

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah kesehatan yang terjadi pada sistem respirasi menjadi salah satu dari 10 penyebab kematian tertinggi di dunia, termasuk di Indonesia. Salah satu penyakit infeksi pada sistem respirasi yang masih menjadi masalah serius dalam masyarakat Indonesia adalah Tuberkulosis Paru (TB Paru). Pada tahun 2020 penyakit tuberkulosis Paru di Indonesia menempati peringkat kedua di dunia setelah India (WHO, 2021). Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Tuberculosis* yang menyerang parenkim Paru. Dalam epidemiologi kuman TB Paru menyerang organ Paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya (Brunner and Suddarth, 2015).

Kuman TB Paru masuk ke dalam tubuh melalui udara pernafasan. Pasien yang menderita TB Paru batuk, bersin, atau berbicara, maka secara tidak langsung keluarlah droplet nuklei dan jatuh ke tanah, lantai atau tempat lainnya, sehingga saat terkena sinar matahari atau suhu udara yang panas, droplet nuklei tadi menguap. Menguapnya droplet bakteri ke udara dibantu dengan pergerakan angin akan membuat bakteri TB Paru yang terkandung dalam droplet nuklei terbang ke udara. Apabila bakteri ini terhirup oleh orang sehat, maka orang itu berpotensi terkena infeksi bakteri TB Paru. Dalam waktu 3-6 minggu, inang yang baru terkena infeksi akan menjadi sensitif terhadap protein yang dibuat bakteri TB Paru dan bereaksi positif terhadap tes tuberkulin atau tes *Mantoux* (Manurung, 2016).

Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu penyakit tertua yang saat ini masih menjadi penyebab utama kesakitan dan kematian di dunia terutama Negara sedang berkembang. Kurang lebih sepertiga penduduk dunia telah terinfeksi *Mycobacterium tuberculosis* walaupun mereka belum jatuh sakit. Penurunan sistem imun, seperti pada orang yang terinfeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV), malnutrisi, diabetes mellitus dan perokok memiliki risiko terbesar untuk menderita TB

Menurut *World Health Organization* (Global TB Report, 2022), estimasi jumlah orang terdiagnosis TB Paru tahun 2021 secara global sebanyak 10,6 juta kasus atau naik sekitar 600.000 kasus dari tahun 2020 yang diperkirakan 10 juta kasus TB Paru. Dari 10,6 juta kasus tersebut, terdapat 6,4 juta (60,3%) orang yang telah dilaporkan dan menjalani pengobatan dan 4,2 juta (39,7%) orang lainnya belum ditemukan/didiagnosis dan dilaporkan. dari total 10,6 juta kasus di tahun 2021, setidaknya terdapat 6 juta kasus adalah pria dewasa, kemudian 3,4 juta kasus adalah wanita dewasa dan kasus TB PARU lainnya adalah anak-anak, yakni sebanyak 1,2 juta kasus. (WHO, 2022).

Menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2021 Indonesia berada pada posisi kedua (14%) dengan jumlah kasus TB Paru terbanyak setelah india (41%) di dunia. Jumlah kasus TbB Paru yang ditemukan dan telahh diobati di Indonesia pada tahun 2021 berjumlah 209.575 orang, dan Provinsi Banten (64 %) menempati urutan pertama dengan jumlah terbanyak di Indonesia.

Angka keberhasilan pengobatan TB Paru pun masih berada pada rentang 85 %, di bawah target global untuk angka keberhasilan pengobatan 90 %. Sedangkan jumlah kasus TB Paru yang ditemukan dan dilaporkan ke SITB (Sistem informasi Tuberkulosis) tahun 2022 sebanyak 717.941 kasus dengan cakupan penemuan TB Paru sebesar 74% (target: 85%). Pasien TB Paru yang belum ditemukan dapat menjadi sumber penularan TB Paru di masyarakat sehingga hal ini menjadi tantangan besar bagi program penanggulangan TB Paru di Indonesia, selain masih terdapatnya stigma di masyarakat.

Menurut data Profil Kesehatan Provinsi Sumatra Barat pada tahun 2019 didapatkan data kasus TB Paru pada laki-laki 5.190 jiwa (62,70%), dan kasus TB Paru pada perempuan 3.087 jiwa (37,30%) dengan total 8.277 jiwa. Sedangkan data TB Paru pada tahun 2020 didapatkan kasus TB Paru pada laki-laki 6.779 jiwa (63,04%) dan pada perempuan kasus TB

Paru 3.975 jiwa (36,96%) dengan total 10.754 (100%) (Dinkes Sumatera Barat, 2021).

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. M. Djamil Padang terletak dikota Padang, merupakan Rumah Sakit rujukan Sumatra Barat bagian Tengah meliputi Provinsi Sumatra Barat, Riau, dan Kepulauan Riau. Berdasarkan data register pasien TB Paru pada tahun 2021 ditemukan sebanyak 1.324 pasien yang menderita TB Paru (Rekam Medik RSUP Dr. M. Djamil Padang).

TB Paru merupakan penyakit kronik yang akan berdampak bukan hanya pada aspek Kesehatan fisik saja, tapi juga pada keadaan mental dan sosial nya. Banyak pasien TB Paru yang mengalami kecemasan karena penyakit yang dideritanya (Jannah, 2019).

Kecemasan merupakan gangguan suasana perasaan yang ditandai dengan adanya rasa khawatir atau ketakutan yang mendalam serta berkelanjutan secara terus menerus yang dirasakan penderita. Kecemasan adalah salah satu respon psikologis yang dirasakan pasien dalam menghadapi penyakitnya. Kecemasan Pada penderita TB Paru disebabkan oleh banyak faktor.

Adapun faktor penyebab kecemasan pada pasien dengan TB Paru yaitu: kecemasan yang timbul akibat pengobatan yang lama, banyaknya obat yang dimakan, angka kematian yang tinggi, efek samping obat yang ditimbulkan, takut akan menularkan penyakitnya ke orang lain, hingga perasaan takut dikucilkan dari lingkungan sosial. Kondisi cemas tersebut tentu akan mempengaruhi kualitas kesehatan pasien. Kecemasan yang dialami penderita TB menjadi aspek yang dapat mempengaruhi psikologis, sehingga berdampak terhadap kepatuhan berobat dan prognosa penyakitnya. Hal ini disadari oleh pasien saat terdiagnosa menderita TB, sehingga harus menjalani program pengobatan minimal selama enam bulan.

Menurut Prihantono (2018) ketakutan pasien TB akibat tidak mampu menjalani terapi obat TB sampai tuntas menjadi salah satu faktor pemicu kecemasan, yang mengakibatkan penderita merasa integritasnya

terancam, baik dalam kehidupan pribadi ataupun dalam bermasyarakat. Hal ini disadari oleh pasien saat terdiagnosa menderita TB, maka harus menjalani program pengobatan minimal selama enam bulan. Hasil penelitiannya menyimpulkan bahwa pasien TB yang menjalani pengobatan intensif, memiliki tingkat kecemasan sedang nilai terendah 20, tertinggi 38 dan rata-rata 29,21.

Dampak yang ditimbulkan oleh ansietas atau kecemasan dapat terjadi gangguan interaksi sosial. Ansietas atau kecemasan pada pasien TB Paru dapat menjadi hambatan apabila tidak diatasi karena akan menimbulkan masalah dan dapat mengganggu proses pengobatan di rumah sakit (Prabowo, 2014).

Kecemasan pada pasien TB Paru dapat di atasi dengan berbagai terapi seperti relaksasi distraksi, humor, terapi spiritual, aromaterapi, Terapi spiritual seperti berdoa, meditasi, dan membaca bacaan keagamaan mampu meningkatkan adaptasi terhadap stresor (Poter & Perry, 2010). Selain itu diperlukan juga peran perawat untuk mengatasi atau menanggulangi TB Paru dan ansietas yang disebabkan oleh TB Paru.

Perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan yang bertanggung jawab dalam melaksanakan program penanggulangan Tuberkulosis yang bertujuan menurunkan angka kesakitan dan kematian dengan cara memutuskan rantai penularan, dalam pelaksanaannya tidak terlepas dari memberikan asuhan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan, maka dari itu peran perawat sangat penting dalam menangani pasien Tuberkulosis. Peran perawat tentang tugas yang dilaksanakan seorang perawat meliputi memberikan penyuluhan kesehatan tentang pencegahan tuberkulosis pada keluarga, memberi dorongan langsung kepada pasien maupun keluarga supaya obatnya diminum secara teratur sesuai anjuran petugas kesehatan (Muttaqin, 2014).

Berdasarkan hasil wawancara dengan pasien tuberkulosis di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) DR. M. Djamil Padang, yang mana di ruangan khusus rawat inap paru terdapat 2 pasien yang sama menderita TB Paru.

Salah satu pasien tersebut yaitu Ny. S yang dirujuk kerumah sakit dengan keluhan sesak nafas, batuk tidak berdahak, dan demam berkepanjangan, setelah dilakukan pemeriksaan maka Ny. S didiagnosa mengidap TB Paru. Hal tersebut membuat pasien menjadi cemas karena penyakit yang dideritanya sehingga pasien menunjukkan tanda-tanda ansietas seperti merasa takut tanpa alasan, merasa khawatir dengan penyakitnya, bibir sering kering dan sesak nafas padahal tidak melakukan aktivitas.

Berdasarkan uraian diatas penulis merasa tertarik untuk melakukan penelitian tentang ”**Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Penyakit Tb Paru Yang Diberikan *Evidence Based Practice* Dzikir Dengan Nafas Untuk Mengurangi Ansietas Di Ruang Rawat Inap Paru RSUP Dr. M. Djamil Padang**”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang disampaikan diatas dapat dirumuskan, masalah yang akan dibahas dalam karya ilmiah ini adalah mengetahui pengaruh Dzikir dengan Napas Dalam terhadap penurunan tingkat kecemasan pada Ny. S dengan tuberkulosis Paru di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) DR. M. Djamil.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengetahui Gambaran Asuhan Keperawatan Ansietas pada Pasien Tuberkulosis Paru pada Ny S di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) DR. M. Djamil.

2. Tujuan Khusus

Secara khusus penelitian pada Pasien Tuberkulosis Paru dengan Ansietas pada Ny S Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) DR. M. Djamil Padang, bertujuan untuk :

- a. Mendeskripsikan pengkajian Ansietas secara menyeluruh pada Ny. S Dengan TB Paru Yang Diberikan Teknik Dzikir dengan Nafas Dalam Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) DR. M. Djamil Padang

- b. Mendeskripsikan diagnosa keperawatan pada TB Paru dengan ansietas pada Ny. S di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) DR. M. Djamil Padang
- c. Mendeskripsikan intervensi keperawatan pada TB Paru dengan ansietas pada Ny. S di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) DR. M. Djamil Padang
- d. Mendeskripsikan implementasi keperawatan pada TB Paru dengan ansietas pada Ny. S di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) DR. M. Djamil Padang
- e. Mendeskripsikan evaluasi pada pasien TB Paru dengan ansietas di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) DR. M. Djamil Padang.
- f. Mampu menerapkan *Evidence Based Practice* pada Ny. S Dengan TB Paru Yang Diberikan Teknik Dzikir dengan Nafas di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) DR. M. Djamil Padang
- g. Mampu mendokumentasikan setiap asuhan keperawatan yang diberikan pada Ny. S dengan Tb Paru yang diberikan teknik Dzikir dengan napas dalam di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) DR. M. Djamil Padang.

D. Manfaat penulisan

1. Implikasi praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi panduan bagi masyarakat, terutama masyarakat yang membutuhkan pengetahuan tentang mengatasi ansietas pada penyakit TB Paru.

2. Pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan Dapat mengembangkan ilmu dan teknologi terapan dibidang keperawatan tentang mengatasi ansietas pada pasien TB Paru.

3. Institusi

Sebagai tambahan data kepustakaan dan menambah referensi bagi institusi tentang asuhan keperawatan pada pasien TB Paru dengan

ansietas yang diberikan teknik Dzikir dengan nafas dalam di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) DR. M. Djamil Padang

4. Peneliti

Peneliti mampu menerapkan asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien TB Paru dengan teknik Dzikir dengan nafas dalam di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) DR. M. Djamil Padang



BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar

1. Defenisi Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis Paru (TB Paru) adalah penyakit infeksius, yang terutama menyerang penyakit parenkim Paru. Nama Tuberkulosis berasal dari tuberkel yang berarti tonjolan kecil dan keras yang terbentuk waktu sistem kekebalan membangun tembok mengelilingi bakteri dalam Paru. Tb Paru ini bersifat menahun dan secara khas ditandai oleh pembentukan granuloma dan menimbulkan nekrosis jaringan.

Tuberkulosis adalah penyakit saluran nafas yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*, yang berkembang biak di dalam bagian tubuh dimana terdapat banyak aliran darah dan oksigen. Infeksi bakteri ini biasanya menyebar melewati pembuluh darah dan kelenjar getah bening, tetapi secara utama menyerang paru-paru. Bakteri TB membunuh jaringan dari organ yang terinfeksi dan membuatnya sebagai kondisi yang mengancam nyawa jika tidak dilakukan terapi. Penyakit TB Paru masih menjadi masalah kesehatan dunia dimana WHO melaporkan bahwa setengah persen dari penduduk dunia terserang penyakit ini, sebagian besar berada di Negara berkembang di antara tahun 2009-2011 hampir 89% penduduk dunia menderita TB (Nizar, 2017).

Tuberkulosis hampir secara eksklusif ditularkan lewat udara melalui percik renik atau *droplet nucleus* (<5 microns) yang biasanya merupakan infeksi makrofag alveolar (Nardell, 2016).

Tuberkulosis Paru adalah penyakit menular yang disebabkan oleh basil mikrobakterium tuberkulosis tipe humanus, sejenis kuman yang berbentuk batang dengan berukuran panjang 1-4/mm dan tebal 0,3-0,6/mm. Sebagian besar kuman terdiri atas asam lemak (lipid). Lipid

inilah yang membuat kuman lebih tahan terhadap asam dan lebih tahan terhadap gangguan kimia dan fisik.

Kuman ini tahan pada udara kering maupun dalam keadaan dingin (dapat tahan bertahun-tahun dalam lemari es). Hal ini terjadi karena kuman pada saat itu berada dalam sifat dormant. Dari sifat dormant ini kuman dapat bangkit dari tidurnya dan menjadikan tuberculosis aktif kembali. Tuberculosis Paru merupakan penyakit infeksi pada saluran pernapasan. Basil mikrobakterium tersebut masuk kedalam jaringan Paru melalui saluran nafas (*droplet infection*) sampai alveoli, maka terjadilah infeksi selanjutnya menyerang kelenjar getah bening setempat dan terbentuklah primer kompleks, keduanya ini dinamakan tuberkulosis primer, yang dalam perjalanannya sebagian besar akan mengalami penyembuhan. Tuberculosis Paru primer, peradangan terjadi sebelum tubuh mempunyai kekebalan spesifik terhadap basil mikobakterium. Tuberculosis yang kebanyakan didapatkan pada usia 1-3 tahun. Sedangkan yang disebut *tuberculosis post primer (reinfection)* adalah peradangan jaringan Paru oleh karena terjadi penularan ulang yang mana di dalam tubuh terbentuk kekebalan spesifik terhadap basil tersebut (Wahid Abd, 2013).

2. Patofisiologi

Saat penderita tuberkulosis paru batuk, bersin, atau berbicara, maka secara tak sengaja keluarlah droplet nuclei dan jatuh ke tanah, lantai atau tempat lainnya. Akibat terkena sinar matahari atau suhu udara yang panas, droplet nuclei tadi menguap. Menguapnya droplet bakteri ke udara dibantu dengan pergerakan angin akan membuat bakteri tuberkulosis yang terkandung dalam droplet nuklei terbang ke udara. Droplet kecil sekali dapat tetap beredar diudara selama beberapa jam. Droplet nuklei yang sedikit mengandung satu hingga tigabasili yang menghindari sistem pertahanan jalan napas untuk masuk paru tertanam pada alveolus atau bronkiolus pernapasan, biasanya pada lobus atas.

Karena kuman memperbanyak diri, mereka menyebabkan respons inflamasi local (Muttaqin, 2014).

Respons inflamasi membawa neutrofil dan makrofag ke tempat tersebut. Mycobacterium tuberculosis terus memperbanyak diri secara lambat beberapa masuk sistem limfatik untuk menstimulasi respons imun. eutrofil dan makrofag mengisolasi bakteri, tetapi tidak dapat menghancurkannya. Lesi granulomatosa disebut tuberkel, koloni basil yang terlindungi, terbentuk. Dalam tuberkel, jaringan terinfeksi mati, membentuk pusat seperti keju, proses yang disebut nekrosis degenerasi jaringan mati. Jika respons imun adekuat, terjadi jaringan parut sekitar tuberkel dan basil tetap tertutup (Muttaqin, 2014).

Lesi ini pada akhirnya mengalami klasifikasi dan terlihat pada sinar-X. Ketika terinfeksi oleh M. tuberculosis tidak terjadi penyakit TB. Jika respons tidak adekuat untuk mengandung basili, penyakit TB akan terjadi. Terkadang, infeksi dapat memburuk, menyebabkan destruksi jaringan paru yang luas. Lesi TB yang telah sembuh sebelumnya dapat diaktivasi kembali. Tuberkulosis reaktivasi terjadi ketika sistem imun tertekan akibat usia, penyakit, atau penggunaan obat immunosupresif. Luas penyakit paru dapat beragam dari lesi kecil hingga kavitas luas jaringan paru. Tuberkel rupture, basili menyebar ke jalan napas untuk membentuk lesi satelit dan menghasilkan pneumonia tuberculosis. Tanpa terapi, keterlibatan paru massif dapat menyebabkan kematian, atau proses yang lebih kronik pembentukan tuberkel dan kavitas dapat terjadi. Reaksi infeksi/inflamasi yang terjadi pada penderita tuberculosis paru akan membentuk kavitas dan merusak parenkim paru lalu menimbulkan edema trakeal/faringeal, peningkatan produksi sekret, pecahnya pembuluh darah jalannya dan mengakibatkan batuk produktif, batuk darah, sesak napas (Muttaqin, 2014).

