

## BAB 4

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Hasil

##### 4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Penelitian studi kasus ini dilaksanakan di RSUD BANGIL. Pengambilan data dilakukan pada satu klien di RSUD BANGIL Pasuruan yang mengalami TB Paru dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

##### 4.1.2 Pengkajian

###### 1. Identitas Klien

Tabel 4.1 Pengkajian data umum dengan masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh di RSUD Bangil Pasuruan.

IDENTITAS KLIEN	KLIEN
Nama	Tn.M
Umur	79 Tahun
No.Rekam Medis	00403399
Jenis Kelamin	Laki-laki
Suku Bangsa	Jawa
Agama	Islam
Pendidikan	SD
Pekerjaan	Petani
Alamat	Rejasari kraton, Kab.Pasuruan
Diagnosa Medis	TB Paru
Tanggal MRS	15 juli 2019
Tanggal Pengkajian	17 juli 2019

###### 2. Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

RIWAYAT PENYAKIT	KLIEN
Keluhan Utama	Klien mengatakan muntah setiap kali makan.
Riwayat Penyakit Sekarang	Klien mengatakan 2 minggu yang lalu awalnya hanya mual dan nafsu makan menurun saja disertai batuk terus menerus, klien hanya membeli obat di apotek untuk batuk dan mualnya, satu hari kemudian batuk terus menerus tidak juga kunjung sembuh dan setiap kali makan muntah bahkan sehari bisa muntah lebih dari 4 kali, perut terasa nyeri, badan lemas, merasa kepala pusing, dan sesak nafas, saat itu klien langsung dilarikan keluarganya ke IGD RSUD Bangil pada tanggal 15 juli 2019 pukul 22.00, setelah mendapat penanganan di IGD pasien di pindahkan keruangan pada tanggal 16 juli 2019 pukul 01.30.
Riwayat Penyakit Dahulu	Keluarga klien mengatakan memiliki riwayat penyakit diabetes sejak 3 tahun yang lalu dan memiliki riwayat penyakit TB paru sejak 2 tahun yang lalu.
Riwayat Penyakit Keluarga	Keluarga klien mengatakan dalam keluarganya mempunyai riwayat penyakit menurun Diabetes militus.

### 4.1.3 Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.3 Pemeriksaan Fisik (B1 – B6) Partisipan studi kasus

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada TB Paru di

RSUD BANGIL Pasuruan.

Pemeriksaan Fisik	Klien
Keadaan Umum	Lemah
Kesadaran Umum	Composmetis
Tanda – Tanda Vital	
Tekanan Darah	110/60 mmHg
Nadi	90x/menit
Suhu	37,0°C
RR	28x/menit
TB	165 cm
BB	48 Kg
Body Sistem : B1 (Breathing)	<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <p>Inspeksi : pergerakan dada kanan kiri simetris, menggunakan alat bantu nafas O2 NRBM 10 lpm, kedalaman nafas dangkal, tidak adanya jejas diarea dada.</p> <p>Auskultasi : terdapat suara nafas tambahan berupa ronkhi.</p>
B2 (Blood)	<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <p>Inspeksi : Tidak terlihat adanya ictus cordis, tidak adanya edema.</p> <p>Palpasi : Nadi 90x/menit, akral teraba hangat kering merah, CRT &gt;2 detik.</p> <p>Auskultasi : TD 110/60 mmHg.</p>
B3 (Brain)	DS : -

