

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu terdapat di Kabupaten Sumba Timur. Rumah sakit ini adalah rumah sakit yang terakreditasi paripurna dengan nilai B yang terdiri dari 2 instalasi yaitu instalasi rawat jalan dan instalasi rawat inap. Instalasi rawat jalan terdiri dari Poli penyakit paru, Poli saraf, Poli penyakit dalam, Poli bedah, Poli anak, poli gigi dan mulut, poli kebidanan dan KB, Poli VCT, Poli mata, dan Poli gizi. Instalasi rawat inap yaitu ruangan dahlia untuk penyakit dalam, Ruangan kemuning untuk Kebidanan, ruangan PICU untuk pasien anak-anak dengan masalah kesehatan yang emergency, ruangan Perina untuk pasien bayi baru lahir dengan masalah kesehatan, ruangan ICU untuk pasien emergency, ruangan VIP dan utama untuk semua umur.

4.2 Ruang Dahlia

Ruang Dahlia adalah salah satu instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu yang di khususkan untuk penyakit dalam dengan kapasitas tempat tidur sebanyak 44 tempat tidur yang terdiri dari 3 kelas perawatan yaitu kelas satu terdiri dari 2 ruangan yaitu ruang rawat untuk pasien laki-laki memiliki 2 tempat tidur dan ruang rawat untuk pasien perempuan memiliki 2 tempat tidur, kelas 2 terdiri dari 2 ruangan dan memiliki 5 tempat tidur untuk pasien laki-laki dan untuk pasien perempuan memiliki 5 tempat tidur, kelas 3 terdiri dari 4 ruangan yaitu 1 ruangan non infeksius untuk pasien laki-laki memiliki 5 tempat tidur, 1 ruangan non infeksius untuk pasien perempuan memiliki 7 tempat tidur, 1 ruangan 31 infeksius

untuk pasien laki-laki memiliki 5 tempat tidur, 1 ruangan infeksius untuk pasien perempuan memiliki 5 tempat tidur, dan ruangan perawatan dengan pasien penyakit menular (isolasi) yang terdiri dari 4 ruangan yang masing-masing ruangan memiliki 2 tempat tidur dan ruangan observasi yang memiliki 2 tempat tidur.

4.3 Ketenagaan

Tenaga kerja di Ruang Dahlia RSUD Waingapu dengan penjabaran sebagai berikut:

Tabel 4. 1 Ketenagaan ruang dahlia RSUD Umu Rara Meha

Jenis ketenagaan	Jumlah	Presentase
S1	7	24%
Perawat vokasional (DIII)	11	39%
Perawat (SPK)	2	7%
Administrasi (SMA)	3	10%
Cleaning service (SMA)	6	20%
Total	=	100%

Sumber : Ruang Dahlia RSUD URM Waingapu, 2025

Dari table diatas menunjukkan bahwa tenaga kerja yang paling banyak adalah perawat vokasional 11 orang (39%) dan yang paling sedikit adalah perawat S1, SPK dan administrasi masing-masing adalah 3 orang (11,5%).

4.4 HASIL ASUHAN KEPERAWATAN

4.4.1 Asuhan keperawatan pada pasien TB Paru

1. Identitas klien dan penanggung jawab

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 25-maret-2025. Pasien atas nama Tn. N berusia 26 tahun, laki-laki, suku/bangsa sumba/Indonesia, beragama Kristen protestan, pekerjaan petani, pendidikan terakhir SMA, dan tempat tinggal di lambanapu. Penanggung jawab klien adalah ayah dari pasien atas nama Tn. G berusia 46 tahun, laki-laki, suku/bangsa sumba/Indonesia, beragama Kristen protestan, dan tempat tinggal di lambanapu.

1. Riwayat Kesehatan

1) keluhan utama

Sesak napas dan demam serta batuk berdahak > lebih 1 bulan.

2) Riwayat Kesehatan (Penyakit) Sekarang

Pasien datang dengan keluhan sesak napas, batuk berdahak serta demam, pasien juga merasa lemah sehingga di bawa ke rumah sakit.

3) Riwayat Kesehatan (Penyakit) Dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya belum pernah mengalami gejala yang sama dan melakukan perawatan dirumah sakit, pasien juga mengatakan tidak ada riwayat penyakit lain.

4) Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi makanan, minuman atau obat-obatan.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

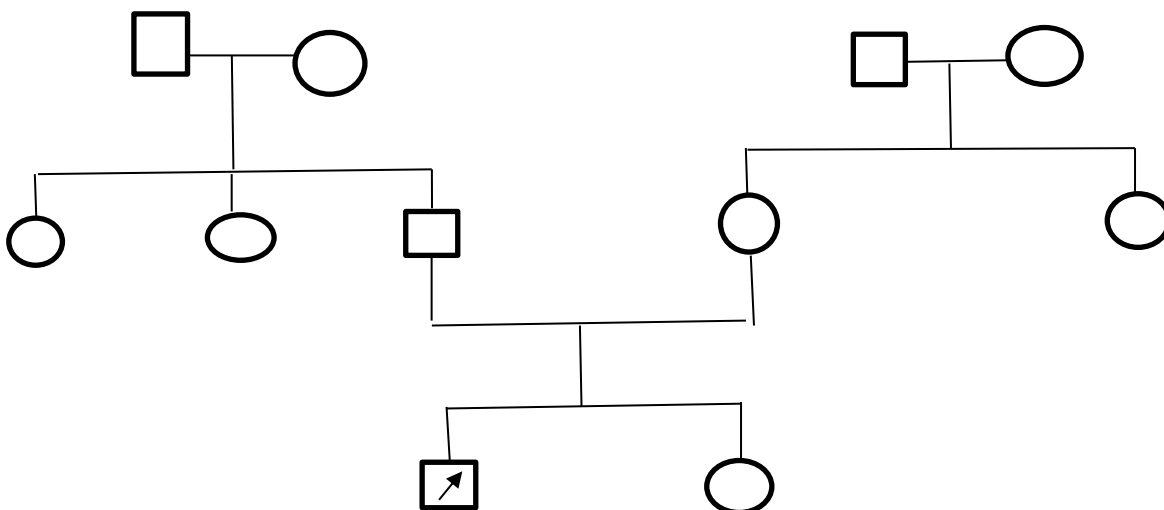
Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan pasien atau penyakit keturunan.

6) Riwayat Penyakit Tropik

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami riwayat penyakit tropik, Dbd, Malaria, DM dan lain-lain.

7) Genogram (Bagan 3 Turunan dan Keterangan)

- Ket= laki-laki 
- Perempuan= 
- Garis keturunan= -----
- Meninggal= X
- Pasien laki-laki = 
- Pasien Perempuan= 



8). Riwayat Lingkungan

Pasien mengatakan lingkungannya aman dan bersih

9). Riwayat Kesehatan Lainnya

Pasien tidak terlihat menggunakan alat bantu seperti gigi palsu, kaca mata dll.

2. Riwayat Psikososial Dan Spritual Sosial/Interaksi

- 1) Hubungan dengan klien (kenal/ tidak kenal/ lainnya: Hubungan klien dengan keluarga (kenal) sebagai Anak
- 2) Dukungan keluarga (aktif/ kurang/ tidak ada): Dukungan keluarga terhadap pasien aktif dalam merawat dan menjaga pasien
- 3) Dukungan kelompok/ teman/ masyarakat (aktif)/ kurang/ tidak ada): Dukungan kelompok, teman dan masyarakat terhadap pasien aktif, keluarga datang menjenguk pasien
- 4) Reaksi saat interaksi (tidak kooperatif/ permusuhan/ mudah tersinggung/ defensive/ curiga/ kontak mata lainnya: Reaksi saat interaksi dengan pasien kooperatif
- 5) Konflik yang terjadi terhadap (peran/ nilai/ lainnya: Perannya sebagai anak menjadi tidak terpenuhi

3. Spritual

- 1) Konsep tentang kehidupan (Tuhan/Allah/ Dewa/ lainnya: pasien mengatakan TUHAN
- 2) Sumber kekuatan/ harapan saat sakit (Tuhan/ Allah/ Dewa/ lainnya: Pasien mengatakan sumber kekuataannya saat ini yaitu Tuhan
- 3) Ritual agama yang bermakna/ berarti/ diharapkan saat ini (sholat/ baca kitab suci/ lainnya: Pasien sering melakukan ibadah yaitu baca kitab suci
- 4) Sarana/peralatan/ orang yang diperlukan untuk melaksanakan ritual agama yang diharapkan saat ini (lewat ibadah rohaniawan/ lainnya: Sarana/ peralatan yang digunakan pasien untuk ritual agama yaitu ibadah rohaniawan

