

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TUBERKULOSIS
DENGAN MASALAH KETIDAKEFEKTIFAN
POLA NAFAS DI RUANG MELATI
RSUD BANGIL PASURUAN**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017**

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TUBERKULOSIS
DENGAN MASALAH KETIDAKEFEKTIFAN
POLA NAFAS DI RUANG MELATI
RSUD BANGIL PASURUAN**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017**

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TUBERKULOSIS
DENGAN MASALAH KETIDAKEFEKTIFAN
POLA NAFAS DI RUANG MELATI
RSUD BANGIL PASURUAN**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.KEP) Pada Program Studi Diploma III Keperawatan Insan Cendekia Medika Jombang

OLEH :

BA'DIAH AFIF

141210008

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG**

2017

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : BA'DIAH AFIF

NIM : 141210008

Jenjang : Diploma

Program Studi : Keperawatan

menyatakan bahwa naskah skripsi ini secara keseluruhan adalah hasil penelitian/karya saya sendiri, kecuali pada bagian-bagian yang dirujuk dari sumbernya.

Jombang, 13 Juli 2017

Saya yang menyatakan,



BA'DIAH AFIF
NIM : 141210008

LEMBAR PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : Ba'diah Afif
NIM : 141210008
Program Studi : D III Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tuberkulosis Dengan Masalah Ketidakefektifan Pola Nafas Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah
Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes ICMe Jombang

Mengetahui
Komisi Pembimbing



Ruliati, SKM.M.Kes
Pembimbing Utama



Agus Muslim, S.Kep.Ns
Pembimbing kedua

Mengetahui,



H. Bambang T. SH, S.Kep.Ns, MH
Ketua STIKes ICMe Jombang



Maharani Tri P, S.Kep.Ns, MM
Ketua Program Studi D-III Keperawatan

LEMBAR PENETAPAN PENGUJI

Proposal Penelitian ini telah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Ba'diah Afif
NIM : 141210008
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tuberkulosis Dengan Masalah Ketidakefektifan Pola Nafas Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi D III Keperawatan.

Komisi Dewan Penguji

Penguji Utama : Maharani Tri P. S.Kep.Ns.MM ()
Penguji 1 : Ruliati. SKM.M.Kes ()
Penguji 2 : Agus Muslim, S.Kep.Ns ()

Ditetapkan di : **JOMBANG**

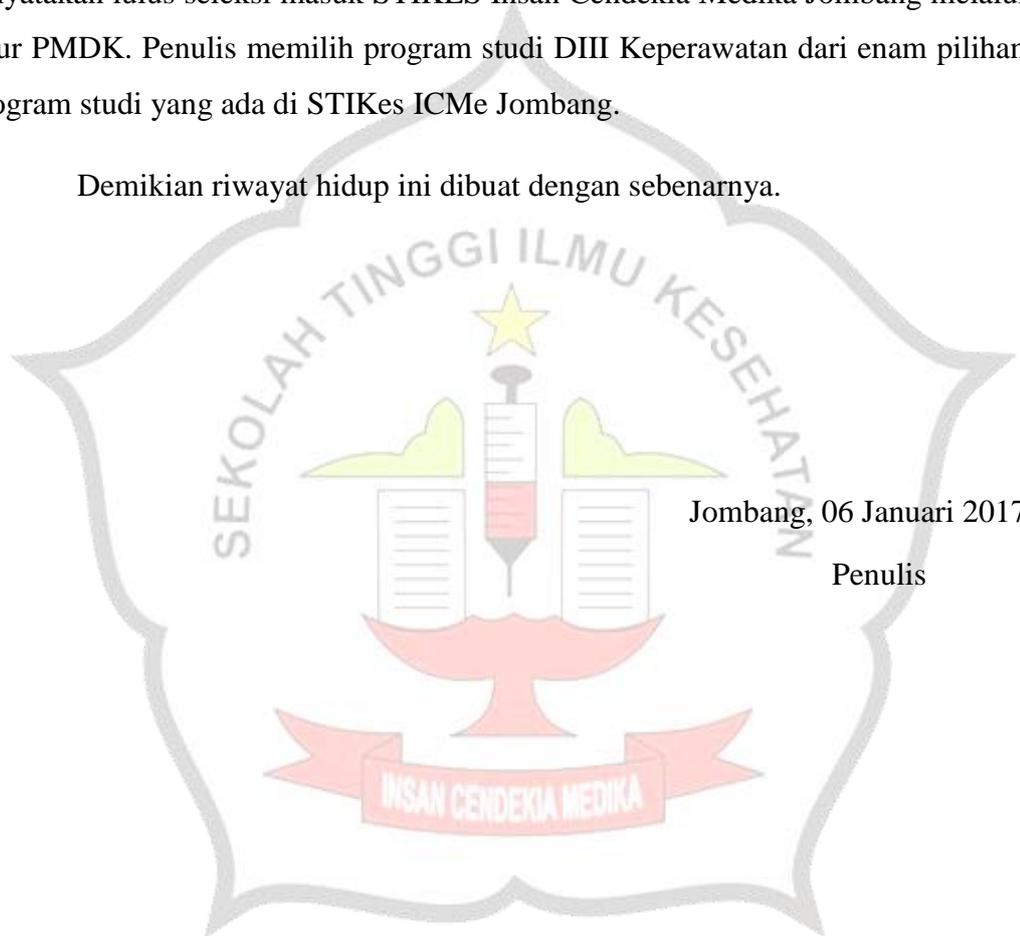
Pada tanggal : Juni 2017

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Nganjuk tanggal 23 April 1996 dari ayah yang bernama Ahmad Panoto dan Ibu yang bernama Sri Mulyati, penulis merupakan anak tunggal.

Tahun 2008 penulis lulus dari SDN Mungkung II, Tahun 2011 penulis lulus dari SMPN 4Nganjuk, pada tahun 2014lulus dari SMA 1 Rejoso dan dinyatakan lulus seleksi masuk STIKES Insan Cendekia Medika Jombang melalui jalur PMDK. Penulis memilih program studi DIII Keperawatan dari enam pilihan program studi yang ada di STIKes ICMe Jombang.

Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.



KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas semua Berkat dan RahmatNya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan penelitian yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Tuberkulosis Dengan Masalah Ketidakefektifan Pola Nafas di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruhan” untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam memperoleh gelar Ahli media Keperawatan Program Studi DIII Keperawatan STIKes ICMe Jombang.

Dalam penelitian ini, peneliti banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis menyampaikan terima kasih kepada H. Bambang T, SH., S.Kep.Ns.,MH selaku ketua STIKes ICMe Jombang, Maharani Tri P.,S.Kep.Ns.,MM selaku ketua program studi DIII Keperawatan STIKes ICMe Jombang, Ruliati SKM.M.Kes selaku pembimbing utama dan Agus Muslim S.Kep.Ns selaku pembimbing anggota yang telah memberikan saran dan masukan hingga dapat terselesaikan penelitian ini.

Peneliti menyadari dalam penulisan penelitian ini masih jauh dari sempurna, oleh karenanya penulis mengharapkan kritik dan saran demi kesempurnaan penelitian. Semoga penelitian ini bermanfaat bagi penulis khususnya dan pembaca pada umumnya.

Jombang, Januari 2017

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN JUDUL DALAM	ii
LEMBAR SURAT PERNYATAAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	iv
LEMBAR PENETAPAN PENGUJI	v
RIWAYAT HIDUP	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN	xiii
ABSTRAK	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Batasan Masalah.....	4
1.3 Rumusan Masalah	4
1.4 Tujuan Penulisan.....	4
1.4.1 Tujuan Umum	4
1.4.2 Tujuan Khusus	5
1.5 Manfaat Penulisan	5
1.5.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.5.1 Manfaat Praktis	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Tuberkulosis.....	7
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Patofisiologi.....	8
2.1.4 WOC.....	11
2.1.5 Klasifikasi	12
2.1.6 Penularan dan faktor-faktor resiko	13
2.1.7 Macam-macam tuberkulosis.....	14
2.1.8 Manifestasi Klinis.....	17
2.1.9 Terapi	19
2.1.10 Pemeriksaan Penunjang.....	24
2.2 Konsep Ketidakefektifan Pola Nafas	26
2.2.1 Definisi	26
2.2.2 Batasan Karakteristik	26
2.2.3 Faktor-faktor yang berhubungan.....	26
2.2.4 Pola pernafas normal.....	27
2.2.5 Pola pernafasan abnormal	27
2.2.6 Suara paru-paru normal.....	28
2.2.7 Suara paru-paru tambahan.....	29
2.2.8 Suara yang ditimbulkan saat perkusi.....	31
2.2.9 Frekuensi pernafasan normal	31

2.3	Teori Konsep Asuhan Keperawatan.....	32
2.3.1	Definisi	32
2.3.2	Proses Asuhan Keperawatan	32
2.3.3	Analisa Data	36
2.3.4	Diagnosa Keperawatan	37
2.3.5	Intervensi Keperawatan.....	39
2.3.6	Implementasi Keperawatan	40
2.3.7	Evaluasi Keperawatan	40
BAB 3	METODE PENELITIAN.....	41
3.1	Desain Penelitian.....	41
3.2	Batasan Istilah	41
3.3	Partisipan.....	42
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	42
3.5	Pengumpulan Data	43
3.6	Uji Keabsahan Data.....	43
3.7	Analisa Data	44
3.8	Etik Penelitian	45
BAB 4	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	46
4.1	Hasil	46
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data	46
4.1.2	Pengkajian	46
4.1.3	Analisa Data	53
4.1.4	Diagnosa Keperawatan	54
4.1.5	Perencanaan Tindakan Keperawatan	55
4.1.6	Penalaksanaan Tindakan Keperawatan	56
4.1.7	Penatalaksanaan Tindakan Evaluasi Keperawatan	61
4.2	Pembahasan	64
4.2.1	Pengkajian.....	64
4.2.2	Diagnosa Keperawatan	69
4.2.3	Perencanaan Kperawatan.....	70
4.2.4	Tindakan Keperawatan	71
4.2.5	Evaluasi Keperawatan.....	73
BAB 5	KESIMPULAN DAN SARAN.....	77
5.1	Kesimpulan	77
5.2	Saran	79

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

No	Judul Tabel	Hal
2.1	Cara kerja, potensial,dan dosis OAT utama	23
2.2	Pemeriksaan penunjang	24
2.3	Konsep pola pernafasan normal.....	27
2.4	Pola pernafasan abnormal.....	27
2.5	Pola pernafasan lain.....	28
2.6	Frekuensi pernafasan normal menurut debora.....	31
2.7	Intervensi diagnosa keperawatan.....	39
4.1	Identitas klien	46
4.2	Riwayat penyakit	47
4.3	Perubahan pola kesehatan	48
4.4	Pemeriksaan fisik	49
4.5	Pemeriksaan diagnostik klien satu dan dua	52
4.6	Hasil pemeriksaan darah klien satu dan dua	52
4.7	Pemberian terapi	53
4.8	Analisa data	53
4.9	Perencanaan tindakan keperawatan	55
4.10	Penatalaksanaan kep. pada klien 1 tanggal 6-8 februari 2017	56
4.11	Penatalaksanaan kep. pada klien 2 tanggal 6-8 februari 2017	58
4.12	Evaluasi keperawatan klien 1	61
4.13	Evaluasi keperawatan klien 2	62

DAFTAR GAMBAR

No	Judul Gambar	Hal
2.1	Pohon masalah	11



DAFTAR LAMPIRAN

No	Lampiran
Lampiran 1	Lembar Jadwal Penelitian
Lampiran 2	Format Pengkajian Asuhan Keperawatan
Lampiran 3	Hasil Foto Roentgen
Lampiran 4	Lembar Konsultasi
Lampiran 5	Surat Ijin Melakukan Penelitian yang ditujukan kepada Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (Bakesbangpol) kabupaten pasuruhan
Lampiran 6	Surat Persetujuan dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (Bakesbangpol) kabupaten pasuruhan untuk melakukan penelitian di RSUD Bangil Pasuruan
Lampiran 7	Surat Permohonan melakukan Pre survey data, studi Pendahuluan dan Ijin Penelitian di RSUD Bangil Pasuruan
Lampiran 8	Surat Persetujuan Pengambilan Data di Rekam Medik RSUD Bangil Pasuruan
Lembar 9	Surat Ijin Melakukan Penelitian di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan
Lampiran 10	Data Jumlah Kasus TBC Rawat Inap RSUD Bangil Pasuruan tahun 2016
Lampiran 11	Permohonan menjadi responden
Lampiran 12	Pernyataan bersedia menjadi responden
Lampiran 13	Surat Keterangan telah melakukan Penelitian
Lampiran 14	Pernyataan bebas plagiat

DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN



%	: Persentase
<	: Kurang dari
>	: Lebih dari
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat badan
BB	: Berat Badan
Cm	: Centi meter
CRT	: Cardiac Resynchronization Therapy
GCS	: Glasgow Coma Scale
ICME	: InsanCendekiaMedika
IV	: Intra Vena
JVP	: Jugular Venous Pressure
Kg	: Kilo Gram
KMB	: Keperawatan Medikal Bedah
MK	: Masalah Keperawatan
mmHg	: Mili meter hidro gram
mnt	: menit
MRS	: Masuk Rumah Sakit
N	: Nadi
NGT	: Nasogratric Tube
NIC	:Nursing Interventions Classification
No.RM	: NomorRekamMedik
NOC	: Nursing Outcomes Classification
°C	: Celsius
RR	: Respiration Rate
RSUD	: RumahSakitUmum Daerah
S	: Suhu
STIKES	: SekolahTinggiIlmuKesehatan
Tgl	: tanggal

TD : Tekanan Darah
Tn : Tuan
WHO : World Health Organization
X : Kali
EKG : Elektrokardiogram
USG : Ultrasonography
TB : Tuberkulosis
WHO : World Health Organization
BTA : bakteri tahan asam
AOT : Obat Anti Tuberkulosis
HIV : Human Immunodeficiency Virus
BB : Berat Badan



ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TUBERKULOSIS DENGAN MASALAH KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAFAS DI RUANG MELATI RSUD BANGIL PASURUAN

Ba'diah Afif

Tuberkulosis merupakan masalah kesehatan masyarakat diseluruh dunia yang erat kaitanya dengan kemiskinan, malnutrisi, kepadatan penduduk, perumahan dibawah standar, dan tidak memadainya layanan kesehatan. Bahkan menurut WHO(2016) Indonesia menempati peringkat ke 2 penderita TB terbanyak di seluruh dunia. Tujuan dari asuhan keperawatan adalah memberikan Asuhan Keperawatan secara tepat pada klien Tuberkulosis dengan masalah ketidakefektifan pola nafas di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan, dengan menggunakan pendekatan manajemen asuhan keperawatan sesuai dengan mutu pelayanan yang ditetapkan.

Desain penelitian ini adalah *Deskriptif* dengan menggunakan metode studi kasus pada klien mengalami Tuberkulosis dengan masalah ketidakefektifan pola nafas di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan. Dengan teknik pengumpulan data meliputi observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi dan studi kepustakaan.

Hasil Asuhan Keperawatan pada Tn''I'' dan Tn''S'' yaitu pengkajian pada Februari 2017 ditemukan data subyektif dan data obyektif yang menunjukkan adanya keluhan ketidakefektifan pola nafas. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, menunjukkan perkembangan pola nafas yang membaik, pada hari ke dua klien 1 mengalami perkembangan yang lebih baik dari pada klien 2, tapi setelah evaluasi hari kedua dan seterusnya klien 2 mengalami perkembangan yang lebih baik dari pada klien 1.

Kesimpulan dari Asuhan Keperawatan pada Tn''I'' dan Tn''S'' yang mengalami Tuberkulosis dengan masalah ketidakefektifan pola nafas yaitu terjadi perbedaan perkembangan, hal ini dapat dilihat dari segi emosionalnya. Dimana emosi dapat mempengaruhi peningkatan kinerja berbagai tugas kognitif, termasuk memori. Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan masukan tenaga kesehatan dalam melakukan asuhan keperawatan demi meningkatkan mutu pelayanan, pada klien Tuberkulosis dengan masalah ketidakefektifan pola nafas.

Kata Kunci : Tuberkulosis, Asuhan keperawatan, Ketidakefektifan pola nafas.

ABSTRACT

THE NURSING CARE TO HAVE TUBERCULOSIS WITH PROBLEM INEFFECTIVENESS OF THE BREATH PATTERN IN THE MELATI ROOM RSUD BANGIL PASURUAN

Ba'diah Afif

Tuberculosis is health public problem in the around world closely related of peovrty, malnutrition, density of population, housing is under standart and it is not adequate of health service, Even according to WHO (2016) Indonesia taken place 2nd rank of the most TB suffers in the around world. Purpose of nursing care is to provide nursing care approprivately to who have tuberculosis with problem ineffectiveness of the breath pattern in the Melati room RSUD Bangil Pasuruan, it is using approach nursing care management as well as service quality is specified.

The design of this research is descriptive by using case study methodo who have tuberculosis with problem ineffectiveness of the breath pattern in the Melati room RSUD Bangil Pasuruan. With data collection techniques including observation, interview, phisical examine, documentation study and literature study.

Result of nursing care to Tn "I" and Tn "S" are suffered Tuberculosis with ineffectiveness of the breath pattern, in the baseline data review February 2017 found subjective and objective data is indicating that it was a complaint of ineffectiveness of the breath pattern. It had been done nursing care for 3 x 24 hours, Tn "I" and Tn "S" are suffered Tuberculosis with ineffectiveness of the breath pattern is indicating better progress breath pattern. at second day, client 1 progressed more better from client 2 but it had been evaluated second and continous time client 2 progressed more better client 1.

The conclusion of nursing care to Tn "I" and Tn "S" are suffered Tuberculosis with ineffectiveness of the breath pattern is event difference progress, this case look at from emotional. Where it is emotional can be affect. Where emotions can improve performance of various cognitive tasks, it include memory. This research is expected to be used as input material for hospital nurses in health workersactions in order to improve the quality of good service, specially on tuberculosis clients with problem of ineffectiveness of breath pattern

Keyword : Tuberculosis, nursing care ineffectiveness of the breath pattern

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis merupakan masalah kesehatan masyarakat diseluruh dunia yang erat kaitanya dengan kemiskinan, malnutrisi, kepadatan penduduk, perumahan dibawah standar, dan tidak memadainya layanan kesehatan. Tuberkulosis merupakan suatu penyakit kronik dan menular yang disebabkan oleh bakteri *mycobacterium tuberculosis*. Permasalahan yang sering muncul pada penderita TB adalah Ketidakefektifan Pola Nafas, sebagian besar penderita mengalami ketidakefektifan pola nafas dikarenakan nyeri, posisi tubuh, ansietas, penumpukan sekret (Nanda, 2015). Penyebaran bakteri ini akan semakin cepat jika polusi udara semakin buruk ditambah dengan seorang yang merokok menjadikan penyebaran bakteri TB tumbuh dengan mudah di tubuh.

Pada 2015 diperkirakan ada 10,4 juta baru (insiden) kasus TB di seluruh dunia. Enam negara menyumbang 60% dari kasus baru: India, Indonesia, Cina, Nigeria, Pakistan dan Afrika Selatan. Indonesia mencapai 1.020 ribu penduduk terinfeksi TB, dengan angka 420 ribu penderita TB wanita dan 597 ribu penderita TB laki-laki. Penderita TB dengan usia kurang dari 14 tahun terdapat 36 ribu penderita TB perempuan dan 39 ribu penderita TB laki-laki, sedangkan untuk usia diatas 14 tahun penderita TB perempuan berjumlah 384 ribu dan 559 ribu penderita TB laki-laki. Hal ini menjadikan Indonesia menempati peringkat kedua kasus TB terbanyak di Dunia setelah India dengan

banyak kasus 2.840 ribu penduduk, dan diikuti China, Nigeria, Pakistan dan Afrika Selatan (WHO, 2016). Berdasarkan data KEMENKES RI mengemukakan bahwa kasus tertinggi TB yang dilaporkan terdapat di provinsi dengan jumlah penduduk terbesar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur dan Jawa Tengah. Kasus TB di tiga provinsi tersebut sebesar 38% dari jumlah seluruh kasus baru di Indonesia. Dengan kasus di Jawa Barat 140/100.000 penduduk, Jawa Timur 113/100.000 penduduk, dan Jawa Tengah 111/100.000 penduduk (KEMENKES RI, 2015). Dengan adanya data tersebut mengemukakan bahwa Jawa Timur menduduki peringkat kedua Provinsi dengan kasus TB terbanyak di Indonesia. Kota Pasuruhan adalah salah satu kota terbesar nomor 7 di Jawa Timur. Kementerian Kesehatan Kabupaten Pasuruhan menemukan kasus penderita TB dalam angka 1,693 pada tahun 2015, angka tersebut naik dari tahun 2014 dengan banyak kasus 886 (DINKES Prov. JATIM, 2015). Menurut data yang didapat dari RSUD Bangil Pasuruan pada tahun 2016 terdapat jumlah kasus TB sebanyak 569 penderita, dari hasil studi pendahuluan pada tanggal 6 Februari 2017 di RSUD Bangil Pasuruhan di Ruang Melati terdapat terdapat 8 kasus TB dan 6 diantaranya memiliki permasalahan Ketidak Efektifan Pola Nafas.

Tuberkulosis ditularkan oleh orang ke orang lain melalui transmisi udara, berbicara, batuk, bersin, tertawa, atau saat orang bernyanyi, dia akan melepaskan droplet. Droplet yang besar akan menetap di dalam tubuh manusia, sedangkan droplet yang kecil akan tertahan di udara dan akan terhirup oleh individu yang rentan (WHO, 2016). Bakteri tuberkulosis yang dapat tahan terhadap asam ini tumbuh dengan lambat, dan akan berada di

bronkus dan alveoli. lalu akan terjadi proliferasi sel epitel disekeliling basil dan akan membentuk dinding antara basil dan organ yang terinfeksi (tuberkel). Basil akan menyebar dan akan terjadi reaksi inflamasi/infeksi, yang akan menyebabkan kerusan jaringan dan akan meluas keseluruhan paru-paru (brongkeolus atau pleura). Infeksi/Inflamasi yang terjadi pada siklus diatas akan menyebabkan munculnya tanda-tanda seperti demam, anoreksia, malaise dan orang tersebut akan lebih lanjut mengalami penurunan nafsu makan. Reaksi inflamasi yang meluas keparu-paru akan menyebabkan meningkatnya produksi sekret dan juga pecahnya pembuluh darah, peningkatan sekret akan menyebabkan batuk produktif dan pecahnya pembuluh darah akan mengakibatkan batuk darah, hal tersebut akan menimbulkan masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas. Bakteri yang menyerang alveoli menyebabkan perubahan pada membran kapiler tersebut akan juga menyebabkan gangguan pertukaran gas, sehingga udara yang berisi oksigen dan karbondioksida yang ada di dalam tubuh tidak dapat dikeluarkan secara maksimal akan muncul ketidakefektifan pola nafas (Andra & Yessie, 2013).

Tingginya angka kejadian Tuberkulosis, membutuhkan peran perawat dalam upaya untuk mengatasi ketidakefektifan pola nafas antara lain dengan mengurangi faktor yang memicu ketidakefektifan pola nafas, misalnya: ansietas, posisi tubuh, nyeri, kelelahan otot-otot pernafasan, dll. Memodifikasi stimulus ketidakefektifan pola nafas dengan menggunakan teknik-teknik dikstraksi seperti ngajarkan tidur dengan posisi Posisi semi fowler. Posisi Semi Flower mampu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya penggunaan alat bantu otot pernafasan. Posisi semi fowler dengan derajat

kemiringan 45° yaitu dengan menggunakan gaya gravitasi membantu pengembangan dada dan mengurangi tekanan dari abdomen pada diafragma, sehingga pola nafas pasien dapat lebih stabil (M.Wilkinson & Nancy R. Ahern, 2012). Berdasarkan data diatas penulis tertarik untuk melakukan pengelolaan kasus keperawatan dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Tuberkulosis Dengan Masalah Ketidakefektifan Pola Nafas di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan”.

1.2 Batasan Masalah

Batasan Masalah pada studi kasus ini dibatasi pada Asuhan Keperawatan Pada Klien Tuberkulosis Dengan Masalah Ketidakefektifan Pola Nafas di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Klien Tuberkulosis Dengan Masalah Ketidakefektifan Pola Nafas di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan?

1.4 Tujuan Penulisan

1.4.1 Tujuan umum

Mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Klien Tuberkulosis Dengan Masalah Ketidakefektifan Pola Nafas di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

1.4.2 Tujuan khusus

- 1) Melakukan pengkajian Keperawatan Pada Klien Tuberkulosis Dengan Masalah Ketidakefektifan Pola Nafas di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

- 2) Menetapkan Diagnosa Keperawatan Pada Klien Tuberkulosis Dengan Masalah Ketidakefektifan Pola Nafas di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.
- 3) Menyusun Perencanaan Keperawatan Pada Klien Tuberkulosis Dengan Masalah Ketidakefektifan Pola Nafas di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.
- 4) Melaksanakan Tindakan Keperawatan Pada Klien Tuberkulosis Dengan Masalah Ketidakefektifan Pola Nafas di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.
- 5) Melakukan Evaluasi Keperawatan Pada Klien Tuberkulosis Dengan Masalah Ketidakefektifan Pola Nafas di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

1.5 Manfaat penulisan

1.5.1 Manfaat teoritis

Meningkatkan ilmu pengetahuan dalam pemecahan permasalahan kasus Tuberkulosis dengan Masalah Ketidakefektifan Pola Nafas, Mengembangkan asuhan keperawatan pada klien dengan Tuberkulosis, sehingga mampu membantu klien dalam mengatasi Ketidakefektifan Pola Nafasnya secara mandiri.