	<p>DO :</p> <p>Inspeksi : keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, GCS: E; 4, V; 5, M; 6, tidak terjadi kelumpuhan, tidak pernah kejang.</p>						
B4 (Bladder)	<p>DS :-</p> <p>DO :</p> <p>Inspeksi : BAK: terpasang DC, Warna kuning , jumlah BAK 500cc/hari.</p>						
B5 (Bowel)	<p>DS : klien mengatakan nyeri perut kuadran kiri bawah, mual dan muntah sehari lebih dari 4 kali, pola BAB tidak rutin 2 kali sehari, konsistensi lunak, keluarga klien mengatakan BB klien sebelum sakit 55 kg selama sakit 48 kg, nafsu makan menurun, keluarga klien mengatakan sebelum sakit porsi makan/hari 2 kali/hari dengan porsi sedang.</p> <p>DO :</p> <p>Inspeksi : abdomen tidak terdapat lesi</p> <p>Palpasi : terdapat nyeri tekan pada perut kuadran kiri bawah.</p>						
B6 (Bone)	<p>DS :-</p> <p>DO : adanya kelemahan pada ekstermitas bawah</p> <div style="text-align: center;"> <table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;"> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">4</td> <td style="padding: 0 10px;">4</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding-left: 5px;"> </td> </tr> </table> </div> <p>terpasang infus pada ekstremitas, turgor kulit menurun.</p>	5	5		4	4	
5	5						
4	4						

Tabel 4.4 Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium

Nama : Tn.M

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
<b>Hematologi</b>			
<b>Darah lengkap</b>			
		$\times 10^3/\mu\text{L}$	4,5-11
Leukosit	9,88		Nilai Kritis : <2 Or >30
Neutrofil	6,1	$\times 10^3/\mu\text{L}$	1,5-8,5
Limfosit	2,33	$\times 10^3/\mu\text{L}$	1,1-5,0
Monosit	<b>H</b> <u>1,5</u>	$\times 10^3/\mu\text{L}$	0,14-0,66
Eosinofil	.0377	$\times 10^3/\mu\text{L}$	0-0,33
Basofil	0,09	$\times 10^3/\mu\text{L}$	0-0,11
Neutrofil %	61,4	%	35-66
Limfosit %	<b>L</b> <u>22,5</u>	%	24-44
Monosit %	<b>H</b> <u>14,8</u>	%	3-6
Eosinofil %	0,4	%	0-3
Basofil %	0,9	%	0-1
Eritrosit (RBC)	5,541		4,5-5,9
Hemoglobin (HGB)	14,78	g/dL	13,5-17,5
Hematokrit (HCT)			Nilai kritis : <7 Or >21
MCV	43,4	%	37-53
MCH			Nilai kritis : <21 Or >65
MCHC	<b>L</b> <u>78,28</u>	fL	80-100
RDW	26,66	pg	26-34
PLT	34,06	%	32-36
	12,58	%	11,5-13,1
	217	$\times 10^3/\mu\text{L}$	150-450
MPV			Nilai kritis : <50 Or >1000
			6,90-10,6

<b>Kimia Klinik</b>	5,974	fL	
<b>Gula Darah</b>			
Gula darah sewaktu			<200
	116	mg/dL	Nilai Kritis : <50 Or >450
<b>FAAL GINJAL</b>			
BUN			7,8 – 20,23
			Nilai Kritis : >100
Kreatinin	<b>H</b> <u>28</u>	mg/dL	0,6 – 1,0
	<b>H</b> <u>1.360</u>	mg/dL	Nilai Kritis : ≥10 (Pasien Non Dialisis)

Tabel 4.5 Terapi Medis

Partisipan
1. O2 NRBM 10 lpm 2. Infus Pz 14 tpm 3. Injeksi Ondan 3x4 amp 4. Oral ambroxol 3x1

#### 4.1.4 Analisa Data

Tabel 4.6 Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
Klien		
DS : klien mengatakan badan	Microbakterium	Ketidaksimbangan nutrisi



<p>terasa lemas, mual dan muntah lebih dari 4 kali/hari, nyeri perut, nafsu makan menurun, dan keluarga klien mengatakan BB turun semenjak sakit.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. TTV <ul style="list-style-type: none"> <li>TD : 110/60 mmHg</li> <li>Nadi : 90x/menit</li> <li>Suhu : 37°C</li> <li>RR : 28x/menit</li> </ul> </li> <li>b. Keadaan umum lemah</li> <li>c. Mual</li> <li>d. Muntah lebih dari 4 kali/hari</li> <li>e. Membran mukosa kering/ Pucat</li> <li>f. Turgor kulit menurun</li> <li>g. Nyeri abdomen kuadran kiri bawah</li> <li>h. Klien terlihat kurus</li> <li>i. BB sebelum sakit 55 Kg BB selama sakit 48 Kg TB 165 cm IMT 17,6</li> </ul>	<p>tuberculosa</p> <p>Menetap pada paru dan terjadi peradangan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Terjadi peradangan tahunan di bronkus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Berkembang pada jaringan ikat sekitar</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Bagian tengah nekrosis dan membentuk jaringan keju</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Terjadi batuk produktif</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Batuk berat menyebabkan distensi abdomen</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Mual muntah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Intake nutrisi kurang</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>	<p>kurang dari kebutuhan tubuh</p>
---	--	------------------------------------