3. WOC Terlampir.

B. Asuhan keperawatan teoritis

1. Pengkajian

a. Identitas klien

Pengkajian identitas klien meliputi nama, alamat, usia, jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, agama, pembiayaan layanan kesehatan dan sumber perawatan medis yang biasa. (Kozier, 2016).

b. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan dahulu

Riwayat penyakit dahulu yang mendukung dengan mengkaji apakah pernah menderita gangguan kebutuhan aktivitas istirahat sebelumnya. (Muttaqin, 2014)

2) Riwayat Kesehatan sekarang

Pengkajian riwayat penyakit sekarang yang mendukung keluhan utama dengan melakukan serangkaian pertanyaan tentang kronologis keluhan utama meliputi kapan gejala muncul, apakah awitan gejala mendadak atau bertahap, berapakah masalah terjadi, lokasi gangguan yang pasti, karakteristik keluhan, aktivitas yang klien lakukan ketika masalah terjadi, fenomena atau gejala yang berhubungan dengan keluhan utama, faktor yang meningkatkan atau mengurangi masalah. (Kozier, 2016)

3) Riwayat Kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang perlu dikaji adalah memastikan faktor resiko penyakit tertentu, usia saudara kandung, orang tua dan kakek-nenek serta status kesehatan mereka saat ini atau jika mereka telah meninggal, penyebab kematian mereka jika perlu dikaji. (Kozier, 2016).

c. Pola persepsi dan penanganan kesehatan

Tidak semua penderita mengerti benar tentang perjalanan penyakitnya yang akan mengakibatkan kesalahan dalam perawatan dirinya serta kurangnya informasi tentang proses penyakitnya dan pelaksanaan perawatan dirumah kuman ini menyerang pada tubuh

manusia yang lemah dan para pekerja di lingkungan yang udaranya sudah tercemar asap, debu, atau gas buangan

d. Pola nutrisi/metabolisme

ada penderita tuberculosis paru mengeluh adanya anoreksia, nafsu makan menurun, badan kurus, berat badan menurun, karena adanya proses infeksi

e. Pola eliminasi

1) BAB Biasanya abdomen kembung, kadang diare dan konstipasi

2) BAK Biasanya tidak mengalami perubahan dalam miksi

f. Pola aktivitas atau latihan

Pada penderita TB paru akan mengalami penurunan aktivitas dan latihan dikarenakan akibat dari dada dan sesak napas

g. Pola istirahat tidur

Dengan adanya nyeri dada dan batuk darah pada penderita TB paru akan mengakibatkan tergantung kenyamanan tidur dan istirahat

h. Pola kognitif/persepsi

Daya panca indera (perciuman, perabaan, rasa, penglihatan dan pendengaran) tidak ditemukan adanya gangguan

i. Pola peran hubungan

Penderita dengan TB paru akan mengalami gangguan dalam hal hubungan dan peran yang dikarenakan adanya isolasi untuk menghindari penularan terhadap anggota keluarga yang lain.

j. Pola seksualitas/reproduksi

Pada penderita TB paru pola reproduksi tidak ada gangguan tetapi pola seksual mengalami gangguan karena sesak nyeri dada dan batuk.

k. Pola persepsi diri/konsep diri

Ketakutan dan kecemasan akan muncul pada penderita TB paru dikarenakan kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya yang akhirnya membuat kondisi penderita menjadi perasaan tak berbedanya dan tak ada harapan.

l. Pola koping-toleransi stress

Dengan adanya proses pengobatan yang lama maka akan mengakibatkan stress pada diri penderita, sehingga banyak penderita yang tidak melanjutkan lagi pengobatan

m. Pola keyakinan nilai

Biasanya tidak terjadi gangguan pola tata nilai dan kepercayaan

n. Pemeriksaan fisik

1) Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah : biasanya tekanan darah meningkat >120 atau normal

b) Nadi : biasanya nadi meningkat >80

c) Pernafasan : biasanya pernafasan cepat dan dangkal

2) Antropometri

a) Tinggi badan : biasanya tidak mengalami perubahan

b) Berat badan : biasanya mengalami penurunan berat badan yang signifikan

3) Kepala

a) Mata : biasanya konjungtiva anemis, sclera ikterik, oedema palpebra

b) Hidung : biasanya tidak ada pernafasan cuping hidung

c) Telinga : biasanya tidak mengalami masalah pada pendengaran

d) Mulut : biasanya mengalami masalah pada kebersihan mulut, mukosa bibir kering

4) Leher

a) Trakea : biasanya dalam keadaan normal

b) JVP : biasanya JVP dalam keadaan normal

c) Tiroid : biasanya tidak ditemukan adanya pembesaran kelenjar tiroid

d) Nodus limfe : biasanya tidak ditemukan adanya pembesaran kelenjar limfe

5) Thorak

- a) Inspeksi : biasanya terlihat ekspansi dada asimetris, tampak sesak nafas, tampak penggunaan otot bantu nafas, pergerakan dada saat bernafas cepat, dan ketidakseimbangan antara inspirasi dan ekpirasi
- b) Palpasi : biasanya fremitus dada sama atau tidak sama antara kiri dan kanan
- c) Perkusi : biasanya sonor atau redup bila adanya massa atau cairan pada paru
- d) Auskultasi : biasanya terdapat suara nafas tambahan berupa wheezing atau rhonki di salah satu paru yang terdapat udara

6) Jantung

- a) Inspeksi : biasanya ictus cordis tidak terlihat
- b) Palpasi : biasanya ictus cordis teraba di ruang intercostals 2 linea dekstra sinistra
- c) Perkusi : biasanya batas jantung dalam rentang normal
- d) Auskultasi : biasanya suara jantung I dan II tunggal atau gallop dan adakah buntii jantung III yang merupakan gejala payah jantung

7) Abdomen

- a) Inspeksi : biasanya perut tidak membuncit
- b) Auskultasi : biasanya bising usus dalam rentang normal (15-12x/menit)
- c) Palpasi : biasanya hepar dan lien tidak teraba
- d) Perkusi : biasanya bunyi tympani

8) Ekstremitas

- a) Kekuatan otot : biasanya kekuatan otot baik
- b) Inspeksi: biasanya tidak ada oedema, tidak ada pembengkakan
- c) Palpasi : biasanya akral teraba hangat CRT < 3 detik

9) Integument

- a) Inspeksi : biasanya kulit tampak pucat dan berkeringat/kering
- b) Palpasi : biasanya turgor kulit jelek, kulit teraba hangat dan lembab

10) Neurologi

- a) Status mental : biasanya kesadaran kompos mentis GCS 15 (E4V5M6), tidak ada masalah yang timbul

11) Mammae

Biasanya membesar sesuai jenis kelamin, tidak teraba adanya massa, biasanya simetris kiri dan kanan.

12) Urogenital

Biasanya tidak ada ditemukan adanya masalah dalam genetalia

13) Anus

Biasanya tidak ditemukan adanya masalah dalam rektal

o. Pemeriksaan penunjang

- Laboratorium darah rutin

Biasanya LED normal/meningkat, limfositosis, Hb mengalami penurunan, albumin mengalami penurunan, dan hasil-hasil labor yang abnormal sesuai dengan kondisi dan penyakit yang dialami

- Pemeriksaan radiologi

Biasanya rontgen thorak PA dan lateral, gambaran foto thorax yang menunjukkan adanya diagnosis TB paru (Muttaqin, 2014)

2. Daftar diagnosa keperawatan

1. Daftar diagnosa

- a. Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya napas
- b. Defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme
- c. Ansietas b.d krisis situasional
- d. Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan

- e. Intoleransi Aktivitas b.d Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

2. Intervensi keperawatan (SLKI dan SIKI)

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas	<p>Luaran Utama :</p> <p>Pola Nafas</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ventilasi seminit meningkat 2. Kapasitas vital meningkat 3. Dispnea menurun 4. Penggunaan otot bantu nafas menurun 5. Ortopnea menurun 6. Frekuensi nafas membaik 7. Kedalaman nafas membaik <p>Luaran Tambahan:</p> <p>Tingkat keletihan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kepulihan energi meningkat 2. Tenaga Meningkat 3. Verbalisasi lelah menurun 4. Lesu menurun 5. Sakit kepala menurun 6. Gelisah menurun 7. Frekuensi nafas menurun 8. Pola istirahat membaik 	<p>Intervensi Utama</p> <p>Menajemen jalan nafas</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman usaha nafas) 2. Monitor bunyi nafas (mis gurgling, mengi, wheezing, rongki kering) 3. Monitor sputum (jumlah warna aroma) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pertahankan kepatenan jalan nafas 5. Posisikan semi owler atau fowler 6. Berikan minuman hangat 7. Lakukan fisioterapi dada, <i>jika perlu</i> 8. Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik 9. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep

			<p>McGill</p> <p>10. Berikan oksige, <i>jika perlu</i></p> <p>Edukasi</p> <p>11. Anjurkan Asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak terkontra indikasi</p> <p>12. Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi</p> <p>13. Kolaborasi pemberian bronlodilator, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i></p>
2	<p>Defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme</p>	<p>Luaran Utama :</p> <p>Status Nutrisi</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Kekuatan otot mengunyah meningkat 3. Kekuatan otot menelan meningkat 4. Perasaan cepat kenyang menurun 5. Nyeri abdimen menurun 6. Berat badan membaik 7. Indek masa tubuh membaik <p>Luaran Tambahan:</p> <p>Berat badan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan membaik 	<p>Intervensi Utama :</p> <p>Menajemen nutrisi</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrein 5. Identifikasi perlunya menggunakan selang nasogetik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Lakukan oral hyginesebelum

		<p>2. Tebal lipatan kulit membaik</p> <p>3. Indeks masa tubuh membaik</p>	<p>makan, jika perlu.</p> <p>9. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan)</p> <p>10. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>11. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>12. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>13. Berikan suplemen makanan, <i>jika perlu</i></p> <p>Edukasi</p> <p>14. Anjurkan posisi duduk, jika perlu</p> <p>15. Anjurkan diet yang di programkan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>16. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: pereda nyeri, antiemetik), <i>jika perlu</i></p> <p>17. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutreins yang dibutuhkan.</p>
3	Ansietas b.d krisis situasional	<p>Luaran Utama :</p> <p>Tingkat Ansietas</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>1. Verbalisasi khawatir</p>	<p>Intervensi Utama :</p> <p>Terapi relaksasi</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p>

		<p>akibat kondisi yang dihadapi menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun 4. Anoreksia menurun 5. Pucat menurun 6. Konsentrasi membaik 7. Pola tidur membaik 8. Kontak mata membaik 9. Pola berkemih membaik <p>Luaran Tambahan:</p> <p>Harga diri</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kosentrasi meningkat 2. Tidur meningkat 3. Kontak mata meningkat 4. Gairah aktivitas meningkat 5. Kemampuan tidak mampu melakukan apapun menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energy, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 5. Berikan infirmasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 6. Gunakan pakaian longgar <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Jelaskan tujuan manfaat batasan dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Music,meditasi) 8. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang di pilih 9. Anjurkan mengambil posisi nyaman
--	--	--	--

4	<p>Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan</p>	<p>Luaran Utama :</p> <p>Pola tidur</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur meningkat 2. Keluhan sering terjaga meningkat 3. Keluhan tidak puas tidur meningkat 4. Keluhan pola tidur berubah meningkat 5. Keluhan istirahat tidak cukup meningkat 6. Kemampuan beraktifitas menurun. <p>Luaran Tambahan:</p> <p>Status kenyamanan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Gelisah menurun 3. Kebisingan menurun 4. Keluhan sulit tidur menurun 5. Lelah menurun 6. Suhu ruangan membaik 7. Pola eliminasi membaik 8. Pola tidur membaik 	<p>Intervensi Utama :</p> <p>Dukungan Tidur</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktifitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Identifikasi makanan dan minuman mengganggu tidur (mis : kopi, teh , alkohol dll) 4. Identifikasi obat tidur yang dikosumsi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 6. Batasi waktu tidur siang, <i>jika perlu</i> 7. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 8. Tetapkan jadwal tidur rutin 9. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan(mis: pijat, pengaturan posisi, terapi aku presur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
---	--	--	--

			<p>11. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</p> <p>12. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</p> <p>13. Anjurkan menggunakan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</p> <p>14. Anjurkan relaksasi otot autogenik atau cara non farmakologis lainnya.</p>
5.	<p>Intoleransi Aktivitas b.d Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>Luaran utama Toleransi Aktifitas Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Keluhan lelah menurun 3. Dispnea saat aktivitas menurun 4. Dispnea setelah aktivitas menurun <p>Luaran tambahan Ambulasi Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menopang berat badan meningkat 2. Berjalan dengan 	<p>Intervensi Utama Manajemen Energi Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus

		langkah pelan meningkat 3. Berjalan dengan langkah cepat meningkat 4. Nyeri saat berjalan menurun	6. Lakukan rentang gerak pasif dan/atau pasif 7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 9. Anjurkan tirah baring 10. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap 11. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang Kolaborasi 12. kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
--	--	---	--

3. Implementasi dan evaluasi

Pada proses keperawatan, implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Berdasarkan terminologi NIC, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan yang khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi (atau program keperawatan). Perawat melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap

perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respons klien terhadap tindakan tersebut (Kozier et al., 2016).

Evaluasi adalah aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan, dan terarah ketika klien dan profesional kesehatan menentukan kemajuan klien menuju pencapaian tujuan/hasil, dan keefektifan rencana asuhan keperawatan. (Kozier et. al., 2016). Tujuan evaluasi adalah untuk menilai pencapaian tujuan pada rencana keperawatan yang telah ditetapkan, mengidentifikasi variabel-variabel yang akan mempengaruhi pencapaian tujuan, dan mengambil keputusan apakah rencana keperawatan diteruskan, modifikasi atau dihentikan (Manurung, 2016).

C. Aplikasi *Evidence Based Practiced* Dalam Asuhan Keperawatan Tentang Teknik Dzikir Dengan Nafas Dalam Terhadap Ansietas

Tuberkulosis (TBC) adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman *Mycobakterium Tuberculosis* yang menyerang parenkim paru. Dalam epidemiologi kuman TBC menyerang organ paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Kuman TBC masuk ke dalam tubuh melalui udara pernafasan. (Brunner and Suddarth, 2015).

TB paru merupakan salah satu penyakit kronik yang memerlukan pengobatan jangka panjang dengan menggunakan banyak obat-obatan dan menimbulkan dampak fisik seperti batuk produktif yang berkepanjangan lebih dari 3 minggu, sesak nafas, nyeri dada, mudah lelah, dan nafsu makan menurun. Perubahan fisik tersebut dapat membuat pasien kesulitan dalam melakukan pekerjaan, aktivitas sehari-hari, dan menjalankan peran serta tanggung jawabnya terhadap keluarga maupun masyarakat. Perubahan psikologis timbul biasanya karena pikiran pasien tentang kesembuhan yang relatif kecil, ancaman kematian, aturan minum obat, maupun komplikasi yang dapat terjadi. Keadaan psikologis yang semakin tidak stabil dapat memperparah kondisi pasien TB paru. TB paru juga dapat mengakibatkan masalah psikososial, dampak psikososial antara lain adalah adanya masalah

psikologis berhubungan dengan penyakitnya seperti merasa bosan, kurang motivasi, sampai kepada gangguan jiwa yang cukup serius seperti depresi berat.

Untuk mengatasi masalah tersebut salah satu terapi psikoreligius. Salah satu terapi psikoreligius yang peneliti tawarkan adalah dzikir nafas. Dzikir nafas merupakan perpaduan antara dzikir dan nafas dalam yang dapat membuat individu ikhlas, bersyukur, dan memicu keadaan relaks, sehingga mengurangi stres bahkan dapat membantu dalam mengontrol emosi. Penelitian menggunakan kerangka berfikir teori adaptasi Roy, karena terapi spiritual melalui psikoreligius dengan metode berdzikir merupakan terapi yang dapat meningkatkan mekanisme koping positif individu. Proses koping tersebut kemudian menghasilkan output berupa respons adaptif. Teori adaptasi Roy menjelaskan proses yang melibatkan sistem saraf dan endokrin termasuk dalam proses koping secara regulator, sedangkan proses koping yang melibatkan emosi termasuk dalam proses koping secara kognitor. Beberapa penelitian sebelumnya telah membuktikan manfaat menurunkan stres dan kecemasan dari terapi psikoreligius terutama dengan metode dzikir. Penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa relaksasi dzikir dapat menurunkan stres pada penderita hipertensi esensial.

Penelitian Jauhari (2014) menjelaskan bahwa terapi psikoreligius dzikir dapat meningkatkan respon emosional positif individu sehingga membentuk koping adaptif yang dapat menurunkan kecemasan pada pasien gagal ginjal kronik. Berdasarkan penjelasan dari penelitian dan teori di atas, terapi dzikir nafas dapat digunakan sebagai intervensi terhadap penurunan tingkat stres, sehingga stres menjadi positif (eustress) bukan negatif (distress). Namun pengaruh dzikir nafas terhadap stress pada pasien TB paru belum pernah diteliti dan belum bisa dijelaskan secara ilmiah sampai saat ini. Oleh karena itu, penelitian ini perlu dilakukan untuk mengetahui manfaat dzikir nafas terhadap tingkat stres pada pasien TB paru.

Prosedur kerja pemberian terapi zikir dengan nafas dalam adalah sebagai berikut:

- a. Beri salam dan panggil klien dengan namanya
- b. Tanyakan perasaan klien dan kontrak
- c. Jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada pasien/keluarga
- d. Jaga privasi klien. memulai kegiatan dengan cara yang baik
- e. Posisikan pasien dengan berbaring lurus ditempat tidur, minta pasien untuk mengatur nafas dan merileksasikan otot.
- f. Perawat duduk berada disamping pasien, relaksasi dimulai dengan menarik nafas melalui hidung lalu tahan selama 3 detik setelah itu hembuskan dengan mengucapkan kata "LaallaahaIllallah"
- g. Lalu perawat meminta Ibu tersebut mengulangi prosedur relaksasi dzikir dengan nafas dalam seperti yang telah di ajarkan perawat di awal lagi
- h. Batasi stimulasi eksternal seperti suara dan pengunjung selama mendengarkan terapi zikir berlangsung
- i. Hindari menghidupkan musik dan meninggalkannya dalam waktu yang lama.
- j. Setelah selesai relaksasi ini dilakukan selama 5-15 menit perhari.

BAB III

LAPORAN KASUS

A. Ringkasan Kasus Kelolaan

Klien dirawat dengan TB Paru di ruangan Paru RSUP.M.Djamil Padang, identitas klien Ny. S berumur 47 tahun dengan No. MR 01.18.29.34 masuk ke RSUP.M.Djamil pada tanggal 18 juli 2023 dengan keluhan sesak nafas, batuk tidak berdahak tetapi sering, sesak semakin meningkat Ketika melakukan aktivitas, klien juga terserang demam yang berkelanjutan.