1.5.2 Manfaat praktis

1) Bagi rumah sakit

Sebagai bahan masukan untuk semua tenaga kesehatan terkait yang ada dirumah sakit dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien Tuberkulosis dengan Masalah Ketidakefektifan pola nafas dan sebagai bahan pertimbangan perawat dalam mendiagnosa kasus sehingga perawat mampu memberikan tindakan keperawatan yang tepat kepada klien.

2) Bagi institusi

Memberikan kontribusi laporan khusus pengembangan praktik keperawatan dan pencegahan masalah khususnya dalam bidang keperawatan serta sebagai bahan kepustakaan tentang asuhan keperawatan pada klien tuberkulosis dengan masalah ketidakefektifan pola nafas.

3) Bagi penulis

Mendapatkan pengalaman serta dapat menerapkan apa yang telah dipelajari dalam perkuliahan dalam kasus yang nyata dalam asuhan keperawatan pada klien tuberkulosis dengan masalah ketidakefektifan pola nafas.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Tuberkulosis

2.1.1 Definisi tuberkulosis

Tuberkulosis (TB) adalah suatu penyakit menular yang paling sering mengenai parenkim paru, biasanya disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*. Infeksi awal biasanya terjadi dalam 2 sampai 10 minggu setelah pajanan. Pasien kemudian dapat membentuk penyakit aktif karena respon sistem imun menurun atau tidak adekuat (Susan, 2015).

Sebuah penelitian oleh Hood Alsagaff, 1995: 73 (dikutip dalam Andra & Yessie, 2013) merekomendasikan bahwa Tuberkulosis (TB) adalah suatu infeksi yang utama menyerang parenkim paru. Tuberkulosis paru adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh basil *mycobacterium tuberculosis* yang merupakan salah satu penyakit saluran pernafasan bagian bawah yang sebagian besar basil tuberkulosis masuk kedalam jaringan paru melalui airborne infection dan selanjutnya mengenai focus primer dari Ghon.

Menurut Kemenkes RI mengemukakan bahwa Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Sumber penularan yaitu pasien TB BTA positif melalui percikan dahak yang dikeluarkannya. TB dengan BTA negatif juga masih memiliki kemungkinan menularkan penyakit TB meskipun dengan tingkat penularan yang kecil. Beban penyakit yang

disebabkan oleh tuberkulosis dapat diukur dengan Case Notification Rate (CNR), prevalensi, dan mortalitas/kematian (Kemenkes RI, 2016).

2.1.2 Etiologi tuberkulosis

Menurut Andra & Yessie (2013) etimologi Tuberkulosis adalah:

- 1) Agen infeksius utama, mycobacterium tuberkulosis adalah batang aerobik tahan asam yang tumbuh dengan lambat dan sensitif terhadap panas dan sinar ultraviolet.
- 2) Mycobacterium bovis dan mycobacterium avium pernah ada, tetapi kerjadiannya jarang, berkalitan dengan kejadian infeksi tuberkulosis.

2.1.3 Patofisiologi

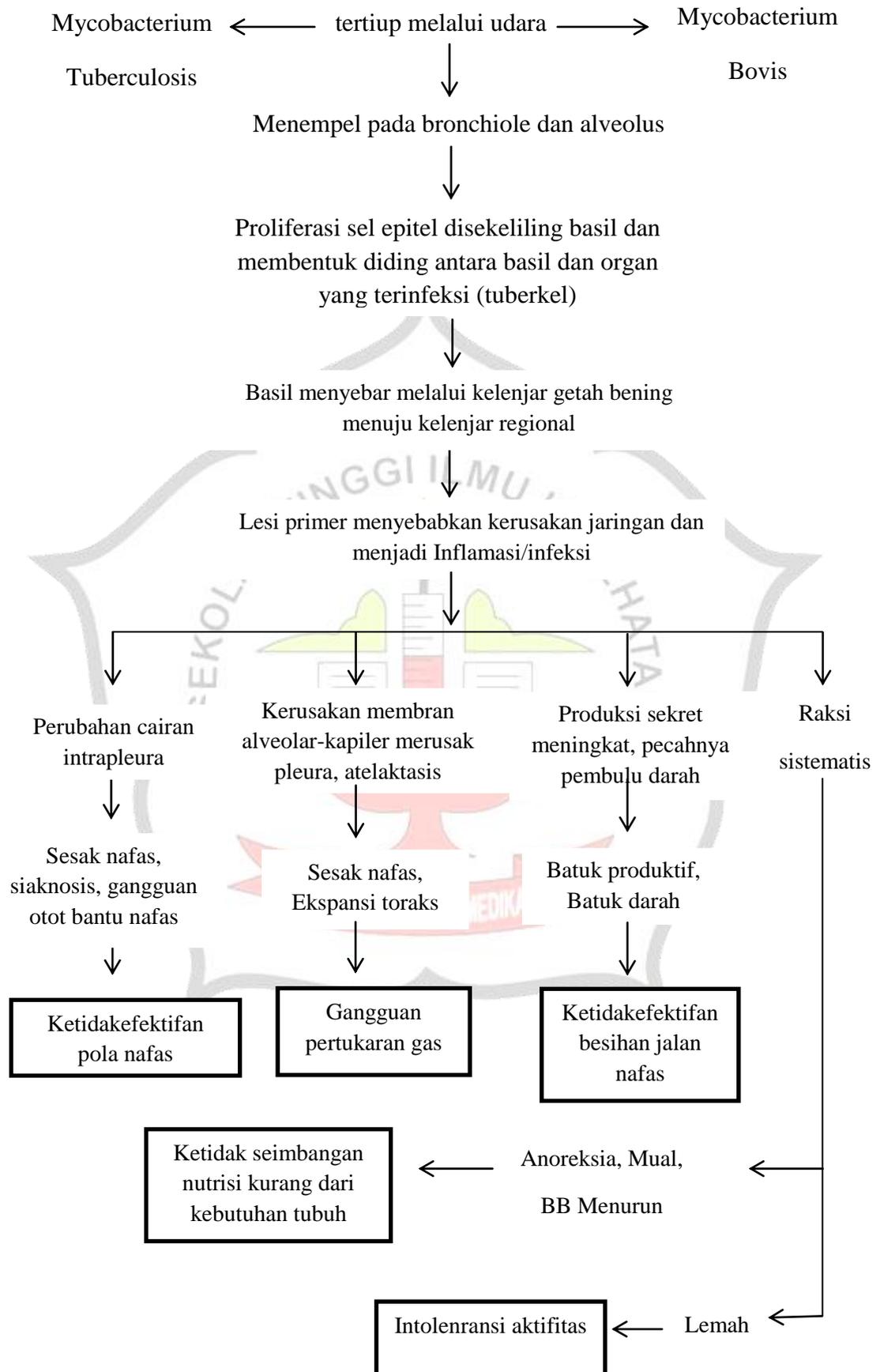
Basil tuberkel yang mencapai permukaan alveoli biasanya diinhalasi sebagai suatu unit yang terdiri dari satu sampai tiga basil karena gumpalan yang lebih besar cenderung tertahan di rongga hidung dan tidak menyebabkan penyakit (danneberg, 1981 dikutip dari Andra & Yessie, 2013). Setelah berada dirongga alveolus (biasanya dibagian bawah lobus atas atau dibagian lobus bawah) basil tuberkulosis ini membangkitkan reaksi peradangan. Leokosit polimorfonuklear tampak pada tempat tersebut dan mefagosit bakteri tetapi tidak membunuh organisme tersebut. Sesudah hari-hari pertama maka lokosit diganti oleh makrofag. Alveoli yang terserang akan mengalami konsolidasi dan timbul gejala pneumonia akut. Pneumonia seluler ini dapat sembuh dengan sendirinya tanpa menimbulkan kerusakan jaringan paru atau proses dapat berjalan terus dan bakteri terus difagosit atau berkembang biak didalam sel. Basil juga berkembang melalui kelenjar limfe regional. Makrofak yang mengalami infiltrasi menjadi lebih

panjang dan sebagian bersatu sehingga membentuk sel tuberkel epiteloid yang dikelilingi oleh limfosit. Reaksi ini biasanya berlangsung 10-20 hari. Nekrosis bagian sentral lesi memberikan gambaran yang relatif padat seperti keju, lesi nekrosis ini disebut nekrosis kaseosa. Daerah yang mengalami nekrosis kaseosa dan jaringan granulasi disekitarnya yang terdiri dari sel epiteloid dan fibroblas menimbulkan respon berbeda. Jaringan granulasi menjadi lebih fibrosa, membentuk jaringan parut yang akhirnya membentuk kapsul yang mengelilingi tuberkel.

Lesi primer paru-paru disebut fokus Ghon dan gabungan terserangnya kelenjar limfe regional dan lesi primer dinamakan kompleks Ghon. Kompleks Ghon yang mengalami perkapuran ini dapat dilihat dari orang sehat yang kebetulan mengalami pemeriksaan radiogram rutin. Respon lain yang terjadi pada daerah nekrosis adalah pencairan dimana bahan cair lepas ke dalam bronkus dan menimbulkan kavitas. Materi tuberkel yang dilepaskan dari dinding kavitas akan masuk ke percabangan trankeobronkial. Proses ini dapat berulang kembali pada bagian lain dari paru atau basil akan terbawa ke laring, telinga tengah atau usus. Kavitas kecil dapat menutup sekalipun tanpa pengobatan dan meninggalkan jaringan parut fibrosa. Bila peradangan mereda lumen bronkus dapat menyempit dan menutup oleh jaringan parut yang terdapat dekat dengan perbatasan bronkus. Bahan perkejuan dapat mengental sehingga tidak dapat mengalir melalui saluran yang ada dan lesi mirip dengan lesi berkapsul yang tidak terlepas. Keadaan ini dapat tidak menimbulkan gejala dalam waktu lama atau membentuk lagi hubungan dengan bronkus dan menjadi tempat

peradangan aktif. Penyakit dapat menyebar melalui saluran limfe atau pembuluh darah (limfohematogen). Organisme yang lolos dari kelenjar limfe akan mencapai aliran darah dalam jumlah yang lebih kecil yang kadang-kadang dapat menimbulkan lesi pada bagian organ lain (ekstrapulmoner). Penyebab hematogen merupakan suatu fenomena akut yang biasanya menyebabkan tuberkulosis milier. Ini terjadi bila fokus nekrotik merusak pembuluh darah sehingga banyak organisme masuk ke dalam sistem vaskuler dan tersebar ke dalam sistem vaskuler ke dalam organ-organ tubuh (Andra & Yessie, 2013). Dalam penyakit Tuberkulosis akan muncul masalah ketidak efektifan pola nafas, hal itu bisa terjadi karena perubahan cairan intra pleurayang mengakibatkan sesak nafas, sianosis, dan penggunaan otot bantu nafas. Selain itu tanda sesak nafas merupakan terjadinya kerusakan membran alveolar-kapiler merusak pleura menyebabkan gangguan pertukaran gas, produksi sekret yang meningkat, dan pecahnya pembuluh darah mengakibatkan batuk produktif dan batuk darah dapat mengakibatkan ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

2.1.4 WOC TB



2.1.5 Klasifikasi tuberkulosis

Menurut Andra & Yessie (2013) Klasifikasi TB Paru dibuat berdasarkan gejala klinik, bakteriologi radiologik dan riwayat pengobatan sebelumnya. Klasifikasi ini penting karena merupakan salah satu faktor determinan untuk menetapkan strategi terapi. Sesuai dengan program Gerdunas P2TB klasifikasi TB Paru dibagi sebagai berikut :

- 1) TB Paru BTA Positif dengan kriteria :
 - a) Dengan atau tanpa gejala klinik
 - b) BTA Positif: mikroskopik positif 2 kali, mikroskopik positif satu kali disokong biarkan positif 1 kali atau disokong radiologik positif 1 kali.
 - c) Gambaran radiologik sesuai dengan TB Paru.
- 2) TB Paru BTA Negatif dengan kriteria:
 - a) Gejala klinik dan gambaran radiologik sesuai dengan TB Paru aktif.
 - b) BTA negatif biarkan negatif tetapi radiologik positif.
- 3) Bekas TB Paru dengan kriteria :
 - a) Bacteriologi (mikroskopik dan biarkan) negatif.
 - b) Gejala klinik tidak ada atau ada gejala sisa akibat kelainan paru.
 - c) Radiologik menunjukkan gambaran lesi TB inaktif, menunjukkan serial foto yang tidak berubah.
 - d) Adanya riwayat pengobatan AOT yang adekuat (lebih mendukung).

2.1.6 Penularan dan faktor-faktor resiko

Tuberkulosis ditularkan dari orang ke orang oleh transmisi melalui udara. Individu terinfeksi melalui bicara, batuk, bersin, tertawa atau bernyanyi, melepaskan droplet. Droplet yang besar akan menetap dan droplet yang kecil akan tertahan di udara dan terhirup oleh individu yang rentan. Menurut Andra & Yessie (2013) individu yang beresiko tinggi untuk tertular tuberkulosis adalah:

- 1) Mereka yang kontak dekat dengan seseorang yang mempunyai TB aktif.
- 2) Individu immunosupresif (termasuk lansia, pasien dengan kanker, mereka yang dalam terapi kortikosteroid atau mereka yang terinfeksi dengan HIV).
- 3) Pengguna obat-obatan IV dan Alkoholik.
- 4) Setiap individu tanpa perawatan kesehatan yang adekuat (tunawisma, tahanan, etnik dan ras minoritas, terutama anak-anak dibawah usia 15 tahun dan dewasa muda antara usia 15 sampai 44 tahun).
- 5) Setiap individu dengan gangguan medis yang sudah ada sebelumnya (misalnya: diabetes, gagal ginjal kronis, silikosis, penyimpangan gizi, bypass gastrektomi atau yeyunoileal).
- 6) Imigran dari negara yang terinfeksi TB yang tinggi (Asia tenggara, Afrika, Amerika Latin, Karibia).
- 7) Setiap individu yang tinggal di institusi (misalnya: fasilitas kesehatan jangka panjang, institusi psikiatrik, penjara).
- 8) Individu yang tinggal di daerah perumahan substandard kumuh.
- 9) Petugas kesehatan.

10) Resiko untuk tertular TB juga tergantung pada banyaknya organisme yang terdapat diudara.

Dalam suatu penelitian yang dilakukan oleh Agung A.W merokok dan penyakit Tb masih menjadi masalah kesehatan yang penting dinegara maju dan negara berkembang, walaupun asap rokok memiliki efek baik pro-inflamasi dan immunosupresif pada sistem imun saluran pernafasan tetapi tar dan nikotin telah terbukti immunosupresif dengan mempengaruhi respon kekebalan tubuh bawaan dari penjamu dan meningkatkan kerentangan terhadap infeksi, merokok juga dapat menurunkan level semua kelas imunoglobulin kecuali ig E. Jadi rokok meningkatkan resiko infeksi mycobacterium tuberculosis, resiko perkembangan penyakit, dan kematian pada penderita TB.

2.1.7 Macam-macam tuberkulosis

2.1.7.1 Tuberkulosis primer

Menurut Arif Muttaqim (2014) menyatakan bahwa, tuberkulosis primer adalah infeksi bakteri TB dari penderita yang belum mempunyai reaksi spesifik terhadap penyakit TB. Bila bakteri TB terhirup dari udara melalui saluran pernafasan dapat mencapai alveoli atau bagian terminal saluran pernafasan, maka bakteri akan ditangkap dan dihancurkan oleh makrofag yang berada di alveoli. Jika pada proses ini, bakteri ditangkap oleh makrofag yang lemah, maka bakteri akan berkembang biak dalam tubuh makrofag yang lemah itu menghancurkan makrofag. Dari proses ini, dihasilkan bahan kemotaksik yang menarik monosit (makrofag) dari aliran

darah membentuk tuberkel. Sebelum menghancurkan bakteri, makrofag harus diaktifkan terlebih dahulu oleh limfosit yang dihasilkan limfosit T.

Tidak semua makrofag pada granula TB mempunyai fungsi yang sama, ada makrofag yang mempunyai fungsi sebagai pembunuh, pencerna bakteri, dan perangsang limfosit. Beberapa makrofag menghasilkan protease, elastase, kolagenase, serta colony stimulating faktor untuk merangsang produksi monosit dan granulosit pada sumsum tulang. Bakteri TB menyebar melalui saluran pernafasan ke kelenjar getah bening regional (hilus) membentuk epitelooid granuloma. Granuloma mengalami nekrosis sentral sebagai akibat timbulnya Hipersensitivitas seluler (delayer hipersensitivity) terhadap bakteri TB. Hal ini terjadi sekitar 2-4 minggu dan akan terlihat dalam tes tuberkulin. Hipersensitivitas seluler terlihat sebagai akumulasi lokal dari limfosit dan makrofag.

Bakteri TB yang berada di alveoli akan membentuk fokus lokal (fokus Ghon), sedangkan fokus inisial bersama-sama dengan limfadenopati bertempat di hilus (komplek primer) dan disebut juga disebut TB primer. Fokus primer baru biasanya bersifat unilateral dengan subpleura terletak diatas atau dibawah fisura atau aliran darah dan akan tersangkut pada berbagai organ. Jadi TB primer merupakan infeksi yang bersifat sistemik.

2.1.7.2 Tuberkulosis sekunder (Arif Muttaqim, 2014)

Setelah terjadi resolusi dari infeksi primer, sejumlah kecil bakteri TB masih hidup dalam keadaan dorman di jaringan paru. Sebanyak 90% diantaranya tidak mengalami kekambuhan. Reaktivasi penyakit TB (TB

pascaprimar/TB sekunder) terjadi bila daya tahan tubuh menurun, alkoholisme, keganasan, silikosis, diabetes militus, dan AIDS.

Pada penderita TB sekunder limfe regional dan organ lainnya jarang terkena, lesi lebih terbatas dan terlokalisasi. Reaksi imunologis terjadi dengan adanya pembentukan granuloma, mirip dengan yang terjadi pada TB primer. Tetapi, nekrosis jaringan lebih mencolok dan menghasilkan lesi kaseosa (perkijuan) yang luas dan disebut tuberkuloma. Protease yang dikeluarkan oleh makrofag aktif akan menyebabkan pelunasan bahan kaseosa. Secara umum dapat dikatakan bahwa terbentuknya kavitas dan manifestasi lainnya dari TB sekunder adalah akibat dari reaksi nekrotik yang dikenal sebagai hipersensitivitas seluler (delayed hipersensitivity).

TB paru pascaprimar dapat disebabkan oleh infeksi lanjutan dari sumber oksogen, terutama pada usia tua dengan riwayat semasa muda pernah terinfeksi bakteri TB. Biasanya hal ini terjadi pada daerah apikal atau segmen posterior lobus superior (fokus simon), 10-20 mm dari pleura, dan segmen apikal lobus inferior. Hal ini disebabkan oleh kadar oksigen yang tinggi di daerah ini sehingga menguntungkan untuk pertumbuhan bakteri TB.

Lesi sekunder berkaitan dengan kerusakan paru. Kerusakan paru disebabkan oleh produksi sitokin (tumor necrotizing factor) yang berlebihan. Kavitas yang terjadi diliputi oleh jaringan fibrotik yang tebal dan berisi pembuluh darah pulmonal. Kavitas yang kronis diliputi oleh jaringan fibrotik yang tebal. Masalah lainnya pada kavitas yang kronis adalah kolonisasi jamur seperti aspergillus yang menumbuhkan mycetoma.

2.1.8 Manifestasi klinis

Tuberkulosis sering dijuluki “the great imitator” yaitu suatu penyakit yang mempunyai banyak kemiripan dengan penyakit lain yang juga memberikan gejala umum seperti lemah dan demam. Pada sejumlah penderita gejala yang timbul tidak jelas sehingga diabaikan bahkan kadang-kadang asistomatik.

Menurut Andra & Yessie (2013) gambaran klinis TB paru dapat dibagi menjadi dua golongan, gejala respiratorik dan gejala sistemik:

1) Gejala respiratorik meliputi:

- a) Batuk : Gejala batuk paling dini dan merupakan gangguan yang paling sering dikeluhkan. Mula-mula bersifat non produktif kemudian berdahak bahkan bercampur darah bila sudah ada kerusakan jaringan.
- b) Batuk darah : Darah yang keluar dalam dahak bervariasi, mungkin tampak berupa garis atau bercak-bercak darah, gumpalan atau darah segar dalam jumlah sangat banyak. Batuk darah terjadi karena pecahnya pembuluh darah. Berat ringannya batuk darah tergantung dari kecil besarnya pembuluh darah yang rusak.
- c) Sesak nafas : Gejala ini ditemukan bila kerusakan parenkim paru sudah luas atau karena ada hal-hal yang menyertai seperti efusi pleura, pnemothorax, anemia, dll.
- d) Nyeri dada : Nyeri dada pada TB paru termasuk nyeri pleuritik yang ringan. Gejala ini timbul apa bila sistem persarafan di pleura terkena.

2) Gejala sistemik, meliputi :

- a) Demam : merupakan gejala yang sering dijumpai biasanya timbul pada sore dan malam hari mirip dengan influenza, hilang timbul dan makin lama makin panjang sedangkan masa beban serangan makin pendek.
- b) Gejala sistemik lain : gejala sistemik lain ialah keringat malam, anoreksia, penurunan berat badan serta malaise.
- c) Timbulnya gejala biasanya gradual dalam beberapa minggu-bulan akan tetapi penampilan akut dengan batuk, panas, sesak nafas walaupun jarang dapat juga timbul gejala menyerupai gejala pneumonia.

Dikutip dalam buku ajar asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem pernafasan, Arif muttaqim (2014) menyatakan bahwa pada batuk darah, gejala permulaan biasanya rasa gatal pada tenggorokan atau adanya keinginan batuk dan kemudian darah dibatukan keluar, darah berwarna merah terang dan berbuih, dapat bercampur sputum dan bersifat alkali (Harrison, 1999), batuk darah terjadi akibat pecahnya pembuluh darah. berat dan ringannya batuk darah yang timbul tergantung tergantung pada besar kecilnya pembuluh darah yang pecah, batuk darah tidak selalu timbul akibat pecahnya aneurisma pada dinding kavitas, tapi juga dapat terjadi karena ulserasi pada mukosa bronkhus (yunus, 1992).

Tuberkulosis paru termasuk insidius. Sebagian besar pasien menunjukkan demam tingkat rendah, keletihan, anoreksia, penurunan BB, berkeringat malam, nyeri dada dan batuk menetap. Batuk pada awalnya

mungkin non produktif, tetapi dapat berkembang kearah pembentukan spuntum mukopurulen dengan hemoptitis.

Tuberkulosis dapat mempunyai manifestasi atipikal pada lansia, seperti perilaku tiada biasa dan perubahan status mental, demam, anoreksia, dan penurunan BB. Basil TB dapat bertahan lebih dari 50 tahun dalam keadaan dorman.

2.1.9 Terapi

Tujuan pengobatan pada penderita TB Paru selain untuk mengobati juga mencegah kematian, mencegah kekambuhan, atau resistensi terhadap OAT, serta memutuskan mata rantai penularan (Arif Muttaqim, 2014).

2.1.9.1 Mekanisme kerja Obat Anti Tuberkulosis (OAT)

- 1) Aktifitas bakterisidal untuk bakteri yang membelah cepat.
 - a) Ekstraseluler, jenis obat yang digunakan adalah Rifampisin (R) dan Streptomisin (S).
 - b) Intraseluler, jenis obat yang digunakan adalah Rifampisin (R) dan Isoniazid (INH).
- 2) Aktifitas sterilisasi, terhadap the persisters (bakteri semidormant)
 - a) Ekstraseluler, jenis obat yang digunakan adalah Rifampisin (R) dan Isoniazid (INH).
 - b) Intraseluler, untuk slowly growing bacilli digunakan Rifampisin (R) dan Isoniazid. Untuk very slowly growing bacilli, digunakan Pirazinamid (Z).
- 3) Aktifitas bakteristatis, obat-obatan yang mempunyai aktifitas bakteristatis terhadap bakteri tahan asam.

- a) Ekstraseluler, jenis obat yang digunakan ialah Etambutol (E), Asam Para-amino Salisilik (PAS), dan Sikloserine.
- b) Intraseluler, kemungkinan masih dapat dimusnahkan oleh Isoniazid dalam keadaan telah terjadi restensi sekunder.

Pengobatan tuberkulosis terbagi menjadi 2 fase yaitu fase intensif (2-3 bulan) dan fase lanjutan (4-7 bulan). Paduan obat yang digunakan terdiri dari obat utama dan obat tambahan. Jenis obat utama yang digunakan sesuai dengan rekomendasi WHO adalah Rifampisin, Isoniazid (INH), Pirazinamid, Streptomisin dan Etambutol.