#### 4.1.5 Diagnosa Keperawatan

- 1) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan dibuktikan dengan nafsu makan menurun, mual dan muntah lebih dari 4 kali/hari, Penurunan berat badan dari 55 kg menjadi 48 kg.

#### 4.1.6 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.7 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan dibuktikan dengan penurunan berat badan 55 kg menjadi 48 kg, nafsu makan menurun, mual dan muntah.	<p><b>Tujuan :</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh membaik.</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>2) Nafsu makan membaik (5)</li><li>3) Porsi makan yang dihabiskan meningkat (5)</li><li>4) Frekuensi makan membaik (5)</li><li>5) Membran</li></ol>	<p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Observasi tanda-tanda vital</li><li>2. Mengidentifikasi status nutrisi.</li><li>3. Identifikasi makanan yang disukai</li></ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>4. Lakukan oral hygiene sebelum makan</li><li>5. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li><li>6. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li></ol>



	mukosa cukup membaik (5)	<b>Edukasi :</b> 7. Anjurkan posisi duduk, jika mampu <b>Kolaborasi :</b> 8. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi. 9. Kolaborasi dengan ahli gizi
--	-----------------------------	---

#### 4.1.7 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.8 Implementasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tanggal/Jam	Implementasi	Paraf
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan dibuktikan dengan nafsu makan menurun, mual dan muntah lebih dari 4 kali/hari, Penurunan berat badan dari 55 kg menjadi 48 kg.	17/07/19  14.00  14.30	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Timbang terima antar sift</li> <li>2. Mengidentifikasi makanan yang disukai.   H : keluarga klien mengatakan klien suka makanan berkuah.</li> <li>3. Mengidentifikasi status nutrisi  H : keluarga pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien makan dengan porsi sedang sebanyak 2 kali/hari, saat masuk rumah sakit klien hanya makan 2 sendok per porsinya.</li> <li>4. Mengobservasi tanda-tanda vital  H : TD : 110/60 mmHg  N : 90 x/menit</li> </ol>	

		<p>S : 37°C</p> <p>RR : 28x/menit</p>	
	17.00	<p>5. Mengkolaborasi dengan tim medis pemberian terapi</p> <p>H : O2 NRBM 10 lpm</p> <p>Infus Pz 14 tpm</p> <p>Injeksi fartison 2x1 amp</p> <p>Injeksi Ondan 3x4 amp</p> <p>Oral ambroxol 3x1</p>	
	18/07/19		
	07.00	<p>1. Timbang terima antar sift</p> <p>2. Mengidentifikasi status nutrisi</p> <p>H : keluarga klien mengatakan klien makan 2 kali/hari hanya menghabiskan setengah porsi.</p>	
	07.30	<p>3. Melakukan oral hygiene sebelum makan.</p> <p>H : klien mengatakan mulut terasa lebih segar dan terasa nyaman.</p> <p>4. Menganjurkan posisi duduk</p> <p>H : klien terlihat bisa duduk meski dibantu keluarga.</p>	
	08.30	<p>5. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>H : makanan yang disajikan yaitu makanan berkuah dan terdapat sayur serta lauk berbahan dasar kedelai, tetapi klien hanya</p>	