Riwayat Kesehatan sebelumnya pasien sudah merasakan sesak nafas dan demam selama 1 bulan, serta batuk yang tidak berdahak selama 3 minggu, klien mengatakan sudah ada Riwayat TB pada tahun 2018 dan tuntas menjalani pengobatan selama 6 bulan. Riwayat keluarga, klien mengatakan bahwa suami nya terlebih dahulu yang didiagnosis TB kemudian Ny. S terjangkit TB karena tertular suami. Klien juga mengatakan bahwa suaminya merupakan perokok aktif.

Saat pemeriksaan tanda-tanda vital klien didapatkan tekanan darah 123/70mmHg, nadi 95x/menit, pernafasan 27x/menit, suhu 36,6°C. Dari pengkajian didapatkan beberapa masalah keperawatan yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, defisit nutrisi berhubungan dengan kebutuhan metabolisme, ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Intervensi yang dilakukan sesuai dengan setiap masalah yang muncul dan kemudian dilakukan implementasi sesuai dengan keluhan pasien dan evaluasi implementasi yang dilakukan pada pasien.

Metode penanganan di rumah sakit terhadap ansietas pada pasien TB Paru dilakukan dengan dengan terapi non farmakologi. Terapi non farmakologi yang sering di gunakan untuk menurunkan ansietas pasien TB Paru ini adalah teknik relaksasi dengan napas dalam. Relaksasi nafas dalam adalah pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas.

Efek dari terapi ini ialah distraksi atau pengalihan perhatian (Setyoadi dkk, 2011).

Tindakan pada pasien TB Paru dengan ansietas yang diberikan terapi non farmakologi yaitu teknik dzikir dengan nafas dalam yaitu untuk mengurangi tingkat kecemasan di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) DR. M. Djamil Padang ternyata efektif untuk menurunkan ansietas, yang telah diberikan perlakuan dan hasil evaluasi ansietas berkurang dan fikiran menjadi lebih tenang.

B. Laporan Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas

Nama	: Ny. S
No.MR	: 01.18.29.34
Umur	: 47 th
Alamat	: Padang
Jenis kelamin	: Perempuan
Pekerjaan	: PNS
Status perkawinan	: Menikah
Agama	: Islam
Tanggal masuk	: 18 Juli 2023
Cara masuk	: Melalui IGD
Diagnosa medis	: TB Paru
Identitas penanggung jawab	
Nama	: Tn. R
Umur	: 50 th
Hubungan dengan pasien	: Suami
Alamat	: Padang

b. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

- Keluhan utama (saat masuk rumah sakit dan saat ini)

Pada saat melakukan pengkajian pada tanggal 18 juli 2023 pasien mengatakan bahwa pada saat ini pasien mengeluh sesak nafas ketika melakukan aktivitas, sering batuk tapi tidak berdahak dan batuk semakin sering pada saat subuh, serta demam yang sudah dirasakan sejak 1 bulan yang lalu. Klien mengatakan tidak nafsu makan dan badan terasa lemas. Klien mengatakan terjadi penurunan berat badan sejak 3 bulan terakhir yaitu + 10 kg. Klien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga.

- Alasan masuk rumah sakit
Pasien mengeluh demam sejak 1 bulan yang lalu, merasakan sesak nafas ketika beraktivitas, dan batuk tidak berdahak sejak 3 minggu yang lalu. Kemudian keluarga membawa pasien ke puskesmas Ikur Koto Padang yang kemudian diberikan rujukan ke IGD Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) DR. M. Djamil Padang.
- Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya
Keluarga segera membawa pasien ke puskesmas dan untuk kemudian mendapat kan rujukan ke IGD Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) DR. M. Djamil Padang.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan sudah ada Riwayat TB pada tahun 2018 dan tuntas menjalani pengobatan selama 6 bulan. Keluhan tidak pernah dirasakan lagi selama 5 tahun terakhir, kemudian kembali merasakan sesak nafas, batuk tidak berdahak, dan demam sejak 1 bulan terakhir, keluarga membawa pasien ke puskesmas Ikur Koto Padang yang kemudian diberikan rujukan ke IGD Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) DR. M. Djamil Padang.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan bahwa suaminya terlebih dahulu yang didiagnosis TB kemudian Ny. S terjangkit TB karena tertular suami. Klien juga mengatakan bahwa suaminya merupakan perokok aktif.

c. Pola persepsi dan penanganan kesehatan

Klien mengatakan sudah ikhlas menjalani penyakit yang dideritanya saat ini.

PENGUNAAN:

Tembakau : (✓) tidak () ya, berhenti tanggal () pipa () cerutu ()
2 bks/hari

Alkohol : (✓) tidak () ya, jenis / jumlah hari/ minggu/ bulan

Obat lain : (✓) tidak () ya, jenis Penggunaan

Alergi (obat, makanan, plester, zat kimia) : tidak ada

Obat-obatan lain tanpa resep dokter : tidak ada

Kepatuhan terhadap terapi pengobatan : patuh

Penyesuaian gaya hidup terhadap perubahan status Kesehatan :
menyesuaikan

d. Pola nutrisi/ metabolisme

BB : 30 kg

TB : 155 cm

IMT : 12,5 kg/m² (kurus)

Penurunan BB dalam 6 bulan terakhir : + 10 kg

Pola Makan

Di rumah

Frekuensi : 3x / hari

Makan Pagi : nasi, sayur, lauk pauk

Makan Siang : nasi, sayur, lauk pauk

Makan Malam : nasi, sayur, lauk pauk

Pantangan/Alergi : tidak ada

Makanan yang disukai : sayur-sayuran

Di rumah sakit

Jenis diet dan jumlah kalori : ML TKTP 1800 Kkal

Nafsu Makan: () Normal () Meningkat (✓) Menurun ()

Penurunan Sensasi Kecap

Jumlah diet yang dihabiskan :

Keluhan mual / muntah :

Penggunaan NGT : (✓) Tidak () Ya

Kesulitan Menelan (Disfagia): (✓) Tidak () Makanan Padat ()

Cair.

Tabel 3.1 Skrining Nutrisi

Indikator penilaian malnutrisi	Skor			Nilai
	0	1	2	
1. Nilai IMT	18,5-22,9	17-18,4 / 23-24,9	<17 / >23	2
2. Apakah pasien kehilangan BB dalam waktu 3 bulan terakhir?	<5%	5-10%	>10%	2
3. Apakah pasien dengan asupan makanan kurang, lebih dari 5 hari?	Baik	Kurang	Sangat kurang	1
4. Adanya kondisi penyakit pasien yang mempunyai resiko masalah nutrisi	Tidak		Ya	2
5. Pasien sedang mendapat diet makanan tertentu	Tidak		Ya	0
TOTAL SKOR	7 (risiko tinggi)			

jika total skor:

0 = risiko rendah

1 = risiko sedang

>2 = risiko tinggi (✓)

Pola minum

Di rumah

Frekuensi : 6-7 x /hari
Jenis : Air putih
Jumlah : 1-1,5 liter
Pantangan : Tidak ada
Minuman disukai : Teh

Di rumah sakit

Frekuensi : 4-5 x / hari
Jenis : Air putih
Jumlah : ± 500 cc
Pembatasan cairan : Tidak ada

Intake cairan 24 jam (uraikan apa saja intake pasien):

Infus NaCl 0.9% 500 cc/ 24 j

Injeksi terapi : 100 cc/ 24 jam

Air mineral : \pm 2000 cc/ 24 jam

IWL : $\frac{(15 \times BB)}{24 \text{ jam}} = \frac{(15 \times 30)}{24 \text{ jam}} = 18,75 \text{ cc/jam}$

(18,75 cc x 24 jam = 450 cc/ jam)

Output cairan 24 jam (uraikan apa saja output pasien)

Urine : \pm 1000 cc/ 24 jam

Perhitungan balance cairan:

(2.600 cc – 1.000 cc – 450 cc = 1.150 cc)

Perubahan pada kulit

Keluhan pasien terkait masalah kulit (misalnya kering, gatal, adanya lesi): tidak ada

Faktor resiko luka tekan

Tabel 3.2 Instrumen Penilaian Resiko Luka Tekan Norton

Yang dinilai	4	3	2	1
kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
Status mental	Sadar	Apatitis	Bingung	Stupor
Aktivitas	Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Di tempat tidur
Mobilitas	Bebas	Gerak	Sangat	Tidak

	bergerak	terbatas	terbatas	bergerak
Inkontinensia	Kontinen	Kadang inkontinen	Selalu kontinen	Inkontinen urin dan alvi
Total skor	18 (tidak beresiko)			

Kriteria penilaian

16-20 = tidak beresiko

16-21= rentan resiko

<12 = resiko tinggi

e. Pola eliminasi

1) BAB

Di rumah

Frekuensi : 1 x /hari
hari

Konsistensi : Lunak

Warna : Kuning
(√)Kuning

Tanggal defekasi terakhir : 18 juli 2023

Masalah di rumah sakit : () konstipasi () diare ()
inkontinensia, lama Masalah dialami : tidak ada masalah

Kolostomi : (√) tidak () ya, jika ya, posisi

kolostomi : Output kolostomi berupa : -

Keluhan pasien terkait kolostomi : -

Di rumah sakit

Frekuensi : 1 x 2

Konsistensi : Lunak

warna :

2) BAK

Di rumah

Frekuensi : 4-5 x / hari

Jumlah : 500 cc

Warna : Kuning

Di rumah

sakit

Frekuensi : 3-4 x /
hari

Jumlah : 250 cc

Warna : kuning

Masalah di rumah sakit : () Disuria () Nokturia ()
 Hematuria () Retensi ()

Inkontinensia : (✓) Tidak () Ya () Total () Siang hari ()
 Malam hari () kadang-kadang () Kesulitan menahan
 berkemih () Kesulitan mencapai toilet

Kateter : (✓) tidak () ya

f. Pola aktivitas latihan

1) Kemampuan perawatan diri

Tabel 3.3 Instrumen Penilaian Indeks Skala Barthel

No	Aktivitas yang Dinilai	0	5	10
1	Makan			✓
2	Berubah sikap dari berbaring ke duduk/dari kursi roda ke tempat tidur			✓
3	Mandi			✓
4	Berpakaian			✓
5	Membersihkan diri			✓
6	Berpindah/berjalan			✓
7	Masuk keluar toilet sendiri		✓	
8	Naik turun tangga		✓	
9	Mengendalikan buang air kecil			✓
10	Mengendalikan buang air besar			✓
TOTAL SKOR		90 (ketergantungan Sebagian)		

Keterangan :

Nilai 0 bila pasien tidak dapat melakukannya, nilai 5 bila pasien dibantu melakukannya dan nilai 10 bila pasien mandiri

Interpretasi skor total :

0 – 20 = ketergantungan total

21 – 99 = ketergantungan Sebagian (✓)

100 = mandiri

2) Kebersihan diri (x/ hari)

Di rumah

Mandi : 2 x / hari
Gosok gigi : 1 x / hari
Keramas : 1 x / 2 hari
Potong kuku : 1 x / 1 minggu

Di rumah sakit

Mandi : 1 x / hari
Gosok gigi : 1 x / hari
Keramas : 1 x / 3 hari
Potong kuku : 1 x / 1 minggu

3) **Alat bantu** : () Tidak ada () Kruk () Pispot ditempatkan tidur () Walker () Tongkat () kursi roda

4) Rekreasi dan aktivitas sehari-hari dan keluhan

Jika tidak sakit, dihari libur klien akan makan ke luar dengan suaminya.

5) Olah raga : : () ya () tidak

6) Kekuatan otot

555	555
555	555

Kekuatan otot klien baik, tetapi klien tampak letih dan lelah saat bergerak melakukan aktifitas

g. Pola istirahat tidur

Di rumah

Waktu tidur : Siang 1 jam
: Malam 6 jam
Jumlah jam : 7 jam
tidur

Di rumah

sakit

Waktu tidur : Siang 2 jam
: Malam 6 jam
Jumlah jam : 8 jam
tidur

Masalah di RS () Tidak ada () Terbangun () Terbangun dini () Insomnia () Mimpi buruk

Merasa segar setelah tidur () Ya () Tidak

h. Pola kognitif persepsi

Status mental: (✓) Sadar () Afasia resptif () Mengingat cerita
buruk () Terorientasi () kelam fikir ()
Kombatif () Tak responsive

Bicara: (✓) Nomal () Tak jelas () Gagap () Afasia ekspresif

Bahasa sehari-hari : (✓) Indonesia () Daerah () lain lain

Kemampuan membaca : (✓) bisa () Tidak

Kemampuan berkomunikasi: (✓) bisa () Tidak

Kemampuan memahami : (✓) bisa () Tidak

Tingkat Ansietas: () Ringan () Sedang (✓) Berat () Panik

Sebab : kecemasan terhadap penyakit yang
dideritanya

Pendengaran: (✓) DBN () kesukaran (__kanan__ kiri) ()

Tuli (__Kanan__ Kiri () Alat bantu dengar()

Tinnitus

● Penglihatan: (✓) DBN () Kacamata () lensa kontak ()

Kerusakan (__Kanan__ kiri) () Buta

(__Kanan__ Kiri) () Katarak (__Kanan__ Kiri) ()

Glaukoma

Vertigo: () Ya (✓) Tidak

Ketidaknyamanan/Nyeri: (✓) Tida ada, () Akut () Kronik ()

i. Pola peran hubungan

Pekerjaan : Pegawai Negeri Sipil (PNS)

Status Pekerjaan: (✓) Bekerja () Ketidakmampuan jangka
pendek () Ketidakmampuan jangka panjang(
) Tidak bekerja

Sistem pendukung: (✓) Pasangan () Tetangga/teman () tidak
ada

Keluarga serumah: (suami) keluarga tinggal
berjauhan _____

Masalah keluarga berkenaan dengan perawatan dirumah sakit :
tidak ada permasalahan

Kegiatan sosial : kegiatan pengajian di kompleks perumahan

j. Pola seksualitas/ reproduksi

Tanggal Menstruasi Akhir(TMA) : -

Masalah Menstruasi: (✓) Ya () Tidak

Pap Smear Terakhir: -

Pemeriksaan Payudara/Testis Mandiri Bulanan: () Ya () Tidak

Masalah Seksual berhubungan dengan penyakit : tidak ada

k. Pola persepsi dan konsep diri

1) Body image/ gambaran diri

Ny. S mengatakan cemas terhadap penyakitnya karena berulang, dia juga merasa kalau tubuhnya lemah dan sulit melakukan aktivitas.

2) Role/ peran

(-) overload peran

(-) merasa terkekang

(-) tidak mampu menerima perubahan

(-) keraguan peran

(✓) transisi peran

Jelaskan : karena pasien sudah mengetahui akan menjalani/
meminum obat selama berbulan-bulan

3) Identity/ identitas diri

(✓) kurang percaya diri

(-) merasa terkekang

(-) tidak mampu menerima perubahan

(-) merasa kurang memiliki potensi

(-) kurang mampu menentukan pilihan

(-) menolak menjadi tua

Jelaskan : karena tubuhnya lemah dan banyak hal yang tidak dapat dilakukan lagi

4) Self esteem/ harga diri

- (-) mengkritik diri sendiri dan orang lain
- (-) merasa jadi orang penting
- (-) menunda tugas
- (-) merusak diri
- (-) menyangkal kemampuan pribadi
- (✓) rasa bersalah
- (-) menyangkal kepuasan diri
- (-) polarisasi pandangan hidup
- (-) mencemooh diri
- (-) mengecilkan diri
- (-) keluhan fisik
- (-) menyalahgunakan zat

Jelaskan : pasien mengatakan merasa bersalah kepada suami karena tidak bisa mengurusnya dan malah berganti peran mengurus dirinya.

5) Self ideal/ ideal diri

- (-) masa depan suram
- (✓) terserah pada nasib
- (-) merasa tidak memiliki kemampuan
- (-) tidak memiliki harapan
- (-) tidak ingin berusaha
- (-) tidak memiliki cita-cita
- (-) merasa tidak berdaya
- (-) enggan membicarakan masa depan

Jelaskan : pasien merasakan cemas tetapi menyerahkannya kepada tuhan atas apa yang menyimpannya.

1. Pola koping – toleransi stress
 - 1) Masalah selama di rumah sakit (penyakit, finansial, perawatan diri): Pasien mengatakan tidak ada masalah selama di Rumah Sakit.
 - 2) Kehilangan/perubahan besar di masa lalu: (✓) tidak () ya :
Klien mengatakan tidak ada kehilangan yang signifikan di masa lalu
 - 3) Hal yang dilakukan saat ada masalah: Klien lebih menyerahkannya kepada tuhan dan selalu berdoa yang terbaik
 - 4) enggunaan obat untuk menghilangkan stress: Tidak ada
 - 5) Keadaan emosi dalam sehari-hari: (✓) santai () tegang
- m. Pola keyakinan nilai

Agama: (✓) Islam () Katolik Roma () Protestan () Hindu () Budha

Pantangn Keagamaan: (✓) Tidak () Ya (uraikan)

Pengaruh agama dalam kehidupan: klien mengatakan bahwa agama adalah pedoman hidupnya.