Untuk keperluan pengobatan perlu dibuat batasan khusus terlebih dahulu berdasarkan lokasi TB, berat dan ringannya penyakit, hasil pemeriksaan bakteriologi, apusan sputum, dan riwayat pengobatan sebelumnya. Untuk program nasional pemberantasan TB paru, WHO mengajukan panduan obat sesuai dengan kategori penyakit. Kategori berdasarkan urutan kebutuhan pengobatan dalam program. Untuk itu, penderita dibagi menjadi empat kategori sebagai berikut:

1) Kategori 1

Kategori 1 adalah Kasus baru dengan sputum positif dan penderita dengan keadaan yang berat seperti meningitis, TB milier, Perikarditis, peritonitis, pleuritis pasif atau belateral, spondilolitis dengan gangguan neurologis dan penderita dengan sputum negatif tetapi kelainan parunya luas, TB usus, TB saluran kemih, dan sebagainya.

Dimulai dengan fase 2 HRZS(E) obat diberikan setiap hari selama dua bulan. Bila selama dua bulan spuntum menjadi negatif, maka dimulai fase selanjutnya. Bila setelah dua bulan spuntum masih tetap positif, maka fase intensif diperpanjang 2-4 minggu lagi (dalam program P2TB Depkes diberikan satu bulan dan dikenal sebagai obat sisipan), kemudian diteruskan dengan fase lanjutan tanpa melihat apakah spuntum sudah negatif atau belum. Fase selanjutnya adalah 4HR atau 4H3R3. Pada penderita meningitis, TB milier, spondiolitis dengan kelainan neurologis, fase selanjutnya diberikan lebih lama, yaitu 6-7 bulan hingga total pengobatan 8-9 bulan. Sebagai panduan alternatif pada fase selanjutnya 6HE.

2) Kategori 2

Kategori 2 adalah kasus kambuh atau gagal dengan spuntum tetap positif. Fase positif dengan bentuk 2HRZES-1 HRZE. Bila setelah fase intensif spuntum menjadi negatif, baru diteruskan ke fase selanjutnya. Bila setelah 3 bulan spuntum masih tetap positif, maka fase intensif diperpanjang 1 bulan lagi dengan HRZE (juga dikenal sebagai obat sisipan). Bila setelah empat bulan spuntum masih tetap positif, maka obat dihentikan 2-3 hari. Kemudian, periksa biarkan dan uji resistensi lalu pengobatan diteruskan dengan fase selanjutnya.

Bila penderita mempunyai resisten sebelumnya dan ternyata bakteri masih sensitif terhadap semua obat dan setelah fase intensif spuntum menjadi negatif maka fase selanjutnya dapat diubah seperti kategori 1 dengan pengawasan ketat. Bila data menunjukkan resistensi terhadap H

atau R, maka fase selanjutnya harus diawasi dengan ketat. Bila data menunjukkan resistensi terhadap H dan R, maka kemungkinan keberhasilan pengobatan kecil fase selanjutnya adalah 5 H3R3E3 bila dapat dilakukan pengawasan atau 5 HRE bila tidak dapat dilakukan pengawasan.

3) Kategori 3

Kategori 3 adalah kasus dengan sputum negatif tetapi kelainan parunya tidak luas dan kasus TB diluar paru selain yang disebutkan kategori 1. Pengobatan diberikan:

- a) 2 HRZ/6 HE
- b) 2 HRZ/4 HR
- c) 2 HRZ/4 H3R3

4) Kategori 4

Kategori 4 adalah tuberkulosis kronis. Prioritas pengobatan rendah karena kemungkinan keberhasilan pengobatan kecil sekali. Untuk negara kurang mampu dari segi kesehatan masyarakat, dapat diberikan H saja seumur hidup. Untuk negara maju atau pengobatan secara individu (penderita mampu), dapat dicoba pemberian obat berdasarkan uji resisten atau obat lapis kedua seperti Quinolon, Ethioamide, Sikloserin, Amikasin, Kanamisin, dan sebagainya.

2.1.9.2 Cara kerja, potensi, dan dosis OAT utama dapat dilihat pada tabel berikut:

Table 2.1 Cara kerja, potensi, dan dosis OAT utama (Andra & Yessie, 2013)

No	Obat Anti TB Esensial	Aksi	Potensi	Rekomendasi Dosis (mg/kg BB)		
				Per Hari	Per minggu	
					3 X	2 X
1	Isoniazid (INH)	Bakterisidal	Tinggi	5	10	15
2	Ripafisin (R)	Bakterisidal	Tinggi	10	10	10
3	Pirasinamid (Z)	Bakterisidal	Rendah	25	35	50
4	Streptomisin (S)	Bakterisidal	Rendah	15	15	15
5	Etabutol (E)	Bakteriostatik	Rendah	15	30	45

Untuk keperluan pengobatan perlu dibuat batasan kusus terlebih dahulu berdasarkan lokasi TB, berat ringannya penyakit, hasil pemeriksaan bakteriologik, hapusan dahak dan riwayat pengobatan sebelumnya. Disamping itu perlu pemahaman strategi penanggulangan TB yang dikenal sebagai Directly Observed Treatment Short Course (DOTS) yang direkomendasikan oleh WHO yang terdiri dari lima komponen yaitu :

- a) Adanya komitmen politis berupa dukungan pengambilan keputusan dalam penanggualangan TB.
- b) Diagnosis TB melalui pemeriksaan dahak secara mikroskopik langsung, sedangkan pemeriksaan penunjang lainnya dapat dilaksanakan di unit pelayanan yang dimiliki sarana tersebut.
- c) Pengobatan TB dengan panduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung oleh Pengawas Menelan Obat (PMO) khususnya dalam dua bulan pertama dimana penderita obat harus minum obat setiap hari.
- d) Kesiambungan ketersediaan paduan OAT jangka pendek yang cukup.
- e) Pencatatan dan pelaporan yang baku.

Menurut Debora (2011) perlakuan yang dilakukan pada klien akan berbeda, disesuaikan dengan kondisi klien saat itu dan kebutuhan yang paling dirasakan oleh klien.

2.1.10 Pemeriksaan Penunjang

Table 2.2 Pemeriksaan Penunjang (Andra & Yessie, 2013)

No.	Jenis Pemeriksaan	Interpretasi Hasil
1	Spuntum 1) Kultur 2) Ziehl-Neelsen	1) Mycobacterium tuberculosis positif pada tahap aktif, penting untuk menetapkan diagnosa pasti dan melakukan uji kepekaan terhadap obat. 2) BTA Positif
2	Tes Kulit (PPD, Mantoux, Vollmer)	Reaksi Positif (area indurasi 10mm atau lebih) menunjukkan infeksi masa lalu dan adanya antibodi tetapi tidak berarti untuk menunjukkan keaktifan penyakit.
3	Foto thorax	Dapat menunjukkan infiltrasi lesi awal pada area paru, simpanan kalsium lesi sembuh primer, efusi cairan, akumulasi udara, area cavitasi, area fibrosa dan penyimpangan struktur mediastinal.
4	Histologi atau kultur jaringan (termasuk bilasan lambung, urine, cairan serebrospinal, biopsi kulit)	Hasil positif dapat menunjukkan serangan ekstrapulmonal
5	Biopsi jarum pada jaringan paru	Positif untuk glanoma TB, adanya giant cell menunjukkan nekrosis
6	Darah : 1) LED 2) Limfosit 3) Elektrolit 4) Analisa Gas Darah	1) Indikator stabilitas biologik penderita, respon terhadap pengobatan dan prediksi tingkat penyembuhan. Sering meningkat saat proses aktif. 2) Menggambarkan status imunitas penderita (normal atau supresi). 3) Hiponatremia dapat terjadi akibat retensi cairan pada TB Paru kronis luas. 4) Hasil bervariasi tergantung lokasi dan beratnya kerusakan paru.
7	Tes Faal Paru	Penurunan kapasitas vital, peningkatan ruang mati, peningkatan rasio udara residu dan kapasitas paru total, penurunan saturasi oksigen sebagai akibat dari infiltrasi parenkim/fibrosis, kehilangan jaringan paru dan penyakit pleural.

Menurut Natalia E.Y (2015), pemeriksaan Hitung darah lengkap meliputi pemeriksaan Neutrofi, Basofil, Eosinofil, Monosit, Limfosit, dan Makrofag.

Menurut Arif Muttaqim (2014) pemeriksaan Rontgen thoraks sangat berguna untuk mengevaluasi hasil pengobatan dan ini tergantung pada tipe keterlibatan dan kerentangan bakteri tuberkel terhadap obat anti tuberkulosis, apakah sama baiknya dengan respon dari klien.

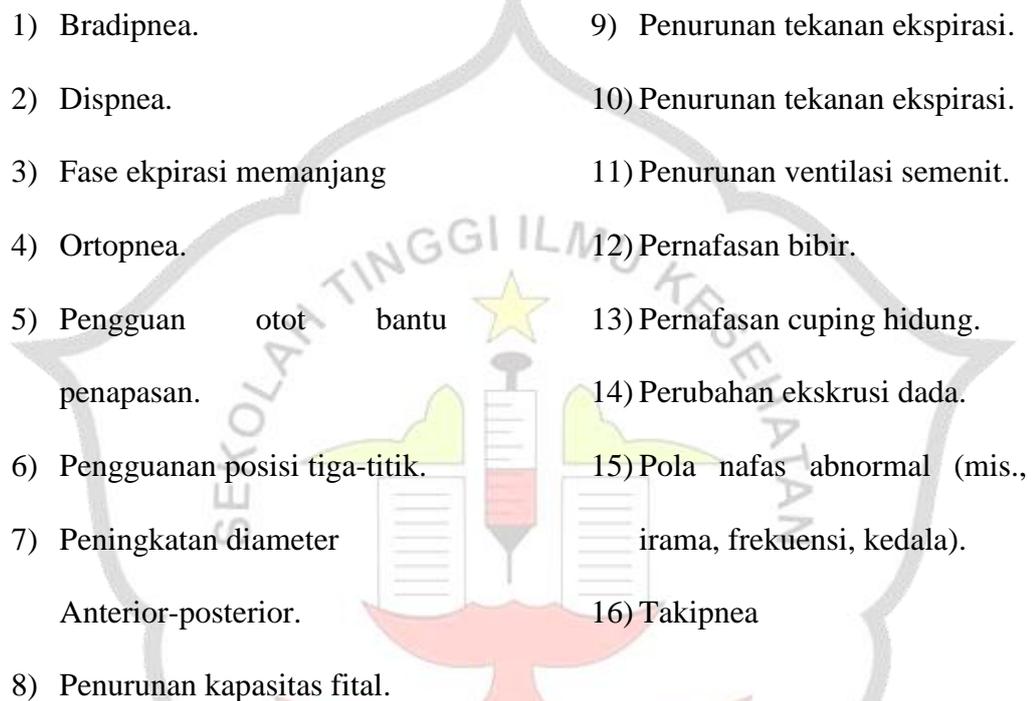
Menurut Martono dan Hastjarjo (2012) menyatakan bahwa seseorang dalam keadaan emosi netral akan memiliki cukup dopamin, jika orang dengan emosi positif maka akan dibarengi dengan peningkatan dopamin dalam sistem mesokortikolimbik. Peningkatan dopamin akan mempengaruhi peningkatan kinerja berbagai tugas kognitif, termasuk memori. Seseorang dengan emosi yang netral akan lebih mudah menerima masukan dan daya tangkap lebih baik dalam menyerap informasi dan pengetahuan yang didupatkannya dari pada seseorang yang memiliki emosi yang tidak stabil sehingga respon yang terjadi setelah dilakukan Asuhan keperawatan pun berbeda.

2.2 Konsep Ketidakefektifan Pola Nafas

2.2.1 Definisi Ketidakefektifan Pola Nafas

Pola nafas tidak efektif adalah inspirasi dan ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi yang adekuat (NANDA, 2015).

2.2.2 Batasan Karakteristik

- 
- | | |
|---|---|
| 1) Bradipnea. | 9) Penurunan tekanan ekspirasi. |
| 2) Dispnea. | 10) Penurunan tekanan ekspirasi. |
| 3) Fase ekpirasi memanjang | 11) Penurunan ventilasi semenit. |
| 4) Ortopnea. | 12) Pernafasan bibir. |
| 5) Penggunaan otot bantu penapasan. | 13) Pernafasan cuping hidung. |
| 6) Penggunaan posisi tiga-titik. | 14) Perubahan ekskresi dada. |
| 7) Peningkatan diameter Anterior-posterior. | 15) Pola nafas abnormal (mis., irama, frekuensi, kedala). |
| 8) Penurunan kapasitas vital. | 16) Takipnea |

2.2.3 faktor-faktor yang berhubungan

- | | |
|------------------------------|--|
| 1) Ansietas. | 6) Gangguan neurologis (mis., Elektroen sefalogram [EEG] positif, trauma kepala, gangguan kejang). |
| 1) Cedera medula spinalis. | 7) Hiperfentilasi. |
| 2) Deformitas dinding dada. | 8) Imaturitas neurologis. |
| 3) Deformitas tulang. | 9) Keletihan. |
| 4) Disfungsi neuromuskular. | |
| 5) Gangguan muskuloskeletal. | |

- | | |
|--------------------------------|----------------------------|
| 10) Keletihan otop pernafasan. | 13) Posisi tubuh yang |
| 11) Nyeri. | menghambat ekspansi paru. |
| 12) Obesitas. | 14) Sindrom hipoventilasi. |

2.2.4 Konsep pola pernafas normal

Tabel 2.3 Pola pernafasan normal

Eupnea	1) Merupakan pernafasan normal yang spontan (Terjadi tanpa disadari). 2) Ventilasi ini terjadi sesuai dengan kebutuhan tubuh agar metabolisme dapat berjalan normal. 3) Frekuensi 13-17 X/menit
Hiperpnea	1) Peningkatan ventilasi paru yang dihubungkan dengan kebutuhan metabolisme karena kebutuhan oksigen meningkat. 2) Dapat dicapai dengan cara meningkatkan frekuensi pernafasan, volume atau keduanya.
Hiperventilasi	1) Peningkatan ventilasi paru sebagai akibat ventilasi yang berlebihan. 2) Atau PCO ₂ atau PO ₂ .
Apnea	1) Pernafasan berhenti atau gerakan pernafasan hilang. 2) Jika apnea berlangsung cukup lama maka disebut respiratori arest.

2.2.5 Pola pernafasan abnormal

Tabel 2.4 Pola pernafasan abnormal

Pernafasan Biot	1) Sering terjadi pada penyakit akibat kerusakan otak. 2) Secara klinis pola yang terlihat adalah 1 atau beberapa kali usaha melakukan pernafasan dengan amplitudo dan irama yang tidak teratur serta diiringi periode istirahat.
Pernafasan Cheynestokes	1) Merupakan suatu keadaan pernafasan dengan irama pernafasan yang semakin lama akan semakin besar. 2) Setelah mencapai maksimum irama pernafasan berubah semakin lama semakin kecil dan kemudian lanjut dengan tahap apnea.
Pernafasan kussmaul	1) Berupa irama pernafasan yang lambat, dalam dan teratur. 2) Klinis keadaan ini dijumpai pada klien dengan asidosis metabolik.

Tabel 2.5 Pola pernafasan lain

Hipoventilasi	<ol style="list-style-type: none"> 1) Merupakan suatu penurunan frekuensi ventilasi. 2) Penurunan ini berkaitan dengan metabolisme atau kecepatan metabolisme yang sedang berlangsung. 3) Hipofentilasi dapat menyebabkan peningkatan PCO₂.
Takipnea	<ol style="list-style-type: none"> 1) Merupakan peningkatan frekuensi pernafasan tanpa memperhatikan ada atau tidaknya perubahan pada ventilasi paru secara keseluruhan. 2) Takipnea dapat timbul pada ventilasi pada keadaan ventilasi paru menurun secara keseluruhan sehubungan dengan penurunan volume tidal.
Dispnea	<ol style="list-style-type: none"> 1) Merupakan kesukaran bernafas dan keluhan subjektif akan kebutuhan oksigen yang meningkat. 2) Dispnea dapat juga diartikan sebagai suatu tanda diperlukanya peningkatan pernafasan. 3) Dispnea suatu keluhan bukan gejala.
Ortopnea	<ol style="list-style-type: none"> 1) Adalah sesak nafas yang terjadi penderita pada posisi terbaring. 2) Sesak nafas akan berkurang bila penderita dalam posisi tegak (duduk atau berdiri).

2.2.6 Suara paru-paru normal

Suara Paru-paru normal menurut Ramadhan,M,Z, (2012)

- 1) Tracheal Sound yaitu suara yang terdengar pada bagian trakea yaitu pada bagian laring dan pangkal leher.
- 2) Bronchial Sound yaitu suara yang terdengar pada bagian bronchial yaitu suara yang terdengar pada bagian percabangan antara paru-paru kanan dan paru-paru kiri.
- 3) Bronchevesicular sound suara ini terdengar pada bagian ronchus yaitu tepat pada bagian dada sebelah kanan dan kiri.
- 4) Vasicular Sound suara yang dapat didengar pada bagian vasicular yaitu pada bagian dada dekat perut.

2.2.7 Suara paru-paru tambahan (Adeventitious Sounds)

Kategori terahir dari suara paru-paru yaitu suara tambahan (Adeventitious Sounds).Suara paru-paru tambahan ini muncul karena adanya kelainan pada paru-paru yang disebabkan oleh penyakit. Beberapa contoh suara tambahan pada paru-paru menurut Ramadhan, M,Z (2012), yaitu:

1) Crackles

Crackles adalah jenis suara yang bersifat discontinuous (terputus-putus), pendek, dan kasar. Suara ini umumnya terdengar pada proses inspirasi. Suara crackles ini juga sering disebut rales atau crepitation. Suara ini dapat diklasifikasikan sebagai fine, yaitu memiliki pitch tinggi, lembut, sangat singkat. Atau sebagai coarse, yaitu pitch rendah, lebih keras, atau terlalu singkat. Spectrum frekuensi suara crackles antara 100-2000Hz (sovijarvi, et al. 2000). Suara crackles dihasilkan akibat dua proses yang terjadi. Proses pertama yaitu ketika terdapat saluran udara yang sempit tiba-tiba terbuka hingga menimbulkan suara mirip seperti suara “plop” yang terdengar saat bibir dibahasi tiba-tiba dibuka.

2) Wheeze

Suara ini dihasilkan oleh pergerakan udara turbulen melalui lumen jalan nafas yang sempit. Wheeze merupakan jenis suara yang bersifat kontiniu, memiliki pitch tinggi, lebih sering terdengar pada proses ekspirasi, benda asing ataupun luka yang menghalangi. Jika wheeze terjadi, terdapat perubahan setelah bernafas dalam atau batuk. Wheeze yang terdengar akan menandakan peak ekspirasi yang 50% lebih renda

dibandingkan dengan pernafasan normal. Terdapat dua macam suara wheeze, yaitu:

- a) Saluran monophonic yaitu suara yang terjadi karena adanya blok pada suatu saluran nafas, biasanya sering terjadi saat tumor menekan dinding bronchioles.
- b) Suara *polyphonic* yaitu suara yang terjadi karena adanya halangan pada semua saluran nafas pada saat proses ekspirasi.

3) *Ronchi* (coarse rattling sound)

Ronchi kering (bronchitis geruis, sonorous, dry rales). Pada fase inspirasi maupun ekspirasi dapat nada tinggi (sibilant) dan nada rendah (sonorous); rhonchi, rghchos berarti ngorok. Sebabnya ada getaran lendir oleh aliran udara. Dengan dibatukkan sering hilang atau berubah sifat.

Rhonchi basah (moist rales). Timbul letupan gelembung dari aliran udara yang lewat cairan. Bunyi di fase inspirasi :

- a) Rhonkhi basah halus (suara timbul di bronchioli).
- b) Rhonkhi basah sedang (bronchus sedang).
- c) Rhonkhi basah kasar (suara berasal dari bronchus besar).
- d) Rhonkhi basah meletup. Sifatnya musikal, khas pada infiltrat, pneuminia, TB.
- e) Kreptalis, suara halus timbul karena terbukanya alveolus secara mendadak, serentak terdengar di fase inspirasi.
- f) Suara gesekan, adanya pleura dan gesekan perikardial sebabnya adalah gesekan dua permukaan yang kasar.

- 4) Stridor Merupakan suara Wheeze pada saat inspirasi yang terdengar keras pada trachea. Stridor menunjukkan indikasi luka pada trachea atau pada larynx sehingga sangat dianjurkan pertolongan medis.
- 5) Pleural rub merupakan suara yang terdengar menggesek atau menggeretak yang terjadi saat permukaan pleural membengkak atau menjadi kasar dan bergesekan satu dan lainnya. Suaranya dapat bersifat kontiniu atau diskontiniu.

2.2.8 Suara yang ditimbulkan saat perkusi

- 1) Sonor (resonant) : suara perkusi jaringan paru normal latihlah diparu-paru dada).
- 2) Suara memendek (suara tidak memanjang).
- 3) Redup (dull) ketukan pada pleura yang terisi cairan, efusi pleura.
- 4) Timpani (tympanic) seperti ketukan diatas tabung yang kembang.
- 5) Pekak (flat) suara ketukan pada otot atau hati.
- 6) Resonasi amforik seperti timpani tetapi lebih bergaung, metallklang.
- 7) Hipersonor (hyperresonant) disini justru lebih keras, contoh pada bagian paru yang diatas daerah yang ada cairannya, suara antara sonor dan timpani.

2.2.9 Frekuensi pernafasan normal

2.6 frekuensi pernafasan normal menurut debora (2011)

Usia	Rentang normal (kali/menit)	Rata-rata normal (kali/menit)
Bayi baru lahir	30-50	40
1-3 tahun	20-40	25
6-14 tahun	16-22	17-19
Dewasa	12-20	18

2.3 Teori Konsep Asuhan Keperawatan Pada Klien Tuberkulosis Dengan Masalah Ketidakefektifan Pola Nafas

2.3.1 Definisi

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistic, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien.

2.3.2 Konsep Asuhan Keperawatan

1) Pengkajian

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien baik fisik, mental, sosial, maupun spiritual dapat ditentukan. Tahap ini mencakup tiga kegiatan, yaitu pengumpulan data, analisis data, dan penentuan masalah kesehatan serta keperawatan (Potter, 2010).

a) Identitas diri klien

- 1) Nama
- 2) Jenis Kelamin

Penderita TB laki-laki lebih banyak dari pada penderita TB perempuan, hal ini dikarenakan rokok mengganggu mekanisme pertahanan alamiah yang dimediasi oleh makrofag, sel epitel, sel

dendritik (DCs), dan sel natural killer (NK) sehingga meningkatkan risiko, keparahan dan durasi infeksi.

3) Umur

TB dapat menyerang semua usia, tetapi TB pada usia 0-14 tahun cukup rendah dibandingkan dewasa, pada dewasa disertai adanya lubang atau kavitas pada paru-paru.

4) Tempat, Tanggal Lahir

5) Alamat

Penyakit TB biasanya ditemukan pada pasien dengan tempat tinggal dengan tingkat kepadatan penduduk yang tinggi sehingga masuknya cahaya matahari kedalam rumah sangat minim.

6) Pekerjaan

Riwayat pekerjaan yang sering berinteraksi pada penderita TB, atau bekerja di daerah dengan banyaknya organisme di udara/udara kotor.

b) Riwayat Kesehatan

1) Kesehatan sekarang

- a) Keadaan pernafasan (nafas pendek, cepat, pernafasan >20x/menit)
- b) Nyeri dada, nyeri timbul bila infiltrasi radang sampai ke pleura, sehingga menimbulkan pleuritis.
- c) Sesak nafas, timbul pada tahap lanjut ketika inflamasi radang sampai paru.

d) Batuk, mulanya non progresis kemudian berdahak bahkan bercampur dahak bila sudah terjadi kerusakan jaringan.

2) Kesehatan dahulu:

Mengkaji apakah klien sebelumnya pernah menderita TB paru, keluhan batuk lama pada masa kecil, tuberkulosis pada organ lain, pembesaran getah bening, dan penyakit lain yang memberatkan TB paru seperti diabetes militus. Serta kaji obat-obatan yang biasa diminum (OAT dan antitusif) apakah ada alergi obat.

3) Kesehatan keluarga

Pada umumnya penyakit TB ini adalah bukanlah penyakit keturunan, tp bisa ditularkan oleh penderita yang terinfeksi. Dan adakah keluarga yang menderitapenyakit lain seperti emfisema, asma, alergi.

c) Data pola pemeliharaan kesehatan, misalnya:

1) Tentang nutrisi

Perlu dikaji apakah penderita TB memiliki nutrisi yang cukup dikarenakan pada penderita TB akan banyaknya sel yang mati makanan dengan protein dan kalori yang cukup akan membantu sel-sel baru tumbuh.

2) Pola tidur-istirahat dan stress

Pada umumnya penderita TB akan kesusahan beristirahat karena respirasi yang terganggu menyebabkan nyeri. Pengkajian dilakukan pada lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, kesulitan tidur dan penggunaan obat tidur.