		<p>memakan sedikit sayur.</p> <p>6. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai H : keluarga mengatakan klien lebih suka makan saat masih hangat dan mengurangi rasa mual maupun muntah.</p> <p>7. Mengkolaborasi dengan tim medis pemberian terapi H : O2 NRBM 10 lpm Infus Pz 14 tpm Injeksi fartison 2x1 amp Injeksi Ondan 3x4 amp Oral ambroxol 3x1</p> <p>8. Mengobservasi tanda-tanda vital H : TD : 120/70 mmHg N : 104x/menit S : 36,9°C RR : 25x/menit</p>	
	12.00		
	19/07/19		
	07.00	<p>1. Timbang terima antar sift</p> <p>2. Mengidentifikasi status nutrisi H : keluarga klien mengatakan klien makan 2 kali/hari menghabiskan satu porsi.</p>	
	07.30	<p>3. Melakukan oral hygiene sebelum makan. H : klien mengatakan lebih nafsu makan saat dilakukan oral hygiene sebelum makan.</p>	

	08.30	<p>4. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>H : makanan yang disajikan yaitu makanan berkuah dan terdapat sayur serta terdapat lauk ayam, klien sudah mau menghabiskan sayur meskipun harus dipaksa oleh keluarganya.</p> <p>5. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>H : keluarga mengatakan klien lebih suka makan saat masih hangat dan mengurangi rasa mual dan muntah.</p>	
	12.00	<p>6. Mengkolaborasi dengan tim medis pemberian terapi</p> <p>H : O2 NRBM 10 lpm</p> <p>Infus Pz 14 tpm</p> <p>Injeksi fartison 2x1 amp</p> <p>Injeksi Ondan 3x 1amp</p> <p>Oral ambroxol 3x1</p> <p>7. Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>H : TD : 120/70 mmHg</p> <p>N : 98x/menit</p> <p>S : 36,7°C</p> <p>RR : 22x/menit</p>	

#### 4.1.8 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.10 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa	Tanggal	Evaluasi	Paraf
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan dibuktikan dengan nafsu makan menurun, mual dan muntah lebih dari 4 kali/hari, Penurunan berat badan dari 55 kg menjadi 48 kg.	17/07/19	<p>S : klien mengatakan masih mual dan muntah 4 kali, nafsu makan menurun, makan hanya habis 2 sendok.per porsi.</p> <p>O :</p> <p>TD : 110/60 mmHg</p> <p>N : 90 x/menit</p> <p>S : 37°C</p> <p>RR : 28x/menit</p> <p>Mukosa bibir kering</p> <p>Klien masih tidak nafsu makan terlihat dari makanan yang tidak habis.</p> <p>A : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan (1,2,3,4,5,6,7,8)</p>	
	18/09/19	<p>S : klien mengatakan masih mual dan muntah hanya 1 kali, nafsu makan sedikit meningkat karena di lakukan oral hygiene dan menghadirkan makanan selagi hangat, keluarga klien juga mengatakan klien menghabiskan setengah dari porsi makanan yang dihidangkan.</p> <p>O :</p>	

		<p>TD : 120/70 mmHg</p> <p>N : 104x/menit</p> <p>S : 36,9°C</p> <p>RR : 25x/menit</p> <p>Mukosa bibir terlihat lembab</p> <p>Klien nafsu makannya meningkat terlihat porsi makan yang dihidangkan hanya tersisa setengah porsi.</p> <p>A : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi sebagian.</p> <p>P : intervensi di lanjutkan ( 1,2,3,4,5,6,7)</p>	
	19/07/19	<p>S : klien mengatakan sudah tidak mual maupun muntah, nafsu makan membaik, porsi makan meningkat, frekuensi makan membaik sebanyak 2kali/hari.</p> <p>O : TD : 120/70 mmHg</p> <p>N : 98x/menit</p> <p>S : 36,7°C</p> <p>RR : 22x/menit</p> <p>Mukosa bibir terlihat lembab dan tidak pucat.</p> <p>Klien nafsu makannya meningkat terlihat makanan yang dihidangkan habis.</p> <p>A : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi.</p> <p>P : intervensi di lanjutkan di</p>	

		ruangan kedua. (pindah ruangan)	
--	--	---------------------------------	--

## 4.2 Pembahasan

Pada sub bab ini berisi tentang pembahasan asuhan keperawatan melalui pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Maksudnya memperjelas karena tidak semua yang ada pada teori dapat diterapkan dengan mudah pada kasus yang nyata dan membahas keterkaitan hasil dari kasus nyata dan teori.