Permintaan kunjungan rohaniawan pada saat ini: () Ya (✓) Tidak
- n. Pemeriksaan fisik

Tabel 3.4 Pemeriksaan Fisik

	Gambaran
Tanda Vital	Suhu : 36.6°c Nadi : 95 x / menit TD : 123/ 70 mmHg RR : 27 x/ menit

Tinggi badan	
Berat badan	sebelum masuk RS 40 Kg, rumah sakit : 30 Kg
LILA	
Kepala :	
Rambut	Rambut berwarna hitam tidak ada lesi
Mata	Simetris kiri dan kanan sklera tidak ikterik
Hidung	Tidak ada polip hidung
Mulut	Mukosa bibir pucat dan kering
Telinga	Simetris kiri dan kanan, tidak ada lesi
Leher	
Trakea	Trakea terletak ditengah
JVP	Tidak ada pembengkakan JVP
Tiroid	Tidak ada pembengkakan tiroid
Nodus Limfe	Tidak ada pembengkakan nodus limfe
Dada	
Paru	I : Bentuk dada simetris, terdapat penggunaan otot bantu nafas, tidak ada lesi P : Fremitus kiri dan kanan P : Sonor A : suara nafas bronkovasikuler, tidak ada

	suara nafas tambahan seperti wheezing				
Jantung	I : ictus cordis tidak terlihat P : ictus cordis tidak teraba P : pekak A : lup dup				
Abdomen	I : tidak ada lesi/ pembengkakan A : bising usus 14 x / menit P : tidak ada nyeri tekan P : tympani				
Ekstremitas	Kekuatan otot				
Muskuloskeletal/Sendi	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">555</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">555</td> <td>555</td> </tr> </table> <p>Inspeksi : normal Palpasi: akral tidak banyak Vaskular Perifer : CRT >2 dt</p>	555	555	555	555
555	555				
555	555				
Integumen	Inspeksi : terlihat pucat Palpasi : akral teraba banyak				
Neurologi					
Status mental/GCS	15 : composmentis				
Saraf cranial	Tidak ada masalah				
Reflek fisiologi	Tidak ada masalah				

Reflek patologis	Tidak ada masalah
Payudara	Tidak ada masalah
Genitalia	Tidak ada masalah
Rectal	Tidak ada masalah

o. Pemeriksaan penunjang

1) pemerisaan darah lengkap

2) laboratorium

Tabel 3.5 Pemeriksaan Laboratorium

Jenis pemeriksaan	Nilai hasil	Nilai rujukan
Hemoglobin	9,2 g/dl	12,0-14,0
Leukosit	16,60/ mm ³	5,0-10,0
Hematokrit	30%	37,0-43,0
Trombosit	442/ mm ³	150-400
Eritrosit	3,49	4,00-4,50
MCV	87 fl	82,0-92,0
MCH	26 pg	27,0-31,0
MCHC	30 %	12,0-36,0
RDW-CV	20 %	11,5-14,5
Eosinophil	0,00 %	0-3
Neotrofil batang	2 %	2,0-6,0
Limfosit	4	20,0-40,0
Monosit	9	1,0-10,0

3) terapi

Tanggal 18-22 juli 2023

Tabel 3.6 Terapi

Terapi	Orderan	kegunaan
OAT MDR long term	H-2	
NaCl	0,9 % 12 j/kohf	
Ampicilin sulbactam	3 x 3 gr i.V H.5	untuk mengobati infeksi pada pasien yang disebabkan oleh bakteri yang peka terhadap Ampicillin/Sulbactam.
Levofloxacin	1 x 750 mg	Obat antibiotik yang bermanfaat untuk mengobati penyakit akibat infeksi bakteri, seperti pneumonia, sinusitis, prostatitis, konjungtivitis, infeksi saluran kemih, dan infeksi kulit.
Linezolid	1 x 600 mg	Digunakan untuk infeksi bakteri yang berat dan tidak berhasil diobati dengan antibiotik jenis lain.
Clovazimine	1 x 100 mg	Obat yang digunakan untuk mengobati kusta atau lepra (Hansen's disease).
Sikloserin	1 x 500 mg	Antibiotik yang sering digunakan untuk mengatasi

		infeksi bakteri seperti tuberkulosis (TB).
B6	1 x 100 mg	Vitamin B6 adalah nutrisi yang penting bagi perkembangan otak, saraf, kulit. Vitamin ini juga penting untuk proses pembentukan energi dari lemak, protein, dan karbohidrat, antibodi, dan sel darah merah, serta untuk menjaga keseimbangan kadar gula darah

Perencanaan pemulangan

rencana tindak lanjut : terapi lanjut

2. Analisis data

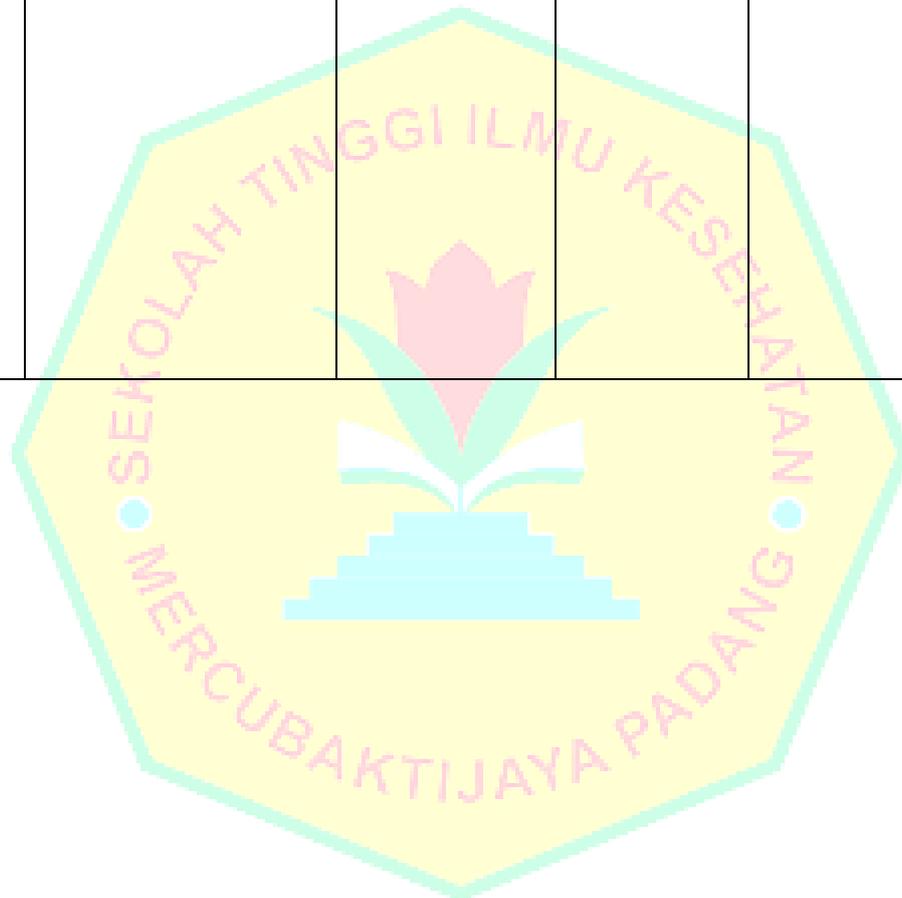
Tabel 3.7 Analisis Data

No	Data Penunjang	Masalah Keperawatan	Etiologi	WOC
1.	Ds: <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sesak nafas sejak sebulan yang lalu • Klien mengatakan kalau sesaknya semakin bertambah ketika 	Pola nafas tidak efektif	Hambatan Upaya nafas	Invasi bakteri tuberculosi ↓ Infeksi primer ↓ Sembuh dengan focus ghon ↓ Bakteri dorman ↓ Bakteri muncul

	<p>batuk</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sulit bernafas <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat terpasang nasal kanul 5 l/i • Klien terlihat sesak saat bernafas • N = 120 x/I , P = 27 x/i 			<p>beberapa tahun kemudian</p> <p>↓</p> <p>Reaksi infeksi/ inflamasi, kavitas dan merusak parenkim Paru</p> <p>↓</p> <p>Perubahan cairan intra pleura</p> <p>↓</p> <p>Sesak, sianosis, penggunaan otot bantu nafas</p> <p>↓</p> <p>Pola nafas tidak efektif</p>
2.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah turun berat badan sejak 6 bulan terakhir sebanyak 10 kg. • Klien mengatakan nafsu makannya terus menurun • Selama sakit klien hanya minum susu dan sedikit roti 	Defisit nutrisi	Peningkatan kebutuhan metabolisme	<p>Penurunan imunitas tubuh</p> <p>↓</p> <p>Infeksi oral</p> <p>↓</p> <p>Sariawan atau gangguan menelan</p> <p>↓</p> <p>Asupan nutrisi tidak terpenuhi</p> <p>↓</p> <p>Penurunan berat</p>

	<p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat lemah dan lesu • Klien juga terlihat kurus • IMT klien hasilnya 12,5 • Klien terlihat tidak menghabiskan makanannya. 			<p>badan</p> <p>↓</p> <p>Defisit nutrisi</p>
3.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan khawatir terhadap penyakit yang dimilikinya • Klien juga bingung terhadap proses penyakit yang di alami <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat gelisah • Klien terlihat sulit berkonsentrasi • Klien terlihat cemas dengan 	Ansietas	Krisis situasional	<p>Diagnosa tuberkulosis</p> <p>↓</p> <p>Proses pengobatan</p> <p>↓</p> <p>Stress psikologis</p> <p>↓</p> <p>Kurangnya pengetahuan akan penyakit yang diderita</p> <p>↓</p> <p>ansietas</p>

	<p>penyakitnya</p> <ul style="list-style-type: none">• Klien banyak bertanya tentang peluang sembuhnya dari penyakit			
--	--	--	--	--



3. Diagnosa keperawatan

Tabel 3.8 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tgl muncul	TTD	Tgl teratasi	TTD
1.	Pola nafas tidak efektif b.d hambatan Upaya napas	18 juli 2023		23 juli 2023	
2.	Defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme	18 juli 2023		23 juli 2023	
3.	Ansietas b.d krisis situasional	18 juli 2023		23 juli 2023	

4. Intervensi keperawatan

Tabel 3.9 Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas	<p>Luaran Utama :</p> <p>Pola Nafas</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ventilasi semenit meningkat 2. Kapasitas vital meningkat 3. Dispnea menurun 4. Penggunaan otot bantu nafas menurun 5. Ortopnea menurun 6. Frekuensi nafas membaik 	<p>Intervensi Utama</p> <p>Menajemen jalan nafas</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman usaha nafas) 2. Monitor bunyi nafas (mis gurgling, mengi, wheezing, rongki

		<p>7. Kedalaman nafas membaik</p> <p>Luaran Tambahan:</p> <p>Tingkat keletihan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kepulihan energi meningkat 2. Tenaga Meningkat 3. Verbalisasi lelah menurun 4. Lesu menurun 5. Sakit kepala menurun 6. Gelisah menurun 7. Frekuensi nafas menurun 8. Pola istirahat membaik 	<p>kering)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor sputum (jumlah warna aroma) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan nafas 2. Posisikan semiowler atau fowler 3. Berikan minuman hangat 4. Lakukan fisioterapi dada, <i>jika perlu</i> 5. Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik 6. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill 7. Berikan oksige, <i>jika perlu</i> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan Asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak terkontra indikasi 2. Ajarkan teknik
--	--	--	---

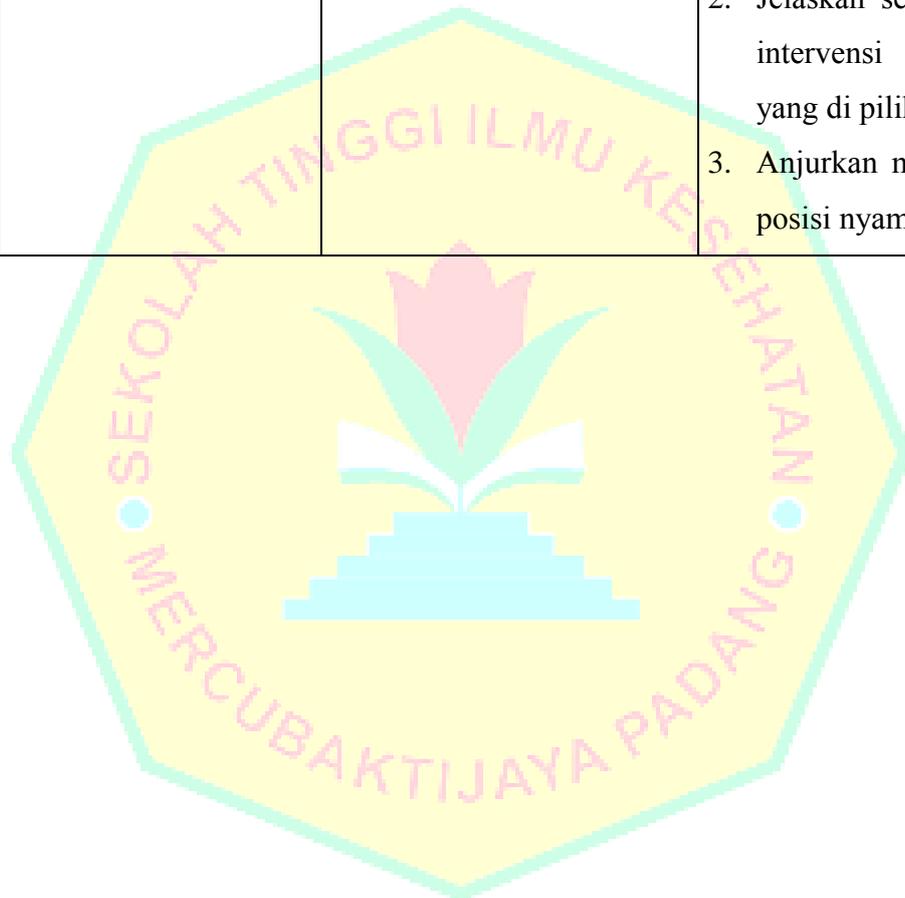
			<p>batuk efektif</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian bronlodilator, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i>
2	Defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme	<p>Luaran Utama :</p> <p>Status Nutrisi</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Kekuatan otot mengunyah meningkat 3. Kekuatan otot menelan meningkat 4. Perasaan cepat kenyang menurun 5. Nyeri abdomen menurun 6. Berat badan membaik 7. Indeks masa tubuh membaik <p>Luaran Tambahan:</p> <p>Berat badan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan membaik 2. Tebal lipatan kulit membaik 3. Indeks masa tubuh 	<p>Intervensi Utama :</p> <p>Menajemen nutrisi</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrejin 5. Identifikasi perlunya menggunakan selang nasogetik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Teraupetik</p>

		<p>membalik</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu. 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk, jika perlu 2. Anjurkan diet yang di programkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
--	--	-----------------	--

			2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutreïn yang dibutuhkan.
3	Ansietas b.d krisis situasional	<p>Luaran Utama :</p> <p>Tingkat Ansietas</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun 4. Anoreksia menurun 5. Pucat menurun 6. Konsentrasi membaik 7. Pola tidur membaik 8. Kontak mata membaik 9. Pola berkemih membaik <p>Luaran Tambahan:</p> <p>Harga diri</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kosentrasi meningkat 2. Tidur meningkat 3. Kontak mata meningkat 4. Gairah aktivitas 	<p>Intervensi Utama :</p> <p>Terapi relaksasi</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energy, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan koknitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri salam dan panggil klien dengan namanya 2. Tanyakan perasaan

		<p>meningkat</p> <p>5. Kemampuan tidak mampu melakukan apapun menurun</p>	<p>klien dan kontrak</p> <p>3. Jelaskan tujuan dan prosedur, dan lamanya tindakan kepada pasien/ keluarga</p> <p>4. Jaga privasi klien</p> <p>5. Posisikan pasien berbaring lurus di tempat tidur, minta pasien untuk mengatur nafas dan rileks</p> <p>6. Perawat duduk dan berada disamping pasien, relaksasi dimulai dengan menarik nafas melalui hidung tahan selama 3 detik setelah itu hembuskan dengan mengucapkan Lilahailallah</p> <p>7. Lalu perawat meminta kepada klien untuk mengulangi proseduryang telah di ajarkan tadi</p> <p>8. Relaksasi dilakukan</p>
--	--	---	--

			<p>selama 30 menit</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan manfaat batasan dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Music,meditasi) 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang di pilih 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman
--	--	--	---



5. Implementasi dan evaluasi

Nama klien : Ny. S

Umur : 47 Tahun

Tabel 3.10 Implementasi dan Evaluasi

Hari Pertama

No.	Hari/Tgl	Diagnosa	Implemetasi	Evaluasi	Ttd
1.	Selasa / 18 Juli 2023	Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) 4. mempertahankan kepatenan jalan nafas 5. Memosisikan pasien semi-fowler atau fowler 6. Memberikan minuman hangat 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh sesak nafas sejak sebulan yang lalu 2. Klien mengatakan sesak semakin bertambah ketika batuk 3. Klien mengeluh sulit bernafas 4. Setelah diposisikan semi-fowler sesak berkurang 5. Setelah siberikan ogsigen 5L pasien mengatakan sesak berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak masih sesak 	

			<p>7. Memberikan oksigen 5 L/m</p>	<p>2. Setelah diposisikan semi-fowler sesak pasien tampak berkurang</p> <p>3. Setelah diberikan oksigen 5L sesak pasien tampak berkurang</p> <p>4. RR : 27 x/i</p> <p>5. N : 120x/i</p> <p>A : Masalah pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)</p> <p>3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma)</p> <p>4. mempertahankan kepatenan jalan nafas</p> <p>5. Memosisikan pasien semi-fowler</p>	
--	--	--	------------------------------------	--	--

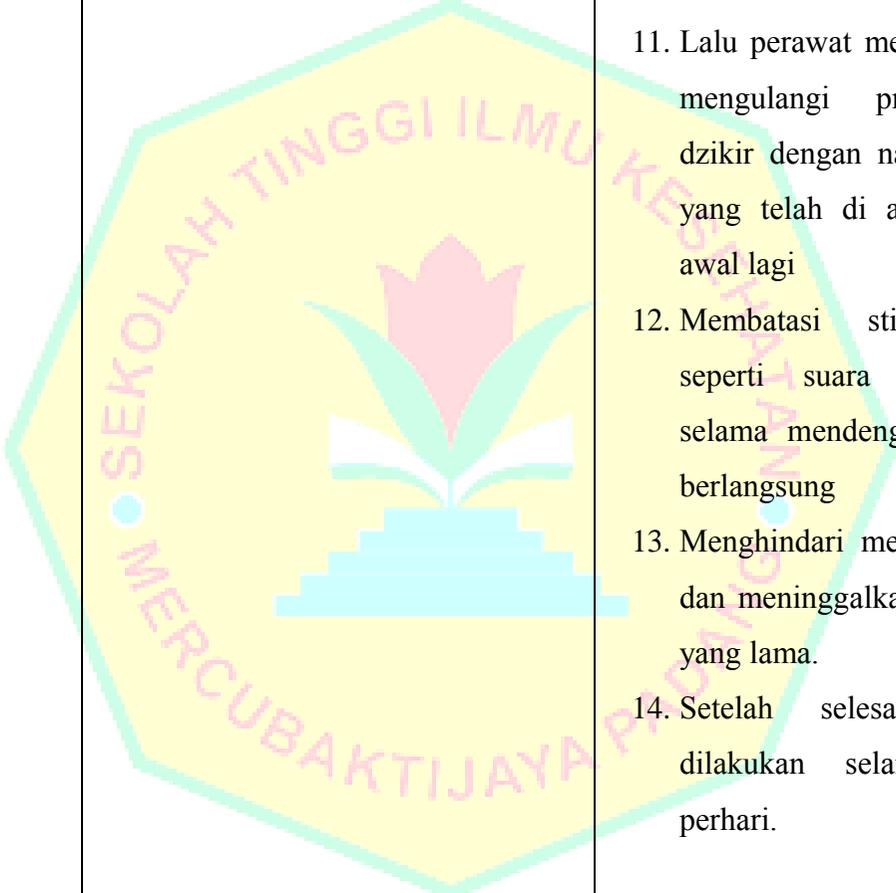
				atau fowler 6. Memberikan minuman hangat	
2.	Selasa / 18 Juli 2023	Defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meidentifikasi status nutrisi 2. Meidentifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Meidentifikasi makanan yang disukai 4. Memonitor asupan makanan 5. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium 6. Memfasilitasi menentukan pedoman diet (mis:piramida makanan) 7. Mensajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 8. Memberikan makanan inggi serat untuk mencegah konstipasi 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sudah turun berat badan sejak 6 bulan terakhir sebanyak 10 kg 2. Klien mengatakan nafsumakan terus menurun 3. Selama sakit klien hanya minum susu dan sedikit memakan roti 4. klien mengatakan tidak ada alergi makanan 5. klien mengatakan susah menelan makanan padat <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien terlihat lemah dan lesu 2. klien terlihat kurus 	