3) Pola aktifitas

Pada umumnya penderita TB akan mengalami penurunan aktifitas baik untuk aktifitas sehari-hari bahkan untuk bekerja biasanya nyeri sangat mengganggu aktifitasnya.

Pemeriksaan Head Toe Toe

1) Pemeriksaan kepala dan leher

Pemeriksaan mulai dari ft kepala, wajah, mata, hidung, telinga, mulut, dan leher. Pada penderita TB biasanya di dapatkan tanda-tanda pada, hidung yaitu terdapat cuping hidung, pada mulut yang kotor karena pasien mual, muntah dan disertai batuk dahak, bahkan sampai batuk darah.

2) Thoraks

Pemeriksaan di tujukan pada dada, paru-paru. Pada penderita TB biasanya didapatkan bentuk dada yang asimetris, adanya nafas bantu dada ataupun perut, nyeri dada, irama nafas yang tidak teratur, nyeri tekan pada dada, adanya vemitus fokal, adanya bunyi rensonan pada saat perkusi, dan adanya bunyi rhonky pada saat auskultasi.

3) Jantung

Pada pemeriksaan jantung didapatkan denyut nadi yang melemah dan cepat, tekanan darah biasanya normal.

4) Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen pada penderita TB biasanya pasien mengeluhkan mual dan muntah, pada diit yaitu diit dengan tinggi kalori dan tinggi protein.

5) Ginjal

Pengeluaran volume output urine berhubungan dengan tanda awal shock. Klien diinformasikan agar terbiasa dengan urin yang berwarna jingga pekat dan berbau yang menandakan bahwa fungsi ginjal masih normal sebagai ekskresi karena minum OAT terutama rifampisin.

6) Ekstermitas dan Persendian

Banyak aktifitas sehari hari yang berkurang banyak pada penderita TB. Gejala yang muncul antara lain, kelemahan, kelelahan, insomnia, pola hidup menetap, dan jadwal olah raga menjadi tidak teratur.

7) Inguinal, Gebetalia, Anus.

Biasanya tidak ada gangguan.

2.3.2 Analisa data

Merupakan upaya untuk memberikan justifikasi pada data yang telah dikumpulkan dengan melakukan perbandingan data subyektif dan obyektif yang dikumpulkan dari berbagai sumber berdasarkan standart nilai normal, untuk menemukan kemungkinan pengkajian ulang atau pengkajian tambahan tentang data yang ada (Hidayat, 2012).

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan ini dapat memberikan dasar pemilihan intervensi untuk menjadi tanggung gugat perawat. Kategori diagnosis keperawatan :

a) Diagnosis keperawatan aktuals

Diagnosa keperawatan aktual menurut NANDA (*North American Nursing Diagnosa Association*) adalah menyajikan keadaan secara klinis yang telah divalidasi melalui batasan-batasan karakteristik utama yang diidentifikasi. Diagnosis keperawatan aktual terdiri atas pernyataan masalah (Problem {P}), pernyataan penyebab (Etiologi {E}), dan pernyataan tanda dan gejala (Symptom {S}).

b) Diagnosis keperawatan resiko tinggi

Diagnosi keperawatan ini merupakan keputusan klinis tentang individu, keluarga, atau komunitas, yang sangat rentang terhadap masalah dibandingkan pihak lain ada situasi yang sama atau hampir sama.

c) Diagnosis keperawatan kemungkinan

Diagnosis ini merupakan pernyataan tentang masalah-masalah yang diduga masih memerlukan data tambahan, dengan harapan masih diperlukan untuk memastikan adanya tanda dan gejala utama adanya faktor resiko.

d) Diagnosis keperawatan sehat dan sejahtera

Diagnosis ini merupakan ketentuan klinis mengenai individu, kelompok, atau masyarakat dalam transisi dari tingkat kesehatan khusus ke tingkat kesehatan yang lebih baik. Penyusunannya dapat menggabungkan pernyataan fungsi positif dalam masing-masing pola kesehatan fungsional, sehat menunjukkan terjadinya peningkatan fungsi kesehatan menjadi fungsi yang positif.

e) Diagnosis keperawatan sindroma

Merupakan diagnosa keperawatan yang terdiri dari atas sekelompok diagnosa keperawatan aktual atau resiko yang diduga akan muncul karena suatu kejadian atau situasi tertentu (Hidayat Alimul, 2012).

Diagnosa yang sering muncul pada pasien TB :

- 1) Ketidakefektifan pola nafas
- 2) Ketidakefektifan besihan jalan nafas
- 3) Gangguan pertukaran gas
- 4) Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- 5) Intoleransi aktifitas

2.3.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi merupakan proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menghilangkan, atau mengurangi masalah-masalah pasien (Hidayat, 2012).

Tabel 2.7 Intervensi Diagnosa Keperawatan (Nanda NIC-NOC (2015))

Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan		
	Tujuan / batasan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Pola nafas tidak efektif Definisi: inspirasi dan ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi yang adekuat. faktor-faktor yang berhubungan 1) Ansietas 2) Deformitas dinding dada 3) Hiperfentilasi 4) Keletihan 5) Keletihan otot pernafasan 6) Nyeri 7) Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru 8) Sindrom hipoventilasi Batasan Karakteristik 1) Bradipnea 2) Dispnea 3) Fase ekpirasi memanjang 4) Ortopnea 5) Pegguan otot bantu penapasan 6) Peningkatan diameter anterior-posterior 7) Penurunan kapasitas	NOC Ukuran Penyelesaian 1) Status pernafasan 2) Status pernafasan: ventilasi Mengukur batasan karakteristik: 1) Status pernafasan : kepatenan Jalan Nafas 2) Status Pernafasan : pertukaran gas 3) Keparahan syok : Faktor yang berhubungan atau pencegahan: 1) Keparahan Respirasi Asidosis Akut 2) Keparahan respiratori alkalosis akut 3) Tingkat kecemasan 4) Kongnisi 5) Kelelahan : efek yang mengganggu 6) Tingkat kelelahan 7) Status neurologi : otonomik 8) Status neurologi : sensori tulang punggung/fungsi motorik	NIC Manajemen jalan nafas 1) Menghisapan lendir pada jalan nafas 2) Pengguarang an kecemasan 3) Manajemen Jalan Nafas Buatan Monitoring Pernafasan 1) Bantuan ventilasi 2) Monitoring tanda-tanda vital 3) Stabilisasi dan Membuka Jalan Nafas 4) Pemberian Analgesik 5) Fisioterapi Dada 6) Perawatan Gawat Darurat 7) Dukungan Emosional 8) Manajemen Pengobatan 9) Monitoring Neurologi 10) Manajemen Nyeri 11) Phlebotomi : sampel darah arteri 12) Phlebotomi : sampel darah vena 13) Pengaturan	Manajemen jalan nafas 1) Mencegah obstruksi/aspirasi. Penghisapan dapat dilakukan bila pasien tidak mampu untuk mengeluarkan sekret. 2) Klien dapat mengungkapkan penyebab kecemasan sehingga perawat dapat menentukan tingkat kecemasan klien dan menentukan intervensi untuk klien selanjutnya. 3) Bertujuan sebagai evakuasi cairan atau udara dan memudahkan ekspansi paru secara maksimal. Monitoring Pernafasan 1) mempermudah ekspansi paru secara maksimal. 2) Mengetahui perkembangan dan menilai keadaan umum 3) Terapi oksigen dapat mengoreksi hipoksemia yang terjadi akibat penurunan ventilasi/ menurunnya permukaan alveolar paru 4) Mengurangi rasa nyeri penderita TB 5) Mengoptimalkan sistem pernafasaan 6) Pencegahan bila terjadinya keadaan yang fatal. 7) Menjadikan individu memiliki rasa yakin, nyaman, dan diperhatikan orang disekitarnya 8) Mempertahankan kondisi dalam keadaan normal 9) mendeteksi perubahan yang terjadi dan memulai langkah penyelamatan 10) Membantu meidentifikasi tindakan yang tepat untuk memberikan kenyamanan

8) Penurunan tekanan ekspirasi	9) Tingkat nyeri	posisi	11) mengkaji status oksigenasi klien (tekanan oksigen arterial [PaO ₂])
9) Penurunan ventilasi semenit	10) Perilaku berhenti merokok	14) Menghadirkan Diri	12) Untuk mendapatkan sampel darah vena yang baik dan memenuhi syarat untuk dilakukan pemeriksaan
10) Pernafasan bibir	11) Berat Badan : massa Tubuh	15) Relaksasi Otot	13) Membantu memaksimalkan ekspansi paru
11) Pernafasan cuping hidung		16) Resusitasi	14) Mengespresikan, menjernihkan dan mengontrol sosial individu seseorang
12) Perubahan ekskresi dada		17) Bantuan Penghentian Merokok	15) mengbalinya <i>otot</i> ke keadaan istirahat setelah kontraksi
13) Pola nafas abnormal (mis.,irama,frekuensi,kedalaman)			16) menghidupkan kembali atau memulihkan kembali kesadaran seseorang yang tampaknya mati sebagai akibat berhentinya fungsi jantung dan paru, yang berorientasi pada otak
14) Takipnea			17) dukungan menjadikan seseorang memiliki rasa kepedulian baik terhadap diri maupun orang lain.

2.3.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan, tahap ini muncul jika perencanaan yang dibuat diaplikasikan pada klien. Aplikasi yang dilakukan pada klien akan berbeda, disesuaikan dengan kondisi klien saat itu dan kebutuhan yang paling dirasakan oleh klien (Nurul, 2015).

2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap kelima atau terakhir dari proses keperawatan. Pada tahap ini perawat membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah masalah yang terjadi sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian atau bahkan belum teratasi semuanya (Nurul, 2015).Evaluasi pada pasien Tuberkulosis : Mengatasi ketidakefektifan pola nafas.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Desain yang digunakan adalah studi kasus, yaitu studi yang mengeksplorasi satu masalah/fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus dibatasi oleh waktu dan tempat, serta kasus yang dipelajari berupa peristiwa, aktivitas atau individu. Studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan Pada Klien Tuberkulosis Dengan Ketidakefektifan Pola Nafas di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

3.2. Batasan Istilah

Untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian maka peneliti sangat perlu menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus penelitian studi kasus ini. Pada judul Asuhan Keperawatan Pada Klien Tuberkulosis Dengan Ketidakefektifan Pola Nafas di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan, penyusun studi kasus telah menjabarkan tentang konsep Tuberkulosis dan Ketidakefektifan Pola Nafas, sebagai berikut :

3.2.1 Asuhan Keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan melalui metode asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dinamis, dan terus-menerus serta berkesinambungan

dimulai dari Pengkajian (Pengumpulan Data, Analisis Data, dan Penentuan Masalah) Diagnosis Keperawatan, Pelaksanaan, dan Penilaian, Tindakan Keperawatan (evaluasi).

3.2.2 Klien adalah seorang individu yang mencari atau menerima perawatan medis. Klien dalam studi kasus ini adalah 2 klien dengan masalah keperawatan dan diagnosa yang sama.

3.2.3 Tuberkulosis (TB) adalah suatu penyakit menular yang paling sering mengenai parenkim paru, biasanya disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*. Infeksi awal biasanya terjadi dalam 2 sampai 10 minggu setelah pajanan. Pasien kemudian dapat membentuk penyakit aktif karena respon sistem imun menurun atau tidak adekuat (Susan C. Smeltzer 2015).

3.2.4 Pola nafas tidak efektif adalah inspirasi dan ekspirasi yang tidak memeberikan ventilasi yang adekuat (NANDA, 2015).

3.3. Partisipan

Subyek yang digunakan adalah 2 klien (2 kasus) dengan masalah keperawatan dan diagnosis medis yang sama, yaitu klien Tuberkulosis dengan masalah ketidakefektifan pola nafas.

3.4. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi yang digunakan dalam penyusunan KTI studi kasus adalah di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan. Lokasi ini beralamat di Jl. Raya Raci-Bangil, Masangan, Bangil, Pasuruan, Jawa Timur.

Waktu yang digunakan dalam penyusunan KTI studi kasus adalah Studi kasus Individu (di Rumah sakit) lama waktu sejak klien pertama kali MRS sampai pulang dan atau klien yang dirawat minimal 3 hari.

3.5. Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan adalah:

- 1) Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien), keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga dll). Sumber data dari klien, keluarga, perawat lainnya)
- 2) Observasi dan Pemeriksaan fisik (dengan pendekatan IPPA : Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi) pada sistem tubuh klien
- 3) Studi dokumentasi dan angket (hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan)

3.6. Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data/informasi yang diperoleh sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Uji keabsahan data dilakukan dengan :

- 1) Memperpanjang waktu pengamatan.

- 2) Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

3.7. Analisa Data

Analisa data adalah data yang dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis adalah :

1) Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

2) Mereduksi data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostic kemudian dibandingkan nilai normal.

3) Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

4) Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi

3.8. Etik Penelitian

Dicantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari :

1) *Informed Consent* (persetujuan menjadi klien)

Memberikan bentuk persetujuan antara dan responden studi kasus dengan memberikan lembar persetujuan. Tujuan informed consent adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan studi kasus.

2) *Anonimity* (tanpa nama)

Masalah etika studi kasus merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek studi kasus dengan cara memberikan atau menempatkan nama responden dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil studi kasus yang akan disajikan.

3) *Confidentiality* (kerahasiaan)

Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti studi kasus.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Lokasi yang digunakan dalam penyusunan KTI Studi Kasus serta pengambilan data adalah di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan, Melati adalah ruang kelas III yang memiliki 14 ruangan dan terdiri dari R. IPD, R. Bedah, R. Diabetes Militus, dan R. Paru. Rumah Sakit Umum Daerah Bangil adalah Rumah Sakit type C yang beralamat di Jl. Raya Raci-Bangil, Masangan, Bangil, Pasuruan, Jawa Timur.

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas klien

Tabel 4.1 Identitas Klien

IDENTITAS KLIEN	Klien 1	Klien 2
Nama	Tn. I	Tn.S
Umur	62 Tahun	58 Tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SD	SD
Pekerjaan	Petani	Petani
Status perkawinan	Menikah	Menikah
Alamat	Pasuruan	Pasuruan
Suku/bangsa	Indonesia	Indonesia
Tanggal MRS	4 Februari 2017	5 Februari 2017
Tanggal Pengkajian	6 Februari 2017	6 Februari 2017
Jam Pengkajian	20.00	20.00
No. RM	0032XXXX	0032XXXX
Diagnosa masuk	Tuberkulosis Paru	Tuberkulosis Paru

2) Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

RIWAYAT PENYAKIT	Klien 1	Klien 2
Keluhan utama	Klien mengatakan kesulitan saat bernafas, dan nafasnya cepat, terengah-engah (ngongsrong), saat batuk ada dahaknya dan batuk juga disertai dengan darah.	Klien mengeluhkan sesak saat bernafas, nafasnya berat, terengah-engah (ngongsrong), adanya sakit saat batuk, dan kesulitan mengeluarkan dahaknya.
Riwayat penyakit sekarang	Klien mengatakan kesulitan saat bernafas, nafasnya cepat, batuk sudah dua bulan disertai dahak, 2 hari yang lalu dahak disertai darah, nyeri dada hingga punggung, memiliki riwayat merokok aktif sejak SD dan baru berhenti sekitar 1 bulan yang lalu. Pada tanggal 4 Februari keluarga pasien memutuskan membawa pasien ke RSUD Bangil Pasuruan, dan menurut hasil pemeriksaan dokter, klien harus mendapatkan perawatan intensif di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.	Klien mengatakan kesulitan saat bernafas, dan nafasnya cepat, batuk sudah 2 minggu tidak sembuh-sembuh, batuk disertai dahak dan pada 5 hari yang lalu dahak disertai darah, memiliki riwayat merokok aktif sejak remaja dan baru berhenti merokok sejak sakit sekitar 2 minggu. Pada tanggal 5 Februari keluarga klien memutuskan membawa klien ke RSUD Bangil Pasuruan, dan menurut hasil pemeriksaan dokter, klien harus mendapatkan perawatan intensif di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.
Riwayat penyakit dahulu	Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit TB 2 tahun lalu sudah melakukan pengobatan dan dinyatakan sembuh. Dan klien mulai batuk lagi sejak dua bulan yang lalu, batuk disertai dahak dan juga darah	Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit seperti TB Paru, hipertensi, DM.
Riwayat keluarga	Klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit TB	Klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit TB
Riwayat psikososial	Klien mengatakan sangat terganggu karena nafasnya cepat merasa lelah walaupun tanpa aktifitas yang berlebih.	Klien mengatakan berusaha sabar menghadapi penyakitnya, dan berharap penyakitnya bisa segera sembuh.

3) Perubahan pola kesehatan (pendekatan Gordon/pendekatan sistem)

Tabel 4.3 Perubahan pola kesehatan

POLA KESEHATAN	Klien 1	Klien 2
Pola nutrisi	<p>Di rumah, klien mengatakan selera makan baik, makan 3x/hari dengan menu nasi, lauk pauk, dan sayur, minum air putih kurang lebih 2000 ml/hari, tidak ada makanan khusus.</p> <p>Di RS, pada saat pengkajian klien mengatakan kurang selera makan, makan hanya 3-4 sendok makan dengan menu bubur kasar, lauk pauk, dan sayur, dan hanya minum air putih \pm 1000 ml, diit klien BKTkTP.</p>	<p>Di rumah, klien mengatakan makan 3x/hari dengan menu nasi lauk pauk dan sayur, minum air putih kurang lebih 2500 ml/hari, suka meminum kopi.</p> <p>Di RS, klien mengatakan makan 3x/hari berupa bubur kasar lauk pauk dan sayur, habis $\frac{1}{2}$ porsi. Minum air putih \pm 1500 ml/hari. Diit klien BKTkTP.</p>
Pola eliminasi	<p>Di rumah, klien mengatakan BAK 5x/hari, warna kuning jernih, volume normal dan BAB 1x/hari warna kuning kecoklatan dengan konsistensi padat</p> <p>Di RS, pada saat pengkajian klien mengatakan BAB 2x dan BAK 3x/hari warna kuning jernih</p>	<p>Di rumah, klien mengatakan BAK 6x/hari, warna kuning jernih, volume normal, dan BAB 1x/hari warna kuning kecoklatan dengan konsistensi padat.</p> <p>Di RS, klien mengatakan BAB 1x selama di Rs, Dan BAK 5x/hari warna kuning jernih</p>
Pola istirahat-tidur	<p>Di rumah, klien mengatakan tidur siang cukup \pm 1 jam, malam \pm 8 jam dengan perlengkapan dan penerangan yang baik</p> <p>Di RS klien mengatakan tidur malam \pm 7 jam sering bangun dengan perlengkapan dan penerangan yang kurang baik.</p>	<p>Di rumah, klien mengatakan tidur siang cukup \pm 1 jam, malam \pm 9 jam dengan perlengkapan dan penerangan yang baik</p> <p>Di RS, klien mengatakan \pm 8 jam/hari selama di rumah sakit dan sering terbangun dengan ruangan yang banyak orang</p>
Pola aktivitas	<p>Di rumah, klien mengatakan melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri seperti makan, minum, mandi, dan beraktifitas sehari-hari.</p> <p>Di RS, klien melakukan semua aktivitas sehari-hari dibantu keseluruhan oleh keluarga seperti mandi diseka, makan, dan minum di siapkan oleh keluarga</p>	<p>Di rumah, klien mengatakan melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. klien dapat bekerja, mandi, makan, dilakukan sendiri tanpa bantuan orang lain</p> <p>Di RS, klien melakukan aktivitas sehari-hari dibantu sebagian oleh keluarga seperti dibantu kamar mandi, dibantu menyiapkan perlengkapan mandi, atau perlengkapan makan</p>

4) Pemeriksaan fisik (pendekatan head toe toe)

Tabel 4.4 Pemeriksaan fisik

Observasi	Klien 1	Klien 2	
TTV, Kesadaran	S	37,5 °C	36,9 °C
	N	98 x/menit	102 x/menit
	TD	140/90 mmhg	130/80 mmhg
	RR	30 x/menit	28 x/menit
	GCS	4 5 6	4 5 6
Kesadaran	Composmentis	Composmentis	
Rambut	Inspeksi 1. Rambut berwarna putih dengan volume tipis	Inspeksi 1. Rambut berwarna hitam sebagian sudah putih beruban, rambut kotor	
	Inspeksi 1. Kepala bundar, tidak ada benjolan, tidak ada lesi, dan tidak ada depresi tulang	Inspeksi 1. Bentuk kepala lonjong, tidak ada benjolan, tidak ada lesi, dan tidak ada depresi tulang	
Kepala	Inspeksi 1. Wajah simetris, menyeringai kesakitan	Inspeksi 1. Wajah simetris, dengan ekspresi meringis kesakitan	
Wajah	Inspeksi 1. Tidak memiliki strabismus (mata juling), 2. alis mata simetris dan tebal, berwarna hitam dan sebagian putih 3. kelopak mata sayu, 4. konjungtiva pucat, 5. tidak ada gangguan reflek cahaya 6. pupil isokor	Inspeksi 1. Tidak memiliki strabismus (mata juling) 2. alis mata simetris dan tipis 3. kelopak mata terlihat menghitam 4. konjungtiva tidak pucat (normal) 5. tidak ada gangguan reflek cahaya 6. pupil isokor	
	Mata	Inspeksi 1. Bentuk hidung simetris 2. adanya cuping hidung 3. terpasang O ₂ nasal 4 Lpm	Inspeksi 1. Bentuk hidung simetris 2. adanya cuping hidung 3. terpasang O ₂ nasal 4 Lpm
Kepala Dan Leher	Inspeksi 1. Mukosa bibir kering dan pucat, 2. gusi tidak bengkak dan tidak ada lesi 3. lidah kotor, tidak ada luka 4. tidak ada gigi karies dan gigi mulai tanggal 5. adanya spuntum dan darah saat batuk ± 250 cc/hari	Inspeksi 1. Mukosa bibir kering 2. gusi tidak bengkak dan tidak ada lesi 3. lidah kotor, tidak ada luka 4. tidak ada gigi karies dan gigi menggunakan palsu 5. adanya spuntum dan darah saat batuk ± 250 cc/hari	
	Hidung	Inspeksi 1. Mukosa bibir kering dan pucat, 2. gusi tidak bengkak dan tidak ada lesi 3. lidah kotor, tidak ada luka 4. tidak ada gigi karies dan gigi mulai tanggal 5. adanya spuntum dan darah saat batuk ± 250 cc/hari	Inspeksi 1. Mukosa bibir kering 2. gusi tidak bengkak dan tidak ada lesi 3. lidah kotor, tidak ada luka 4. tidak ada gigi karies dan gigi menggunakan palsu 5. adanya spuntum dan darah saat batuk ± 250 cc/hari
Mulut	Inspeksi 1. Mukosa bibir kering dan pucat, 2. gusi tidak bengkak dan tidak ada lesi 3. lidah kotor, tidak ada luka 4. tidak ada gigi karies dan gigi mulai tanggal 5. adanya spuntum dan darah saat batuk ± 250 cc/hari	Inspeksi 1. Mukosa bibir kering 2. gusi tidak bengkak dan tidak ada lesi 3. lidah kotor, tidak ada luka 4. tidak ada gigi karies dan gigi menggunakan palsu 5. adanya spuntum dan darah saat batuk ± 250 cc/hari	
	Mulut	Inspeksi 1. Mukosa bibir kering dan pucat, 2. gusi tidak bengkak dan tidak ada lesi 3. lidah kotor, tidak ada luka 4. tidak ada gigi karies dan gigi mulai tanggal 5. adanya spuntum dan darah saat batuk ± 250 cc/hari	Inspeksi 1. Mukosa bibir kering 2. gusi tidak bengkak dan tidak ada lesi 3. lidah kotor, tidak ada luka 4. tidak ada gigi karies dan gigi menggunakan palsu 5. adanya spuntum dan darah saat batuk ± 250 cc/hari