### 4.2.1 Pengkajian

Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil pengkajian penyakit TB paru dengan masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh menunjukkan bahwa pasien berusia 79 tahun. Hasil pengkajian didapatkan bahwa:

Pasien mengeluh mual dan nafsu makan menurun disertai batuk terus menerus, muntah setiap makan, perut terasa nyeri, badan lemas, merasa kepala pusing, dan sesak nafas. Pemeriksaan Tanda-tanda vital didapatkan hasil TD: 110/60 mmHg, N: 90x/menit, S: 37,0°C, RR: 28x/menit, dan didapatkan tanda mayor pada pasien yaitu berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal pasien mengalami penurunan berat badan 7 kg (BB awal 55 Kg BB selama sakit 48 Kg). Sedangkan ditemukan tanda minor pada pasien yaitu kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun serta membrane mukosa pucat.

Berdasarkan teori ditemukan beberapa persamaan pada pengkajian studi kasus, persamaan keluhan pasien ditemukan pada data mayor yaitu menurunnya berat badan pasien minimal 10% di bawah rentang ideal, sedangkan ditemukan data minor pada pasien yaitu kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun serta membran mukosa pucat (PPNI T. P., StandarDiagnosa Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator

Diagnostik, 2017). Sedangkan menurut beberapa penelitian penyebab dari penurunan berat badan juga dikarenakan nafsu makan menurun, mual maupun muntah, kram atau nyeri abdomen bahkan bisa terjadi susah telan pada penderita (Sabatini I. P., 2017) (Noerharsari, 2018).

Menurut peneliti mengapa ada beberapa perbedaan ataupun persamaan dalam keluhan yang dirasakan setiap klien dalam suatu penelitian ataupun teori yang muncul hal itu dapat di pengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya meliputi usia ataupun jenis kelamin yang berbeda dalam setiap penelitian, seberapa lama sakit yang diderita oleh klien dalam setiap penelitian, dan persepsi yang dirasakan oleh setiap klien akan cukup mempengaruhi keluhan yang dirasakan dalam suatu penelitian yang dilakukan. Menurut peneliti antara kasus dan 2 jurnal penelitian dalam pengkajian sudah sesuai dengan tanda mayor dan minor yang sudah dijelaskan dalam teori.

#### **4.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan pada partisipan adalah Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan dibuktikan dengan nafsu makan menurun, mual dan muntah lebih dari 4 kali/hari, Penurunan berat badan dari 55 kg menjadi 48 kg.

Menurut teori (PPNI T. P., standar diagnosis keperawatan indonesia definisi dan indikator diagnostik, 2017) defisit nutrisi menunjukkan tanda mayor penurunan berat badan 10% dibawah rentang ideal sedangkan tanda minor menunjukkan adanya nyeri abdomen, nafsu makan menurun, bising usus hiperaktif, membrane mukosa pucat, dan



pada studi kasus sudah terdapat tanda mayor minor sesuai dengan yang dijelaskan pada teori.

Pada studi kasus ini hampir semua yang terdapat pada batasan karakteristik atau pada data mayor minor pada ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh atau defisit nutrisi yang sebagian besar ditemukan pada pasien penulis dan pasien pada jurnal penelitian di atas. Apabila ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, tidak segera ditangani maka dapat mengganggu metabolisme tubuh. Pada kasus ini berdasarkan kecocokan dari data mayor minor yang sudah disesuaikan dengan apa yang dikeluarkan pasien penulis dan peneliti lainnya sama sehingga menegaskan diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

#### **4.2.3 Rencana Keperawatan**

Perencanaan merupakan intervensi yang harus dilakukan dalam mengatasi permasalahan yang muncul pada tahap ini peneliti membuat rencana tindakan keperawatan sesuai dengan teori yang ada yang meliputi tujuan dan kriteria hasil yang telah dirumuskan dan telah ditetapkan sebelumnya serta peneliti merencanakan tindakan yang operasional. Perencanaan secara umum dibuat berdasarkan pada ilmu dan teori yang ada dan berdasarkan masalah yang terjadi pada partisipan dengan memperhatikan kondisi fisik, sosial ekonomi keluarga dan sarana prasarana yang ada di rumah sakit. Tindakan keperawatan itu meliputi aspek promotif, preventif, kualitatif, dan rehabilitatif serta melibatkan keluarga, sehingga semua rencana yang ada pada teori dapat dilaksanakan pada kasus nyata.