- 5) Upaya kesehatan yang bertentangan dengan keyakinan agama (makanan/ tindakan obat-obatan/ lainnya: Tidak ada upaya kesehatan yang bertentangan dengan ibadah
- 6) Keyakinan/ kepercayaan bahwa Tuhan akan menolong dalam menghadapi situasi sakit saat ini: ya
- 7) Keyakinan/ kepercayaan bahwa penyakit dapat disembuhkan: ya
- 8) Persepsi terhadap penyebab penyakit (hukuman cobaan/ peringatan/lainnya: Pasien mengatakan persepsi terhadap penyakit merupakan ketidaktaatan menjaga kesehatan

4. Pola Fungsi Kesehatan

- 1) Pola kognitif-persepsi Sebelum sakit pasien menjalankan tugas dan tanggung jawab sebagai anak dalam membantu orang tua. Setelah sakit pasien tidak dapat menjalankan tugas dan tanggung jawabnya tersebut
- 2) Pola Nutrisi –Metabolik
 - a. Antropometri, Sebelum sakit berat badan pasien 52 kg. tinggi badan 162 cm dan IMT 19,8. Setelah sakit berat badan pasien 52 kg. tinggi badan 162 cm dan IMT 19,8.
 - b. Biochemical, Tidak dilakukan pemeriksaan laboratorium nutrisi
 - c. Clinical, Sebelum sakit tanda-tanda klinis rambut pasien hitam, tebal, tampak bersih tidak terdapat ketombe, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab berwarna merah muda, warna lidah merah muda dan konjungtiva tidak anemis. Setelah sakit rambut pasien tampak hitam, tebal, tidak terdapat ketombe, turgor kulit elastis, mukosa bibir tampak kering, pucat, warna lidah merah muda, konjungtiva tidak anemis.

- d. Diet, Sebelum sakit pasien mengatakan nafsu makan membaik, jenis makanan yang dikonsumsi nasi, sayur, ikan, frekuensi makan 2x/sehari (1 porsi makan di habiskan) pasien tidak menjalani diet. Setelah sakit nafsu makan pasien baik, jenis makanan yang dikonsumsi nasi, sayur, ikan, frekuensi makan 1 /2x/sehari (porsi makan di habiskan), pasien tidak menjalani diet.
- e. Mual/ Muntah / Sariawan, Pasien mengatakan tidak memiliki keluhan mual, muntah, sariawan
- f. Minum (Frekuensi, Jumlah, Jenis), Pasien mengatakan sebelum dan setelah sakit pasien minum air putih 6-7x/sehari.

3) Pola Eliminasi (Bak Dan Bab)

Pasien mengatakan sebelum sakit buang air kecil 4- 5x/hari. Warna kuning jernih, tidak ada keluhan saat buang air kecil dan tidak menggunakan alat bantu. Setelah sakit pasien buang air kecil 3-4x/hari, warna kuning pekat, tidak ada keluhan saat buang air kecil dan tidak menggunakan alat bantu. Pasien mengatakan sebelum sakit buang air besar 2x/hari, Konsistensi padat saat dikeluarkan. waktu tidak menentu, warna kuning, tidak ada keluhan dan tidak menggunakan alat bantu dan lavative. Setelah sakit pasien buang air besar 1x/hari, Konsistensi padat dan lembut saat dikeluarkan, waktu tidak menentu, warna kuning, tidak ada keluhan dan tidak menggunakan alat bantu dan lavative.

4) Pola Personal Hygiene

Pasien mengatakan sebelum sakit mandi 2x/hari, oral hygiene 2x/hari, cuci rambut seminggu 2x, mengganti pakaian 2x/hari dan penampilan umum pasien bersih dan rapi.

Setelah sakit pasien mandi 1x/hari (dilap), oral hygiene 1x/hari, cuci rambut tidak menentu, mengganti pakaian 1x/hari dan penampilan umum tampak kusam, rapi.

