ditemukan adanya keluhan batuk berdahak sulit dikeluarkan bersamaan kadang disertai dengan sesak, nyeri dada dan otot dan tidak bisa tidur pada malam hari, tampak ada kantung mata dan pada bawah mata berwarna hitam ke abuan. Hasil pengukuran tanda-tanda vital klien Keadaan umum sedang Kesadaran : composmentis GCS (E4V5M6), S: 37,6oC, N: 89x/menit, TD: 110/80x/menit, dan RR: 25x/menit.

Dari data pengkajian didapatkan klien memiliki gejala sulit tidur, sering terjaga saat malam hari, tidak puas tidur, mengalami perubahan pola tidur. Hal tersebut

sesuai dengan teori dimana gejala klinis yang terjadi pada Pasien Mengan gangguan pola tidur adalah perubahan pola tidur normal, ketidakpuasan tidur, sering terjaga, merasa kesulitan untuk tidur dan merasa tidak cukup istirahat, Menurut Kemenkes RI, (2020) adapun tanda gejala pada aktivitas/istirahat yaitu : kelelahan umum dan kelemahan, napas pendek karena kerja, kesulitan tidur pada malam atau demam malam hari, menggigil dan/atau berkeringat, mimpi buruk, takikardi, takipnea/dispnea pada kerja, kelelahan otot, nyeri, dan sesak (tahap lanjut). Menurut penulis gangguan pola tidur pada pasien TB Paru diakibatkan karena sesak nafas dan batuk efektif hal ini sesuai dengan teori dan fakta.

Hasil pemeriksaan menunjukkan klien mengalami tuberculosis paru yang sering ditandai dengan batuk dan sesak, nyeri dada dan otot serta keringat pada malam hari sehingga menyebabkan klien mengalami gangguan pola tidur. Menurut Areka, (2022) bahwa bagi pasien tuberculosis penyakit yang disertai terjadinya nyeri dada, batuk, sesak napas, nyeri otot, dan keringan malam mengakibatkan tergantungnya kenyamanan tidur dan istirahat penderita.

Penulis menyimpulkan dari hasil pengkajian yang dilakukan pada Selasa 02 februari 2025 terhadap Ny. M di desa pambotanjara menunjukkan bahwa Pasien Mengan tuberculosis paru mengalami gangguan pola tidur, dengan keluhan kesulitan tidur, sering terjaga di malam hari, dan ketidakpuasan tidur sehingga kualitas tidur sangat buruk. Gejala ini diperparah oleh rasa batuk dan sesak, nyeri dada dan otot serta berkeringat pada malam hari. Kondisi ini sesuai dengan teori bahwa penderita tuberculosis paru sering mengalami gangguan tidur akibat batuk dan sesak, yang berdampak pada kualitas tidur yang buruk.

4.3.3 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis terhadap respons klien dan respons potensial terhadap masalah kesehatan atau kehidupan yang terkait. Analisis keperawatan melibatkan identifikasi respon klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berhubungan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Gangguan pola tidur berhubungan dengan batuk dan sesak serta berkeringat pada malam hari. Diagnose ini ditegakkan berdasarkan hasil Analisa masalah didapatkan data subyektif klien mengalami kesulitan tidur karena batuk dan kadang disertai sesak dan nyeri dada dan otot, merasa kurang puas tidur karena sering terjaga saat malam hari, data objektif yang didapatkan tampak adanya kantung pada klien, S: 37,7oC, N: 82x/menit, TD: 100/70 x/menit, dan RR: 26x/menit Hal ini sejalan menurut PPNI, (2018), Bahwa salah satu tanda dan gejala yang memungkinkan diangkatnya diagnosa gangguan pola tidur adalah mengeluh sulit tidur.

Berdasarkan analisis data pengkajian terhadap Ny.M, seorang penderita tuberculosis paru di wilayah kerja Puskesmas Waingapu, telah dirumuskan satu diagnosa keperawatan utama: Gangguan Pola tidur pada Ny.M dengan masalah Tuberculosis paru berhubungan dengan batuk disertai sesak. Ny.M mengalami kesulitan tidur dan sering terjaga di malam hari didapatkan data subyektif klien mengalami kesulitan tidur karena batuk dan sesak serta berkeringat di malam hari, merasa kurang puas tidur karena sering terjaga saat malam hari, data objektif yang didapatkan tampak adanya kantung pada klien, S: 37,7oC, N: 82x/menit, TD: 100/70 x/menit, dan RR: 25x/menit

4.3.4 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah perencanaan perawatan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai hasil yang diharapkan (Ridwan, 2017). Intervensi keperawatan disesuaikan dengan kondisi Pasien Man fasilitas yang tersedia, sehingga rencana tindakan dapat dievaluasi secara Spesifik, Measureable, Archievable, Rasional, Time (SMART). Selanjutnya, akan diuraikan rencana keperawatan dari diagnosa yang ditegakkan.