	Inspeksi 1. Leher simetris, tidak ada lesi dan nyeri tekan. 2. Tidak ada Nyeri telan Palpasi 1. JVP meningkat	Inspeksi 1. Leher simetris, tidak ada lesi dan nyeri tekan 2. Tidak ada Nyeri telan Palpasi 1. JVP meningkat
Toraks	Paru-paru Inspeksi 1. Bentuk dada ansimetris 2. Pasien mengeluhkan sesak saat bernafas, nyeri dada skala 7 (0-10) 3. Irama nafas tidak teratur 4. Pergerakan dinding dada normal 5. Adanya Pernafasan dada Palpasi 1. Ada nyeri tekan pada dada 2. Tidak ada benjolan 3. Pergerakan didinding dada normal dan seimbang D/S 4. Femitus vokal S/D Perkusi 1. Adanya bunyi resonan keras Auskultasi 1. Adanya Suara tambahan Rhonkhi	Inspeksi 1. Bentuk dada simetris 2. Pasien mengeluhkan sesak, batuk, nyeri dada skala 5 (0-10) 3. Irama nafas tidak teratur 4. Pergerakan dinding dada normal 5. Adanya Pernafasan dada Palpasi 1. Ada nyeri tekan pada dada 2. Tidak ada benjolan 3. Pergerakan didinding dada normal dan seimbang D/S 4. Femitus vokal D Perkusi 1. Adanya bunyi resonan keras Auskultasi 1. Adanya Suara tambahan Rhonkhi
	Jantung Inspeksi 1. Bentuk dada ansimetris 2. Tidak ada denyut pada apeks jantung Palpasi 1. ada nyeri tekan 2. CRT < 2 detik 3. Tidak teraba iktus kordis Perkusi 1. Pekak (adanya organ) 2. Batas kanan jantung dan kiri jantung normal Auskultasi 1. Bunyi jantung normal 2. TD : 140/90 mmHg	Inspeksi 1. Bentuk dada simetris 2. Tidak ada denyut pada apeks jantung Palpasi 1. Tidak ada nyeri tekan 2. CRT < 2 detik 3. Tidak teraba iktus kordis Perkusi 1. Pekak (adanya organ) 2. Batas kiri dan kanan jantung normal Auskultasi 1. Bunyi jantung normal 2. TD : 120/80 mmHg
Abdomen	Abdomen Inspeksi 1. Tidak ada nyeri tekan dan luka bekas operasi 2. Tidak ada pembesaran hepar 3. Tidak ada pembesaran line 4. Mual dan muntah 5. Tidak terpasang NGT 6. TB 155cm 7. BB 45 kg 8. Diit BKTkTP Perkusi	Inspeksi 1. Tidak ada nyeri tekan dan luka bekas operasi 2. Tidak ada pembesaran hepar 3. Tidak ada pembesaran line 4. Mual dan muntah 5. Tidak terpasang NGT 6. TB 165cm 7. BB 50 kg 8. Diit BKTkTP Perkusi

	1. Bising usus 14x/menit	1. Bising usus 14x/menit
	Auskultasi	Auskultasi
	1. Timpani	1. Timpani
	Inspeksi	Inspeksi
Ginjal	1. Tidak adanya keluhan berkemih	1. Tidak adanya keluhan berkemih
	2. Tidak ada massa atau benjolan pada kandung kemih	2. Tidak ada massa atau benjolan pada kandung kemih
	3. Tidak terpasang alat bantu kateter	3. Tidak terpasang alat bantu kateter
	4. BAK 1x, warna kuning jernih, bau khas urin	4. BAK 3x, warna kuning jernih, bau khas urin
	5. Intake cairan ± 1000 ml/hari selama dirumah sakit	5. Intake cairan ± 1500 ml/hari selama dirumasakit
	Palpasi	Palpasi
	1. Tidak ada pembesaran dan nyeri tekan	1. Tidak ada pembesaran dan nyeri tekan
	Inspeksi	Inspeksi
Ekstermitas dan Persendian	1. Pergerakan sendi bebas	1. Pergerakan sendi bebas
	2. Klien terlihat lemah	2. Keadaan tubuh lemah
	3. Tidak ada kelainan Ekstermitas	3. Tidak ada kelainan Ekstermitas
	4. Tidak ada kelainan tulang belakang	4. Tidak ada kelainan tulang belakang
	5. Tidak ada fraktur	5. Tidak ada fraktur
	6. Tidak menggunakan traksi/spalk/gips	6. Tidak menggunakan traksi/spalk/gips
	7. Tidak memiliki kelainan komplemen sindrom	7. Tidak memiliki kelainan komplemen sindrom
	8. Turgor kulit jelek	8. Turgor kulit kurang
	9. kulit kemerahan	9. kulit kemerahan
	10. tidak adanya luka	10. tidak adanya luka
	11. Tonus otot	11. Tonus otot
	$\begin{array}{r l} 5555 & 5555 \\ \hline 5555 & 5555 \end{array}$	$\begin{array}{r l} 5555 & 5555 \\ \hline 5555 & 5555 \end{array}$
	Palpasi	Palpasi
	1. Tidak ada nyeri tekan	1. Tidak ada nyeri tekan
	2. akral dingin	2. akral hangat
	Inspeksi	Inspeksi
Inguinal, Genetalia, Anus	1. tidak adanya penyakit hernia	1. tidak adanya penyakit hernia
	2. tidak memiliki wasir	2. tidak memiliki wasir
	3. tidak ada lesi	3. tidak ada lesi
	4. tidak ada pendarahan pada Inguinal, Gebetalia, Anus	4. tidak ada pendarahan pada Inguinal, Gebetalia, Anus
	5. tidak ada nyeri Inguinal, Genetalia, Anus	5. tidak ada nyeri Inguinal, Genetalia, Anus

5) Hasil pemeriksaan diagnostik

4.5 Pemeriksaan diagnostik klien 1 dan 2

Pemeriksaan	Hasil pemeriksaan Klien 1				Hasil pemeriksaan Klien 2			
	Laboratorium	Tanggal	4	Februari	2017	Tanggal	5	Februari
	(terlampir)				(terlampir)			
GDA	Tanggal	4	Februari	2017, yaitu	Tanggal	5	Februari	2017
	190 mg/dl				(terlampir), yaitu	115 mg/dl		
Radiologi	Tanggal	4	Februari	2017	Tanggal	5	Februari	2017
	(terlampir)				(terlampir)			

4.6 Hasil pemeriksaan darah klien 1 dan 2

Pemeriksaan	Hasil Klien 1	Hasil Klien 2	Satuan	Nilai normal	Ket.
HEMATOLOGI					
Darah lengkap					
Lekosit (WBC)	17,9	15,0		3,70-10,3	
Neutrofil	16,4	13,1			
Limfosit	0,7	0,9			
Monosit	0,7	0,8			
Eosinofil	0,0	0,1			
Basofil	0,1	0,1			
Neutrofil %	H 91,6	H 87,3	%	39,3-73,7	
Limfosit %	L 3,9	L 6,1	%	18,3-48,3	
Monosit %	L 4,1	5,1	%	4,40-12,7	
Eosinofil %	L 0,1	0,8	%	0,600-7,30	
Basofil %	0,3	0,7	%	0,00-1,70	
Eritosit (RBC)	L 3,380	5,470	10 ⁴ /ul	4,5-6,2	
Hemoglobin (HGB)	L 8,59	14,50	g/dl	13,5-18,0	
Hematokrit (HCT)	L 26,20	42,40	%	40-54	
MCV	L 77,70	L 77,50	UI ³	81,1-98,0	
MCH	L 25, 40	L 26, 40	pg	27,0-31,2	
MCHC	32,70	34,10	g/dl	31,8-35,4	
RDW	H 14,80	12,20	%	11,5-14,5	
PLT	H 456	222	10 ³ /gl	155-366	
MPV	6,30	6,24	Fl	6,90-10,6	

6) Terapi

4.7 Tabel pemberian terapi

Jenis Terapi	Klien 1	Klien 2
Infus	Ns 21 Tpm	Ns 21 Tpm
O ₂	Nasal 4 Lpm	Nasal 4 Lpm
Injeksi	1. Certrioxone 2 x 1 mg/IV 2. Antrain 3 x 1mg/IV 3. OMZ 1 x 1 mg/IV	1. Certrioxone 2 x 1 mg/IV 2. Antrain 3 x 1mg/IV
Obat oral	1. Isoniazid (INH) 1 x 200 mg 2. Ripafisin (R) 1 x 450 mg 3. Pirasinamid (Z) 1 x 750 mg 4. Streptomisin (S) 1 x 250 mg 5. Etabutol (E) 1 x 500 mg	1. Isoniazid (INH) 1 x 200 mg 2. Ripafisin (R) 1 x 450 mg 3. Pirasinamid (Z) 1 x 750 mg 4. Streptomisin (S) 1 x 250 mg
Nebul	1. Ventolin 1 x / hari	1. Ventolin 1 x / hari

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.8 Analisa Data

DATA	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
	Klien 1	
Data subjektif : Klien mengatakan kesulitan saat bernafas, dan nafasnya cepat	Mycobacterium tuberculosis ↓ Terhirup melalui udara	Ketidakefektifan pola nafas
Data objektif : 1. k/u lemah 2. Ada nya pernafasan cuping hidung 3. Bentuk dada ansimetris 4. Batuk, spuntum, batuk darah ± 250 cc/hari 5. Irama nafas tidak teratur 6. Pergerakan dinding dada normal Adanya Pernafasan dada 7. Femitus vokal S/D 8. Adanya Suara tambahan Rhonkhi 9. JVP meningkat 10. Akral dingin 11. TTV ,Suhu 37,5 °C , Nadi 98 x/menit, TD 140/90 mmhg, RR 30 x/menit 12. GCS 4 5 6 Kesadaran Composmentis	Polifaresi sel epitel disekeliling basil dan membentuk dinding antara basil dan organ yang terinfeksi ↓ Basil menyebar melalui kelenjar getah bening menuju kelenjar ragional ↓ Lesi primer menyebabkan kerusakan jaringan dan menyebabkan inflamasi/infeksi ↓ Perubahan cairan intrpleura ↓ Sesak nafas, sianosis, gangguan otot bantu nafas ↓ Ketidakefektifan pola nafas	

Klien 2		
<p>Data subjektif :</p> <p>Klien mengatakan kesulitan saat bernafas, dan nafasnya cepat</p> <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. k/u lemah 2. TTV : RR : 28 x/menit Nadi : 102 x/menit TD : 130/80 mmhg Suhu : 36,9 °C 3. Kesadaran composmentis 4. GCS:4 5 6 5. Batuk, spuntum, batuk darah ± 250 cc/hari 6. Ada nya pernafasan cuping hidung 7. Irama nafas tidak teratur 8. Adanya Pernafasan dada 9. Femitus vokal D 10. Adanya Suara tambahan Rhonkhi 11. JVP Meningkat 	<p>Mycobacterium tuberculosis</p> <p>↓</p> <p>Terhirup melalui udara</p> <p>↓</p> <p>Polifaresi sel epitel disekeliling basil dan membentuk dinding antara basil dan organ yang terinfeksi</p> <p>↓</p> <p>Basil menyebar melalui kelenjar getah bening menuju kelenjar regional</p> <p>↓</p> <p>Lesi primer menyebabkan kerusakan jaringan dan menyebabkan inflamasi/infeksi</p> <p>↓</p> <p>Perubahan cairan intrpleura</p> <p>↓</p> <p>Sesak nafas, sianosis, gangguan otot bantu nafas</p> <p>↓</p> <p>Ketidakefektifan pola nafas</p>	<p>Ketidakefektifan pola nafas</p>

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi.

4.1.5 Perencanaan Tindakan Keperawatan

Tabel 4.9 Perencanaan Tindakan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan		
	Tujuan / batasan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi.	<p>NOC</p> <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidakefektifan pola nafas dapat teratasi, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pola nafas dalam keadaan normal (16-20x/mnt). 2) Irama nafas teratur. 3) Tidak adanya otot bantu pernafasan. 4) Tidak adanya sekret dan batuk darah 	<p>NIC</p> <p>Monitoring Pernafasan</p> <ol style="list-style-type: none"> 18) Monitoring tanda-tanda vital 19) Menegemen pernafasan 20) Bantuan ventilasi 21) Stabilisasi dan Membuka Jalan Nafas 22) Pemberian Analgesik 23) Fisioterapi Dada 24) Pengurangan kecemasan 25) Dukungan Emosional 26) Manajemen Pengobatan 27) Pengaturan posisi 28) Menghadirkan Diri 29) Relaksasi Otot Progresif 30) Bantuan Penghentian Merokok 	<p>Monitoring Pernafasan</p> <ol style="list-style-type: none"> 18) Mengetahui perkembangan dan menilai keadaan umum 19) Mengetahui perkembangan pola pernafasan 20) mempermudah ekspansi paru secara maksimal. 21) Terapi oksigen dapat mengoreksi hipoksemia yang terjadi akibat penurunan ventilasi/ menurunnya permukaan alveolar paru 22) Mengurangi rasa nyeri penderita TB 23) Mengoptimalkan sistem pernafasaan 24) Klien dapat mengungkapkan penyebab kecemasan sehingga perawat dapat menentukan tingkat kecemasan klien dan menentukan intervensi untuk klien selanjutnya 25) Menjadikan individu memiliki rasa yakin, nyaman, dan diperhatikan orang disekitarnya 26) Mempertahankan kondisi dalam keadaan normal 27) Membantu memaksimalkan ekspansi paru 28) Mengespresikan, menjernihkan dan mengontrol sosial individu seseorang 29) mengbalinya <i>otot</i> ke keadaan istirahat setelah kontraksi 30) dukungan menjadikan seseorang memiliki rasa kepedulian baik terhadap diri maupun orang lain.

4.1.6 Penatalaksanaan Tindakan Keperawatan

Tabel 4.10 Penatalaksanaan Keperawatan pada klien 1 tanggal 6 Februari

- 8 Februari 2017

Dx Kep.	6 Februari 2017		7 Februari 2017		8 Februari 2017	
	Waktu	Implementasi	Waktu	Implementasi	Waktu	Implementasi
Klien 1 Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi.	20.00	Melakukan observasi TTV : TD, Nadi, Suhu, RR. Suhu 37,5°C , Nadi 98 x/menit, TD 140/90 mmhg, RR 30 x/menit	14.00	Melakukan observasi TTV : TD, Nadi, Suhu, RR. Suhu 35,8°C , Nadi 90 x/menit, TD 140/100 mmhg, RR 27 x/menit	14.00	Melakukan observasi TTV : TD, Nadi, Suhu, RR. Suhu 36,0°C , Nadi 88 x/menit, TD 130/90 mmhg, RR 20 x/menit
	20.00	Melakukan monitoring pernafasan, : RR 30x/menit, adanya pernafasan cuping hidung, bentuk dada ansimetris, irama nafas tidak teratur, adanya pernafasan dada, nyeri tekan pada dada, femitus fokal S/D, adanya bunyi rersona keras, adanya suara tambahan rhonkhi	14.00	Melakukan monitoring pernafasan, : RR 27x/menit, bentuk dada ansimetris, irama nafas tidak teratur, adanya pernafasan dada, nyeri tekan pada dada, femitus fokal S/D, adanya bunyi rersona keras, adanya suara tambahan rhonkhi	14.15	Melakukan monitoring pernafasan, : RR 20x/menit, bentuk dada ansimetris, irama nafas teratur, adanya pernafasan dada, nyeri tekan pada dada, femitus fokal S/D, adanya bunyi rersona rendah, adanya suara tambahan rhonkhi
	20.15	Memberikan <i>health education</i> kepada klien dan keluarga klien untuk melakukan batuk efektif: klien merasa lebih mudah untuk mengeluarkan dahak	14.20	Memberikan <i>health education</i> kepada klien dan keluarga klien untuk melakukan pernafasan dalam: klien lebih tenang dan klien mengatakan nyerinya berkurang	14.20	Memberikan <i>health education</i> kepada klien dan keluarga klien untuk melakukan pernafasan dalam: pola nafas klien teratur
	20.20	Melakukan fisioterapi dada dengan	14.25	Melakukan fisioterapi dada dengan metode	14.25	Memberikan edukasi tentang merokok, apa

	metode postural drainase, clampping (perkusi), vibrating: klien mengatakan ingin batuk.		postural drainase, clampping (perkusi), vibrating: klien mengatakan ingin batuk, seperti ada dahak yang ingin di batukkan.		itu rokok, apa saja kandungan dalam rokok, dan apa bahaya merokok, dan apa hubungan rokok dengan penyakitnya saat ini: klien mengerti tentang rokok dan memiliki niat untuk tidak mengonsumsinya setelah sembuh
20.30	Meberikan pengaturan posisi semi flower dengan sudut 45 °: keadaan klien lebih baik saat bernafas adanya nyeri dada	14.45	Meberikan pengaturan posisi semi flower dengan sudut 45 ° : klien mengatakan nyeri	14.45	Meberikan pengaturan posisi semi flower dengan sudut 45 °: pernafasanya baik, tidak terengah-engah
20.30	Memberikan stabilisasi dan membuka jalan nafas dengan memberikan terapi O ₂ dengan ventolin : klien mengatakan semakin sulit mengeluarkan dahaknya	15.00	Memberikan stabilisasi dan membuka jalan nafas dengan memberikan terapi O ₂ dengan ventolin : klien mengatakan semakin mudah mengeluarkan dahaknya	14.45	Memberikan stabilisasi dan membuka jalan nafas dengan memberikan terapi O ₂ dengan ventolin : nafasnya semakin enteng (mudah bernafas)
20.45	Mengkaji pengurangan kecemasan : reaksi klien menyeringai kesakitan sambil meganggi dadanya, klien takut sakitnya semakin parah dan takut jika tidak dapat sembuh	15.15	Menghardik diri dengan memberikan pengarahan tentang mengontrol emosi: klien tampak lebih tenang.	15.00	Memberikan dukungan emosional, memberikan motifasi, dan semangat : klien tampak lebih semangat yakin akan adanya kesembuhan
21.00	Melaksanakan hasil kolaborasi dengan tim	15.15	Melaksanakan hasil kolaborasi dengan tim medis dalam	15.00	Melaksanakan hasil kolaborasi dengan tim medis dalam

medis dalam pemberian terapi	pemberian terapi	pemberian terapi
1. Infus Ns : 18 Tpm	1. Infus Ns : 18 Tpm	1. Infus Ns : 18 Tpm
2. O ₂ Nasal 2 lpm	2. O ₂ Nasal 2 lpm	2. O ₂ Nasal 2 lpm
3. Nebul ventolin 1 x / hari	3. Nebul ventolin 1 x / hari	3. Nebul ventolin 1 x / hari
4. Injeksi : Ceftriaxone 2 X 1 Mg/IV OMZ 1 x 1 mg/IV Antrain 3 X 1 mg/IV	4. Injeksi : Ceftriaxone 2 X 1 Mg/IV OMZ 1 x 1 mg/IV Antrain 3 X 1 mg/IV	4. Injeksi : Ceftriaxone 2 X 1 Mg/IV OMZ 1 x 1 mg/IV Antrain 3 X 1 mg/IV
5. Obat Oral : Isoniazid (INH) 1 x 200 mg Ripafisin (R) 1 x 450 mg Pirasinamid (Z) 1 x 750 mg Streptomisin (S) 1 x 250 mg Etabutol (E) 1 x 500 mg	5. Obat Oral : Isoniazid (INH) 1 x 200 mg Ripafisin (R) 1 x 450 mg Pirasinamid (Z) 1 x 750 mg Streptomisin (S) 1 x 250 mg Etabutol (E) 1 x 500 mg	5. Obat Oral : Isoniazid (INH) 1 x 200 mg Ripafisin (R) 1 x 450 mg Pirasinamid (Z) 1 x 750 mg Streptomisin (S) 1 x 250 mg Etabutol (E) 1 x 500 mg

Tabel 4.11 Penatalaksanaan Keperawatan pada klien 2 tanggal 6 Februari- 8

Februari 2017

Dx Kep.	6 Februari 2017		7 Februari 2017		8 Februari 2017	
	Waktu	Implementasi	Waktu	Implementasi	Waktu	Implementasi
Klien 2 Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi.	20.10	Melakukan observasi TTV : TD, Nadi, Suhu, RR. Suhu 37,5°C , Nadi 98 x/menit, TD 140/90 mmhg, RR 28 x/menit	14.15	Melakukan observasi TTV : TD, Nadi, Suhu, RR. Suhu 35,8°C , Nadi 90 x/menit, TD 140/100 mmhg, RR 27 x/menit	14.10	Melakukan observasi TTV : TD, Nadi, Suhu, RR. Suhu 36,0°C , Nadi 88 x/menit, TD 130/90 mmhg, RR 20 x/menit

20.10	Melakukan monitoring pernafasan, : RR 30x/menit, adanya pernafasan cuping hidung, bentuk dada ansimetris, irama nafas tidak teratur, adanya pernafasan dada, nyeri tekan pada dada, femitus fokal, adanya bunyi rensona keras, adanya suara tambahan rhonkhi	14.15	Melakukan monitoring pernafasan, : RR 27x/menit, bentuk dada ansimetris, irama nafas tidak teratur, adanya pernafasan dada, nyeri tekan pada dada, femitus fokal, adanya bunyi rensona keras, adanya suara tambahan rhonkhi	14.10	Melakukan monitoring pernafasan, : RR 20x/menit, bentuk dada ansimetris, irama nafas teratur, adanya pernafasan dada, nyeri tekan pada dada, femitus fokal, adanya bunyi rensona rendah, adanya suara tambahan rhonkhi
20.20	Memberikan <i>health education</i> kepada klien dan keluarga klien untuk melakukan batuk efektif: klien mengatakan lebih mudah untuk mengeluarkan dahaknya	14.25	Memberikan <i>health education</i> kepada klien dan keluarga klien untuk melakukan pernafasan dalam : klien tampak tidak memegangi dadanya	14.30	Memberikan <i>health education</i> kepada klien dan keluarga klien untuk melakukan pernafasan dalam : klien mengatakan lebih rileks dan nyaman
20.25	Melakukan fisioterapi dada dengan metode postural drainase, clamping (perkusi), vibrating: klien mengatakan ingin batuk.	14.30	Melakukan fisioterapi dada dengan metode postural drainase, clamping (perkusi), vibrating: klien mengatakan ingin batuk, seperti ada dahak yang ingin di batukkan.	14.35	Memberikan edukasi tentang merokok, apa itu rokok, apa saja kandungan dalam rokok, dan apa bahaya merokok, dan apa hubungan rokok dengan penyakitnya saat ini : klien tampak mengerti dan mengajukan beberapa pertanyaan tentang rokok
20.35	Meberikan pengaturan posisi semi flower dengan sudut 45 ° :	14.50	Meberikan pengaturan posisi semi flower dengan sudut 45 ° :	14.50	Meberikan pengaturan posisi semi flower dengan sudut 45 ° : klien

	klien mengatakan masih susah saat bernafas		klien mengatakan lebih posisi ini membantunya bernafas		tampak tidak pernafasanya lebih teratur
20.35	Memberikan stabilisasi dan membuka jalan nafas dengan memberikan terapi O ₂ dengan ventolin : adanya keluhan susah mengeluarkan dahak dari klien	15.05	Memberikan stabilisasi dan membuka jalan nafas dengan memberikan terapi O ₂ dengan ventolin : klien mengatakan susah bernafas saat dilakukan nebul, tapi lebih enak jika telah selesai	14.50	Memberikan stabilisasi dan membuka jalan nafas dengan memberikan terapi O ₂ dengan ventolin : pernafasan klien lebih enak dan tidak berat lagi
20.50	Mengkaji kecemasan : klien mampu mengatakan penyebab kecemasan yaitu penyakitnya, dia berusaha sabar menghadapi penyakitnya dan berharap cepat sembuh	15.20	Menghardik diri dengan memberikan pengarahen tentang mengontrol emosi: klien mengatakan susah untuk mengontrol emosi, tapi klien berusaha untuk mengontrol emosinya.	15.10	Memberikan dukungan emosional, memberikan motifasi, dan semangat: klien semakin termotifasi untuk sembuh
21.10	Melaksanakan hasil kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi 1. Infus Ns : 18 Tpm 2. O ₂ Nasal 2 lpm 3. Nebul ventolin 1 x / hari 4. Injeksi : Ceftriaxone 2 X 1 Mg/IV OMZ 1 x 1 mg/IV Antrain 3 X 1 mg/IV 5. Obat Oral : Isoniazid (INH) 1 x 200 mg Ripafisin	15.20	Melaksanakan hasil kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi 1. Infus Ns : 18 Tpm 2. O ₂ Nasal 2 lpm 3. Nebul ventolin 1 x / hari 4. Injeksi : Ceftriaxone 2 X 1 Mg/IV OMZ 1 x 1 mg/IV Antrain 3 X 1 mg/IV 5. Obat Oral : Isoniazid (INH) 1 x 200 mg Ripafisin (R) 1 x 450 mg	15.15	Melaksanakan hasil kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi 1. Infus Ns : 18 Tpm 2. O ₂ Nasal 2 lpm 3. Nebul ventolin 1 x / hari 4. Injeksi : Ceftriaxone 2 X 1 Mg/IV OMZ 1 x 1 mg/IV Antrain 3 X 1 mg/IV 5. Obat Oral : Isoniazid (INH) 1 x 200 mg Ripafisin

(R) 1 x 450 mg Pirasinamid (Z) 1 x 750 mg Streptomisin (S) 1 x 250 mg	Pirasinamid (Z) 1 x 750 mg Streptomisin (S) 1 x 250 mg	(R) 1 x 450 mg Pirasinamid (Z) 1 x 750 mg Streptomisin (S) 1 x 250 mg
--	---	--