				<p>3. IMT : 12.5</p> <p>4. Klien tidak menghabiskan makanannya</p> <p>5. Mukosa bibir tampak pucat</p> <p>A : Masalah Devisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P :Intervensi dilanjutkan dengan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meidentifikasi status nutrisi 2. Meidentifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Monitor asupan makanan 5. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium 6. Memfasilitasi menentukan pedoman diet (mis:piramida makanan) 7. Mensajikan makanan secara 	
--	--	--	--	--	--

				menarik dan suhu yang sesuai 8. Memberikan makanan inggi serat untuk mencegah konstipasi	
3.	Selasa / 18 Juli 2023	Ansietas b.d krisis situasional	<p>4. Meidentifikasi penurunan tingkat energy, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan koknitif</p> <p>5. Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pengcahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</p> <p>6. Menjelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang di pilih</p> <p>7. Menjurkan mengambil posisi nyaman</p> <p>8. Memberi salam dan panggil</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien sudah tidak merasa khawatir denganpenyakit yang di deritanya 2. klien juga bingung terhadap proses penyakit yang dideritanya 3. klien mengatakan sudah nyaman dengan pakaiannya 4. klien mengatakan sudah tidak bingungdengan situasinya <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lemah 2. Klien terlihat gelisah 	

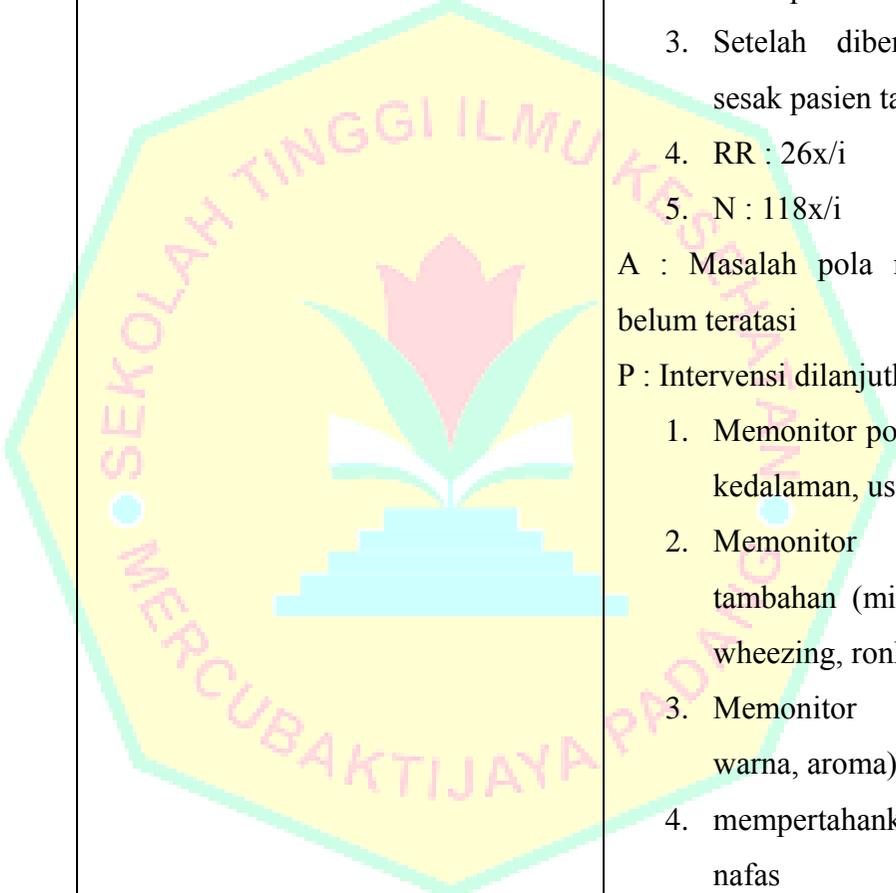
			<p>klien dengan namanya</p> <p>9. Menanyakan perasaan klien dan kontrak</p> <p>10. Menjelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada pasien/keluarga</p> <p>11. Menjaga privasi klien. memulai kegiatan dengan cara yang baik</p> <p>12. Memposisikan pasien dengan berbaring lurus ditempat tidur, minta pasien untuk mengatur nafas dan merileksasikan otot.</p> <p>13. Perawat duduk berada disamping pasien, relaksasi dimulai dengan menarik nafas melalui hidung lalu tahan selama 3 detik setelah itu hembuskan dengan mengucapkan kata</p>	<p>3. Klien terlihat cemas dengan penyakitnya</p> <p>4. Klien sudah relax</p> <p>5. Klien sudah tidak cemas</p> <p>6. Kontak mata klien membaik</p> <p>A : Masalah Ansietas belum teratasi</p> <p>P :Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meidentifikasi penurunan tingkat energy, ketidak mampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pengcahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 3. Menjelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang di pilih 	
--	--	--	--	---	--

			<p>”Laillahailallah”</p> <p>14. Lalu perawat meminta Ibu tersebut mengulangi prosedur relaksasi dzikir dengan napas dalam seperti yang telah di ajarkan perawat di awal lagi</p> <p>15. Membatasi stimulasi eksternal seperti suara dan pengujiung selama mendengarkan terapi zikir berlangsung</p> <p>16. Menghindari menghidupkan musik dan meninggalkannya dalam waktu yang lama.</p> <p>17. Setelah selesai relaksasi ini dilakukan selama 5-15 menit perhari.</p>	<p>4. Menjurkan mengambil posisi nyaman</p> <p>5. Memberi salam dan panggil klien dengan namanya</p> <p>6. Menanyakan perasaan klien dan kontrak</p> <p>7. Menjelaskan tujuan, prosedur,dan lamanya tindakan pada pasien/keluarga</p> <p>8. Menjaga privasi klien. memulai kegiatan dengan cara yang baik</p> <p>9. Memposisikan pasien dengan berbaring lurus ditempat tidur, minta pasien untuk mengatur nafas dan merileksasikan otot.</p> <p>10. Perawat duduk berada disamping pasien, relaksasi dimulai dengan menarik nafas melalui hidung lalu tahan selama 3 detik setelah itu</p>	
--	--	--	--	---	--

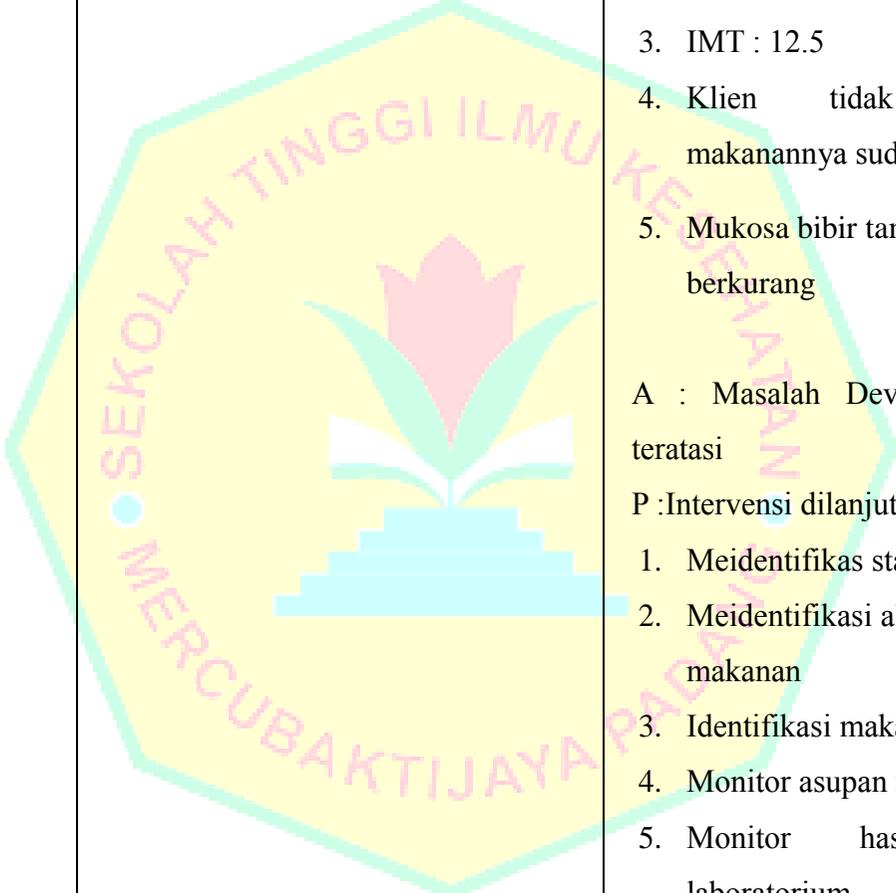
				<p>hembuskan dengan mengucapkan kata " Laillahaillallah"</p> <p>11. Lalu perawat meminta Ibu tersebut mengulangi prosedur relaksasi dzikir dengan napas dalam seperti yang telah di ajarkan perawat di awal lagi</p> <p>12. Membatasi stimulasi eksternal seperti suara dan pengunjung selama mendengarkan terapi zikir berlangsung</p> <p>13. Menghindari menghidupkan musik dan meninggalkannya dalam waktu yang lama.</p> <p>14. Setelah selesai relaksasi ini dilakukan selama 5-15 menit perhari.</p>	
--	--	--	---	--	--

Hari kedua

No.	Hari/Tgl	Diagnosa	Implemetasi	Evaluasi	Ttd
1.	Rabu / 19 Juli 2023	Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) 4. mempertahankan kepatenan jalan nafas 5. Memosisikan pasien semi-fowler atau fowler 6. Memberikan minuman hangat 7. Memberikan oksigen 5 L/m 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh sesak nafas sejak sebulan yang lalu sudah berkurang 2. Klien mengatakan sesak semakin bertambah ketika batuk sudah berkurang 3. Klien mengeluh sulit bernafas sudah berkurang 4. Setelah diposisikan semi-fowler sesak berkurang 5. Setelah siberikan ogsigen 5L pasien mengatakan sesak berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak masih sesak sudah berkurang 	

				<ol style="list-style-type: none"> 2. Setelah diposisikan semi-fowler sesak pasien tampak berkurang 3. Setelah diberikan oksigen 5L sesak pasien tampak berkurang 4. RR : 26x/i 5. N : 118x/i <p>A : Masalah pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) 4. mempertahankan kepatenan jalan nafas 5. Memosisikan pasien semi-
--	--	--	---	---

				fowler atau fowler 6. Memberikan minuman hangat	
2.	Rabu / 19 Juli 2023	Defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meidentifikasi status nutrisi 2. Meidentifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Meidentifikasi makanan yang disukai 4. Memonitor asupan makanan 5. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium 6. Memfasilitasi menentukan pedoman diet (mis:piramida makanan) 7. Mensajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 8. Memberikan makanan inggi serat untuk mencegah konstipasi 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sudah turun berat badan sejak 6 bulan terakhir sebanyak 10 kg sudah berkurang 2. Klien mengatakan nafsumakan terus menurun sudah berkurang 3. Selama sakit klien hanya minum susu dan sedikit memakan roti sudah berkurang 4. klien mengatakan tidak ada alergi makanan 5. klien mengatakan susah menelan makanan padat sudah berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien terlihat lemah dan lesu sudah 	

			 <p>berkurang</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. klien terlihat kurus 3. IMT : 12.5 4. Klien tidak menghabiskan makanannya sudah berkurang 5. Mukosa bibir tampak pucat sudah berkurang <p>A : Masalah Devisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P :Intervensi dilanjutkan dengan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meidentifikasi status nutrisi 2. Meidentifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Monitor asupan makanan 5. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium 	
--	--	--	--	--

				<p>6. Memfasilitasi menentukan pedoman diet (mis:piramida makanan)</p> <p>7. Mensajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>8. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>-</p>	
3.	Rabu / 19 Juli 2023	Ansietas b.d krisis situasional	<p>1. Meidentifikasi penurunan tingkat energy, ketidak mampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</p> <p>2. Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pengcahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</p> <p>3. Menjelaskan secara rinci</p>	<p>S :</p> <p>1. klien sudah tidak merasa khawatir dengan penyakit yang di deritanya sudah berkurang</p> <p>2. klien juga bingung terhadap proses penyakit yang dideritanya sudah berkurang</p> <p>3. klien mengatakan sudah nyaman dengan pakaiannya</p> <p>4. klien mengatakan sudah</p>	

			<p>intervensi relaksasi yang di pilih</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Menjurkan mengambil posisi nyaman 5. Memberi salam dan panggil klien dengan namanya 6. Menanyakan perasaan klien dan kontrak 7. Menjelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada pasien/keluarga 8. Menjaga privasi klien. memulai kegiatan dengan cara yang baik 9. Memposisikan pasien dengan berbaring lurus ditempat tidur, minta pasien untuk mengatur nafas dan 	<p>tidak bingung dengan situasinya</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lemah sudah berkurang 2. Klien terlihat gelisah sudah berkurang 3. Klien terlihat cemas dengan penyakitnya 4. Klien sudah relax sudah berkurang 5. Klien sudah tidak cemas sudah berkurang 6. Kontak mata klien membaik sudah berkurang <p>A : Masalah Ansietas belum teratasi</p> <p>P :Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meidentifikasi penurunan tingkat energy, ketidak mampuan 	
--	--	--	--	--	--

			<p>merileksasikan otot.</p> <p>10. Perawat duduk berada disamping pasien, relaksasi dimulai dengan menarik nafas melalui hidung lalu tahan selama 3 detik setelah itu hembuskan dengan mengucapkan kata ” Laillahailallah”</p> <p>11. Lalu perawat meminta Ibu tersebut mengulangi prosedur relaksasi dzikir dengan napas dalam seperti yang telah diajarkan perawat di awal lagi</p> <p>12. Membatasi stimulasi eksternal seperti suara dan pengunjung selama mendengarkan terapi zikir berlangsung</p>	<p>berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 3. Menjelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang di pilih 4. Menjurkan mengambil posisi nyaman 5. Memberi salam dan panggil klien dengan namanya 6. Menanyakan perasaan klien dan kontrak 7. Menjelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada pasien/keluarga 8. Menjaga privasi klien. memulai
--	--	--	--	--

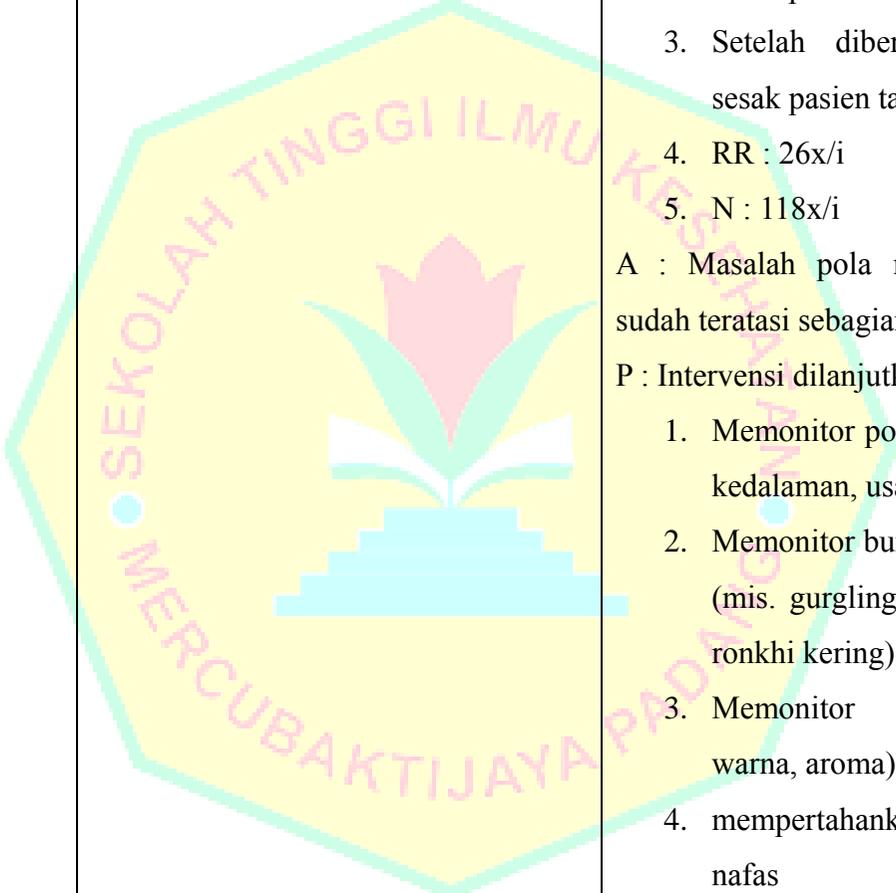
			<p>13. Menghindari menghidupkan musik dan meninggalkannya dalam waktu yang lama.</p> <p>14. Setelah selesai relaksasi ini dilakukan selama 5-15 menit perhari.</p>	<p>kegiatan dengan cara yang baik</p> <p>9. Memposisikan pasien dengan berbaring lurus ditempat tidur, minta pasien untuk mengatur nafas dan merileksasikan otot.</p> <p>10. Perawat duduk berada disamping pasien, relaksasi dimulai dengan menarik nafas melalui hidung lalu tahan selama 3 detik setelah itu hembuskan dengan mengucapkan kata "LaallaahaIllallah"</p> <p>11. Lalu perawat meminta Ibu tersebut mengulangi prosedur relaksasi dzikir dengan napas dalam seperti yang telah di ajarkan perawat di awal lagi</p> <p>12. Membatasi stimulasi eksternal seperti suara dan pengunjung selama mendengarkan terapi zikir</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>berlangsung</p> <p>13. Menghindari menghidupkan musik dan meninggalkannya dalam waktu yang lama.</p> <p>14. Setelah selesai relaksasi ini dilakukan selama 5-15 menit perhari</p>	
--	--	--	--	--	--



