

## BAB IV

### PEMBAHASAN

#### 1. Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. Selama melaksanakan proses pengkajian, perawat menggunakan dasar pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan klien, membuat penilaian yang bijaksana dan mendiagnosa, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan klien dan merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi aktivitas tindakan keperawatan yang tepat guna mencapai hasil akhir tersebut, pengkajian sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Pulungan, 2020).

Pengkajian keperawatan yang dilakukan pada pasien TB Paru dilakukan dengan dimulai anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik. Kemudian sumber data dari pasien, keluarga pasien dan orang terdekat, rekam medis, tim kesehatan, status kesehatan pasien saat ini, bio, psiko, sosial spiritual, serta respon terhadap terapi pengobatan.

Pengkajian dilakukan pada tanggal Rabu 25 Oktober 2023 pada Tn. S (36 tahun) dan dalam waktu bersamaan dilakukan pengkajian juga pada Tn. I (47 tahun). Menurut penelitian (G. K. Sari et al., 2022) Secara keseluruhan 90% penderita TB adalah orang dewasa ( $\geq 15$  tahun), Presentase TB paru semua jenis kelamin. Namun laki-laki lebih besar dari pada orang berjenis kelamin perempuan dikarenakan laki-laki kurang memperhatikan pemeliharaan kesehatan diri sendiri, kemudian laki laki lebih sering kebanyakan seperti merokok. serta laki-laki sering kontak dengan faktor risiko dibandingkan dengan perempuan.

Pada saat dilakukan pengkajian baik Tn. S maupun Tn. I mengatakan mengeluh sesak. Tn. S mengatakan tidak mengetahui jika dirinya mengalami TB. gejala yang di alami sebelum masuk rumah sakit hanya meriang dan batuk batuk dan baru mengetahui setelah diperiksa foto ronsen di rumah sakit. Sedangkan Tn. N juga tidak tahu bahwa pasien mempunyai penyakit TB. Gejala yang di alami sama yaitu batuk berdahak dengan jangka waktu lebih dari 1 bulan namun di sertai penurunann berat badan terus. Hal ini sejalan dengan teori yang berada di buku (Brunner & suddarth, 2018) bahwa tanda dan gejala tb paru yaitu adanya Demam, batuk, terjadi karena adanya iritasi pada bronkus batuk ini membuang / mengeluarkan produksi radang, dimulai dari batuk kering sampai batuk purulent (menghasilkan sputum), Sesak nafas terjadi bila sudah lanjut dimana infiltrasi radang sampai setengah paru dan penurunan berat badan.

Pemeriksaan fisik adalah mengukur tanda-tanda vital dan pengukuran lainnya. Pemeriksaan head to toe pada semua bagian tubuh. Pemeriksaan fisik menggunakan teknik Inspeksi, Palpasi, Perkusi, dan Auskultasi (Erlina, 2020). Hasil pengkajian fisik pada klien didapatkan Pemeriksaan dada Dada anterior tidak ada lesi, pengembangan paru simetris, fremitus tactile +/- getaran suara pada lapang paru sebelah kanan lebih kurang. tidak ada pembesaran batas jantung, terdengar bunyi jantung S1 dan S2, bunyi jantung tambahan (-). Suara nafas ronkhi di kedua lapang paru. Pemeriksaan Dada Posterior : Perkusi paru terdengar resonan seluruh lapang paru, suara napas vesikuler di seluruh lapang paru.

## 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis Keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akontabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien (Sianipar, 2020).

Menurut teori konsep asuhan keperawatan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul untuk pasien TB paru diantaranya bersihan jalan nafas tidak efektif b.d hipersekresi jalan nafas, pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya napas, gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi (G. Sari, 2021). Diagnosa utama yang diambil sesuai keluhan pada Tn. S dan Tn. I yaitu

a. Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d hipersekresi jalan nafas

Menurut teori yang disusun oleh (SDKI, 2017), bersihan jalan nafas yaitu ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten. Diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif ini di gunakan pada pasien Tn. S dan Pasien Tn. I karena di temukan pada kedua pasien ini dengan keluhan sesak di sertai batuk berdahak. Keluhan sesak dan batuk di rasakan TN. S sejak tanggal 12 oktober 2023, sesak yang diukur menggunakan borg scale yaitu berada di skala 4. Pada Tn. I batuk sudah dirasakan sejak 1 bulan yang lalu, kemudian tanggal 24 masuk ke igd dengan keluhan sesak dan batuk hemoptoe, skala sesak yang di rasakan yaitu 5.