Rencana keperawatan dalam pengkajian sudah sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien penulis sesuai dengan teori yang digunakan dan

pasien peneliti lainnya sehingga disini ada kesesuaian dari intervensi pasien yaitu memonitor tanda-tanda vital pasien, melakukan oral hygiene sebelum makan, menyajikan makanan yang menarik dan suhu sesuai, mengidentifikasi status nutrisi pasien. Adapun perbedaan dalam intervensi meliputi menimbang berat badan, menyajikan makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi, berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi obat, menanyakan makanan apa yang disukai, menganjurkan pasien duduk jika mampu.

Peneliti berpendapat mengapa ada perbedaan maupun persamaan dalam penetapan teori perencanaan yang digunakan, hal itu dapat disebabkan oleh pendapat atau persepsi setiap peneliti berbeda dalam menyikapi setiap klien yang menjadi partisipan. Faktor yang dapat memicu adalah bagaimana keadaan setiap klien yang ditangani, teori apa yang lebih tepat dan dapat dipahami untuk menangani masalah yang dialami, ataupun ada ketentuan khusus yang sudah ditetapkan untuk menggunakan suatu teori tertentu dalam perencanaan yang akan dilaksanakan dalam suatu penelitian dan apakah semua intervensi yang telah dipilih peneliti dapat dilakukan dalam lingkungan rumah sakit atau tidak.

#### **4.2.4 Implementasi Keperawatan**

Tahapan ini merupakan tahap lanjutan setelah tahap perencanaan dari masalah keperawatan yang muncul pada partisipan. Tindakan secara umum dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah dibuat sebelumnya. Perencanaan keperawatan serta tindakan keperawatan yang dialami partisipan dapat teratasi. Dari jangka waktu yang telah ditentukan yaitu selama 3x24 jam diharapkan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh membaik.

Pada hari ke 1 mendapatkan 8 tindakan keperawatan berdasarkan rencana keperawatan yaitu, Mengidentifikasi makanan yang disukai, hasil: keluarga klien mengatakan klien suka makanan berkuah. Mengidentifikasi status nutrisi, hasil: keluarga pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien makan dengan porsi sedang sebanyak 2 kali/hari, saat masuk rumah sakit klien hanya makan 2 sendok per porsinya, Mengobservasi tanda-tanda vital, hasil: TD : 110/60 mmHg, N : 90 x/menit, S : 37°C, RR : 28x/menit. Mengkolaborasi dengan tim medis pemberian terapi, hasil: O2 NRBM 10 lpm, Infus Pz 14 tpm, Injeksi fartison 2x1 amp, Injeksi Ondan 3x4 amp, Oral ambroxol 3x1.

Pada hari kedua klien mendapatkan tindakan keperawatan: Mengidentifikasi status nutrisi, hasil: keluarga klien mengatakan klien makan 2 kali/hari hanya menghabiskan setengah porsi. Melakukan oral hygiene sebelum makan, hasil: klien mengatakan mulut terasa lebih segar dan terasa nyaman. Menganjurkan posisi duduk, hasil: klien terlihat bisa duduk meski dibantu keluarga. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, hasil: makanan yang disajikan yaitu makanan berkuah dan terdapat sayur serta lauk berbahan dasar kedelai, tetapi klien hanya memakan sedikit sayur. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, hasil: keluarga mengatakan klien lebih suka makan saat masih hangat dan mengurangi rasa mual maupun muntah. Mengkolaborasi dengan tim medis pemberian terapi, hasil: O2 NRBM 10 lpm, Infus Pz 14 tpm, Injeksi fartison 2x1 amp, Injeksi Ondan 3x4 amp, Oral ambroxol 3x1. Mengobservasi tanda-tanda vital, hasil : TD : 120/70 mmHg, N :104x/menit, S :36,9°C, RR : 25x/menit.