5) Pola Aktivitas Dan Latihan

Pasien mengatakan sebelum dan sesudah sakit pasien melakukan kegiatan seperti makan/minum, toileting, mobilisasi, berpakaian, berpindah serta ambulasi secara mandiri dan tidak dibantu oleh orang lain.

6) Pola Istirahat Dan Tidur

Pasien mengatakan sebelum sakit tidur 3 jam, frekuensi tidur 2x/hari, kebiasaan/ritual tidur adalah tidak ada dan tidak mempunyai keluhan saat tidur. Setelah sakit pasien tidur 2 jam, frekuensi tidur 2x/hari, kebiasaan/ritual tidur adalah tidak ada dan tidak mempunyai keluhan saat tidur.

7) Pola Peran–Hubungan

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien menjalankan tugasnya dan tanggung jawab sebagai anak yang membantu orang tua di sawah namun sejak sakit perannya tidak dilakukan lagi.

8) Pola Seksualitas–Reproduksi Tidak di kaji

9) Pola Koping-Toleransi Stres

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien selalu mencari jalan keluar setiap ada masalah. Setelah sakit pasien stres dengan masalah yang di hadapainya.

10) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Pasien mengatakan sebelum sakit dan sesudah pasien tidak pernah mengonsumsi alkohol, merokok dan bergadang.

5. Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi,Olfaksi)

Tabel 4. 2 Pemeriksaan Fisik

Observasi	Hasil
Keadaan umum	Sakit sedang
TTV	Suhu: 38,1 c Nadi: 86x/menit Tekanan Darah: 130/70 RR: 32x/menit SPO2: 94%
Sistem pernapasan (B1: Breathing)	Dada simetris antara kiri dan kanan, bentuk dada normal, adanya pernapasan cuping hidung, ada suara tambahan ronchi, fokal fremitus normal
Sistem kardiovaskuler (B2: Bleeding)	Tidak ada nyeri, tidak ada suara tambahan, tidak menggunakan alat bantu, tidak ada kelainan
Sistem persyarafan (B3: Brain)	Tingkat kesadaran : composmentis (GCS 15) Kepala dan wajah (bersih, tidak ada lesi atau kelainan), mata(sklera putih, konjungtiva merah muda, pupil isokor) leher(tidak ada lesi/kelainan) telinga(pendengaran kiri/kanan normal, tidak ada luka/kelainan) pencium dan perabaan normal, tidak ada nyeri/kelainan.
Sistem perkemihan (B4: Bladder)	BAK(4x/hari, warna kuning pekat, tidak ada nyeri dan tidak menggunakan alat bantu)
Sistem pencernaan (B5: Bowel)	Mulut(mukosa bibir kering, gigi tampak kekuningan, lidah merah muda, tidak ada kelainan) tenggorokan (tidak ada lesi/kelainan) Abdomen(perut datar dan simetris, tidak ada lesi,bunyi usus normal,tidak ada nyeri tekan) BAB (1x/hari, konsistensi lembut, tidak diare,tidak ada nyeri/masalah.
Sistem musculoskeletal (B6: Bone)	Bentuk tubuh tegap, tidak ad keterbatasan dalam rentang gerak, Kekuatan otot: 5555, Tulang belakang tidak ada luka/kelainan, warna kulit normal, akral panas, turgor kulit elastis, tidak ada tumor/kelainan, kuku tampak Panjang, tampak kehitaman, tidak ada tumor/kelainan, CRT normal.
Sistem endokrin	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid
Sistem reproduksi	Bersih, tidak menggunakan alat bantu

6. Pemeriksaan penunjang

Tabel 4. 3 Pemeriksaan penunjang

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Hemoglobin	12.6	g/dL	13.5-17.5
Hematokrit	39.0	%	33.0-45.0
Lekosit	7.72	Ribu/ul	4.50-11.00

Trombosit	478	Ribu/ul	150-450
Eritrosit	5.27	juta/uL	4.50-5.90
MCV	74.0	fl	80.0-100.0
MCH	23.9	pg	26.0-34.0
MCHC	32.3	g/dL	32.0-36.0
RDW	15.7	%	11.5-14.5
Basofil	0.4	%	0.0-2.0
Eosinophil	3.9	%	0.0-4.0
Segmen	73.3	%	55.0-80.0
Limfosit	17.9	%	22.0-44.0
Monosit	4.5	%	0.0-7.0
SGOT	25	U/L	0-35
SGPT	12	U/L	0-45
Albumin	3.4	g/dL	3.5-5.2
Natrium	141	mmol/L	136-145
Kalium	3.83	mmol/L	3.30-5.10
Klorida	107	mmol/L	98-106