4.1.7 Penatalaksanaan Tindakan Evaluasi Keperawatan

4.12 Evaluasi Keperawatan Klien 1

Dx Kep.	Catatan Perkembangan		Catatan Perkembangan		Evaluasi	
	6 Februari 2017, Pukul 06.00		7 Februari 2017, Pukul 19.00			
Klien 1 Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi.	S	Klien mengatakan kesulitan saat bernafas, dan nafasnya cepat (ngongrong/terengah-engah)	S	Klien mengatakan pernafasanya masih cepat (ngongrong/terengah-engah)	S	Klien mengatakan pernafasanya sudah membaik tidak terengah-engah seperti hari pertama
	O	<ul style="list-style-type: none"> - K/U lemah - Kesadaran Komposmentis - GCS 4-5-6 - TTV - Suhu 36,8 °C - Nadi 96 x/menit - TD 140/90 mmhg - RR 26 x/menit - Klien batuk, dengan spuntum dan disertai darah ± 250 cc/hari - adanya pernafasan cuping hidung - irama nafas tidak teratur - adanya pernafasan dada, - adanya bunyi rensone keras - adanya suara tambahan rhonkhi - Klien tambak memegangi dadanya 	O	<ul style="list-style-type: none"> - K/U cukup - Kesadaran Komposmentis - GCS 4-5-6 - TTV - Suhu 36,0 °C - Nadi 91 x/menit - TD 140/100 mmhg - RR 25 x/menit - Klien batuk, dan disertai darah sudah berkurang dari sebelumnya - 2 x pada tadi pagi - Klien tambak memegangi dadanya - Klien mudah lelah walaupun dengan sedikit aktifitas - Pernafasanya cepat (ngongsro) - Akral hangat - Adanya 	O	<ul style="list-style-type: none"> - K/U cukup - Kesadaran Komposmentis - GCS 4-5-6 - TTV - Suhu 35,8 °C - Nadi 86 x/menit - TD 130/90 mmhg - RR 20 x/menit - Klien batuk, batuk darah terahir pada pagi hari - Akral hangat - Irama nafas teratur - Adanya Suara tambahan Rhonkhi - CRT < 2 detik - JVP tetap

- Klien mudah lelah walaupun dengan sedikit aktifitas	pernafasan cuping hidung	
- Pernafasanya cepat (ngongsro)	- Irama nafas tidak teratur	
- Akral dingin	- Adanya Suara tambahan Rhonkhi	
- Bentuk dada asimetris	- CRT < 2 detik	
- Irama nafas tidak teratur	- JVP meningkat	
- JVP meningkat		
A Masalah belum teratasi	A Masalah teratasi sebagian	A Masalah teratasi sebagian
P Intervensi dilanjutkan nomor 1,2,3,7,10,12 terapi	P Intervensi dilanjutkan nomor 1,2,3,10,12,13 terapi	P Intervensi dilanjutkan nomor 1,2,5,8 terapi
1. Infus Ns : 18 Tpm	1. Infus Ns : 18 Tpm	1. Infus Ns : 18 Tpm
2. Injeksi :	2. Injeksi :	2. Injeksi :
Ceftriaxone 2 X 1 Mg/IV	Ceftriaxone 2 X 1 Mg/IV	Ceftriaxone 2 X 1 Mg/IV
OMZ 1 x 1 mg/IV	OMZ 1 x 1 mg/IV	OMZ 1 x 1 mg/IV
Antrain 3 X 1 mg/IV	OMZ 1 x 1 mg/IV	Antrain 3 X 1 mg/IV
3. Obat Oral :	Antrain 3 X 1 mg/IV	3. Obat Oral :
Isoniazid (INH) 1 x 200 mg	3. Obat Oral :	Isoniazid (INH) 1 x 200 mg
Ripafisin (R) 1 x 450 mg	Isoniazid (INH) 1 x 200 mg	Ripafisin (R) 1 x 450 mg
Pirasinamid (Z) 1 x 750 mg	Ripafisin (R) 1 x 450 mg	Pirasinamid (Z) 1 x 750 mg
Streptomisin (S) 1 x 250 mg	Pirasinamid (Z) 1 x 750 mg	Streptomisin (S) 1 x 250 mg
Etabutol (E) 1 x 500 mg	Streptomisin (S) 1 x 250 mg	Etabutol (E) 1 x 500 mg
	Etabutol (E) 1 x 500 mg	

4.13 Evaluasi Keperawatan Klien 2

Dx Kep.	Catatan Perkembangan		Evaluasi
	6 Februari 2017, Pukul 06.30	7 Februari 2017, Pukul 19.30	8 Februari 2017, Pukul 19.30
Klien 2 Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi.	S Klien mengatakan kesulitan saat bernafas, dan nafasnya cepat (ngongrong/terengah-engah)	S Klien mengatakan pernafasanya masih cepat (ngongrong/terengah-engah)	S Klien mengatakan pernafasanya sudah membaik tidak terengah-engah seperti hari pertama
	O - K/U lemah - Kesadaran Komposmentis	O - K/U cukup - Kesadaran Komposmentis	O - K/U cukup - Kesadaran Komposmentis

	<ul style="list-style-type: none"> - GCS 4-5-6 - TTV Suhu 36,7°C Nadi 100 x/menit TD 140/90 mmhg RR 27 x/menit - Klien batuk, dengan spuntum dan disertai darah - Klien tambak memegang dadanya - Klien mudah lelah walaupun dengan sedikit aktifitas - Pernafasanya cepat (ngongrong/terengah-engah) - Klien gelisah - Akral hangat - Adanya pernafasan cuping hidung - Bentuk dada asimetris - Irama nafas tidak teratur - Adanya Suara tambahan Rhonkhi - CRT < 2 detik - JVP meningkat 	<ul style="list-style-type: none"> - GCS 4-5-6 - TTV Suhu 36,5°C Nadi 78 x/menit TD 140/100 mmhg RR 22 x/menit - Klien batuk - Klien mudah lelah walaupun dengan sedikit aktifitas - Pernafasanya cepat (ngongrong/terengah-engah) - Akral hangat - Adanya pernafasan cuping hidung - Irama nafas teratur - Adanya Suara tambahan Rhonkhi - CRT < 2 detik - JVP normal - femitus fokal - adanya bunyi rensone rendah 	<ul style="list-style-type: none"> - GCS 4-5-6 - TTV Suhu 35,5°C Nadi 75 x/menit TD 130/100 mmhg RR 18 x/menit - Klien batuk - Akral hangat - Irama nafas teratur - Adanya Suara tambahan Rhonkhi - CRT < 2 detik - JVP tetap 		
A	Masalah belum teratasi	A	Masalah teratasi sebagian	A	Masalah teratasi sebagian
P	Intervensi dilanjutkan nomor 1,2,3,7,10,12 terapi	P	Intervensi dilanjutkan nomor 1,2,3,10,12,13 terapi	P	Intervensi dilanjutkan nomor 1,2,7,8 terapi
	4. Infus Ns : 18 Tpm		4. Infus Ns : 18 Tpm		4. Infus Ns : 18 Tpm
	5. Injeksi : Ceftriaxone 2 X 1 Mg/IV		5. Injeksi : Ceftriaxone 2 X 1 Mg/IV		5. Injeksi : Ceftriaxone 2 X 1 Mg/IV
	Antrain 3 X 1 mg/IV		Antrain 3 X 1 mg/IV		Antrain 3 X 1 mg/IV
	6. Obat Oral : Isoniazid (INH) 1 x 200 mg		6. Obat Oral : Isoniazid (INH) 1 x 200 mg		6. Obat Oral : Isoniazid (INH) 1 x 200 mg
	Ripafisin (R) 1 x 450 mg		Ripafisin (R) 1 x 450 mg		Ripafisin (R) 1 x 450 mg
	Pirasinamid (Z) 1 x 750 mg		Pirasinamid (Z) 1 x 750 mg		Pirasinamid (Z) 1 x 750 mg
	Streptomisin (S)		Streptomisin (S)		Streptomisin (S)

1 x 250 mg

1 x 250 mg

1 x 250 mg

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

1) Data Subjektif

Pada studi kasus klien yang mengalami Tuberkulosis dengan Ketidakefektifan Pola Nafas disebabkan oleh hiperventilasi. Klien 1, klien mengeluh susah bernafas, nafasnya terengah-engah (Ngongsrong), batuk disertai dahak dan darah, batuk sudah dua bulan disertai dahak 2 hari yang lalu dahak disertai darah, klien memiliki riwayat TB. Klien 2, klien mengeluhkan sesak saat bernafas, nafasnya berat, nafasnya terengah-engah (ngongsrong), dadanya sakit saat batuk, sulit mengeluarkan dahaknya, batuk disertai darah dan dahak, batuk sudah 2 minggu tidak sembuh-sembuh, batuk disertai dahak dan pada 5 hari yang lalu dahak disertai darah.

Menurut peneliti ketidakefektifan pola nafas dipengaruhi oleh spuntum/mukus, orang dewasa normalnya bisa memproduksi mukus 100 ml dalam saluran nafas tiap hari. Dalam keadaan abnormal produksi mukus yang berlebih dikarena gangguan fisik, kimiawi, atau infeksi yang terjadi pada membran mukosa, dikeluarkan dengan cara batuk. jika keadaan abnormal yang terjadi maka oksigen yang berada di untuk otak akan berkurang maka otak akan memberikan respon tubuh untuk bernafas lebih cepat.

Keluhan batuk timbul paling awal dan merupakan gangguan yang paling sering dikeluhkan, mula-mula nonproduktif kemudian berdahak

dan bercampur darah, arif muttaqim (2014). Dikutip dalam buku yang sama menyatakan bahwa pada batuk darah, gejala permulaan biasanya rasa gatal pada tenggorokan atau adanya keinginan batuk dan kemudian darah dibatukan keluar, darah berwarna merah terang dan berbuih, dapat bercampur spuntum dan bersifat alkali (Harrison, 1999), batuk darah terjadi akibat pecahnya pembuluh darah. berat dan ringannya batuk darah yang timbul tergantung tergantung pada besar kecilnya pembuluh darah yang pecah, batuk darah tidak selalu timbul akibat pecahnya aneurisma pada dinding kavitas, tapi juga dapat terjadi karena ulserasi pada mukosa bronkhus (yunus, 1992).

2) Data Objektif

Klien 1 : Pemeriksaan Fisik didapatkan kesadaran komposmentis, GCS 4-5-6, Tanda-Tanda Vital (TTV) Tekanan Darah (TD) 140/90 mmHg, Suhu (S) : 36,8°C, Nadi (N) : 98 x/menit, *Respiration rate* (RR): 30 x/menit, pada Kepala dan Leher didapatkan data pada Rambut, Kepala tidak ada masalah, Wajah, Wajah simetris, menyeringai kesakitan. Mata kelopak mata sayu, konjungtiva pucat. Hidung, Bentuk hidung simetris, adanya cuping hidung. Mulut, Mukosa bibir kering dan pucat, lidah kotor, adanya spuntum dan darah saat batuk \pm 250 cc/hari. Leher JVP meningkat. Toraks didapatkan data pada paru-paru, Bentuk dada ansimetris, Pasien mengeluhkan sesak, batuk, nyeri dada skala 7 (0-10), Irama nafas tidak teratur, Adanya Pernafasan dada, Ada nyeri tekan pada dada, Femitus vokal S/D, Adanya bunyi rensanan keras, Adanya Suara tambahan Rhonkhi. Pada jantung didapatkan irama jantung yang tidak teratur. Pada

abdomen didapatkan bahwa klien mual dan muntah. Pada ginjalnya tidak didapatkan masalah. Ekstermitas dan Persendian Turgor kulit jelek, akral dingin. Ekstermitas dan Persendian, Inguinal, Genitalia, Anus tidak ada masalah. Klien memiliki riwayat merokok aktif sejak masih SD dan baru berhenti sejak 2 bulan yang lalu. Dan klien memiliki riwayat penyakit TB.

Klien 2 : Pemeriksaan Fisik didapatkan kesadaran komposmentis, GCS 4-5-6, Tanda-Tanda Vital (TTV) Tekanan Darah (TD) 130/80 mmhg, Suhu (S) : 36,9°C, Nadi (N) : 100 x/menit, *Respiration rate* (RR): 28 x/menit, Kepala dan Leher didapatkan data pada Rambut, Kepala tidak ada masalah, Wajah, Wajah simetris, menyeringai kesakitan. Mata, dibawah mata tampak menghitam, konjungtiva normal, Hidung, Bentuk hidung simetris, adanya cuping hidung, Mulut, Mukosa bibir kering, lidah kotor, adanya spuntum dan darah saat batuk \pm 250 cc/hari. Leher JVP meningkat. Toraks didapatkan data pada paru-paru, Bentuk dada simetris, Pasien mengeluhkan sesak, batuk, nyeri dada skala 5 (0-10), Irama nafas tidak teratur, Adanya Pernafasan dada, Ada nyeri tekan pada dada, Femitus vokal D, Adanya bunyi resonansi keras, Adanya Suara tambahan Rhonchi. Pada jantung didapatkan irama jantung yang tidak teratur. Pada abdomen didapatkan bahwa klien mual dan muntah. Pada ginjalnya tidak didapatkan masalah. Ekstermitas dan Persendian, Inguinal, Genitalia, Anus tidak ada masalah. Klien memiliki riwayat merokok aktif dan baru berhenti sejak sakit.

Menurut peneliti klien yang memiliki riwayat Tuberkulosis mengalami kesulitan saat bernafas, nafasnya cepat, terengah-engah

(ngongsrong) dikarenakan adanya spuntum, batuk, dan batuk darah menyebabkan kebutuhan O_2 dalam otak kurang sehingga tubuh merespon untuk bernafas lebih cepat agar kebutuhan O_2 terpenuhi. Pada pemeriksaan didapatkan tanda seperti dalam teori yaitu batuk, batuk darah, sesak nafas, spuntum, nyeri dada, demam pada sore atau malam hari, tetapi tidak dikeluarkan keringat pada malam hari, Baik pada klien 1 ataupun klien 2. Pada klien 1 didapat konjungtiva pucat, dan tugor kulit jelek, akral dingin. Sedangkan pada klien 2 konjungtiva normal, tugor kulit kurang, akral hangat.

Menurut Arif Muttaqim (2014) pada pemeriksaan wajah klien tampak meringis, menangis, merintih, merenggang dan mengeliat. dihidung adanya cuping hidung, di mulut akan mengalami gejala seperti batuk, batuk darah, adanya spuntum, mual muntah dan penurunan nafsu makan. Di dada akan muncul gejala seperti *Respiration rate* (RR) meningkat, menggunakan otot bantu nafas, adanya nyeri tekan pada dada, pergerakan dada yang normal, fremitus vokal, saat perkusi bunyinya resonan atau sonor, pada saat auskultasi didapatkan adanya bunyi ronkhi. Pada pemeriksaan jantung gejalanya adalah denyut nadi perifer melemah, konjungtiva anemis. Pada pemeriksaan ginjal gejalanya adalah penurunan volume urin berhubungan dengan intake cairan, oliguria berhubungan dengan tanda terjadinya shock. Pada pemeriksaan abdomen penderita Tb akan mengonsumsi diet dengan tinggi kalori dan tinggi protein (TKTP). Pada pemeriksaan muskuloskeletal gejalanya adalah kelemahan, letih, kelelahan, insomnia, pola hidup menetap, dan jadwal olah raga menjadi tidak teratur.

Menurut Agung A.W merokok dan penyakit TB masih menjadi masalah kesehatan yang penting dinegara maju dan negara berkembang, walaupun asap rokok memiliki efek baik pro-inflamasi dan immunosupresif pada sistem imun saluran pernafasan tetapi tar dan nikotin telah terbukti immunosupresif dengan mempengaruhi respon kekebalan tubuh bawaan dari penjamu dan meningkatkan kerentangan terhadap infeksi, merokok juga dapat menurunkan level semua kelas imunoglobulin kecuali ig E. Jadi rokok meningkatkan resiko infeksi mycobacterium tuberculosis, resiko perkembangan penyakit, dan kematian pada penderita TB.

3) Pemeriksaan penunjang

Klien 1 Pada pemeriksaan GDA didapatkan hasil yang normal hasilnya adalah 190 ml/dl. Pada pemeriksaan darah lengkap didapat pada Leukosit (%) hasilnya Neutrofil H 91,6 %, Limfosit L 3,9 %, Monosit L 4,1 %, Eosinofil L 0,1 % didapatkan adanya infeksi oleh bakteri ataupun parasit. Hemoglobin (HGB) L 8,95 g/dl, Hematokrit (HCT) L 26,20 %, pada pemeriksaan Eritrosit didapatkan hasil MCV L 77,70 UI^3 , MCH L 25,40 pg, RDW H 14,80 % mengindikasikan adanya anemia. Pada pemeriksaan radiologi yaitu foto thoraks didapatkan adanya gambaran TB paru yaitu adanya awan-awan dan kavitas/lubang besar (diameter 4cm).

Klien 2 Pada pemeriksaan GDA didapatkan hasil yang normal hasilnya adalah 115 ml/dl. Pada pemeriksaan darah lengkap didapat pada Leukosit (%) hasilnya Neutrofil H 97,3 %, Limfosit L 6,1 %, didapatkan adanya infeksi oleh bakteri ataupun parasit. Eritrosit didapatkan hasil MCV L 77,50 UI^3 , MCH L 26,40 pg mengindikasikan adanya anemia. Pada

pemeriksaan radiologi yaitu foto thoraks didapatkan adanya gambaran TB paru dengan adanya garis-garis fibrotik.

Menurut Natalia E.Y (2015), pemeriksaan Hitung darah lengkap meliputi pemeriksaan Neutrofi, Basofil, Eosinofil, Monosit, Limfosit, dan Makrofag.

Menurut Arif Muttaqim (2014) pemeriksaan Rontgen thoraks sangat berguna untuk mengevaluasi hasil pengobatan dan ini tergantung pada tipe keterlibatan dan kerentangan bakteri tuberkel terhadap obat anti tuberkulosis, apakah sama baiknya dengan respon dari klien.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Ketidakefektifan Pola Nafas berhubungan dengan hiperventilasi.

Menurut peneliti ketidakefektifan pola nafas dipengaruhi oleh spuntum/mukus. Dalam keadaan abnormal produksi mukus yang berlebih akan merangsang membran mukosa dan mukus akan dikeluarkan dengan tekanan *intrathorakal* dengan *intraabdominal* yang tinggi. Dibuktikan udara keluar sebagai spuntum, jika keadaan ini terus terjadi maka yang terjadi pada maka oksigen yang berada di untuk otak akan berkurang maka otak akan memberikan respon tubuh untuk bernafas lebih cepat. Pecahnya pembuluh darah juga akan menghambat transportasi O₂ dalam darah keotak.

Menurut NANDA (2015) Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan hiperventilasi.

4.2.3 Perencanaan Keperawatan

Intervensi yang diberikan adalah Observasi TTV : Tekanan Darah, Nadi, Suhu, RR, dan tanda non verbal. Melakukan monitoring pada pernafasan, adakah pernafasan cuping hidung, bentuk dada ansimetris/tidak, irama nafas tidak teratur atau tidak, adanya pernafasan dada atau perut, apakah adanya nyeri tekan pada dada, bagaimanakah femitus fokal, adanya bunyi pada saat di perkusi dan di auskultasi. Ajarkan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi ketidakefektifan pola nafas yaitu relaksasi dan dikstraksi seperti melakukan batuk efektif, Memberikan pengaturan posisi semi flower dengan sudut 45°, Mengkaji pengurangan kecemasan, dan melakukan pernafasan dalam. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi.

Menurut peneliti intervensi yang diberikan pada klien dengan Ketidakefektifan Pola Nafas sudah sesuai dengan teori dan hasil penelitian, sehingga tidak ada kesenjangan antara hasil studi kasus dengan teori.

Menurut Nanda NIC-NOC (2013) intervensi yang diberikan pada klien dengan Ketidakefektifan Pola Nafas Observasi TTV : Tekanan Darah, Nadi, Suhu, RR, dan tanda non verbal. Melakukan monitoring pada pernafasan, Ajarkan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi ketidakefektifan pola nafas yaitu relaksasi dan dikstraksi, seperti stabilisasi dan membuka jalan nafas, pemberian dukungan emosional, pengaturan posisi, relaksasi otot progresif, pilihan intervensi tambahan, dan pemberian analgesik.

4.2.4 Tindakan Keperawatan

Klien 1 : Melakukan observasi TTV : TD, Nadi, Suhu, RR. Melakukan observasi TTV : TD, Nadi, Suhu, RR. Suhu 37,5°C , Nadi 98 x/menit, TD 140/90 mmhg, RR 30 x/menit, Melakukan monitoring pernafasan, : RR 32x/menit, adanya pernafasan cuping hidung, bentuk dada ansimetris, irama nafas tidak teratur, adanya pernafasan dada, nyeri tekan pada dada, femitus fokal, adanya bunyi rensona keras, adanya suara tambahan rhonkhi, Memberikan *health education* kepada klien dan keluarga untuk mengajarkan teknik nonfarmakologi seperti relaksasi dan dikstraksi.klien untuk melakukan batuk efektif, pernafasan dalam,meberikan pengaturan posisi semi flower dengan sudut 45°,mengkaji pengurangan kecemasan, memberikan dukungan emosional, memberikan motifasi, dan semangat. Melaksanakan hasil kolaborasi dengan tim medisdalam pemberian terapi Klien 1 : Infus : Ns 21 tpm, O₂ Nasal 2 lpm, Nebul ventolin 1 x / hari, Ijnjeksi : Certrioxone 2 x 1 mg/IV, OMZ 1 x 1 mg/IV, Antrain 3 x 1mg/IV, Oral : Isoniazid (INH) 1 x 200 mg, Ripafisin (R) 1 x 450 mg, Pirasinamid (Z) 1 x 750 mg, Streptomisin (S) 1 x 250 mg, Etabutol (E) 1 x 500 mg

Klien 2 : Melakukan observasi TTV: TD, Nadi, Suhu, RR.Suhu 36,9 °C, Nadi 102 x/menit, TD 140/90 mmhg, RR 28 x/menit, Melakukan monitoring pernafasan: adanya pernafasan cuping hidung, irama nafas tidak teratur, adanya pernafasan dada, nyeri tekan pada dada, femitus vokal, adanya bunyi rensona keras, adanya suara tambahan rhonkhi,Memberikan *health education* kepada klien dan keluarga untuk

mengajarkan teknik nonfarmakologi seperti relaksasi dan dikstraksi. klien untuk melakukan batuk efektif, pernafasan dalam,meberikan pengaturan posisi semi flower dengan sudut 45° ,mengkaji pengurangan kecemasan, memberikan dukungan emosional, memberikan motifasi, dan semangat. Melaksanakan hasil kolaborasi dengan tim medisdalam pemberian terapi

Klien 1 : Infus : Ns 21 tpm, O₂ Nasal 2 lpm, Nebul ventolin 1 x / hari, Ijnjeksi : Certriaxone 2 x 1 mg/IV, Antrain 3 x 1mg/IV, Oral : Isoniazid (INH) 1 x 200 mg, Ripafisin (R) 1 x 450 mg, Pirasinamid (Z) 1 x 750 mg, Streptomisin (S) 1 x 250 mg.

Menurut peneliti implementasi yang dilakukan sama dengan intervensi yang telah dibuat. Karena kondisi klien memungkinkan untuk dilakukannya penanganan sesuai dengan intervensi tersebut, ada 13 macam intervensi yang telah di implementasikan kepada klien. Diantaranya adalah melakukan observasi TTV, monitoring pernafasan, pada *Health Education* yang diberikan adalah klien untuk melakukan batuk efektif, pernafasan dalam,meberikan pengaturan posisi semi flower dengan sudut 45° ,mengkaji pengurangan kecemasan, menghardik diri, memberikan edukasi tentang rokok, memberikan dukungan emosional, memberikan motifasi, dan semangat. Implementasi juga dilakukan fisioterapi dada, pada pemberian terapi O₂ diberikan terapi O₂ dengan ventolin. pada pengobatan TB yang diberikan pada penderita TB adalah Isoniazid (INH), Rifampisin (R),Pirasinamid (Z), Streptomisin (S), Streptomisin (S), Etambutol (E). Dan mengajarkan teknik nonfarmakologi seperti relaksasi dan dikstraksi.Dengan

demikian tidak terjadi kesenjangan antara teori dan hasil peneliti studi kasus.

Menurut Debora (2011) perlakuan yang dilakukan pada klien akan berbeda, disesuaikan dengan kondisi klien saat itu dan kebutuhan yang paling dirasakan oleh klien.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Klien 1 . Pada hari pertama subjektif, Klien mengatakan kesulitan saat bernafas, dan nafasnya cepat (ngongrong/ terengah-engah). NOC : Mengenali faktor penyebab ketidakefektifan pola nafas yang dari penyakit TB, menggunakan teknik relaksasi dan dikstraksi untuk mengurangi ketidakefektifan pola nafas, Objektif, K/U lemah, Kesadaran Komposmentis, GCS 4-5-6, TTV , Suhu 36,8 °C , Nadi 96 x/menit, TD 140/90 mmhg, RR 26 x/menit, Klien batuk, dengan spuntum dan disertai darah ± 250 cc/hari, adanya pernafasan cuping hidung, irama nafas tidak teratur, adanya pernafasan dada, adanya bunyi rensa keras, adanya suara tambahan rhonkhi, Klien tambak memegang dadanya, Klien mudah lelah walaupun dengan sedikit aktifitas, Pernafasanya cepat (ngongsro), Akral dingin, Bentuk dada asimetris, Irama nafas tidak teratur, JVP meningkat. Analisa masalah teratasi sebagian. Planing, intervensi dilanjutkan

Klien 2. Pada hari pertama subjektif, klien mengatakan nyeri kepala dan pusing. NOC : Mengenali faktor penyebab ketidakefektifan pola nafas yang dari penyakit TB, menggunakan teknik relaksasi dan dikstraksi untuk mengurangi ketidakefektifan pola nafas, Objektif, K/U lemah, Kesadaran Komposmentis, GCS 4-5-6, TTV, Suhu 36,7 °C, Nadi 100

x/menit, TD 140/90 mmhg, RR 27 x/menit, Klien batuk, dengan spuntum dan disertai darah, Klien tambak memegangi dadanya, Klien mudah lelah walaupun dengan sedikit aktifitas, Pernafasanya cepat (ngongrong/terengah-engah), Klien gelisah, Akral hangat, Adanya pernafasan cuping hidung, Bentuk dada asimetris, Irama nafas tidak teratur, Adanya Suara tambahan Rhonkhi, CRT < 2 detik, JVP meningkat Analisa masalah teratasi sebagian. Planing, intervensi dilanjutkan.