Penyakit ini bermula saat individu menghirup basil tuberkulosis dan menjadi terinfeksi. Bakteri menuju ke alveoli dan memperbanyak diri melalui jalan nafas. Sistem imun tubuh merespons dalam bentuk respons inflamasi. Fagosit (neutrofil dan makrofag) menelan banyak bakteri. Massa jaringan baru yang disebut granuloma yang merupakan gumpalan jaringan granulasi yang berisi basil yang masih hidup dan yang sudah mati dikelilingi oleh makrofag membentuk dinding protektif. Granuloma diubah menjadi massa jaringan fibrosa. Bahan (bakteri dan makrofag) menjadi nekrotik, membentuk massa seperti keju, massa ini mengalami kalsifikasi, membentuk skar kolagenase (Price, Sylvia anderson., 2018). Pembentukan jaringan ini mengakibatkan berkurangnya luas permukaan membran pernafasan total dan meningkatkan ketebalan membran

pernafasan dan seringkali menyebabkan kerusakan jaringan paru yang hebat. Penggunaan latihan pernafasan *active cycle of breathing* oleh penderita tuberkulosis diharapkan dapat menurunkan sesak nafas yang dialami. latihan nafas yang dilakukan 15 menit akan meningkatkan ventilasi paru (Sukartini & Sasmita, 2018)

b. Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan

Menurut teori yang disusun oleh (SDKI, 2017) defisit nutrisi adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme, ini ditandai dengan berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal, bising usus hiperaktif, dan nafsumakan menurun. Diagnosa defisit nutrisi pada Tn. S dan Tn. I dikarenakan terdapat keluhan data ada penurunan berat badan dan nafsu makan menurun.

c. Gangguan pola tidur b.d Proses penyakit

Menurut teori yang disusun oleh (SDKI, 2017), gangguan pola tidur yaitu gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Adapun tanda dan gejala menurut teori seperti kelelahan umum dan kelemahan, sesak, kesulitan tidur pada malam hari, demam pada malam hari, menggigil/berkeringat, takikardi, takipnea/dispnea, nyeri (G. Sari, 2021). Gejala yang dialami pada Tn. S dan Tn. I yaitu merasakan sesak sehingga mengganggu waktu tidur dan kualitas tidur.

### 3. Intervensi

Intervensi keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkahlangkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisa data dan diagnosa keperawatan (Suwignjo et al., 2022). Perencanaan ini dilakukan guna mempermudah perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien sesuai dengan diagnosa keperawatan (Bustan & P, 2023). Rencana keperawatan untuk masalah bersihan jalan nafas tidak efektif, Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam oksigenasi dan/atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler Normal dengan

kriteria hasil: Keluhan sesak menurun, keluhan batuk menurun, produksi sputum menurun, ronkhi menurun, frekuensi nafas membaik, pola nafas membaik. Pasien di ajarkan teknik ACBT sesuai dengan SOP yang telah di buat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh pemberian teknik ACBT dalam penurunan sesak nafas pada pasien TB Paru. Hal ini sejalan dengan teori (Endria., V, Yona., S, Waluyo., 2022) yang membuktikan bahwa ACBT mampu membantu meningkatkan nilai ekspansi thoraks, sesak nafas serta ketidakefektifan jalan nafas akibat peningkatan produksi sputum yang berlebih.

Rencana keperawatan untuk masalah difisit nutrisi, setelah di lakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam status nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil: porsi makanan yang dihabiskan meningkat, berat badan membaik, frekuensi makan membaik (  $\frac{1}{2}$  -1 porsi), nafsu makan membaik. Rencana keperawatan yang dilakukan adalah monitoring porsi makan dan dan frekuensi makan pasien.

Rencana keperawatan untuk masalah gangguan pola tidur, setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: keluhan sulit tidur membaik, sesak nafas menurun. Rencana keperawatan yang di lakukan adalah dengan melakukan teknik relaksasi progresif. Untuk mengatasi masalah gangguan tidur dengan penatalaksanaan non farmakologis meliputi Terapi komplementer lain yang dapat direkomendasikan untuk gangguan tidur adalah teknik relaksasi progresif (Pratama et al., 2021).

#### 4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan sesuai kriteria hasil yang ditetapkan (Suwignjo et al., 2022). Kriteria pengimplementasian tindakan meliputi; melibatkan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, berkerjasama dengan tim kesehatan lain, melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi

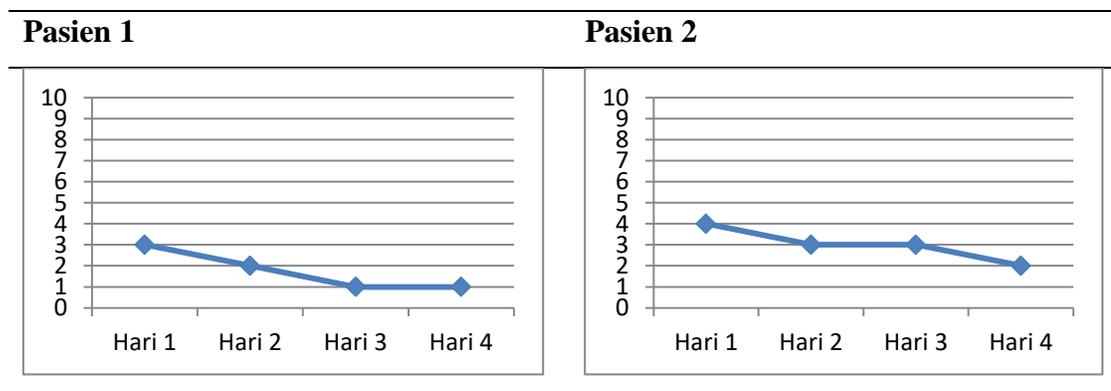
kesehatan klien, memberikan edukasi pada klien dan keluarga tentang konsep keterampilan asuhan diri (Bustan & P, 2023).

a. Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d hipersekresi jalan nafas

Tindakan yang dilakukan pada Tn. S dan Tn. I yaitu melakukan salam terapeutik kepada pasien lalu menanyakan kabar dan menanyakan keluhan pasien, melakukan pemeriksaan TTV, kemudian melakukan kontrak waktu 15 menit dan menanyakan bersedia melakukan terapi teknik ACBT.

Gejala yang timbul pada klien tuberkulosis paru adalah batuk dengan peningkatan produksi sputum, selain itu peradangan yang terjadi akibat bakteri TB menimbulkan sesak nafas (Nugroho, 2018). Peningkatan produksi sputum sumbatan jalan napas yang menyebabkan ventilasi dan perfusi dalam tubuh terganggu. Hal ini akan mengakibatkan terjadi sesak napas pada pasien pemberian ACBT pada pasien TB Paru juga efektif dalam meningkatkan oksigenasi dan menurunkan sesak nafas yang ditandai dengan penurunan skala *Borg* (Endria., V, Yona., S, Waluyo., 2022).

**Grafik 1: Skala Sesak setelah dilakukan ACBT**



b. Difisit nutrisi b.d kurang nya asupan makanan

Tindakan yang dilakukan kepada Tn. S dan Tn. I melakukan monitoring, observasi, edukasi dan kolaborasi dalam asupan nutrisi makanan, kedua pasien Tn. S dan Tn. I mengalami penurunan berat

badan.

Penyakit Tuberkulosis berhubungan erat dengan kekurangan asupan zat gizi dan sistem imun yang rendah. Apabila terjadi gangguan pada sistem kekebalan tubuh secara terus menerus dan bertambah berat akan menyebabkan penurunan status gizi yang ditandai dengan berkurangnya asupan makanan yang diakibatkan oleh nausea/mual, muntah, dan malabsorpsi, diperlukan perbaikan status gizi individu untuk menurunkan risiko tuberkulosis (Dhanny & Sefriantina, 2022).

Pada penderita TB paru kebutuhan akan energi meningkat, disamping untuk mempertahankan fungsi normal tubuh energi juga digunakan pada saat istirahat atau Resting Energy Expenditure (REE). Menurut Pratomo (pada penderita penyakit infeksi, peningkatan kebutuhan energy mencapai 10 – 30 % dari kebutuhan energi orang normal. Hal ini sejalan dengan pernyataan Soekirman ) bahwa status gizi pada umumnya dipengaruhi oleh konsumsi makanan dan penyakit infeksi. Seseorang yang konsumsi makanannya cukup tetapi menderita penyakit infeksi dapat berpengaruh terhadap status gizinya. Begitu pula sebaliknya, seseorang yang konsumsi makanannya kurang daya tahan tubuhnya pasti lemah dan akan mudah terserang oleh penyakit infeksi dan pada akhirnya akan mempengaruhi status gizinya (Nurjannah & Sudana, 2018).

c. Gangguan pola tidur b.d Proses penyakit

Pada pasien Tn. S dan Tn. I Tindakan yang dilakukan pada Tn. S dan Tn. I yaitu melakukan salam terapeutik kepada pasien lalu menanyakan kabar dan menanyakan keluhan pasien, melakukan pemeriksaan TTV dan mengajarkan teknik relaksasi progresif kepada pasien yang bertujuan teknik untuk mengurangi ketegangan otot didasarkan pada kontraksi otot. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pendekatan non-farmakologis, Teknik relaksasi progresif mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap status kesulitan tidur, Teknik relaksasi progresif yang diberikan akan menimbulkan respon relaksasi Respon relaksasi ini terjadi melalui

peningkatan aliran darah ke otak yang berdampak pada peningkatan suplai oksigen dan nutrisi ke otak. Kondisi ini membantu kita untuk mencapai status tidur tenang lebih lama. relaksasi otot progresif teknik yang digunakan untuk mengajarkan pasien mengendurkan otot melalui proses dua langkah. Pasien mulai dengan sengaja berkontraksi otot dan menahan ketegangan; kedua mereka melepaskan semua ketegangan dan fokus pada sensasi relaksasi. Latihan teratur akan membantu pasien untuk mengenali ketegangan dan serta merasa rileks (Mariyana, 2019).