7. Terapi obat

Tabel 4. 4 Terapi obat

Tgl. Resep dibuat	Nama obat dan dosis	Manfaat
24-mei-2025	Etambutol 1x1000 mg(H4)	Mengobati tuberkulosis.
	INH 1x3000 mg(H4)	Antibiotik yang diindikasikan dalam pengobatan lini pertama infeksi microbacterium tuberculosis

Rifampisin 1x40 mg	Mengobati berbagai infeksi mycobacteri dan infeksi bakteri gram positif
Paracetamol 3x500mg	Meredakan Demam

8. Analisa data

Tabel 4. 5 Analisa data

DATA (DS&DO)	MASALAH (PROBLEM)	PENYEBAB (ETIOLOGI)
DS: 1. Pasien mengatakan sesak napas, batuk berdahak DO: 1. Pasien Tampak sesak, sulit mengeluarkan dahak. Adanya napas cuping hidung, suara napas ronchi TTV: RR: 32X/m SPO2: 94% N:86x/m	Pola napas tidak efektif	Hambatan upaya napas
DS: 1. Pasien mengatakan mengalami demam sering muncul pada saat sore/malam hari, badan terasa lemah DO: 1. Pasien tampak menggigil 2. Pasien tampak lemah Akral terasa panas, Suhu: 38,1c	Hipertermia	Proses penyakit

4.4.2 Diagnosa

Berdasarkan hasil analisa data, maka dirumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Tn. N sebagai berikut.

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (SDKI)
2. Hipertermia Berhubungan Dengan Proses Penyakit (SDKI)

4.4.3 Intervensi

Tabel 4. 6 Intervensi keperawatan

No	Diagnose Keperawatan	Tujuan & kriteria hasil	Intervensi
1	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil: 1) Ventilasi semenit meningkat 2) Kapasitas vital meningkat 3) Dispenea menurun penggunaan otot bantu menurun 4) Frekuensi napas membaik 5) Kedalaman napas membaik	Manajemen jalan napas (010112) Observasi 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2) Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 1 1) Posisikan semi-fowler atau fowler 2) Berikan minum hangat 3) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 4) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 5) Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 1) Ajarkan Teknik batuk efektif Kolaborasi

			1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
2	Hipertermia Berhubungan Proses penyakit (D.0130)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil: 1) Mengigil meningkat 2) Suhu tubuh membaik 3) pucat meningkat Suhu tubuh membai	Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi 1) Identifikasi penyebab hipertermia 2) Monitor suhu tubuh 3) Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik 1) Sediakan lingkungan yang dingin 2) Longgarlan atau lepaskan pakaian 3) Basahi dan kipasi permukaan tubuh Edukasi 1) Anjurkan tirah baring Kolaborasi 1) Pemberian cairan dan Elektrolit intravena, jika perlu

4.4.4 Implementasi

Tabel 4. 7 Implementasi

No DX	Hari/tanggal	Jam	Implementasi
1	Selasa 25/03/2025	15:00	1) Memonitor pola napas 2) Memonitor tanda-tanda vital: TD: 130/70 Nadi: 86x/menit RR: 32x/menit SPO2: 94% S: 38,1c 3. memonitor bunyi nafas tambahan Respon: terdapat suara napas tambahan: ronchi