Pada diagnosa keperawatan gangguan pola tidur, intervensi yang diterapkan adalah dukungan tidur: meliputi observasi pemantauan tanda-tanda vital, identifikasi pola aktivitas dan tidur, faktor pengganggu tidur (fisik dan psikologis), Terapeutik mencakup modifikasi lingkungan (seperti pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) dan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan. Edukasi meliputi penjelasan tentang pentingnya tidur yang cukup selama sakit, dan pengajaran Teknik terapi relaksasi napas dalam untuk meningkatkan kualitas tidur.

Relaksasi nafas dalam adalah tindakan yang disadari untuk mengatur pernafasan secara dalam yang dilakukan oleh korteks serehri, sedangkan pernafasan spontan dilakukan oleh medulla oblongata. Relaksasi nafas dalam dilakukan dengan mengurangi frekuensi bernafas 16-19 kali dalam satu menit menjadi 6-10 kali dalam satu menit. Relaksasi nafas dalam akan merangsang munculnya oksida nitrit yang akan memasuki paru-paru bahkan pusat otak yang berfungsi membuat orang menjadi lebih tenang sehingga gangguan tidur pada seseorang akan menurun (Wardani, 2021) Dari sudut pandang penulis,

intervensi keperawatan yang mencakup dukungan tidur melalui observasi, modifikasi lingkungan, dan edukasi sangat efektif dalam mengatasi gangguan pola tidur. Teknik terapi relaksasi napas dalam yang menekankan pada pengendalian diri dan ketenangan pikiran, terbukti signifikan dalam meningkatkan kualitas tidur pasien.

4.3.5 Implementasi keperawatan

Implementasinya meliputi melakukan, membantu atau mengelola aktivitas kehidupan sehari-hari, memberikan perawatan untuk mencapai tujuan yang berkaitan dengan aktivitas keperawatan dan klien, serta mencatat dan mengkomunikasikan informasi terkait dengan perawatan kesehatan yang sedang berlangsung. Tindakan keperawatan yang dilakukan kepada pasien merupakan seluruh tindakan yang ada untuk perawatan pasien Hipertensi karena pendidikan kesehatan yang dilakukan pada pasien memerlukan asuhan keperawatan yang benar (Ridwan, 2017).

Implementasi dilakukan selama 3 hari, sesuai dengan intervensi yang dibuat dan disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien. Pelaksanaan tindakan implementasi keperawatan pada Pasien Melakukan mulai pada tanggal 02 februari 2025, hari yang kedua pada tanggal 04 februari 2025, kemudian hari yang ketiga pada tanggal 06 februari 2025. Implementasi dilakukan selama 3 hari, sesuai dengan intervensi yang dibuat dan disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien. Implementasi pada Pasien Mengan masalah keperawatan gangguan pola tidur berubungan dengan kondisi klinis terkait (batuk dan sesak).

Implementasi hari pertama, 09:00 Mengidentifikasi pola aktifitas dan

tidur. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, Memodifikasi lingkungan ,
Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: terapi relaksasi),
Melakukan kebersihan tangan Langkah, Memasang sarung tangan bersih,

Menempatkan Pasien Mi tempat paling tenang dan nyaman, Menciptakan lingkungan yang tenang tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan, Memberikan posisi yang nyaman (misal dengan duduk bersandar atau tidur), Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi, Melatih melakukan teknik napas dalam: Klien menarik nafas dalam dan mengisi paru dengan udara, dalam 3 hitungan (hirup, dua, tiga), Udara dihembuskan perlahan-lahan sambil membiarkan tubuh menjadi rileks dan nyaman, Lakukan penghitungan bersama klien (hembuskan, dua, tiga), Klien bernafas beberapa kali dengan irama normal, Ulangi kegiatan menarik nafas dalam dan menghembuskannya. Biarkan hanya kaki dan telaopak kaki yang rileks. Perawat meminta klien mengonsentrasikan pikiran pada kakinya yang terasa ringan dan hangat, Klien mengulangi langkah keempat dan mengonsentrasikan pikiran pada lengan, perut, punggung dan kelompok otot yang lain, Setelah seluruh tubuh klien rileks, ajarkan untuk bernafas secara perlahan-lahan. Bila nyeri bertambah hebat, klien dapat bernafas secara dangkal dan cepat, Demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik. Menurut Pipit Mulyah, (2020), adapun tanda gejala pada aktivitas/istirahat yaitu : kelelahan umum dan kelemahan, napas pendek karena kerja, kesulitan tidur pada malam atau demam malam hari, menggigil dan/atau berkeringat, mimpi buruk, takikardi, takipnea/dispnea pada kerja, kelelahan otot, nyeri, dan sesak (tahap

lanjut). Menurut penulis gangguan pola tidur pada pasien TB Paru diakibatkan karena sesak nafas dan batuk efektif hal ini sesuai dengan teori dan fakta. Implementasi hari kedua: 10:00 Mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, Memodifikasi lingkungan Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: terapi relaksasi), Jam 10:20 melakukan latihan pemberian terapi relaksasi napas dalam 10:30 klien mengulangi menarik napas dalam (pasien mampu melakukan terapi dengan sendirinya) dan memnata tanda-tanda vital pasien (klien: RR:23x/menit, td: 120/80 mmhg. Implementasi hari ketiga: 10:00 Mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, Memodifikasi lingkungan, Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: terapi relaksasi), Jam 10:10 melakukan latihan pemberian terapi relaksasi napas dalam 10:30 klien mengulangi menarik napas dalam (pasien mampu melakukan terapi dengan sendirinya) dan memnata tandatanda vital pasien: RR: 22x/menit, TD: 110/90 mmhg).