Hari ke tiga

No.	Hari/Tgl	Diagnosa	Implemetasi	Evaluasi	Ttd
1.	Kamis / 20 Juli 2023	Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) 4. mempertahankan kepatenan jalan nafas 5. Memosisikan pasien semi-fowler atau fowler 6. Memberikan minuman hangat 7. Memberikan oksigen 5 L/m 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh sesak nafas sejak sebulan yang lalu sudah berkurang 2. Klien mengatakan sesak semakin bertambah ketika batuk sudah berkurang 3. Klien mengeluh sulit bernafas sudah berkurang 4. Setelah diposisikan semi-fowler sesak berkurang 5. Setelah siberikan ogsigen 5L pasien mengatakan sesak berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak masih sesak sudah berkurang 	

				<ol style="list-style-type: none"> 2. Setelah diposisikan semi-fowler sesak pasien tampak berkurang 3. Setelah diberikan oksigen 5L sesak pasien tampak berkurang 4. RR : 26x/i 5. N : 118x/i <p>A : Masalah pola nafas tidak efektif sudah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) 4. mempertahankan kepatenan jalan nafas 5. Memosisikan pasien semi- 	
--	--	--	---	--	--

				fowler atau fowler 6. Memberikan minuman hangat	
2.	kamis / 20 Juli 2023	Defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meidentifikasi status nutrisi 2. Meidentifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Meidentifikasi makanan yang disukai 4. Memonitor asupan makanan 5. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium 6. Memfasilitasi menentukan pedoman diet (mis:piramida makanan) 7. Mensajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 8. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sudah turun berat badan sejak 6 bulan terakhir sebanyak 10 kg sudah berkurang 2. Klien mengatakan nafsumakan terus menurun sudah berkurang 3. Selama sakit klien hanya minum susu dan sedikit memakan roti sudah berkurang 4. klien mengatakan tidak ada alergi makanan 5. klien mengatakan susah menelan makanan padat sudah berkurang <p>O :</p>	

			<p>konstipasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. klien terlihat lemah dan lesu sudah berkurang 2. klien terlihat kurus 3. IMT : 12.5 4. Klien tidak menghabiskan makanannya sudah berkurang 5. Mukosa bibir tampak pucat sudah berkurang <p>A : Masalah Devisit nutrisi sudah teratasi sebagian</p> <p>P :Intervensi dilanjutkan dengan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meidentifikasi status nutrisi 2. Meidentifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Monitor asupan makanan
--	--	--	-------------------	---

				<ul style="list-style-type: none"> 5. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium 6. Memfasilitasi menentukan pedoman diet (mis:piramida makanan) 7. Mensajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 8. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 	
3.	Kamis / 20 Juli 2023	Ansietas b.d krisis situasional	<ul style="list-style-type: none"> 1. Meidentifikasi penurunan tingkat energy, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pengcahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. klien sudah tidak merasa khawatir dengan penyakit yang di deritanya sudah berkurang 2. klien juga bingung terhadap proses penyakit yang dideritanya sudah berkurang 3. klien mengatakan sudah nyaman dengan pakaiannya 	

			<p>3. Menjelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang di pilih</p> <p>4. Menjurkan mengambil posisi nyaman</p> <p>5. Memberi salam dan panggil klien dengan namanya</p> <p>6. Menanyakan perasaan klien dan kontrak</p> <p>7. Menjelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada pasien/keluarga</p> <p>8. Menjaga privasi klien. memulai kegiatan dengan cara yang baik</p> <p>9. Memposisikan pasien dengan berbaring lurus ditempat tidur, minta pasien untuk mengatur nafas dan merileksasikan otot.</p>	<p>4. klien mengatakan sudah tidak bingung dengan situasinya</p> <p>O :</p> <p>1. Klien tampak lemah sudah berkurang</p> <p>2. Klien terlihat gelisah sudah berkurang</p> <p>3. Klien terlihat cemas dengan penyakitnya</p> <p>4. Klien sudah relax sudah berkurang</p> <p>5. Klien sudah tidak cemas sudah berkurang</p> <p>6. Kontak mata klien membaik sudah berkurang</p> <p>A : Masalah Ansietas sudah teratasi sebagian</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p>10. Perawat duduk berada disamping pasien, relaksasi dimulai dengan menarik nafas melalui hidung lalu tahan selama 3 detik setelah itu hembuskan dengan mengucapkan kata ” Laillahailallah”</p> <p>11. Lalu perawat meminta Ibu tersebut mengulangi prosedur relaksasi dzikir dengan napas dalam seperti yang telah di ajarkan perawat di awal lagi</p> <p>12. Membatasi stimulasi eksternal seperti suara dan pengunjung selama mendengarkan terapi zikir berlangsung</p> <p>13. Menghindari menghidupkan musik dan meninggalkannya</p>	<p>P :Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meidentifikasi penurunan tingkat energy, ketidak mampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pengcahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 3. Menjelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang di pilih 4. Menjurkan mengambil posisi nyaman 5. Memberi salam dan panggil klien dengan namanya 6. Menanyakan perasaan klien dan kontrak 7. Menjelaskan tujuan, prosedur,dan lamanya tindakan pada 	
--	--	--	---	--	--

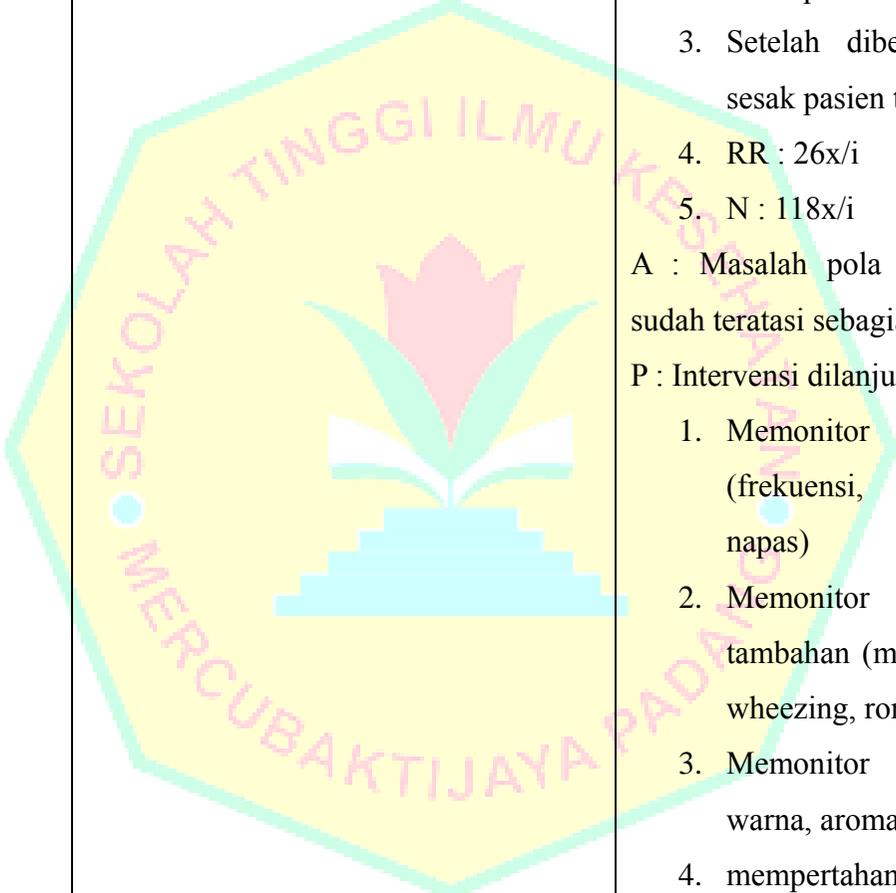
			<p>dalam waktu yang lama.</p> <p>14. Setelah selesai relaksasi ini dilakukan selama 5-15 menit perhari.</p>	<p>pasien/keluarga</p> <p>8. Menjaga privasi klien. memulai kegiatan dengan cara yang baik</p> <p>9. Memposisikan pasien dengan berbaring lurus ditempat tidur, minta pasien untuk mengatur nafas dan merileksasikan otot.</p> <p>10. Perawat duduk berada disamping pasien, relaksasi dimulai dengan menarik nafas melalui hidung lalu tahan selama 3 detik setelah itu hembuskan dengan mengucapkan kata " Laillahaillallah"</p> <p>11. Lalu perawat meminta Ibu tersebut mengulangi prosedur relaksasi dzikir dengan napas dalam seperti yang telah di ajarkan perawat di awal lagi</p> <p>12. Membatasi stimulasi eksternal</p>	
--	--	--	---	---	--

				<p>seperti suara dan pengunjung selama mendengarkan terapi zikir berlangsung</p> <p>13. Menghindari menghidupkan musik dan meninggalkannya dalam waktu yang lama.</p> <p>14. Setelah selesai relaksasi ini dilakukan selama 5-15 menit perhari</p>	
--	--	--	--	--	--



Hari ke empat

No.	Hari/Tgl	Diagnosa	Implemetasi	Evaluasi	Ttd
1.	Jumat / 21 Juli 2023	Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) 4. mempertahankan kepatenan jalan nafas 5. Memposisikan pasien semi-fowler atau fowler 6. Memberikan minuman hangat 7. Memberikan oksigen 5 L/m 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh sesak nafas sejak sebulan yang lalu sudah berkurang 2. Klien mengatakan sesak semakin bertambah ketika batuk sudah berkurang 3. Klien mengeluh sulit bernafas sudah berkurang 4. Setelah diposisikan semi-fowler sesak berkurang 5. Setelah siberikan ogsigen 5L pasien mengatakan sesak berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak masih sesak sudah berkurang 	

				<ol style="list-style-type: none"> 2. Setelah diposisikan semi-fowler sesak pasien tampak berkurang 3. Setelah diberikan oksigen 5L sesak pasien tampak berkurang 4. RR : 26x/i 5. N : 118x/i <p>A : Masalah pola nafas tidak efektif sudah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) 4. mempertahankan kepatenan jalan nafas 	
--	--	--	---	---	--

				<ul style="list-style-type: none"> 5. Memposisikan pasien semi-fowler atau fowler 6. Memberikan minuman hangat 	
2.	Jumat / 21 Juli 2023	Defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme	<ul style="list-style-type: none"> 1. Meidentifikasi status nutrisi 2. Meidentifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Meidentifikasi makanan yang disukai 4. Memonitor asupan makanan 5. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium 6. Memfasilitasi menentukan pedoman diet (mis:piramida makanan) 7. Mensajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 8. Memberikan makanan inggi 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sudah turun berat badan sejak 6 bulan terakhir sebanyak 10 kg sudah berkurang 2. Klien mengatakan nafsumakan terus menurun sudah berkurang 3. Selama sakit klien hanya minum susu dan sedikit memakan roti sudah berkurang 4. klien mengatakan tidak ada alergi makanan 5. klien mengatakan susah menelan makanan padat sudah berkurang 	

			<p>serat untuk mencegah konstipasi</p>	<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien terlihat lemah dan lesu sudah berkurang 2. klien terlihat kurus 3. IMT : 12.5 4. Klien tidak menghabiskan makanannya sudah berkurang 5. Mukosa bibir tampak pucat sudah berkurang <p>A : Masalah Devisit nutrisi sudah teratasi sebagian</p> <p>P :Intervensi dilanjutkan dengan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meidentifikas status nutrisi 2. Meidentifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Monitor asupan makanan 5. Monitor hasil pemeriksaan 	
--	--	--	--	---	--

				<p>laboratorium</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Memfasilitasi menentukan pedoman diet (mis:piramida makanan) 7. Mensajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 8. Memberikan makanan inggi serat untuk mencegah konstipasi 	
3.	Jumat / 21 Juli 2023	Ansietas b.d krisis situasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meidentifikasi penurunan tingkat energy, ketidak mampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan koknitif 2. Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien sudah tidak merasa khawatir dengan penyakit yang di deritanya sudah berkurang 2. klien juga bingung terhadap proses penyakit yang dideritanya sudah berkurang 3. klien mengatakan sudah nyaman dengan pakaiannya 	

			<p>memungkinkan</p> <p>3. Menjelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang di pilih</p> <p>4. Menjurkan mengambil posisi nyaman</p> <p>5. Memberi salam dan panggil klien dengan namanya</p> <p>6. Menanyakan perasaan klien dan kontrak</p> <p>7. Menjelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada pasien/keluarga</p> <p>8. Menjaga privasi klien. memulai kegiatan dengan cara yang baik</p> <p>9. Memposisikan pasien dengan berbaring lurus</p>	<p>4. klien mengatakan sudah tidak bingung dengan situasinya</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lemah sudah berkurang 2. Klien terlihat gelisah sudah berkurang 3. Klien terlihat cemas dengan penyakitnya 4. Klien sudah relax sudah berkurang 5. Klien sudah tidak cemas sudah berkurang 6. Kontak mata klien membaik sudah berkurang <p>A : Masalah Ansietas sudah teratasi sebagian</p> <p>P :Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meidentifikasi penurunan tingkat 	
--	--	--	---	---	--

			<p>ditempat tidur, minta pasien untuk mengatur nafas dan merileksasikan otot.</p> <p>10. Perawat duduk berada disamping pasien, relaksasi dimulai dengan menarik nafas melalui hidung lalu tahan selama 3 detik setelah itu hembuskan dengan mengucapkan kata ” Laillahailallah”</p> <p>11. Lalu perawat meminta Ibu tersebut mengulangi prosedur relaksasi dzikir dengan napas dalam seperti yang telah di ajarkan perawat di awal lagi</p> <p>12. Membatasi stimulasi eksternal seperti suara dan</p>	<p>energy, ketidak mampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pengcahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 3. Menjelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang di pilih 4. Menjurkan mengambil posisi nyaman 5. Memberi salam dan panggil klien dengan namanya 6. Menanyakan perasaan klien dan kontrak 7. Menjelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada pasien/keluarga 	
--	--	--	---	--	--

			<p>pengunjung selama mendengarkan terapi zikir berlangsung</p> <p>13. Menghindari menghidupkan musik dan meninggalkannya dalam waktu yang lama.</p> <p>14. Setelah selesai relaksasi ini dilakukan selama 5-15 menit perhari.</p>	<p>8. Menjaga privasi klien. memulai kegiatan dengan cara yang baik</p> <p>9. Memposisikan pasien dengan berbaring lurus ditempat tidur, minta pasien untuk mengatur nafas dan merileksasikan otot.</p> <p>10. Perawat duduk berada disamping pasien, relaksasi dimulai dengan menarik nafas melalui hidung lalu tahan selama 3 detik setelah itu hembuskan dengan mengucapkan kata " Laillahailallah"</p> <p>11. Lalu perawat meminta Ibu tersebut mengulangi prosedur relaksasi dzikir dengan napas dalam seperti yang telah di ajarkan perawat di awal lagi</p> <p>12. Membatasi stimulasi eksternal seperti suara dan pengunjung</p>
--	--	--	---	--

				<p>selama mendengarkan terapi zikir berlangsung</p> <p>13. Menghindari menghidupkan musik dan meninggalkannya dalam waktu yang lama.</p> <p>14. Setelah selesai relaksasi ini dilakukan selama 5-15 menit perhari</p>	
--	--	--	--	---	--



Hari ke lima

No.	Hari/Tgl	Diagnosa	Implemetasi	Evaluasi	Ttd
1.	Sabtu / 22 Juli 2023	Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) 4. mempertahankan kepatenan jalan nafas 5. Memposisikan pasien semi-fowler atau fowler 6. Memberikan minuman hangat 7. Memberikan oksigen 5 L/m 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh sesak nafas sejak sebulan yang lalu sudah berkurang 2. Klien mengatakan sesak semakin bertambah ketika batuk sudah berkurang 3. Klien mengeluh sulit bernafas sudah berkurang 4. Setelah diposisikan semi-fowler sesak berkurang 5. Setelah siberikan ogsigen 5L pasien mengatakan sesak berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak masih sesak sudah berkurang 	

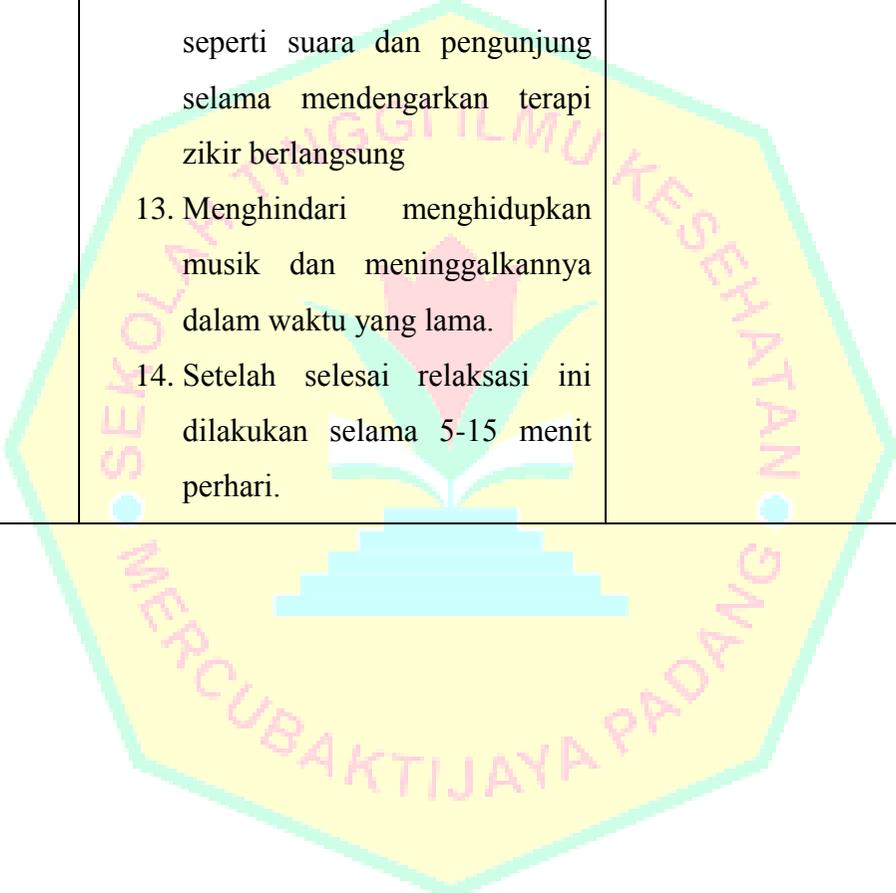
				<p>2. Setelah diposisikan semi-fowler sesak pasien tampak berkurang</p> <p>3. Setelah diberikan oksigen 5L sesak pasien tampak berkurang</p> <p>4. RR : 26x/i</p> <p>5. N : 118x/i</p> <p>A : Masalah pola nafas tidak efektif sudah teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan oleh perawat</p>	
2.	Sabtu / 22 Juli 2023	Defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meidentifikasi status nutrisi 2. Meidentifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Meidentifikasi makanan yang disukai 4. Memonitor asupan makanan 5. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium 6. Memfasilitasi menentukan 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sudah turun berat badan sejak 6 bulan terakhir sebanyak 10 kg sudah berkurang 2. Klien mengatakan nafsumakan terus menurun sudah berkurang 3. Selama sakit klien hanya minum susu dan sedikit memakan roti sudah berkurang 	