			4. Memposisikan semi fowler/fowler Respon: pasien diberikan posisi semi fowler 5. memberikan oksigen Respon: pasien terpasang O₂, 5 LPM 5. menjelaskan tujuan dan prosedur relaksasi napas dalam Respon: pasien tampak mendengar penjelasan tentang relaksasi napas dalam 6. menganjurkan memposisikan 1 tangan di dada dan 1 tangan di perut, anjurkan menarik napas melalui hidung selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik, kemudian menghembuskan napas dari mulut dengan bibir dibulatkan (mencucu) selama 8 detik, dan ulangi sebanyak 5-10 kali.
2	Selasa 25/03/2025	15:30	1) Mengukur tanda-tanda vital pasien TD : 130/70mmHg Nadi: 86x/menit RR : 32x/menit Spo2 : 94%/menit Suhu : 38,1 c 2) Memberikan kompres hangat 3) Memantau pasien setelah dilakukan kompres hangat 4) Sediakan lingkungan yang dingin 5) Melonggarlan atau lepaskan pakaian pasien tampak memakai baju yang longgar Basahi dan kipasi permukaan tubuh 6) Menganjurkan tirah baring
1	Rabu, 26/03/2025	10:00	1) Memonitor pola napas 2) Memonitor tanda-tanda vital: TD: 120/70 Nadi: 76x/menit RR: 26x/menit SPO2: 96% S: 37,8c 3) memonitor bunyi nafas tambahan Respon: terdapat suara napas tambahan: ronchi 4) Memposisikan semi fowler/fowler Respon: pasien diberikan posisi semi fowler 5) memberikan oksigen Respon: pasien terpasang O₂, 5 LPM 6) menjelaskan tujuan dan prosedur relaksasi napas dalam Respon: pasien tampak mendengar penjelasan tentang relaksasi napas dalam 7) menganjurkan memposisikan 1 tangan di dada dan 1 tangan di perut, anjurkan menarik napas melalui hidung selama 4

			detik, menahan napas selama 2 detik, kemudian menghembuskan napas dari mulut dengan bibir dibulatkan (mencucu) selama 8 detik, dan ulangi sebanyak 5-10 kali.
2	Rabu 26/03/2025	10:30	1) Mengukur tanda-tanda vital pasien TD : 120/70mmHg Nadi: 76x/menit RR : 26x/menit Spo2 : 96%/menit Suhu : 37,8 c 2) Memberikan kompres hangat 3) Memantau pasien setelah dilakukan kompres hangat 4) Sediakan lingkungan yang dingin 5) Melonggarlan atau lepaskan pakaian pasien tampak memakai baju yang longgar Basahi dan kipasi permukaan tubuh 6) Menganjurkan tirah baring
1	Kamis 27/03/2025	10:00	1) Memonitor pola napas 2) Memonitor tanda-tanda vital: TD: 120/80 Nadi: 68x/menit RR: 22x/menit SPO2: 98% S: 36,8c 3) memonitor bunyi nafas tambahan Respon: tidak ada suara napas tambahan 4) Memposisikan semi fowler/fowler Respon: pasien diberikan posisi semi fowler 5) menjelaskan tujuan dan prosedur relaksasi napas dalam Respon: pasien tampak mendengar penjelasan tentang relaksasi napas dalam 6) menganjurkan memposisikan 1 tangan di dada dan 1 tangan di perut, anjurkan menarik napas melalui hidung selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik, kemudian menghembuskan napas dari mulut dengan bibir dibulatkan (mencucu) selama 8 detik, dan ulangi sebanyak 5-10 kali.
2	Kamis 27/03/2025	10:00	1) Mengukur tanda-tanda vital pasien TD : 120/80mmHg Nadi: 68x/menit RR : 22x/menit Spo2 : 98%/menit Suhu : 36,8 c 2) Sediakan lingkungan yang dingin 3) Melonggarlan atau lepaskan pakaian pasien tampak memakai baju yang longgar Basahi dan kipasi permukaan tubuh

-
- 4) Menganjurkan tirah baring
 5) Menganjurkan kompres hangat bila merasa demam
-