Klien 1. Pada hari kedua subjektif, Klien mengatakan pernafasanya masih cepat (ngongrong/terengah-engah), NOC: Mengenali faktor penyebab ketidakefektifan pola nafas yang dari penyakit TB, menggunakan teknik relaksasi dan dikstraksi untuk mengurangi ketidakefektifan pola nafas, Objektif, K/U cukup, Kesadaran Komposmentis, GCS 4-5-6, TTV, Suhu 36,0 °C, Nadi 91 x/menit, TD 140/100 mmhg, RR 25 x/menit, Klien batuk, dan disertai darah sudah berkurang dari sebelumnya 2 x pada tadi pagi, Klien tambak memegangi dadanya, Klien mudah lelah walaupun dengan sedikit aktifitas, Pernafasanya cepat (ngongsro), Akral hangat, Adanya pernafasan cuping hidung, Irama nafas tidak teratur, Adanya Suara tambahan Rhonkhi, CRT < 2 detik, JVP meningkat, Analisa masalah teratasi sebagian. Planing, intervensi dilanjutkan.

Klien 2. Pada hari kedua subjektif, Klien mengatakan pernafasanya masih cepat (ngongrong/terengah-engah), NOC : Mengenali faktor penyebab ketidakefektifan pola nafas yang dari penyakit TB, menggunakan teknik relaksasi dan dikstraksi untuk mengurangi

ketidakefektifan pola nafas, Objektif, K/U cukup, Kesadaran Komposmentis, GCS 4-5-6, TTV, Suhu 36,5 °C, Nadi 78 x/menit, TD 140/100 mmhg, RR 22 x/menit, Klien batuk, Klien mudah lelah walaupun dengan sedikit aktifitas, Pernafasanya cepat (ngongrong/ terengah-engah), Akral hangat, Adanya pernafasan cuping hidung, Irama nafas tidak teratur, Adanya Suara tambahan Rhonkhi , CRT < 2 detik, JVP normal, femitus fokal, adanya bunyi resona rendah. Analisa masalah teratasi sebagian. Planing, intervensi dilanjutkan.

Klien 1. Pada hari ketiga subjektif, Klien mengatakan pernafasanya sudah membaik tidak terengah-engah seperti hari pertama NOC : Mengenali faktor penyebab ketidakefektifan pola nafas yang dari penyakit TB, menggunakan teknik relaksasi dan dikstraksi untuk mengurangi ketidakefektifan pola nafas, Objektif, K/U cukup, Kesadaran Komposmentis, GCS 4-5-6, TTV, Suhu 35,8 °C, Nadi 86 x/menit, TD 130/90 mmhg, RR 20 x/menit, Klien batuk, batuk darah terahir pada pagi hari, Akral hangat, Irama nafas teratur, Adanya Suara tambahan Rhonkhi, CRT < 2 detik, JVP tetap, Analisa masalah teratasi. Intervensi dilanjutkan.

Klien 2. Pada hari ketiga subjektif, Klien mengatakan pernafasanya sudah membaik tidak terengah-engah seperti hari pertama NOC : Mengenali faktor penyebab ketidakefektifan pola nafas yang dari penyakit TB, menggunakan teknik relaksasi dan dikstraksi untuk mengurangi ketidakefektifan pola nafas, Objektif, K/U cukup, Kesadaran Komposmentis, GCS 4-5-6, TTV, Suhu 35,5 °C, Nadi 75 x/menit, TD 130/100 mmhg, RR 18 x/menit, Klien batuk, Akral hangat, Irama nafas

teratur, Adanya Suara tambahan Rhonchi, CRT < 2 detik, JVP tetap, Analisa masalah teratasi. Intervensi dilanjutkan.

Menurut penelitian evaluasi didapatkan perbedaan antara klien satu dan klien dua. Pada perbandingan *Respiration rate* (RR) antara klien 1 dan klien 2 cenderung membaik, perbedaan terdapat pada pemeriksaan awal hari ke 2 *Respiration rate* (RR) klien 1 terjadi peningkatan sedangkan klien 2 tetap seperti evaluasi hari pertama, pada hari ke 2 evaluasi pola nafas klien 2 lebih teratur dari pada klien 1. Tetapi seterusnya klien 1 dan 2 mengalami perbaikan *Respiration rate* (RR).

Menurut Martono dan Hastjarjo (2012) menyatakan bahwa seseorang dalam keadaan emosi netral akan memiliki cukup dopamin, jika orang dengan emosi positif maka akan dibarengi dengan peningkatan dopamin dalam sistem mesokortikolimbik. Peningkatan dopamin akan mempengaruhi peningkatan kinerja berbagai tugas kognitif, termasuk memori. Seseorang dengan emosi yang netral akan lebih mudah menerima masukan dan daya tangkap lebih baik dalam menyerap informasi dan pengetahuan yang didapatkannya dari pada seseorang yang memiliki emosi yang tidak stabil sehingga respon yang terjadi setelah dilakukan Asuhan keperawatan pun berbeda.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan klien yang mengalami Tuberkulosis pada Tn “I” dan Tn “S” dengan masalah ketidakefektifan pola nafas di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang dibuat berdasarkan laporan studi kasus adalah sebagai berikut:

- 1) Hasil pengkajian pada klien yang mengalami Tuberkulosis pada Tn. I dan Tn S, data subjektif pada tinjauan khusus dilihat dari pengkajian 2 klien didapatkan *Respiration rate* (RR) yang cukup tinggi, pola nafas tidak teratur, nafasnya cepat dan ngonsong serta adanya sekret dan batuk darah, klien juga memiliki riwayat merokok.
- 2) Pada Tn “I” dan Tn “S” didapatkan klien yang mengalami Tuberculosis dengan masalah Ketidakefektifan Pola Nafas ditandai dengan pola nafas yang tidak teratur, nafasnya cepat, adanya sekret dan batuk darah, hasil radiologi dan tes darah yang menunjukkan adanya penurunan hasil darah.
- 3) Perencanaan keperawatan yang diberikan pada Tn “I” dan Tn “S” dengan diagnosa ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi akibat Tuberkulosis. Intervensi yang digunakan NOC: keefektifan pola nafas, tidak adanya sumbatan jalan nafas. NIC: monitoring TTV : Tekanan Darah, Nadi, Suhu, RR, dan tanda non ferbal. Melakukan monitoring pada pernafasan, adakah pernafasan cuping hidung, bentuk

dada ansimetris/ tidak, irama nafas tidak teratur atau tidak, adanya pernafasan dada atau perut, apakah adanya nyeri tekan pada dada, adanya femitus vokal, adanya bunyi rensonan pada saat di perkusi dan rhonkhi di auskultasi. Ajarkan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi ketidakefektifan pola nafas yaitu relaksasi dan dikstraksi seperti melakukan batuk efektif, Memberikan pengaturan posisi semi flower dengan sudut 45° , Mengkaji pengurangan kecemasan, dan melakukan pernafasan dalam. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi.

- 4) Tindakan keperawatan pada klien 2 dan klien 2 dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat, tetapi pada klien 1 ditambah OMZ dan Etambutol (E).
- 5) Menurut penelitian evaluasi didapatkan adanya perbandingan *Respiration rate* (RR) antara klien 1 dan klien 2, perbedaan pada hari pertama RR klien satu menurun cukup baik sedangkan klien 2 hanya menurun 1x/menit. Tetapi hari selanjutnya klien 2 lebih membaik dari pada klien 1. Kedua klien tersebut mengalami perubahan yang signifikan dalam *Respiration rate*(RR), pola nafas, irama nafas yang teratur, tidak adanya sumbatan di jalan nafas. Penyesuaian kepatuhan terhadap intervensi yang dilaksanakan oleh perawat, klien dan keluarga klien saat koperhensif untuk proses penyembuhan.

5.2 Saran

1) Bagi Perawat

Petugas kesehatan atau perawat dalam melakukan asuhan keperawatan klien yang mengalami tuberkulosis dengan masalah ketidakefektifan pola nafas lebih menekankan pada status pola nafas, sumbatan jalan nafas, dan kondisi masing-masing klien penderita TB sehingga intervensi yang dibuat dapat dilakukan dengan seefektif mungkin.

2) Bagi institusi pendidikan

Institusi pendidikan sebagai tempat menempuh ilmu keperawatan diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai refrensi yang terkait dengan masalah ketidakefektifan pola nafas pada kasus Tuberkulosis guna memperluas wawasan keilmuan bagi peneliti dan siapapun yang berminat memperdalam topik tersebut.

3) Bagi mahasiswa dan penulis selanjutnya

Hasil laporan kasus dapat digunakan sebagai bahan memperdalam informasi ilmu pengetahuan dan juga dapat digunakan sebagai refrensi penelitian selanjutnya yang berkalitan dengan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami tuberkulosis dengan masalah ketidakefektifan pola nafas.

4) Bagi klien dan keluarga

Diharapkan ikut sertanya keluarga dalam asuhan keperawatan pada klien yang mengalami tuberkulosis dengan masalah ketidakefektifan pola nafas, dukungan dan keaktifan dari keluarga khususnya sangat menunjang dalam mengatasi masalah klien dan membantu intervensi keperawatan.

Daftar Puataka

- Achmad hudoyo, dkk.2012. *Jurnal Tuberkulosis Indonesia*. Perkumpulan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia (PPTI) The Indonesian Association Againts Tuberculosis. Vol.8. Dilihat pada 03 Desember 2016.<http://www.ppti.info>.
- Ayda nur novita. 2016. *Asuhan keperawatan klien yang mengalami hipertensi dengan masalah nyeri kronis di ruang kemuning RSUD Jombang*. Jombang. Insan Cendikia Medika Jombang.
- Bulchek M. Gloria, dkk. 2015. *Nursing Interventions Classifion (NIC)*.Nurjananah, Intansari & Roxsana Devi Tumanggoro.Edisi 6. Singapore: Elsvier.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruhan. 2016. *Profil Kesehatan Kabupaten Pasuruhan Tahun 2015*. Dilihat pada 2016-03-31 13:01:13. <http://dinkes.jatimprov.go.id/>.
- Kriswanti Heny. 2016. *Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Klien Yang Mengalami Bronkopneumonia Dengan Masalah Ketidakefektifan Pola Nafas di Ruang Anak Seruni RSUD Jombang*. Jombang: Insan Cendikia Medika.
- Kusmawijaya Tri. 2015. *Asuhan Keperawatan Pada A.f Dengan Pola Nafas Tidak Efektif Pada Kasus ISPA.Jombang*. Insan Cendikia Medika.
- Majompoh Aneci Boki, dkk. 2013. Pengaruh Pemberian Posisi Semi Flower Terhadap Kesetabilan Pola Nafas Pada Pasien TB Paru Di Irina C5 RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Menado.Jurnal keperawatan (e-kp).Vol 3 no 1.Dilihat pada 03 Januari 2016.<http://ejournal.unsrat.ac.id/>.
- Moorhead, sue, dkk. 2015. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Nurjananah, Intansari & Roxsana Devi Tumanggoro.Edisi 5. Singapore: Elseiver.
- Muhammad subuh, dkk. 2014. *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Dilihat pada 03 Desember 2016. Jakarta. <http://www.depkes.go.id/>.
- Muttaqim, Arif. 2014. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernafasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nanda international. 2015. *Diagnosis Keperawatan (Nanda)*. Edisi 10. Keliat Anna Budi, dkk. Jakarta: EGC.

- Ruslantri Sianturi. 2014. *Unnes Jurnal Of Public Health Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan TB Paru*. Semarang. Dilihat pada 03 Desember 2016.<http://journal.unnes.as.id/sju/index.php/ujph>.
- Smeltzer, C. Susan. 2015. *Keperawatan Medikal Bedah Brunner & suddarth*. Yulianti, devi& Amelia Kimin. Edisi 12.Jakarta : EGC.
- Taurista Eva. 2015. *Asuhan Keperawatan Tn "S" Dengan Masalah Pola Nafas Tidak Efektif Pada Kasus Decompensasi Cordis*. Jobang. Insan Cendikia Medika.
- Untung Suseno Sutarjo, dkk. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia 2015*. Dilihat pada 03 Desember 2016.Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <http://www.kemkes.go.id>.
- Wijaya, S, Andra & Yessie M,. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah 1*. Edisi 1. Yogyakarta: Medical Book.
- World Health Organization. 2016. *Global Tuberculosis Report*. Dilihat pada 06 Desember 2016.<http://www.who.int/>.





FORMAT PENGKAJIAN STUDI KASUS
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
STIKES ICME JOMBANG
2016

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Pengkajian tgl. : Jam :
MRS tanggal : No. RM :
Diagnosa Masuk :

I. IDENTITAS KLIEN

Nama : Penanggung jawab biaya :
Usia : Nama :
Jenis kelamin : Alamat :
Suku : Hub. Keluarga :
Agama : Telepon :
Pendidikan :
Alamat :

II. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

a. Keluhan Utama:
b. Riwayat Penyakit Sekarang :

III. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

a. Riwayat Penyakit Kronik dan Menular ya, jenis : tidak
b. Riwayat Penyakit Alergi ya, jenis : tidak
c. Riwayat Operasi ya, jenis : tidak

IV. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

ya :(jelaskan) tidak

V. POLA KEGIATAN SEHARI – HARI

Makanan

Frekuensix/hr

Jenis :

Diit

Pantangan

Yang di sukai

Yang tidak di sukai

Minum

Frekuensix/hr

Jenis :

Pantangan

Yang disukai

Yang tidak di sukai

Alergi

Alergi

Eliminasi

BAKx/hr

BABx/hr

Kebersihan diri

Mandix/hr

Keramasx/hr

Sikat gigix/hr

Memotong kukux/hr

Ganti pakaianx/hr

Istirahat dan aktivitas

Tidur malamjam/hr Jams/d

Aktifitasjam/hr jenis

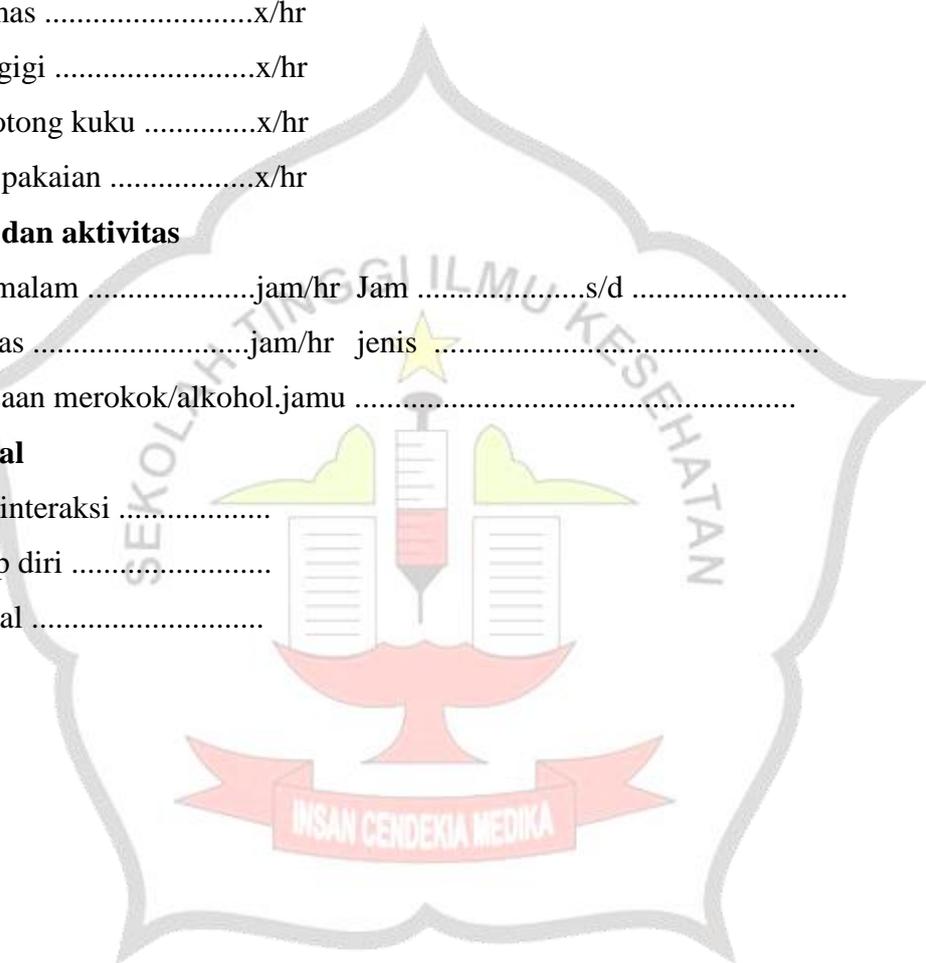
Kebiasaan merokok/alkohol.jamu

Psikososial

Sosial/interaksi

Konsep diri

Spiritual



CRT :
Keluhan nyeri dada :
Irama jantung :
Lain-lain :

4. Abdomen

a. TB : cm BB : kg
b. Mukosa mulut :
c. Tenggorokan :
d. Abdomen :

Pembesaran hepar :

Pembesaran lien :

Ascites :

Mual :

Muntah :

Terpasang NGT :

Bising usus :

e. BAB :

f. Diet :

Frekuensi :

5. Ginjal

a. Keluhan :

b. Alat bantu :

c. Kandung kencing : membesar :
Nyeri tekan :

d. Produksi urine : warna : bau :

e. Intake cairan :

6. Ekstermitas dan endokrin

a. Kelainan ekstremitas :

b. Kelainan tulang belakang :

c. Fraktur :

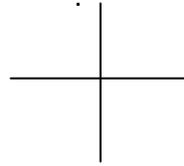
d. Traksi/spalk/gips :

e. Kompartemen sindrom :

f. Kulit :



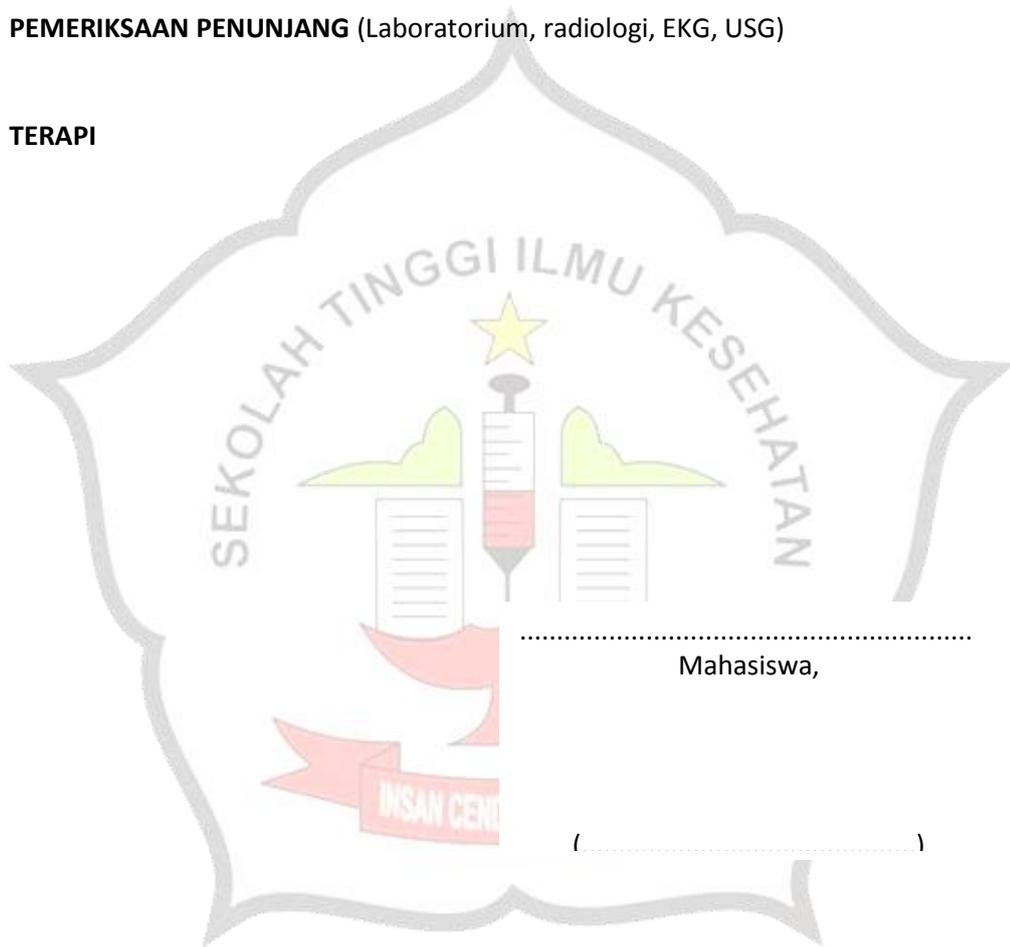
- g. Akral : _____
 - h. Turgor : _____
 - i. Luka : jenis : _____ luas : _____
- Kekuatan tonus otot : _____



7. Anus, inguinal, genitalia

VII. PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium, radiologi, EKG, USG)

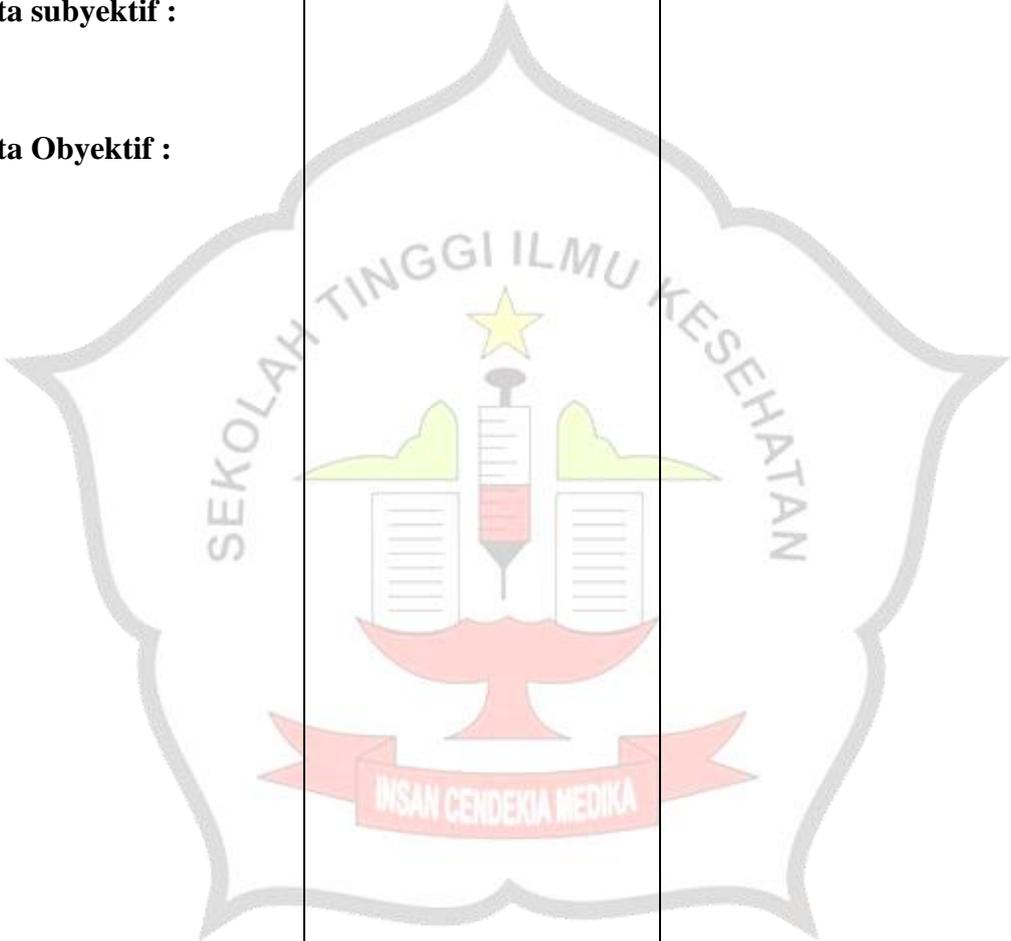
VIII. TERAPI



ANALISA DATA

Nama :.....