4.3.6 Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Ridwan, 2017).

Pada evaluasi hari pertama, Selasa, 02 februari 2025, ditemukan bahwa pasien Ny. m masih mengalami kesulitan tidur yang disebabkan oleh batuk, sesak napas, nyeri dada dan otot serta keringat pada malam hari, dengan durasi tidur sekitar 5-6 jam per malam, yang belum dirasakan cukup

memuaskan. Meskipun demikian, terdapat tandatanda awal perbaikan, seperti wajah pasien yang tampak sedikit segar dan batuk sesak pun tidak terlalu dirasakan pasien. Pasien telah mulai memahami dan menerapkan teknik terapi relaksasi napas dalam secara mandiri sebelum tidur, dengan dukungan dari suami pasien yang aktif membantu dalam pelaksanaan teknik ini. Namun pasien masih terganggu pola tidurnya dan masih memerlukan perhatian lebih lanjut. Berdasarkan hasil ini, intervensi keperawatan akan dilanjutkan dengan fokus pada, identifikasi pola aktivitas dan tidur, serta penerapan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan dan efektivitas teknik terapi relaksasi napas dalam. Pada evaluasi hari kedua, Kamis, 04 februari 2025, ditemukan bahwa pasien Ny. m mengalami sedikit perbaikan dalam kualitas tidur, dengan tidur sekitar 6 jam per malam, meskipun masih merasa belum sepenuhnya puas karena batuk serta nyeri pada dada dan otot tetap mengganggu. Pasien melaporkan bahwa ia mulai bisa melakukan teknik terapi relaksasi napas dalam secara mandiri sebelum tidur, yang sedikit membantu dalam meningkatkan kualitas tidurnya. Secara fisik, wajah pasien tampak lebih segar, dan tanda-tanda vital menunjukkan stabilitas, dengan tekanan darah 120/90 mmHg, nadi 66x/menit, suhu 36,5°C, dan frekuensi napas 23x/menit. Ada sedikit perbaikan dibandingkan hari sebelumnya. Meskipun masalah gangguan pola tidur belum sepenuhnya teratasi, intervensi keperawatan menunjukkan kemajuan, dan akan dilanjutkan dengan fokus pada observasi tanda-tanda vital, identifikasi pola tidur, dan pelatihan teknik relaksasi autogenik dengan keterlibatan keluarga. Pada evaluasi hari ketiga, Sabtu, 06 februari 2025, hasil intervensi keperawatan menunjukkan perbaikan signifikan dalam kualitas tidur pasien Ny. m. Pasien

melaporkan tidur selama ± 7 jam dengan perasaan puas dan nyaman, serta menyatakan telah mampu melakukan teknik terapi relaksasi napas dalam secara mandiri sebelum tidur. Dukungan dari suami juga berperan penting dalam mengingatkan pasien untuk konsisten menjalankan teknik relaksasi. Secara fisik, pasien tampak lebih segar, dan tanda-tanda vitalnya berada dalam batas normal dengan tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 67x/menit, suhu tubuh 36,6°C, dan frekuensi napas 21x/menit. Masalah gangguan pola tidur pada Pasien Mianggap telah teratasi, dan intervensi selanjutnya akan dilanjutkan secara mandiri oleh Pasien Man keluarga. Kesimpulan dari evaluasi keperawatan selama tiga hari terhadap pasien Ny. M menunjukkan bahwa intervensi keperawatan yang melibatkan teknik relaksasi napas dalam, modifikasi lingkungan tidur, dan edukasi kepada keluarga efektif dalam meningkatkan kualitas tidur pasien. Meskipun pada awalnya pasien masih mengalami gangguan tidur yang signifikan, terutama disebabkan oleh batuk dan sesak, secara bertahap terjadi perbaikan dalam durasi dan kualitas tidur. Pasien melaporkan peningkatan dari tidur 5-6 jam dengan kualitas tidur yang buruk pada hari pertama, menjadi tidur yang lebih nyaman dan memuaskan selama 7 jam pada hari ketiga. Peran aktif keluarga dalam mendukung penerapan teknik relaksasi juga menjadi faktor penting dalam keberhasilan intervensi ini. Dengan tanda-tanda vital yang semakin stabil dan peningkatan kondisi fisik pasien, intervensi keperawatan dianggap berhasil, dan pasien bersama keluarganya mampu melanjutkan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri untuk mempertahankan perbaikan kualitas tidur.