			<p>pedoman diet (mis:piramida makanan)</p> <p>7. Mensajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>8. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p>	<p>4. klien mengatakan tidak ada alergi makanan</p> <p>5. klien mengatakan susah menelan makanan padat sudah berkurang</p> <p>O :</p> <p>1. klien terlihat lemah dan lesu sudah berkurang</p> <p>2. klien terlihat kurus</p> <p>3. IMT : 12.5</p> <p>4. Klien tidak menghabiskan makanannya sudah berkurang</p> <p>5. Mukosa bibir tampak pucat sudah berkurang</p> <p>A : Masalah Devisit nutrisi sudah teratasi</p> <p>P :Intervensi dilanjutkan oleh perawat</p>	
3.	Sabtu / 22 Juli 2023	Ansietas b.d krisis situasional	1. Meidentifikasi penurunan tingkat energy, ketidak	S :	

			<p>mampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pengcahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 3. Menjelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang di pilih 4. Menjurkan mengambil posisi nyaman 5. Memberi salam dan panggil klien dengan namanya 6. Menanyakan perasaan klien dan kontrak 7. Menjelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. klien sudah tidak merasa khawatir dengan penyakit yang di deritanya sudah berkurang 2. klien juga bingung terhadap proses penyakit yang dideritanya sudah berkurang 3. klien mengatakan sudah nyaman dengan pakaiannya 4. klien mengatakan sudah tidak bingung dengan situasinya <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lemah sudah berkurang 2. Klien terlihat gelisah sudah berkurang 3. Klien terlihat cemas dengan penyakitnya 	
--	--	--	---	--	--

			<p>pada pasien/keluarga</p> <p>8. Menjaga privasi klien. memulai kegiatan dengan cara yang baik</p> <p>9. Memposisikan pasien dengan berbaring lurus ditempat tidur, minta pasien untuk mengatur nafas dan merileksasikan otot.</p> <p>10. Perawat duduk berada disamping pasien, relaksasi dimulai dengan menarik nafas melalui hidung lalu tahan selama 3 detik setelah itu hembuskan dengan mengucapkan kata ” Laillahailallah”</p> <p>11. Lalu perawat meminta Ibu tersebut mengulangi prosedur relaksasi dzikir dengan napas dalam seperti yang telah di</p>	<p>4. Klien sudah relax sudah berkurang</p> <p>5. Klien sudah tidak cemas sudah berkurang</p> <p>6. Kontak mata klien membaik sudah berkurang</p> <p>7. A : Masalah Ansietas sudah teratasi sebagian</p> <p>8. P :Intervensi dilanjutkan</p> <p>9. Meidentifikasi penurunan tingkat energy, ketidak mampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif.</p> <p>A : Masalah ansietas sudah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	
--	--	--	---	---	--

			<p>ajarkan perawat di awal lagi</p> <p>12. Membatasi stimulasi eksternal seperti suara dan pengunjung selama mendengarkan terapi zikir berlangsung</p> <p>13. Menghindari menghidupkan musik dan meninggalkannya dalam waktu yang lama.</p> <p>14. Setelah selesai relaksasi ini dilakukan selama 5-15 menit perhari.</p>	
--	--	--	---	--



BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, menegakan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Maka pada bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara teori dengan fenomena yang ditemukan di lapangan dalam perawatan kasus Ansietas pada TB Paru pada Ny. S yang dirawat oleh penulis sejak tanggal 18 juli 2023 sampai 22 Juli 2023 di ruang Paru RSUP DR M. Djamil Padang yang dapat diuraikan sebagai berikut :

A. Profil Lahan Praktek

Praktek dan penulisan Karya Ilmiah Ners dilaksanakan selama 5 hari untuk pengambilan kasus di ruang rawat inap Paru RSUP DR M Djamil Padang yaitu tanggal 18-22 juli 2023. Ruang rawat inap penyakit Paru rsup DR. M. Djamil padang terdiri dari ruangan karu, ruangan residen, ruangan perawat, nurse station, ruangan perasat, ruangan logistik, dan ruangan sholat. Ruang rawat inap Paru dipimpin oleh satu orang kepala ruangan. Dalam menjalankan tugasnya kepala ruangan di bantu oleh dua tim serta terdapat perawat pelaksana untuk menjalankan asuhan keperawatan kepada pasien.

Penyakit TB Paru merupakan penyakit nomor tiga terbanyak setelah Ca bronkogenik dan pneumotorak yang ditemukan di ruangan Paru RSUP DR. M. Djamil Padang. Rata-rata pasien TB Paru dianjurkan untuk banyak istirahat dan tidak beraktivitas berlebih karena akan mengakibatkan pasien kembali sesak nafas dan sulit untuk beraktivitas.

Pada kasus ini Ny. S dengan diagnosa TB Paru di rawat di ruang rawat inap Paru, di dalam ruang rawat terdapat tempat tidur, dan di ruangan tersebut juga terdapat satu pasien lain dengan kasus yang sama yaitu TB Paru. Penanganan di rumah sakit dari diagnosa yang di angkat di ruang rawat inap Paru Pola nafas tidak efektif b.d hambatan Upaya napas, Defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme, Ansietas b.d krisis situasional, dan intervensi khusus

yang dilakukan yaitu terapi dzikir dengan nafas dalam untuk mengurangi ansietas pada pasien penderita TB Paru.

B. Analisa proses keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Nursalam, 2014).

Pada tahap pengkajian yang dikaji biasanya dimulai dari identitas pasien, hal yang perlu diperhatikan pada saat pengkajian adalah alasan masuk dan keluhan utama klien. Secara teori biasanya klien dengan TB Paru masuk rumah sakit dengan keluhan nafas sesak, batuk berdahak, nyeri dada, mengeluh demam, kelemahan, kelelahan, penurunan berat badan, dan kecemasan (Smeltzer, 2014).

Saat pengkajian klien mengatakan saat masuk rumah sakit pasien mengeluh sesak nafas, batuk tapi tidak berdahak, dan demam. Saat ini pasien mengatakan masih mengalami sesak nafas ketika melakukan aktivitas, batuk tidak berdahak, dan masih demam. Klien juga mengatakan telah kehilangan berat badannya sebanyak ± 10 kg selama 6 bulan terakhir sehingga klien merasa badannya lemas dan membutuhkan bantuan orang lain untuk beberapa aktivitas. Pasien juga mengalami kecemasan terkait penyakit yang di deritanya.

Berdasarkan analisa penulis terdapat kesamaan teori dengan hasil pengkajian yaitu sesak nafas, batuk, dan demam yang menyebabkan ansietas pada klien TB Paru.

a. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya pasien mengalami sesak nafas yang sering kali datang mendadak dan semakin lama semakin berat, batuk disertai dahak yang kental dan sulit dikeluarkan, nyeri dada yang dirasakan pada sisi yang sakit, rasa berat, tertekan dan terasa lebih nyeri pada

gerakan pernapasan, dada terasa sempit, mudah lelah, badan tampak kurus karena terjadinya penurunan berat badan yang signifikan dan penurunan nafsu makan, dan kecemasan. (syamsuhidajat : 2017)

Pada kasus Ny. S didapat data yang sesuai dengan teori diatas, yaitu pasien mengeluh sesak nafas ketika melakukan aktivitas, sering batuk tapi tidak berdahak dan batuk semakin sering pada saat subuh, serta demam yang sudah dirasakan sejak 1 bulan yang lalu. Klien mengatakan tidak nafsu makan dan badan terasa lemas. Klien mengatakan terjadi penurunan berat badan sejak 3 bulan terakhir yaitu + 10 kg. Klien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga. Hal ini menyebabkan terjadinya kecemasan pada pasien.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Mengkaji riwayat kesehatan klien dimulai dari riwayat kesehatan dahulu, secara teoritis biasanya riwayat kesehatan dahulu pernah mengalami penyakit yang sama yaitu tuberculosis paru. Dan biasanya memiliki riwayat merokok (perokok aktif atau pasif), klien terkena paparan industry rendahnya konsumsi selenium dan vitamin A (Smeltzer, 2018).

Mengkaji riwayat kesehatan klien dimulai dari riwayat kesehatan dahulu, secara teoritis biasanya riwayat kesehatan dahulu klien pernah mengalami penyakit yang sama yaitu TB Paru.

Data yang di dapatkan penulis dalam riwayat kesehatan terdahulu pasien, Klien mengatakan sudah ada Riwayat TB pada tahun 2018 dan tuntas menjalani pengobatan selama 6 bulan. Keluhan tidak pernah dirasakan lagi selama 5 tahun terakhir, kemudian kembali merasakan sesak nafas, batuk tidak berdahak, dan demam sejak 1 bulan terakhir, keluarga membawa pasien ke puskesmas Ikur Koto Padang yang kemudian diberikan rujukan ke IGD Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) DR. M. Djamil Padang.

Menurut analisa penulis terdapat kesamaan teori dengan pengkajian, hal ini terjadi karena TB Paru tidak hanya disebabkan oleh kebiasaan merokok, polusi udara, paparan debu, asap dan gas kimiawi, dan bisa juga disebabkan oleh infeksi virus oleh bakteri yang dapat menimbulkan dinding bronkus berkontraksi sehingga menyebabkan inflamasi jalan nafas dan penyempitan saluran pernafasan secara periodik dan reversibel akibat bronkospasme.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya ada / tidak anggota keluarga yang mempunyai riwayat penyakit TB Paru, asma atau penyakit infeksi Paru lainnya (Muttaqin, 2014). Pada kasus Ny. S didapati data dengan teori diatas yaitu adanya keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan pasien.

Klien mengatakan bahwa suaminya terlebih dahulu yang didiagnosis TB kemudian Ny. S terjangkit TB karena tertular suami. Klien juga mengatakan bahwa suaminya merupakan perokok aktif.

Menurut analisa penulis adanya kesamaan antara teori dan kasus, faktor genetik/keluarga merupakan salah satu penyebab TB Paru dan adanya faktor resiko lain yang dapat menyebabkan TB Paru. Ketika dikaitkan dengan kasus, penyebab pasien terdiagnosis TB Paru diakibatkan karena tertular dari suami.

b. Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan tanda-tanda vital secara teori suhu tubuh dan frekuensi pernapasan akan mengalami peningkatan. Pada kasus ini ditemukan pasien tidak mengalami peningkatan suhu namun mengalami peningkatan frekuensi. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital klien didapatkan tekanan darah 123/70mmHg, nadi 95x/menit, pernafasan 27x/menit, suhu 36,6°C. Pada pemeriksaan dada didapatkan hasil inspeksi: bentuk dada simetris, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, tidak ada jejas, palpasi: fremitus kiri lemah dibanding

kanan, perkusi: sonor, auskultasi: suara nafas bronkovesikuler, terdengar suara tambahan ronchi.

2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan penemuan diagnosa yang mungkin muncul dalam teori menurut Nanda 2018 adalah: Diagnosa tersebut diangkat berdasarkan respon pasien saat dilakukan pengkajian didapatkan 3 diagnosa kasus dan secara teoritis ada 8 diagnosa, dimana pada diagnosa :

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan Upaya napas

Pola napas tidak efektif suatu keadaan dimana inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat (PPNI, 2016). Dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia pola napas tidak efektif masuk kedalam kategori fisiologis dengan subkategori respirasi. Penyebab dari pola napas tidak efektif adalah depresi pusat pernapasan, hambatan upaya napas (misalnya nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan), deformitas dinding dada, deformitas tulang dada, imaturitas neurologia, posisi tubuh yang menghambat ekspansi Paru, sindrom hipoventilasi, dan efek agen farmakologis (PPNI, 2016). Gejala dan tanda mayor dari pola napas tidak efektif adalah subjektif yaitu dispnea, objektif yaitu penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal (misalnya takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, dan Cheyne-stokes). Gejala dan tanda minor dari pola napas tidak efektif secara subjektif adalah ortopnea. Secara objektif adalah pernapasan pursed-lip, pernapasan cuping hidung, diameter thoraks anterior-posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, dan ekskursi dada berubah (PPNI, 2016).

pasien mengatakan bahwa pada saat ini pasien mengeluh sesak nafas ketika melakukan aktivitas, sering batuk tapi tidak berdahak dan batuk semakin sering pada saat subuh, serta demam yang sudah dirasakan sejak 1 bulan yang lalu. Menurut analisis penulis terjadinya

pola napas tidak efektif pada pasien karena keluhan sesak napas yang dialami pasien merupakan akibat dari penyempitan bronkus.

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme

Defisit nutrisi adalah intake nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme pada pasien. Penyebab defisit nutrisi yaitu ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi, dan faktor psikologis. Pada pasien tuberkulosis Paru penyebab terjadinya defisit nutrisi karena adanya peningkatan kebutuhan metabolisme. Alasan diagnosa ini ditegakkan berdasarkan data-data yang mendukung, karena pada subjektif pasien mengatakan tidak nafsu makan, klien mengatakan susah menelan makanan padat, pada data objektif klien tampak lemah, porsi makan berkurang, mukosa bibir tampak pucat, dan penurunan berat badan yang signifikan. (Aziz Alimul Hidayat, 2021). Pada saat pengkajian klien terlihat lemah dan lesu, IMT klien hasilnya 12,5, Klien terlihat tidak menghabiskan makanannya. Menurut analisis penulis penyebab dari defisit nutrisi berhubungan dengan kondisi penyakit pada pasien.

3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Ansietas berkaitan dengan krisis situasional ditandai dengan merasa cemas dengan akibat dari kondisi yang dialami, tampak tegang, tampak gelisah, dan frekuensi nadi meningkat. Pada SDKI terdapat banyak tanda dan gejala ansietas, ada beberapa tanda gejala yang tidak muncul pada klien. Gejala yang tidak muncul yaitu mengeluh pusing, pada klien tidak ditemukan gejala tersebut dikarenakan gejala pusing anoreksia, biasanya terjadi pada klien yang mengalami panic dan klien mengalami ansietas berat. Pada saat pengkajian klien terlihat gelisah, Klien terlihat sulit berkonsentrasi, Klien terlihat cemas dengan penyakitnya, Klien banyak bertanya tentang peluang sembuh dari

penyakit. Menurut analisa penulis terjadinya Ansietas pada Tn. A dapat diketahui oleh kondisi psikis klien, serta dilatar belakangi oleh beberapa faktor internal dan eksternal dari masing-masing individu itu sendiri. hal itu dapat dilihat dari proses pengobatannya yang membutuhkan waktu cukup lama karena harus menjalani berbagai proses pengobatan

3. Intervensi keperawatan

Setelah semua pengkajian dilakukan pada pasien didapatkan 3 diagnosa yang mana diagnosa ini berada di diagnosa teoritis. Tiga diagnosa yang ditegakkan berdasarkan keluhan pasien tersebut adalah:

Intervensi yang dilakukan pada diagnosa pertama yaitu **Manajemen Jalan Nafas** dengan aktivitas keperawatan.: Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman usaha napas), monitor bunyi napas (mis gurgling, mengi, wheezing, rongki kering), onitor sputum (jumlah warna aroma) Pertahankan kepatenan jalan nafas, posisikan semi owler atau fowler, berikan minuman hangat, lakukan fisioterapi dada, *jika perlu*, lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik, keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill, berikan oksige, *jika perlu*, anjurkan Asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak terkontra indikasi, ajarkan teknik batuk efektif.

Intervensi yang dilakukan pada diagnosa kedua yaitu **Manajemen Nutrisi** dengan aktivitas keperawatan: Identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrein, identifikasi perlunya menggunakan selang nasogetik, monitor asupan makanan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium Lakukan oral hyginesebelum makan,jika perlu, fasilitasi menentukan pedoman diet (mis:piramida makanan), sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, Berikan suplemen makanan, *jika perlu* Anjurkan posisi duduk,jika perlu, anjurkan diet yang di programkan

Intervensi yang dilakukan pada diagnosa ketiga yaitu **Terapi Relaksasi Dzikir dengan Nafas Dalam** dengan aktifitas keperawatan : Beri salam dan panggil klien dengan namanya, tanyakan perasaan klien dan kontrak, jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada pasien/keluarga, jaga privasi klien. memulai kegiatan dengan cara yang baik, posisikan pasien dengan berbaring lurus ditempat tidur, minta pasien untuk mengatur nafas dan merileksasikan otot, perawat duduk berada disamping pasien, relaksasi dimulai dengan menarik nafas melalui hidung lalu tahan selama 3 detik setelah itu hembuskan dengan mengucapkan kata "Laallaahallallah", lalu perawat meminta Ibu tersebut mengulangi prosedur relaksasi dzikir dengan napas dalam seperti yang telah di ajarkan perawat di awal lagi, batasi stimulasi eksternal seperti suara dan pengunjung selama mendengarkan terapi zikir berlangsung, hindari menghidupkan musik dan meninggalkannya dalam waktu yang lama, setelah selesai relaksasi ini dilakukan selama 5-15 menit perhari.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan TB Paru di ruang rawat inap penyakit Paru RSUP DR M. Djamil Padang, penulis tidak menemukan hambatan dalam hal pelaksanaannya, karena tindakan keperawatan yang diberikan dalam ruangan tersebut sebelumnya telah mendekati teori yang ada, sehingga penulis dapat menyelesaikan tindakan keperawatan yang akan diberikan, serta dengan adanya alat-alat medis yang menunjang tindakan keperawatan yang baik maka penulis dapat menerapkan asuhan keperawatan pada pasien TB Paru. Adapun implementasi yang penulis terapkan yaitu :

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan Upaya napas

Adapun implementasi yang dilakukan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah di susun sesuai dengan kondisi pasien, perawat

melakukan intervensi pada pasien yaitu yaitu dengan Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering), Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma), mempertahankan kepatenan jalan nafas, Memosisikan pasien semi-fowler atau fowler, Memberikan minuman hangat, Memberikan oksigen 5 L/. Menurut Analisa penulis intervensi yang diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien pada saat ini.