No.RM:

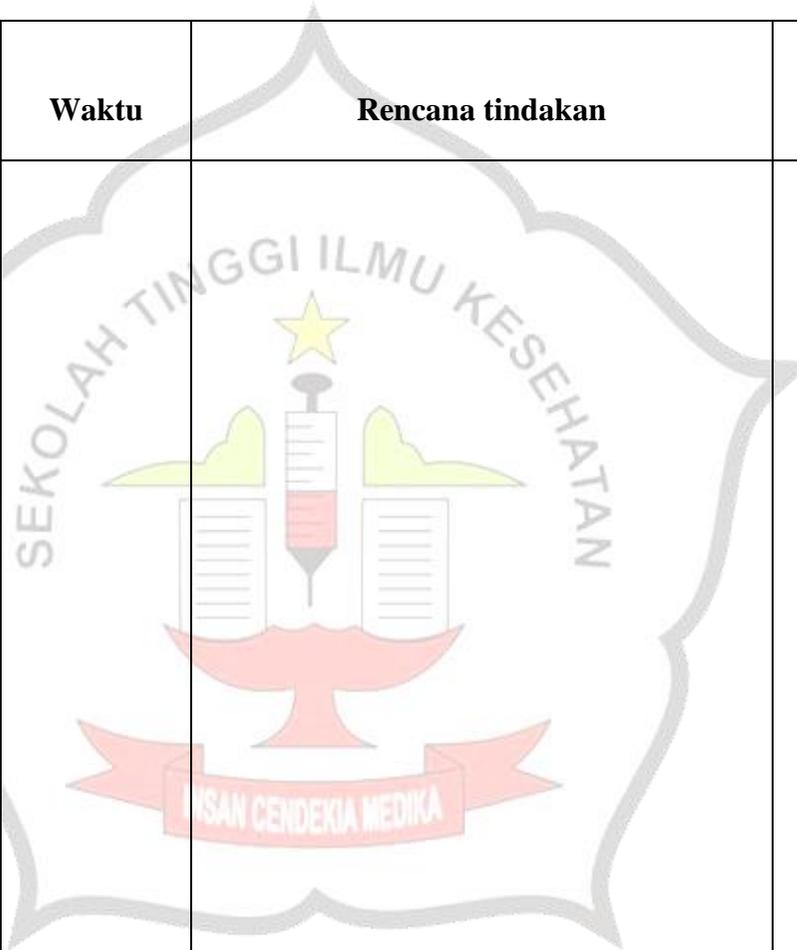
Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
<p>Data subyektif :</p> <p>Data Obyektif :</p>		

Diagnosa Keperawatan yang muncul

1.

Intervensi Keperawatan

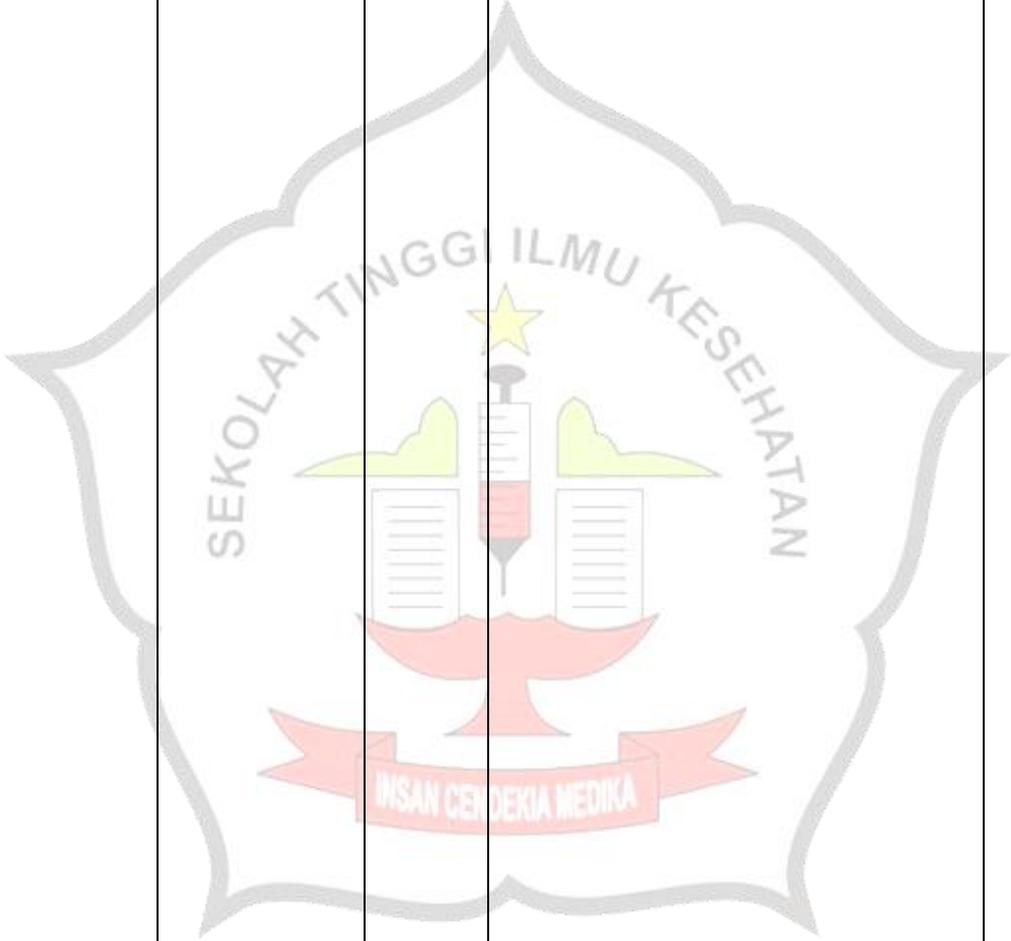
Hari/tanggal	No. diagnosa	Tujuan & kriteria hasil	Waktu	Rencana tindakan	Rasional



Implementasi Keperawatan

Nama :.....

No.RM :.....

Hari/Tanggal	No. Diagnosa	Waktu	Implementasi keperawatan	Paraf
 <p>SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN</p> <p>INSAN CERDEKA MEDIKA</p>				

Evaluasi Keperawatan

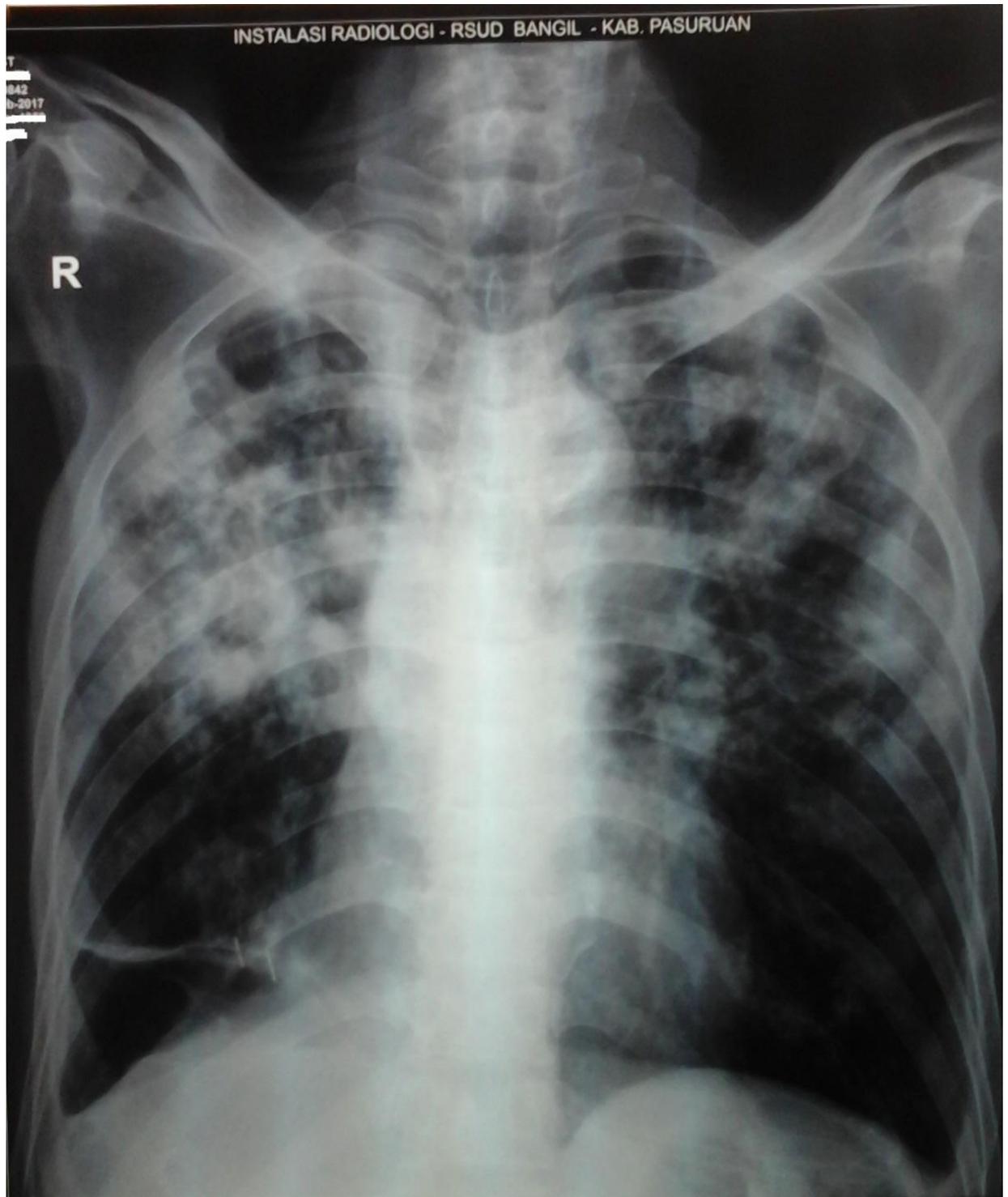
Nama :.....

No.RM :.....

Hari/Tanggal	No. Diagnosa	Waktu	Perkembangan	Paraf
			S : O : A : P :	

LAMPIRAN 3

Hasil foto roentgen klien 1



Hasil foto roentgen klien 2

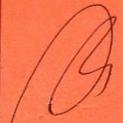
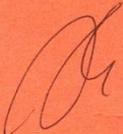
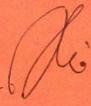
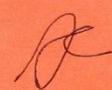


LEMBAR KONSULTASI

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

NAMA : BA'DIAH AFIF
 NIM : 191210008
 JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TUBERKULOSIS
 DENGAN MASALAH KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAFAS
 PEMBIMBING II : AGUS MUSLIM

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
1.	5-12-2015	Acc Judul Layout Bab I	
2.		Bab II → Review - Mafely → letak manual - Check Data → di tempat penelitian - kemandy - suhu - penulisan tentang prosedur ETI	
3.		Bab I → acc Layout Bab II	
4.		Bab II → Review konsep tuberkulosis → bakteriologi - wave/patogenitas - Aksept → masalah penemuan - penulisan tentang prosedur ETI	
5.		Bab II → acc Layout Bab III	
6.		Bab III → Review - Definisi penyakit - etiologi & faktor penyebab - perjalanan Data - asuhan Data - Etiologi penyakit - Penulisan tentang prosedur ETI	
7.			

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
8.	28/4 /2017	Pengujian: lokasi RS, rumah klien 1.2 # rumah implementasi sesuai RST & ulu implementasi = identifikasi hasil & RST Evaluasi → 1, 2, 3 - (MCP)	
	1/6 2017	Pengujian = unguj di berbagai klien 1.2 Diagnosis & Nanda (bbs) keterlambatan & implementasi MCP & evaluasi Pembinaan & mas TOT/FTO kesiapan: Obli & ghaas	
	8/6 2017	Revisi penulisan lengkap mulai ke daftar & lampiran.	
	12/6 2017	Ace siap uji ulang	

LEMBAR KONSULTASI
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

NAMA : BA'DIAH AFIF
 NIM : 141210008
 JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI TUBERKULOSIS DENGAN KETIDAK EFEKTIFAN POLA NAFAS
 PEMBIMBING I : RULIATI . SKM . M . KEC

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
1.	5-12-2016	ACC. gndue	<i>[Signature]</i>
2.	15-12-2016	- intake nutrisi: protein, lemak, gula, vitamin - Data di singkat - Anamnesis → seluas - serum Cuminin Ni C	<i>[Signature]</i>
3.	19-12-2016	letak belalayang ber Falus	<i>[Signature]</i>
4.	23-12-2016	Daftar belalayang efektifitas Pala nafas	<i>[Signature]</i>
5.	28-12-16	Daftar pola nafas alimat 3 tertahu was.	<i>[Signature]</i>
6.	3-1-17	bab 1. ACC bab 2. NIC - NOC di sesuaikan dgn masalah bab 3. ACC.	<i>[Signature]</i>
7.		ACC. si uji prapasa kegiatan dr. awal	<i>[Signature]</i>

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
9.	28-4-2017	Bab IV → Hasil Dan Kesimpulan → Revisi: - Tuliskan libet panduan - Pengalihan: Dan & Rencanan Final	AJ
10.	3-5-2017	Bab IV → Revisi lagi	AJ
11	6-5-2017	Bab IV → acc Lampir Bab V	AJ
12	9-5-2017	Bab V → Revisi - Kepingil & sum - Tuliskan sem' buku panduan - Pengalihan - Pengalihan lep. - Implementasi - Disusun.	AJ
13	12/6 2017	Bab V → acc. Perbaikan - ufa hasil	AJ

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"**



Website : www.stikesicme-jbg.ac.id

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

No. : '030/KTI-D3KEP/K31/073127/1/2017
Lamp. : -
Perihal

Jombang, 09 Januari 2017

Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (Bakesbangpol) Kabupaten
Pasuruan
di
Pasuruan

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin melakukan Penelitian kepada mahasiswa kami atas nama:

Nama Lengkap : **BA'DIAH AFIF**
No. Pokok Mahasiswa / NIM : **14.121.0008**
Judul Penelitian : **Asuhan Keperawatan pada Klien Tuberkulosis dengan Masalah Ketidakefektifan Pola Nafas**

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Karya Tulis Ilmiah sebagaimana tersebut diatas.

Demikian permohonan ini dibuat. Atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua,

H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep. Ns., MH
NIK: 01.06.054



PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN

BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jl. Panglima Sudirman No. 54 Telp (0343) 424162 Fax.(0343)411553
Email : bakesbangpol@pasuruauskab.go.id

REKOMENDASI PENELITIAN/SURVEY

NO. 072 / 57 /424.104/SUR/RES/2017

- Dasar :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Dalam Negeri (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 316), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 14 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Peraturan menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kementrian Dalam negeri (Berita negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 168),
 2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 84 Tahun 2011.

Menimbang : Surat dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika, tanggal 9 Januari 2017 Nomor : 030/KTI-D3KEP/K31/073127/I/2017 Perihal Ijin Penelitian atas nama BA'DIAH AFIF

Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Pemerintah Kabupaten Pasuruan, memberikan Rekomendasi Kepada :

Nama : BA'DIAH AFIF
NIM : 141210008
Alamat : Jl. Brawijaya RT.01 RW.07 Mungkung Rejoso Nganjuk
Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
Instansi/Organisasi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cvendekia Medika" Jombang
Kebangsaan : Indonesia

Untuk Melakukan Penelitian/Survey/Kegiatan dengan :

Judul Proposal : " **ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TUBERKULOSIS DENGAN MASALAH KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAFAS "**

Tujuan : Penelitian
Bidang Penelitian : Kesehatan
penanggung Jawab : BA'DIAH AFIF
Anggota/Peserta : 1. -
2. -
3. -
4. -
5. -
6. -
7. -
8. -
9. -

Waktu Penelitian : 2 (dua) bulan TMT Surat dikeluarkan
Lokasi Penelitian : RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan

Dengan Ketentuan

1. Berkewajiban menghormati dan mentaati Peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/kegiatan;
2. Pelaksanaan penelitian agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
3. Berkewajiban melaporkan hasil penelitian dan sejenisnya kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Pemerintah Kabupaten Pasuruan dalam kesempatan pertama.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Pasuruan, 3 Pebruari 2017

Atas Nama Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kabupaten Pasuruan
Kepala Bidang Kesatuan Bangsa



TEMBUSAN :

- Yth.
1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Pasuruan
 2. Sdr. Camat Bangil Kabupaten Pasuruan
 3. Direktur RSUD Bangil Kab. Pasuruan
 4. Arsip.
 5. -
 6. -
 7. -

SURAT PERNYATAAN

NAMA : BA'DIAH AFIF
TEMPAT TGL. LAHIR : Nganjuk, 23 April 1996
JENIS KELAMIN : Perempuan
PEKERJAAN : Mahasiswa
KEBANGSAAN : Indonesia
ALAMAT : Ds. Mungkung Kec. Rejoso. Kab. Nganjuk
PENGIKUT / PESERTA :
NO. TELP/HP : 085606556078
ALAMAT E-MAIL : badiah.afif@gmail.com

Dengan ini kami menyatakan dengan sebenarnya, bahwa kami bersedia mentaati, memperhatikan dan melaksanakan ketentuan sebagai berikut :

1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di wilayah setempat.
2. Menjaga tata tertib keamanan, kesopanan, dan kesusilaan serta menghindari pernyataan-pernyataan baik dengan lisan maupun tulisan-tulisan yang dapat menyinggung perasaan atau menghina agama dan Negara dari suatu golongan penduduk.
3. Pelaksanaan penelitian / survey / research agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu.
4. Melaporkan hasil penelitian dan sejenisnya kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Pasuruan dalam kesempatan pertama.

Demikian surat pernyataan ini kami buat, dan bila kami melanggar ketentuan tersebut di atas maka saya bersedia dituntut sesuai dengan hukum yang berlaku.

Pasuruan, 3 Februari 2017
Yang membuat pernyataan

METERAL
EMPEL
No. CAEF285579845
6000
ENAM RIBU RUPIAH
BA'DIAH AFIF

LAMPIRAN 7

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"



Website : www.stikesicme-jbg.ac.id

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

No. : '062/KTI-D3KEP/K31/073127/1/2017
Lamp. : -
Perihal : Pre survey data dan Studi Pendahuluan

Jombang, 24 Januari 2017

Kepada :

Yth. Direktur RSUD Bangil
di
Pasuruan

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin melakukan Pre survey data dan Studi Pendahuluan kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : **BA'DIAH AFIF**
No. Pokok Mahasiswa / NIM : 14 121 0008
Judul Penelitian : *Asuhan Keperawatan pada Klien Tuberkulosis dengan Masalah ketidakefektifan Pola Nafas di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan*

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Karya Tulis Ilmiah sebagaimana tersebut diatas.

Demikian permohonan ini dibuat. Atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua,

H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep. Ns., MH
NIK: 01.06.054

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"**



Website : www.stikesicme-jbg.ac.id

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

No. : '030/KTI-D3KEP/K31/073127/1/2017
Lamp. : -
Perihal : Penelitian

Jombang, 09 Januari 2017

Kepada :

Yth. Direktur RSUD Bangil
di
Pasuruan

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin melakukan Penelitian kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : **BA'DIAH AFIF**
No. Pokok Mahasiswa / NIM : 14 121 0008
Judul Penelitian : *Asuhan Keperawatan pada Klien Tuberkulosis dengan Masalah Ketidakefektifan Pola Nafas*

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Karya Tulis Ilmiah sebagaimana tersebut diatas.

Demikian permohonan ini dibuat. Atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua,



H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep. Ns., MH
NIK: 01.06.054

LAMPIRAN 8



PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL

Jl. Raya Raci – Bangil Pasuruan Kode Pos 67153
Telp. (0343) 744900; 747789 Faks. (0343) 744940,747789



Pasuruan, 3 Februari 2017

Nomor : 445.1/ 313 /424.202/2017
Lampiran : -
Hal : Persetujuan Pengambilan Data

Kepada
Yth. Ketua STIKes ICMe
Jl. Kemuning No. 57
JOMBANG

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : 062/KTI-D3KEP/K31/073127/II/2017 tanggal 24 Januari 2017 perihal Pre survey dan Studi Pendahuluan atas nama:

Nama : BA'DIAH AFIF
NPM : 14.121.0008
Judul : Asuhan Keperawatan pada Klien Tuberkulosis dengan Masalah Ketidakefektifan pada Pola Nafas di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

maka pada prinsipnya kami MENYETUJUI yang bersangkutan untuk melakukan Pengambilan Data Awal di RSUD Bangil selama 1 (satu) minggu terhitung mulai tanggal 30 Januari – 4 Februari 2017.

Dengan ketentuan :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Melaporkan diri kepada petugas di lokasi pengambilan data.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n. DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Kepala Bidang Penunjang

Kasi Diklat



DIDIK MARIYONO, SKM.

Penata Tingkat I

NIP. 19680525-199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada :

1. Kepala Inst. Rekam Medik RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan

LAMPIRAN 9



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153
Telp.(0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789



Bangil, 6 Februari 2017

Nomor : 445.1/ 342 /424.202/2017 Kepada
Lampiran : - Yth. Ketua Stikes Insan Cendekia Medika
Hal : Persetujuan Penelitian Jl. K.H Hasyim Asyari 171
Mojosongo
JOMBANG

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor: 030/KTI-D3KEP/K31/073127/II/2017 tanggal 9 Januari 2017 perihal Penelitian serta surat Keterangan untuk Melakukan Penelitian/Survey/Research/PKL/KKN dari Kepala Bakesbangpol Nomor 072/57/424.104/SUR/RES/2017 tanggal 3 Februari 2017 atas nama:

Nama : BA'DIAH AFIF
NIM : 14 121 0008
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan pada Klien Tuberkulosis dengan Masalah Ketidakefektifan Pola Nafas

maka pada prinsipnya kami MENYETUJUI yang bersangkutan untuk melakukan Penelitian di RSUD Bangil selama 1 (satu) bulan terhitung mulai tanggal 6 Februari – 5 Maret 2017,

Dengan ketentuan :

1. Menaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Setelah berakhirnya penelitian wajib menyerahkan laporan hasil penelitian kepada Seksi Diklat RSUD Bangil.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Kepala Bidang Penunjang
u.b
Kasi Diklat



DIDIK MARIYONO, SKM.
Penata Tingkat I
NIP. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Ruang Melati RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan

LAMPIRAN 10

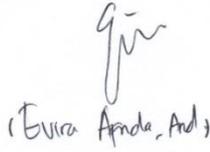
DATA JUMLAH KASUS TBC
RAWAT INAP RSUD BANGIL
TAHUN 2016

NO	TAHUN	JUMLAH
1	2016	569

Penerima

Bangil, 08 Februari 2017


(Himpun Subandari)


(Evira Afinda, And)

LAMPIRAN 11

PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN

Nama : Ba'diah Afif
NIM : 141210008
Institusi : Prodi Diploma III Keperawatan STIKES ICME
Jombang
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tuberkulosis
Dengan Masalah Ketidakefektifan Pola Nafas di
Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan

Bahwa saya bersedia menjadi responden dalam penelitian studi kasus, sebelumnya saya sudah diberikan penjelasan tentang studi kasus ini, dan dengan kesepakatan bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya berikan.

Bersedia menjadi Responden
Dalam studi kasus,

Peneliti



(Ba'diah Afif)

Responden



PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN

Nama : Ba'diah Afif
NIM : 141210008
Institusi : Prodi Diploma III Keperawatan STIKES ICME
Jombang
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tuberkulosis
Dengan Masalah Ketidakefektifan Pola Nafas di
Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan

Bahwa saya bersedia menjadi responden dalam penelitian studi kasus, Sebelumnya saya sudah diberikan penjelasan tentang studi kasus ini, dan dengan kesepakatan bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya berikan.

Bersedia menjadi Responden

Dalam studi kasus,

Peneliti



(Ba'diah Afif)

Responden



(Imam)



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153
Telp.(0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789



Bangil, 22 Maret 2017

Nomor : 445.1 / 903 / 424.079/2016 Kepada
Lampiran : - Yth. Ketua Stikes Insan Cendekia Medika
Hal : Keterangan Selesai Jl. K.H Hasyim Asyari 171
Penelitian Mojosongo
JOMBANG

Menyambung surat kami Nomor : 445.1/342/424202/2017 tanggal
6 Februari 2017 perihal Persetujuan Penelitian atas nama :

Nama : Ba'diah Afif
NIM : 14 121 0008
Judul : Asuhan Keperawatan pada Klien Tuberkulosis dengan
Masalah Ketidaefektifan Pola Nafas

Maka dapat kami informasikan bahwa mahasiswa tersebut di atas telah menyelesaikan pengambilan data penelitiannya di RSUD Bangil pada tanggal 6 Februari – 5 Maret 2017.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Kepala Bidang Penunjang

u.b

Kasi Diklat



DIDIK MARIYONO, SKM.

Penata Tingkat I

NIP. 19680525 199203 1 012

PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : BA'DIAH AFIF

NIM : 141210008

Jenjang : Diploma

Program Studi : Keperawatan

menyatakan bahwa naskah skripsi ini secara keseluruhan benar-benar bebas dari plagiasi. jika di kemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap ditindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang, 13 Juli 2017

Saya yang menyatakan,



BA'DIAH AFIF
NIM : 141210008