Pada hari ketiga dilakukan tindakan keperawatan: Mengidentifikasi status nutrisi, hasil: keluarga klien mengatakan klien makan 2 kali/hari hampir menghabiskan satu porsi. Melakukan oral hygiene sebelum makan, hasil: klien mengatakan lebih nafsu makan saat dilakukan oral hygiene sebelum makan. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, hasil: makanan yang disajikan yaitu makanan berkuah dan terdapat sayur serta terdapat lauk ayam, klien sudah mau menghabiskan sayur meskipun harus dipaksa oleh keluarganya. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, hasil: keluarga mengatakan klien lebih suka makan saat masih hangat dan mengurangi rasa mual dan muntah. Mengkolaborasi dengan tim medis pemberian terapi, hasil: O2 NRBM 10 lpm, Infus Pz 14 tpm, Injeksi fartison 2x1 amp, Injeksi Ondan 3x 1amp, Oral ambroxol 3x1. Mengobservasi tanda-tanda vital, hasil: TD : 120/70 mmHg, N :98x/menit, S :36,7°C, RR : 22x/menit.

Implementasi merupakan komponen dari proses keperawatan, adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang dilakukan dan diselesaikan. Implementasi menuangkan rencana asuhan kedalam tindakan, setelah intervensi dikembangkan, sesuai dengan kebutuhan dan prioritas klien, perawat melakukan tindakan keperawatan spesifik, yang mencakup tindakan perawat dan tindakan dokter (Potter & Perry, 2015).

Dalam tahap ini perawatan harus mengetahui beberapa hal diantaranya bahaya fisik dan perlindungan kepada klien, teknik komunikasi, prosedur dalam melaksanakan tindakan, pemahaman tentang hak-hak klien dan perkembangan. Dalam melaksanakan tindakan ada dua tindakan yang harus diperhatikan yaitu tindakan mandiri dan tindakan

kolaborasi. Implementasi yang komperhensif merupakan pengeluaran dan perwujudan dari rencana dapat terealisasi dengan baik apabila berdasarkan hakikatnya masalah, jenis tindakan atau pelaksanaan bias dikerjakan oleh perawat itu sendiri, kolaborasi semua/tim medis lain dan rujukan dari profesi lain.

Dalam pelaksanaan yang dilakukan peneliti tidak terlalu ada perbedaan yang menonjol jika dibandingkan dengan dua penelitian dan teori yang sudah dijelaskan sebelumnya, adapun jika perbedaan yang muncul dalam hal ini disebabkan karena adanya beberapa teori yang digunakan dalam perencanaan sebelumnya yang digunakan oleh peneliti itu sendiri, perbedaan tersebut dapat berfaktor dari setiap tempat atau rumah sakit yang dilakukan penelitian mempunyai kebiasaan atau pelaksanaan waktu yang berbeda dari peneliti satu dengan penelitian yang lain.

#### **4.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan. Evaluasi dilakukan setelah melaksanakan tindakan keperawatan selama jangka waktu yang telah ditentukan dalam rencana keperawatan. Dalam hasil studi kasus evaluasi pada partisipan dalam kurung waktu 3x24 jam ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi, masalah dalam kasus penulis cepat teratasi dikarenakan beberapa faktor yaitu dukungan pihak keluarga terhadap partisipan dalam setiap pelaksanaan yg dianjurkan peneliti, pemilihan intervensi yang dilakukan kepada partisipan dapat mudah dilakukan oleh keluarga maupun partisipan, kepatuhan partisipan terhadap setiap anjuran peneliti, fasilitas yang mendukung dalam setiap pelaksanaan yang dilakukan dan kriteria hasil yang ditetapkan peneliti tergolong efektif. Adapun hasil evaluasi setiap hari yang dilakukan oleh peneliti meliputi:

Hasil evaluasi yang didapatkan pada hari pertama, klien mengatakan masih mual dan muntah 4 kali, nafsu makan menurun, makan hanya habis 2 sendok per porsi. TD : 110/60 mmHg, N : 90 x/menit, S : 37°C, RR : 28x/menit, mukosa bibir kering, klien masih tidak nafsu makan terlihat dari makanan yang tidak habis, sehingga diberikan tindakan keperawatan berupa, mengidentifikasi makanan yang disukai, mengidentifikasi status nutrisi, mengobservasi tanda-tanda vital, mengkolaborasi dengan tim medis pemberian terapi, O2 NRBM 10 lpm, Infus Pz 14 tpm, Injeksi fartison 2x1 amp, Injeksi, Ondansetron 3x4 amp, Oral ambroxol 3x. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi karena klien masih mual dan muntah 4 kali, nafsu makan masih menurun, hanya menghabiskan porsi makan 2 sendok per hari, sehingga harus intervensi dilanjutkan untuk memperoleh perkembangan yang lebih baik dari partisipan.

Pada hari kedua, klien mengatakan masih mual dan muntah hanya 1 kali, nafsu makan sedikit meningkat karena dilakukan oral hygiene dan menghidangkan makanan selagi hangat, keluarga klien juga mengatakan klien menghabiskan setengah dari porsi makanan yang dihidangkan, Mukosa bibir terlihat lembab, klien nafsu makannya meningkat terlihat porsi makan yang dihidangkan hanya tersisa setengah porsi. Diberikan tindakan keperawatan diantaranya, mengidentifikasi status nutrisi, melakukan oral hygiene sebelum makan, menganjurkan posisi duduk, memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, mengkolaborasi dengan tim medis pemberian terapi, O2 NRBM 10 lpm, Infus Pz 14 tpm, Injeksi, fartison 2x1 amp, Injeksi Ondansetron 3x4 amp, Oral ambroxol 3x1, mengobservasi tanda-tanda vital TD : 120/70 mmHg, N : 104x/menit, S : 36,9°C, RR : 25x/menit. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi sebagian karena nafsu

makan sudah sedikit meningkat, frekuensi makan sudah meningkat, sehingga intervensi tetap dilanjutkan pada hari ke tiga.

Pada hari ketiga, klien mengatakan sudah tidak mual maupun muntah, nafsu makan membaik, porsi makan meningkat, frekuensi makan membaik sebanyak 2kali/hari, mukosa bibir terlihat lembab, klien nafsu makannya meningkat terlihat makanan yang dihidangkan habis. Diberikan tindakan keperawatan, mengidentifikasi status nutrisi, melakukan oral hygiene sebelum makan, memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, mengkolaborasi dengan tim medis pemberian terapi O<sub>2</sub> NRBM 10 lpm, infus Pz 14 tpm, injeksi fartison 2x1 amp, injeksi Ondan 3x 1amp, oral ambroxol 3x1 , mengobservasi tanda-tanda vital TD : 120/70 mmHg, N :98x/menit, S :36,7°C, RR : 22x/menit. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi nafsu makan membaik, frekuensi makan meningkat, mukosa bibir membaik sehingga intervensi dihentikan pada hari berikutnya karena masalah sudah teratasi.

Dalam hal evaluasi penulis berpendapat ada beberapa perbedaan pencapaian yang dialami oleh kasus peneliti jika dibandingkan dengan 2 kasus dalam jurnal penelitian lain, evaluasi pencapaian dalam penelitian penulis sudah teratasi dan dalam evaluasi capaian kedua peneliti dalam jurnal teratasi sebagian mengapa hal itu bisa terjadi dan kasus peneliti lebih cepat teratasi dibandingkan dengan kedua jurnal penelitian. Faktor tersebut bias berasal dari kriteria hasil apa yang di inginkan oleh setiap penulis, dan teori apa yang digunakan penulis untuk mengatasi masalah tersebut secara efisien serta fasilitas dalam pelaksanaan di setiap tempat penelitian berbeda apakah mendukung implementasi peneliti atau tidak, kepatuhan partisipan dalam melakukan setiap anjuran peneliti, serta

keadaan setiap partisipan peneliti. Serta dukungan dari keluarga setiap partisipan peneliti akan mempunyai dampak besar dalam kecepatan penyembuhan partisipan.