4.4.5 Evaluasi

Tabel 4. 8 Evaluasi

No Dx	Hari pertama Selasa, 25-03-2025	Hari kedua Rabu, 26-03-2025	Hari ketiga Kamis, 27-03-2025
1	S: 1) Pasien mengatakan sesak napas dan batuk O: 1) Pasien tampak sesak 2) Pasien sulit mengeluarkan dahak 3) Adanya napas cuping hidung 4) Suara napas tambahan ronchi TTV: RR: 32X/menit SPO2: 94% N: 86x/menit TD: 130/70 S: 38,1c A: Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas P: Intervensi dilanjutkan	S: 1) Pasien mengatakan batuk berdahak dan sulit dikeluarkan O: 1) Pasien tampak sesak dan tampak susah mengeluarkan dahak 2) Tanda-tanda vital TD: 120/70 Nadi: 76x/menit RR: 26x/menit SPO2: 96% S: 37,8c A: Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas P: Intervensi dilanjutkan	S: 1) Pasien mengatakan sudah lebih membaik dari kemarin O: 1) Pasien tampak sehat 2) Tanda-tanda vital TD: 120/80 Nadi: 68x/menit RR: 22x/menit SPO2: 98% S: 36,8c A: Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas P: Intervensi dihentikan
2	S: 1) Pasien mengatakan merasa demam dan merasa lemah O: 1) Pasien tampak menggigil 2) Pasien tampak lemah 3) Akral teraba panas, suhu: 38,1c A: Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit P: Intervensi dilanjutkan	S: 1) Pasien mengatakan masih merasa panas O: 1) Pasien tampak gerah 2) Akral teraba panas, suhu: 37,8c A: Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit P: Intervensi dilanjutkan	S: 1) Pasien mengatakan sudah tidak merasa panas O: 1) Akral teraba hangat, suhu: 36,8c A: Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit P: Intervensi dihentikan

4.5 PEMBAHASAN

Pada pembahasan peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian ataupun perbedaan antara teori dan hasil asuhan keperawatan masalah Tuberculosis paru pada pasien Tn. N Diruangan Dahlia Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu. Kegiatan ini dilakukan pada tanggal 25 maret 2025 yang meliputi pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Intervensi Keperawatan, Implementasi Keperawatan Dan Evaluasi Keperawatan.

Berdasarkan hasil penelitian pada pasien melalui wawancara langsung, selain itu penulis juga memperoleh data dari observasi langsung, berdasarkan pengkajian yang dilakukan penulis pada kasus Tn. N yang berumur 26 tahun dengan, tekanan darah: 130/70, nadi: 86x/menit, RR: 32x/menit, Spo2: 94% dan suhu: 38,1c sehingga pasien tampak, sesak, menggigil, lemah, sehingga pasien dapat mengalami penyakit tuberculosis paru, oleh karena itu pasien diharuskan untuk melakukan relaksasi napas dalam untuk mengurangi pernapasan yang cepat serta kelemahan pada pasien.

Berdasarkan data dan teori yang ada, peneliti menyimpulkan bahwa gejala yang dialami oleh pasien seperti sesak yang frekuensinya 32x/menit, kelemahan serta suhu yang berada pada 38,1c, kesusahan mengeluarkan dahak merupakan tanda-tanda umum dari penyakit tuberculosis paru.(aprilia & Hidayat, 2024).

1. Diagnosa Keperawatan

Menurut peneliti, terdapat perbedaan antara hasil tinjauan kasus dan tinjauan teori. Pada tinjauan teori, muncul tiga diagnose, sementara pada

tinjauan kasus hanya ditemukan dua diagnose keperawatan pada pasien, yaitu pola napas tidak efektif dan hipertermia.(apriliana & Hidayat, 2024).

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan pada pasien Tn. N didapatkan diagnose yang muncul Adalah diagnose pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dan hipertermia berhubungan dengan proses penyakit.

2. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus. Rencana keperawatan tersebut dibuat sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien berdasarkan pada tujuan intervensi sesuai dengan diagnosa yang telah ditegakkan yaitu gangguan pola napas berhubungan dengan hambatan upaya napas, Hipertermia Berhubungan Dengan Proses Penyakit

- 1) Diagnosa 1: pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, Rencana asuhan keperawatan untuk diagnosa pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, sesuai dengan (PPNI, 2018) yaitu manajemen jalan napas diantaranya melakukan Observasi: Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering). Terapeutik: Atur posisi semi-fowler atau fowler, memberikan minum hangat, Edukasi: Jelaskan tujuan dan prosedur relaksasi napas dalam, Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik ,ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan

bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik. yang ke 3. Kolaborasi: Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran. Untuk tindakan teknik relaksasi napas dalam didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh (Wikowardani et al., 2024), tentang penerapan relaksasi napas dalam. Relaksasi napas merupakan teknik pernapasan yang di gunakan merileks kan tubuh dan pikiran. Menurut analisa peneliti intervensi yang ada diteori sama dengan yang dilakukan peneliti dengan tujuan melakukan teknik relaksasi napas dalam, pola napas membaik. Berdasarkan intervensi yang diberikan kepada pasien ada kesinambungan dengan teori.