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme

Adapun implementasi yang dilakukan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah di susun sesuai dengan kondisi pasien, perawat melakukan intervensi pada pasien yaitu dengan Meidentifikasi status nutrisi, Meidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, Meidentifikasi makanan yang disukai, Memonitor asupan makanan, Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium, Memfasilitasi menentukan pedoman diet (mis:piramida makanan), Mensajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi. Menurut Analisa penulis intervensi yang diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien pada saat ini.

3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Adapun implementasi yang dilakukan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah di susun sesuai dengan kondisi pasien, perawat melakukan intervensi pada pasien yaitu Meidentifikasi penurunan tingkat energy, ketidak mampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif, Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan, Menjelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang di pilih, Menjurkan mengambil posisi nyaman, Memberi salam dan panggil klien dengan namanya , Menanyakan perasaan klien dan kontrak , Menjelaskan tujuan, prosedur,dan lamanya tindakan pada

pasien/keluarga, Menjaga privasi klien. memulai kegiatan dengan cara yang baik , Memposisikan pasien dengan berbaring lurus ditempat tidur, minta pasien untuk mengatur nafas dan merileksasikan otot, Perawat duduk berada disamping pasien, relaksasi dimulai dengan menarik nafas melalui hidung lalu tahan selama 3 detik setelah itu hembuskan dengan mengucapkan kata ”Laallaahllallah”, Lalu perawat meminta Ibu tersebut mengulangi prosedur relaksasi dzikir dengan napas dalam seperti yang telah di ajarkan perawat di awal lagi, Membatasi stimulasi eksternal seperti suara dan pengunjung selama mendengarkan terapi zikir berlangsung , Menghindari menghidupkan musik dan meninggalkannya dalam waktu yang lama, Setelah selesai relaksasi ini dilakukan selama 5-15 menit perhari. Menurut Analisa penulis intervensi yang diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien pada saat ini.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi dari proses keperawatan adalah mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan serta kemajuan pasien kearah pencapaian tujuan yang telah ditentukan (Potter & Perry, 2013). Tujuan dari evaluasi antara lain untuk menentukan perkembangan kesehatan klien, menilai efektifitas dan efisiensi tindakan keperawatan, mendapatkan umpan balik dari respon klien, dan sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan (Darmawan, 2013).

Menurut (Dinarti et al., 2014) format evaluasi keperawatan adalah menggunakan SOAP (Subjektive, Objektive, Analisis, dan Planning) diperoleh dari tiga diagnose yang muncul setelah dilakukan implementasi selama lima hari diperoleh hasil evaluasi sebagai berikut:

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan Upaya napas

Diagnose tersebut muncul pada tanggal 18 juli 2023, dan pada tanggal 23 juli 2023 pola nafas sudah efektif. Hasil evaluasi S : klien mengatakan pola nafas nya sudah mulai efektif dan nafasnya sudah tidak sesak, O : klien sudah tidak sesak saat bernafas, A : masalah

pola nafas tidak efektif sudah teratasi, P : intervensi dihentikan. Hal ini menandakan implementasi sudah dihentikan tapi klien masih melanjutkan pengobatan untuk penyembuhan TB Parunya.

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme

Diagnosa tersebut muncul pada tanggal 18 juli 2023 dan pada tanggal 23 juli 2023 kebutuhan nutrisi pasien sudah mulai tercukupi. Hasil evaluasi : S : klien mengatakan sudah mulai bernafsu makan, klien sudah mulai bisa menelan makanan padat, klien juga mengatakan sudah tidak mual setiap kali makan. O: porsi makan habis, mukosa bibir lembab. A : ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi. P : intervensi dihentikan. Hal ini menandakan implementasi sudah dihentikan tapi klien masih melanjutkan pengobatan untuk penyembuhan TB Parunya.

3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Diagnosa tersebut muncul pada tanggal 18 juli 2023 dan pada tanggal 23 juli 2023 ansietas pasien sudah teratasi. Hasil evaluasi : S : klien sudah tidak merasa khawatir dengan penyakit yang di deritanya, O : klien sudah relax, kloien sudah tidak cemas, kontak mata klien membaik, A : masalah ansietas pasien teratasi, P : intervensi dihentikan. Hal ini menandakan implementasi sudah dihentikan tapi klien masih melanjutkan pengobatan untuk penyembuhan TB Parunya.

Setelah dilakukan perawatan pada Ny. S selama lima hari baik secara medis maupun secara asuhan keperawatan. Kondisi pasien mulai membaik tapi masih harus di rawat inap untuk melanjutkan pengobatan TB Parunya.

C. Analisis intervensi dengan konsep penelitian terkait (aplikasi *Evidence Based Practice*)

Sesuai dengan masalah yang di dapatkan pada Ny. S yaitu sesak nafas, sesak bertambah Ketika melakukan aktivitas, pernafasan klien 27 x menit, batuk yang tidak disertai dahak dan akan bertambah parah ketika subuh dan demam berkepanjangan, hal ini menyebabkan bertambahnya tingkat kecemasan pasien dalam melakukan pengobatan dan hilangnya nafsu makan yang mengakibatkan penurunan berat badan secara signifikan. Di dapatkan untuk diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme, dan ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Sesuai dengan jurnal yang telah dilakukan terapi pemberian Teknik Dzikir dengan nafas dalam untuk merangsang terbukanya sistem kolateral, meningkatnya distribusi ventilasi dan meningkatkan volume Paru sehingga dapat mengurangi sesak yang dirasakan. Dzikir dengan nafas dalam juga terbukti dapat menurunkan tingkat kecemasan pasien sehingga pasien merasa relax dan lebih dekat dengan tuhan melalui dzikir dengan nafas yang di lakukannya.

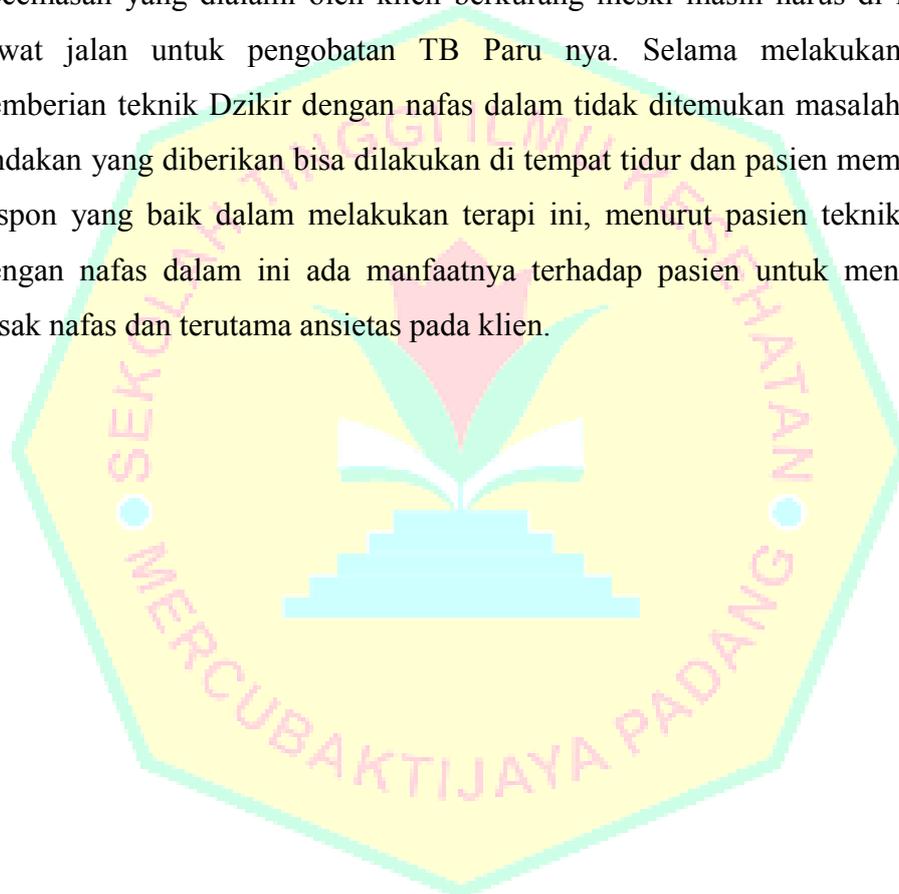
Dimana sebelum dilakukan teknik Dzikir dengan nafas dalam ini pasien mengeluh sesak nafas, pernafasan 27 x / menit. Setelah dilakukan terapi ini untuk Ny. S pada tanggal 18 juli 2023, sesaknya sudah mulai berkurang.

Teknik Dzikir dengan nafas dalam merupakan salah satu terapi spiritual yang dapat dilakukan untuk menurunkan tingkat kecemasan pada pasien Tb Paru. Terapi spiritual sangat diperlukan karena sesungguhnya gangguan fisik maupun psikis disebabkan oleh faktor materi-biologis maupun faktor spiritual. Oleh karena itu, suatu penyakit harus disembuhkan berdasarkan dari faktor penyebabnya. Terapi spiritual bisa dilakukan dengan ruqyah, zikir, bertaubat, bertawakal, dan berdo'a agar disembuhkan dari penyakit (Rusydi,2015).

Penelitian yang dilakukan oleh Amrullah, dkk., Tahun 2021 tentang Efektivitas Terapi Psiko Spiritual (Dzikir Dengan Nafas Dalam) Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Tuberkulosis Paru, penelitian ini merupakan penelitian Quasi Eksperimen dengan rancangan One Group Pretest-

Posttest design. 21 orang klien TB Paru dengan ansietas mengalami penurunan tingkat kecemasan setelah di berikan terapi ini.

Setelah dilakukan implementasi terapi dalam pemberian teknik Dzikir dengan nafas dalam untuk menurunkan ansietas pada Ny. S dengan TB Paru. Pada ketiga diagnosa yang muncul, dihari ke lima kondisi klien sudah mulai membaik yang dibuktikan dengan sesak nafas klien sudah berkurang, dan batuk klien sudah berkurang, klien juga sudah mulai bernafsu untuk makan, dan kecemasan yang dialami oleh klien berkurang meski masih harus di lakukan rawat jalan untuk pengobatan TB Paru nya. Selama melakukan terapi pemberian teknik Dzikir dengan nafas dalam tidak ditemukan masalah karena tindakan yang diberikan bisa dilakukan di tempat tidur dan pasien memberikan respon yang baik dalam melakukan terapi ini, menurut pasien teknik Dzikir dengan nafas dalam ini ada manfaatnya terhadap pasien untuk mengurangi sesak nafas dan terutama ansietas pada klien.



BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Dari seluruh uraian penulis yang telah dibahas terhadap Ny. S dengan gangguan kecemasan: TB Paru dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada, kondisi yang ditemukan pada pasien adalah keadaan umumnya baik, usia klien 47 tahun klien mengeluh sesak nafas, batuk tidak berdahak, dan demam. Klien mengatakan tidak memiliki nafsu makan dan terkadang tidak mampu melakukan aktivitas nya sendiri, klien tampak sesak, klien tampak batuk tidak berdahak, dan demam, klien tampak lemah 123/70mmHg, nadi 95x/menit, pernafasan 27x/menit, suhu 36,6□c.
2. Diagnosa yan muncul pada kasus nyata berdasarkan kondisi dan respon pasien sehingga ada diagnosa keperawatan yang sesuai dengan tinjauan teori. Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien sbb:
 - a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan Upaya napas
 - b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan Upaya napas
 - c. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
 - d. Pada tahap perencanaan, ketiga diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus nyata semuanya dilakukan pada pasien
 - e. Pada tahap evaluasi, ketiga diagnosa keperawatan yang diprioritaskan semuanya dapat teratasi
 - f. Dokumentasi keperawatan dilakukan dengan mendokumentasikan semua kegiatan dan hasilnya mulai dari pengkajian sampai dengan catatan keperawatan yang ada dalam status pasien sebagai bukti tanggung jawab dan tanggung gugat di kemudian hari.

B. Saran

1. Bagi penulis Diharapkan hasil dari asuhan keperawatan ini dapat menambah wawasan atau pengetahuan bagi penulis dalam merawat pasien TB Paru selanjutnya dan hasil dari asuhan keperawatan ini dapat menjadi pedoman untuk asuhan keperawatan TB Paru pada pasien lainnya.
2. Bagi Institusi STIKes MERCUBAKTIJAYA Padang Agar dapat memberikan referensi dan bahan bacaan kepada mahasiswa mengenai pemberian asuhan keperawatan yang tepat sehingga tindakan pencegahan dan penanganan dapat dilakukan secara optimal, dan juga dapat menambah sumber referensi di perpustakaan sebagai bahan acuan penelitian yang akan datang.
3. Bagi pihak rumah sakit Diharapkan dalam pemberian pelayanan pada semua klien umumnya dan kepada klien dengan TB Paru khususnya, rumah sakit dapat mengoptimalkan penerapan proses keperawatan di lapangan, yang ditunjang dengan fasilitas-fasilitas yang memadai untuk pemeriksaan penunjang, serta didukung dengan peraturan-peraturan dan kebijakan standar pelayanan pada pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan TB Paru.
4. Bagi perawat Agar dapat memberikan tindakan keperawatan kepada pasien secara optimal, juga harus dilakukan tindakan-tindakan mandiri perawat, dan lebih meningkatkan hubungan baik dengan pasien dan keluarga agar asuhan keperawatan yang telah diberikan berjalan dengan lancar karena proses terapi untuk pasien membutuhkan waktu yang lama. Dan dapat dijadikan salah satu intervensi dalam mengatasi ansietas dan sesak nafas.

DAFTAR PUSTAKA

- Abd. Wahid, I. S. (2013). Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Respirasi. TIM.
- Brunner & Suddarth. 2015. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Dialihbahasakan Waluyo Agung, dkk. Jakarta: EGC
- Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat. Profil Kesehatan Sumatera Barat Tahun 2021. Padang: DKK Prov Sumbar; 2021.
- Doenges, Marilyn E. dkk. 2000. Rencana Asuhan Keperawatan & Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien. Edisi III. Alih Bahasa: I Made Kriasa. EGC. Jakarta
- Jauhari, J. (2014). Skripsi : Pengaruh Terapi Psikoreligius : Doa Dan Dzikir Terhadap Penurunan Tingkat Depresi Pada Penderita Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Kota Semarang 2014.
- Kementerian Kesehatan RI. Infodatin Tuberkulosis. Pusat Data dan Informasi Kesehatan RI. 2022;2(1):3-4.
- Kenedyanti, Evin & Lilis Sulistyorini. 2017. Analisis Mycobacterium Tuberculosis Dan Kondisi Fisik Rumah Dengan Kejadian Tuberkulosis Paru
- Kozier, Erb, Berman, Snyder. (2016). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses & Praktik*. Jakarta : EGC.
- Manurung, S, Suratun, Paula K, dan Ni L. 2016. Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Pernafasan Akibat Infeksi. Jakarta: Trans Info Medi
- Moorhead. S, Johnson. M, Maas. Meridean, Swanson. E. (2016). Nursing Outcomes Classification (NOC). Edisi 5. Singapore: Elsevier
- Muttaqin, A., 2014, Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pernafasan, Salemba Medika, Jakarta
- Nardell, Edward (2016). Transmission and Institutional Infection Control of Tuberculosis. [Online]. Cold Spring Harb Perspect Med.
- Nizar Muhamad. 2017. Pemberantas dan Penanggulangan Tuberkulosis. Sleman: Gosyen publishing

- Nursalam. (2014). Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam praktek keperawatan Profesional, Edisi 4. Jakarta : Salemba Medika.
- Potter & Perry. (2013). Fundamental Of Nursing edisi 7. Jakarta : Salemba medika.
- PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta: PPNI.
- Prihantono, Wahyu Eko. 2018. Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Tuberculosis Paru Pada Pengobatan Fase Intensif di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Puspitasari R, Saraswati L, Hestiningih R. Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Tuberkulosis Pada Anak (Studi Di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Semarang). J Kesehat Masy. 2015;3(1):191–7.
- Rekam Medis RSUP M.Djamil Padang. Laporan Tahunan Penyakit di RSUP M.Djamil Padang. Padang: RSUP M.Djamil, 2021
- Rusydi, (2015) Kecemasan dan Psikoterapi Spiritual Islam. Istana Publishing. Cetakan pertama, 2015.
- Siki, T. P. (2018). Dpp Ppni. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (I). Jakarta. Practice Nurse. Siki, T. P. (2018). Dpp Ppni. 2018. Standar Luaran Keperawatan Indonesia (I). Jakarta. Practice Nurse.
- Sjamsuhidajat, R., Prasetyono, T., & Riwanto, I. 2017. Buku Ajar Ilmu Bedah: Masalah Pertimbangan Klinis Bedah dan Metode Pembedahan. Jakarta: EGC.
- Smeltzer, Susan C. 2014. Keperawatan medikal-bedah. Jakarta:EGC
- Soemantri, I. (2012). Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Pernafasan (Edisi 2). Salemba Medika.
- Umami, M. & Amrullah, Muhammad & Ekawati, Alon. (2021). Efektivitas Terapi Psiko Spiritual Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Tuberculosis Paru Dengan Terapi Obat. Citra Delima : Jurnal Ilmiah STIKES Citra Delima Bangka Belitung. 5. 6-10. 10.33862/citradelima.v5i1.212.
- World Health Organization (WHO). Global Tuberculosis Report 2019. Geneva: World Health Organization; 2021

Zainita, A. P., & Ekwantini, R. D. (2019). Penerapan Batuk Efektif Dalam Mengeluarkan Sekret Pada Pasien Tuberkulosis Dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi Di Keluarga. Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