- 2) Diangosa 2: Hipertermia Berhubungan Dengan Proses Penyakit Dari pasien dapat direncanakan tindakan keperawatan untuk diagnosa hipertermi berhubungan dengan proses penyakit 1). Observasi suhu,2) berikan kompres hangat,3) anjurkan keluarga untuk memakai pakaian yang tipis pada pasien,4), menginstruksikan pasien untuk selalu mengomsumsi banyak cairan. Pada kasus ini tidak ditemukan dalam teori sehingga disesuaikan dengan kondisi sdan keadaan pasien berarti tidak ada kesenjangan. Jadi menurut penulis dapat disimpulkan bahwa intervensi keperawatan berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan.

3. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh peneliti berdasarkan dengan tindakan keperawatan yang telah direncanakan. Implementasi keperawatan dilakukan pada tanggal 25-27 Mei 2025 Implementasi keperawatan yang telah dilakukan pada pasien yaitu sebagai berikut.

- 1) Diagnosa 1 : pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, implementasi yang dilakukan yaitu mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, Salah satu tindakan yang dilakukan adalah relaksasi napas dalam, menurut (Syahputri & Drew, 2025) relaksasi napas dalam adalah aktivitas perawat untuk memberikan relaksasi pernapasan dengan suatu metode relaksasi yang benar, dimana partisipan dapat menghemat energi sehingga tidak mudah lelah dan dapat rileks secara maksimal. Menurut penelitian (aprilia & Hidayat, 2024) implementasi yang dilakukan pada diagnosa pola napas tidak efektif yaitu mengajarkan relaksasi napas dalam agar rileks secara sempurna, mengatur posisi klien dalam posisi semi fowler dapat mempengaruhi frekuensi pernapasan TB Paru dengan teknik relaksasi napas dalam. Menurut analisa peneliti, implementasi yang dilakukan peneliti sesuai dengan teori yang telah dijelaskan diatas sama seperti mengajarkan pasien melakukan batuk efektif, mengatur posisi semi fowler/fowler. Akan tetapi untuk tindakan batuk efektif ini masih jarang dilakukan oleh perawat ruangan dikarenakan perawat, perawat langsung melakukan tindakan kolaboratif seperti pemberian obat ntuk pengeluaran sekret yang tertahan seperi obat Ambroxol.
- 2) Diagnosa 2 Pada masalah keperawatan pertama mengenai hipertermia beberapa rencana keperawatan yang disusun oleh penulis telah dilaksanakan dengan baik selama pasien Tn.N berada di ruangan yaitu: Identifikasi penyebab hipertermia, Monitor suhu tubuh, Monitor komplikasi akibat hipertermia, Sediakan lingkungan yang dingin, Longgarlan atau lepaskan pakaian, Basahi

dan kipasi permukaantubuh, kompres hangat, Anjurkan tirah baring, Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan secara teori merujuk pada SIKI. Evaluasi yang didapatkan dari pasien yaitu : 1. Diagnosa 1 pasien : pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, Kriteria hasil yang harus dicapai untuk diagnosa keperawatan pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas yaitu ventilasi semenit meningkat, dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik. Pada Tn.N di hari ke 3 berdasarkan kriteria hasil ditemukan pasien sudah membaik dan telah di anjurkan pulang oleh dokter. Menurut (PPNI,2019) kriteria hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan untuk diagnosa pola napas tidak efektif yaitu adanya jalan napas yang paten serta mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam. Menurut analisa peneliti dari hasil penelitian sama dengan penelitian yang dilakukan oleh (aprilia & Hidayat, 2024) sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan yaitu pernapasan pasien rileks. Diagnosa 2: Hipertermia Berhubungan Dengan Proses Penyakit Pada saat pengkajian data-data pada Tn.N yang di dapatkan oleh perawat yaitu pasien mengatakan demam sering muncul pada saat sore/malam hari, tampak suhu 38,1c, melakukan kompres hangat. Dari hasil evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien masih menunjukan tanda-tanda hipertermia dimana pasien mengatakan demam sering muncul pada saat sore/malam hari, suhu 38,1c. Intervensi serta

implementasi pada akhirnya di hentikan pada implementasi hari ketiga karena suda teratasi.